

11209

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL
DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ
I. S. S. S. T. E.**

**ULCERA PEPTICA
EXPERIENCIA TERAPEUTICA
AÑOS 1989 - 1990**

TESIS DE POSTGRADO

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
E S P E C I A L I S T A E N :
C I R U G I A G E N E R A L
P R E S E N T A :**

DR. EDGAR ANTONIO OSORNIO RUIZ

ASESOR DE TESIS: DR. IGNACIO MEJIA ESGUERRA



ISSSTE

México, D. F.

1991

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE .

- INTRODUCCION	1
- MATERIAL Y METODOS	4
- RESULTADOS	5
- COMENTARIO	15
- CONCLUSIONES	27
- BIBLIOGRAFIA	30

"La prudencia del médico para valorar los peligros de un método terapéutico o de sus resultados, está muchas veces bloqueado por el entusiasmo científico, pero otras, por el interés grosero de la fama o las ventajas económicas".

Luis Martín Abreu.

INTRODUCCION.

Podemos definir a la enfermedad ulcerosa péptica como una ulceración en la mucosa del esófago, estómago o duodeno ocasionada por la acción del ácido clorhídrico y pepsina del jugo gástrico (1).

Aunque nuestro conocimiento actual sobre la fisiopatogenia de la enfermedad ácido péptica es aún limitado, los estudios clínicos en seres humanos y modelos experimentales en animales sugieren que el ácido y la pepsina son cruciales para el desarrollo de la úlcera péptica.

La aparición de una úlcera péptica, depende de la interacción entre los factores agresores (ácido gástrico y pepsina) y los factores protectores (resistencia mucosa).

No se cuenta con estadísticas precisas en cuanto a la frecuencia de incidencia de la úlcera péptica. Según las series publicadas, ésta se encuentra en un rango del 6 al 15%. Las mejores estimaciones sugieren que aproximadamente un 10% de la población presenta o presentará signos clínicos de úlcera duodenal en algún momento de su vida. En los últimos 35 años se ha observado una declinación en la frecuencia de presentación de la úlcera péptica y sus complicaciones, especialmente en individuos del sexo masculino en Inglaterra y los Estados Unidos de Norteamérica; se desconocen las razones que han llevado a este decremento.

Aproximadamente el 60% de las úlceras pépticas cicatrizadas presentan recurrencia en el lapso de un año y de un 80 a 90% la presentan en dos años. (2)

Las complicaciones de la enfermedad ulcerosa péptica se presentan con poca frecuencia. Las estimaciones, actuales, sugieren que sólo el

15% de los enfermos presenta complicaciones que requieren tratamiento quirúrgico. (2) (3)

Del 15 al 20% de los pacientes con úlcera péptica presentan hemorragia y se presentará nuevamente en casi el 40% de quienes ya la padecieron.

Puede presentarse perforación libre a cavidad en 6% de los enfermos, de un 5 a 10% de ellos habrán estado asintomáticos antes de la perforación. Casi un 10% sufren hemorragia masiva y la mortalidad en este grupo es elevada.

En 2 a 4% de los sujetos con úlcera péptica se presentará obstrucción como complicación de su enfermedad.

La falta de respuesta antisfectoria y la presentación de múltiples recurrencias son por sí mismas, indicación de resolución quirúrgica.

Actualmente, se ha entablado polémica en torno a los esquemas tradicionales de tratamiento, poniendo en duda conceptos como el del valor real de la dieta en el manejo de los enfermos ulcerosos y sus probables implicaciones en la aparición de enfermedad cardiovascular hiperlipémica y reacciones de ansiedad. Nuevos trabajos de investigación tienden a evaluar la utilidad de los esquemas tradicionales en la enfermedad ácido péptica y permitirán colocarlos en la dimensión real que les corresponde. (4)

Por ejemplo, algunos trabajos sugieren que el uso de agentes antiácido no presenta diferencias significativas en cuanto a la evolución de la enfermedad comparándolos con sujetos de grupos controles a quienes se han administrado placebos. El uso de tranquilizantes y ansiolíticos se ha considerado un tratamiento meramente paliativo (6).

El panorama actual se muestra promisorio gracias al empleo sistemático de los antagonistas de los receptores H₂ (cimetidina, ranitidina y famotidina) los cuales han dado resultados asombrosos en estudios experimentales al azar y doble ciego, cuando se utilizan en forma correcta por lo que se les debe considerar como un arma valiosa en el arsenal médico para el manejo del paciente ulceroso (7) (8).

Los glucoproteínas sulfatadas, una nueva generación de agentes antiulcerosos, parecen acelerar la cicatrización al unirse al tejido necrótico dentro del lecho ulceroso y protegerlo de la digestión péptica. Los agentes citoprotectores como las prostaglandinas de la serie E también -- pueden ser provechosos en el futuro de los pacientes que están obligados a ingerir permanentemente fármacos agresores de la barrera protectora. -- En la actualidad, es un área de investigación. También está listo para -- pruebas con humanos un inhibidor altamente específico de la ATP-asa de hidrógeno-potasio (omeprazol). Con dichos progresos habrá la posibilidad de aliviar los síntomas durante la fase activa, y también obtener protección contra las recidivas. (9)

El presente trabajo es un estudio retrospectivo de pacientes con enfermedad úlcero péptica que requirieron tratamiento quirúrgico al ingresar en esta unidad médica, debido a que presentaron alguna de sus complicaciones. Se intentó establecer una correlación entre los antecedentes clínicos y terapéuticos de este grupo de pacientes, el tipo de tratamiento empleado, su duración, recidivas y tipo de complicaciones presentadas así como la mortalidad potencial por las mismas a fin de mostrar que el tratamiento médico de la enfermedad ácido péptica, aún a pesar de haber mejorado en las últimas décadas, no ha logrado erradicar la presencia de complicaciones en este grupo de enfermos.

MATERIAL Y METODOS.

Se hace un examen correlativo retrospectivo de un grupo de pacientes que ingresaron al servicio de Cirugía General del Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez" con el diagnóstico de úlcera péptica y que, - debido a que presentaron alguna complicación, debieron someterse a tratamiento quirúrgico programado o de urgencia, durante el período de tiempo comprendido entre el mes de enero de 1989 y mayo de 1990, haciendo especial hincapié en sus antecedentes clínicos y terapéuticos.

El estudio consta de 19 pacientes, cuyas historias clínicas fueron revisadas en busca de antecedentes de la enfermedad ulcerosa péptica poniendo especial atención en los siguientes parámetros: tiempo de evolución del padecimiento, seguimiento o no de dieta para ulceroso, tipo de tratamiento o tratamientos medicamentosos, duración del tratamiento inicial, remisión con el primer tratamiento, presencia y número de recaídas, tipo de complicaciones presentadas, tiempo de aparición de las complicaciones en relación con el tratamiento inicial y carácter de la cirugía efectuada.

RESULTADOS.

5

De los 19 pacientes incluidos en este estudio 11 (57.9%) correspondieron al sexo masculino y se encontraron en el rango de edad de 35 a 68 años con un promedio de 55.4, 8 (42.1%) pertenecían al sexo femenino y figuraban en el rango de edad de 37 a 83 años con una media de 57.9. El promedio general de edad fue de 56.6 años. (FIG. 1)

El análisis clínico retrospectivo mostró que el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas de enfermedad ácido péptica y el momento del ingreso del paciente al servicio de Cirugía General del H. G. "Dr. Fernando Quiroz G." se encontró en un amplio rango de 1 a 20 años con un tiempo de evolución promedio de 7.9 años.

Al investigar el número de pacientes que habían seguido o seguían un régimen dietético para ulceroso, detectamos que un total de 13 de los 19 pacientes lo habían hecho y representaban el 68.4% de la muestra, en tanto que 6 enfermos (31.5%) no referían haber seguido una dieta especial o medida higiénica alguna. (FIG. 2)

El tiempo promedio de seguimiento de una dieta específica para ulcero s osciló en un rango de seis meses a ocho años, siendo la media de 3.5 años.

En cuanto a los fármacos empleados en el tratamiento específico de estos pacientes, encontramos los siguientes:

- Antiácidos: El único empleado fue el gel de hidróxido de aluminio y magnesio.
- Bloqueadores de receptores H2: solo fueron empleadas la cimetidina y la ranitidina.
- Reguladores de la motilidad del tubo digestivo: metoclopramida.
- Anticolinérgicos: solamente propanatolina

En los siguientes párrafos se detalla el tipo de tratamiento empleado, número de pacientes a quienes se administró, los porcentajes, el tiempo de uso y promedio del mismo. (TABLA 1).

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR SEXO

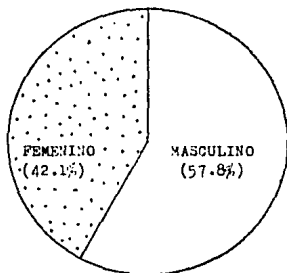


FIG. 1. H.G. "Dr. Fernando Quiroz G." ISSSTE

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE SIGUIERON UNA DIETA

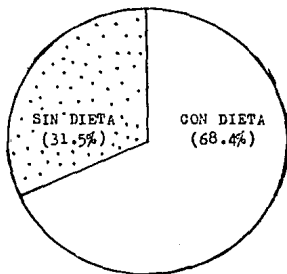


FIG. 2. H.G. "Dr. Fernando Quiroz G." ISSSTE

RELACION ENTRE LOS DIFERENTES TRATAMIENTOS Y TIEMPO DE ADMINISTRACION

TIPO DE TRATAMIENTO	No. PAC.	%	TIEMPO ADMINISTRADO	PROMEDIO
Solo antiácidos	4	21.0	3 meses - 9 años	3.6 años
Solo bloqueadores de receptores H2	2	10.5	6 meses - 2 años	1.2 años
Antiácidos y bloqueadores H2	7	36.8	3 meses - 7 años	3.5 años
Antiácidos y propantelina	1	5.2	6 meses	6 meses
Bloqueadores H2 y propantelina	1	5.2	6 meses	6 meses
Antiácidos, bloqueadores H2 y metoclopramida	3	15.7	6 meses - 2 años	1.2 años
Antiácidos, bloqueadores H2 y propantelina	1	5.2	6 meses	6 meses

Tabla 1. H.G. "Dr. Fernando Quiroz C.". ISSSTE

Como se mencionaba, anteriormente, el único antiácido empleado en esta muestra de pacientes fue el gel de hidróxido de aluminio y magnesio el cual fue administrado a 16 de los 19 enfermos (84.2%) siendo el único fármaco tomado por 4 de ellos (21.0%).

El tiempo promedio de administración para todos los pacientes que recibieron antiácidos osciló entre los 3 meses y los 9 años con un promedio de 2.1 años, habiéndose dado de 3 a 5 sesiones de tratamiento por paciente, en promedio.

Los 4 pacientes que recibieron tratamiento, exclusivamente, a base de antiácidos, representan el 21% de la muestra y lo recibieron durante un lapso de tiempo que va de los 3 meses a los 9 años, con un promedio de 3.6 años.

Siete pacientes (36.8%) recibieron una asociación de antiácidos y bloqueadores de receptores H2 por espacio de 3 meses a 7 años, con una media de 3.5.

Un paciente recibió antiácidos y propantelina por espacio de 6 meses y representó el 5.2% de la muestra.

Una asociación de antiácidos, bloqueadores de los receptores H2 y metoclopramida fue empleada en 3 pacientes (15.7%) durante un período de 6 meses a 2 años con un promedio de 1.2 años.

Finalmente, un paciente recibió una asociación de antiácidos, bloqueadores de receptores H2 y propantelina (5.2%) por espacio de seis meses.

En cuanto al grupo de pacientes en los que se emplearon bloqueadores de los receptores H2 (cimetidina y ranitidina) y que sumó un total de 14 (73.6%), diremos que, globalmente, fueron administrados por períodos de tiempo que fueron de los 3 meses a los 9 años con una media de 2.1 años.

El empleo de cimetidina y/o ranitidina fue el único instituido en 2 enfermos (10.5%) durante un lapso de 6 meses a dos años con un promedio de 1.2.

Un paciente recibió una asociación de cimetidina y propantelina durante 6 meses (5.2%).

Señalaremos, además, que uno de los enfermos con 18 años de evolución con sintomatología ácido péptica recibió terapia combinada a base de cimetidina y antiácido en 6 ocasiones durante lapsos de 4 a 6 meses - sin haber observado respuesta favorable.

Otro de los pacientes empleó una asociación de 4 medicamentos en forma alterna (cimetidina, ranitidina, antiácido y metoclopramida) con un tiempo promedio de administración de 2 años.

La metoclopramida fue empleada en 3 pacientes (15.7%) en asociación con antiácidos y bloqueadores de los receptores H2.

Igualmente, la propantelina se usó en 3 pacientes (15.7%), asociada con antiácidos, bloqueadores H2 o una combinación de ambos, con un tiempo de administración de seis meses en promedio.

En cuanto a la duración del tratamiento inicial ya fuera por dieta, antiácidos, bloqueadores de receptores H2, metoclopramida o propantelina fue la siguiente:

- El tiempo de duración del tratamiento inicial pudo documentarse - en 18 de los 19 casos (94.7%)
- Ello no fue posible en un caso, (5.2%) que correspondió a un sujeto bajo terapia con antiácidos.
- La información se resume en la tabla número dos

TIEMPO DE DURACION DEL TRATAMIENTO INICIAL

TIEMPO	No. DE PACIENTES	%
6 meses a 1 año	12	63.1
1 a 3 años	2	10.5
más de 3 años	4	21.0
se desconoce	1	5.2

Tabla 2. H.G. "Dr. Fernando Quiroz G." ISSSTE

Los 19 pacientes de nuestro estudio mostraron alguna complicación de su enfermedad ulcerosa péptica que motivó su manejo quirúrgico en todos ellos se documentó la presencia de recidivas, desde 1 hasta 6 con un promedio de 3.2 por paciente durante la evolución de su padecimiento.

Las complicaciones observadas en los enfermos de esta muestra fueron: hemorragia en siete de ellos (36.8%), estenosis en 6 (31.5%), perforación en 4 (21.0%) y resistencia al tratamiento en 2 (10.5%). (tabla 3).

TIPO DE COMPLICACION PRESENTADA

COMPLICACION	No. DE PACIENTES	%
Hemorragia	7	36.8
Estenosis	6	31.5
Perforación	4	21.0
Resistencia al tratamiento	2	10.5

Tabla 3. H.G. "Dr. Fernando Quiroz G." ISSSTE

Efectuamos una correlación entre el tipo de complicación exhibida y el tiempo transcurrido desde el tratamiento inicial y encontramos lo siguiente: en el grupo de los 7 pacientes que presentaron hemorragia el lapso de tiempo transcurrido fue de 1 a 20 años con una media de 11.0 años, en los 6 que presentaron estenosis el período fue de 3 a 18 años con una media de 11.3, en los enfermos que presentaron perforación el tiempo de aparición osciló entre los 4 y 12 años con promedio de 7.9 y los 2 en que hubo resistencia al tratamiento hubo un lapso de 4 a 19 años (11.5 en promedio). (Tabla 4.)

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL TRATAMIENTO INICIAL Y LA
APARICION DE COMPLICACIONES.

COMPLICACION	TIEMPO	PROMEDIO
Hemorragia	1 a 20 años	11 años
Estenosis	3 a 18 años	11.3 "
Perforación	4 a 12 años	7.9 "
Resistencia al tratamiento	4 a 19 años	11.5 "

Tabla 4. H.G. "Dr. Fernando Quiroz G." ISSSTE

Presentamos, adelante, una correlación entre el tipo de complicación presentada, el tipo y tiempo de tratamiento previo a la complicación, número y promedio de recidivas.

En el caso de los 7 pacientes que presentaron hemorragia como complicación, habían recibido tratamiento a base de antiácidos, cimetidina, metoclopramida y propantelina por espacio de 1 a 9 años, con promedio de 2.8 y presentaron de 1 a 5 recidivas (2.6 en promedio).

En los pacientes con estenosis el tipo de tratamiento fue a base de antiácidos, cimetidina, ranitidina, metoclopramida y propantelina con duración de 6 meses a 8 años con una media de 4.04 años, con una a seis recidivas, 3.2 recidivas en promedio.

En los casos perforados el tratamiento se basó en una mezcla de cimetidina, ranitidina, antiácidos y metoclopramida durante un lapso de 6 meses a 3 años (1.4 años en promedio), con una a 4 recidivas. 2.2 recidivas en promedio.

Finalmente, la resistencia al tratamiento a base de antiácidos y cimetidina durante 1 a 6 años, con promedio de 3.5, de 2 a 5 recidivas con una media de 3.5 recidivas. (Tabla 5)

TIPO DE COMPLICACION, TIEMPO PROM-DIO DE TRATAMIENTO Y PROMEDIO DE
RECIDIVAS.

COMPLICACION	No. PAC.	%	DURACION PROMEDIO DE TRATAMIENTO	No. RECIDIVAS EN PROMEDIO
HEMORRACIA	7	36.8	2.8 años	2.6
ESTENOSIS	6	31.5	4.0 años	3.2
PERFORACION	4	21.0	1.4 años	2.2
RESISTENCIA AL TRATAMIENTO	2	10.5	3.5 años	3.5

Tabla 5. H.G. "Dr. Fernando Quiroz G." ISSSTE

Con relación al carácter de la cirugía, no haremos mención de los tipos de tratamiento quirúrgico impartidos para cada situación en particular, sino que nos concretaremos a definir si se trató de un procedimiento de cirugía programada o de urgencia.

En nuestro grupo de pacientes se efectuó cirugía de urgencia en 6 de ellos (31.5%) y procedimientos programados en 13 (68.4%). La mortalidad para los pacientes intervenidos de urgencia fue del 50% en tanto que la de la programada fue de 0%. (Tabla 6).

CARACTER DE LA CIRUGIA Y MORTALIDAD OBSERVADA

CARACTER DE LA INTERVENCION	No. DE PACIENTES	MORTALIDAD
URGENTE	6	50%
PROGRAMADA	13	0%

Tabla 6. H.G. "Dr. Fernando Quiroz G.". ISSSTE.

Finalmente, hacemos una correlación entre la complicación que originó el tratamiento quirúrgico y el tipo de resolución que se le dió (programada o urgente).

De los siete pacientes que presentaron hemorragia, dos fueron intervenidos de urgencia y 5 en forma programada, correspondiendo al 28.5 y 71.4%, respectivamente de este grupo.

En el grupo de enfermos con estenosis, los seis fueron intervenidos en forma programada (100% de ellos).

Los cuatro pacientes con perforación fueron sometidos a tratamiento de urgencia (100%). La mortalidad en este subgrupo fue del 75% (3 de estos fallecieron).

Los dos pacientes con resistencia al tratamiento, fueron sometidos a cirugía electiva (100%). (Tabla 7).

TIPO DE COMPLICACION Y CARACTER DE LA CIRUGIA

COMPLICACION	No. PAC.	TIPO DE CIRUGIA	PORCENTAJE
Hemorragia	7	urgente: 2 pac.	28.5%
	100%.	programada: 5 "	71.4%
Estenosis	6	urgente: 0 pac.	0 %
	100%.	programada: 6 "	100 %
Perforación	4	urgente: 4 pac.	100 %
	100%.	programada: 0	0 %
RESISTENCIA AL TRATAMIENTO	2	urgente: 0 pac.	0 %
	100%.	programada: 2	100 %

Tabla 7. H.G. "Dr. Fernando Quiroz G.". ISSSTE

COMENTARIO.

Existe un interés creciente a conocer mejor las características epidemiológicas de la úlcera péptica con el fin de poder establecer mejores planes de prevención. Hemos dicho al principio de este trabajo, que la presentación de la enfermedad ulcerosa péptica ha decrecido en los países industrializados, principalmente en varones, aunque no existe a la fecha una explicación satisfactoria para ello. (1) (9).

La incidencia de la úlcera péptica alcanza su máximo en los varones de entre 45 y 65 años de edad y en mujeres mayores de 55. El padecimiento es dos veces más frecuente en hombres que en mujeres y tres veces más común en los familiares de ulcerosos que en la población general. Se estima que en los Estados Unidos de Norteamérica la mortalidad alcanzada por la úlcera péptica y sus complicaciones, alcanza del 2 al 5 por 100 mil personas en un año. (9) (10).

Nuestro trabajo mostró una relación de 1.3:1, con predominio del sexo masculino. Con relación a la edad de los pacientes, no hubo diferencias significativas por sexo y el promedio general (56.6 años) no difiere con respecto a los datos señalados en la bibliografía.

La bibliografía consultada en la elaboración de este trabajo no hace referencia a una correlación entre el tiempo transcurrido desde el inicio de la sintomatología ácido péptica y el momento de la aparición de una complicación. El promedio de tiempo de evolución en nuestros pacientes, fue de 7.9 años, aunque estos datos pueden muy bien, no ser tan precisos, ya que la úlcera péptica puede mostrar recurrencias sin dolor, los episodios álgicos pueden persistir varias semanas o meses; las remisiones pueden durar semanas o años y casi siempre tienen mayor duración que los episodios dolorosos.

Un cambio en la naturaleza del dolor, puede ser la primer señal de alerta que hable de la aparición de una complicación, debiendo además insistir en que muchos pacientes con el padecimiento activo en un momento dado pueden encontrarse asintomáticos. Todo esto ocasiona una subestimación —no sabemos cuán importante— de la frecuencia e incidencia sobre la población, siendo válido, especialmente, para pacientes con úlcera duodenal.

También, se ha señalado dentro de la historia natural de la enfermedad ácido péptica, que existe un período de latencia de 5 a 10 años con períodos sintomáticos de remisión y exacerbadón del cuadro en un 40 a 75% de los pacientes y, que de ellos en un lapso posterior a 10 años, el 15 a 16% presentarán alguna complicación que requerirá tratamiento cui-

rúrgico. (9)

Un creciente grupo de médicos, cuestiona cada vez más intensamente la utilidad de las dietas en el manejo del paciente ulceroso, y tienden a verlas como un mero recuerdo histórico ya que, hasta la fecha, ninguna dieta ha mostrado una utilidad comprobable en la terapéutica de estos enfermos.

Hace tiempo - por ejemplo -, se aconsejaba a los pacientes que ingerieran leche cada hora, a fin de mantener el estómago alcalinizado, sin embargo, actualmente sabemos que los efectos alcalinizantes de la leche o crema son mínimos y que, como cualquier alimento, son estimulantes de la secreción gástrica por vía mecánica, química, neurógena y hormonal.

Por otra parte, resulta paradójico que, los alimentos con mejor potencial neutralizante, son aquellos que contienen abundantes proteínas, pero que, desafortunadamente, son los que más estimulan la secreción gástrica.

No hay estudios clínicos que muestren una diferencia significativa al aplicar a estos pacientes dietas ricas en proteínas y pobres en carbohidratos en comparación con dietas ricas en carbohidratos y pobres en proteínas.

Si bien, es cierto que, las grasas disminuyen la motilidad y la secreción gástricas no han mostrado alterar de manera significativa el curso de la enfermedad y pueden condicionar otros problemas como la obesidad y la hiperlipemia. (4) (5)

En estudios clínicos controlados a corto y largo plazo sugieren que la carencia de un régimen dietético para estos pacientes no modifica nada la historia natural de la enfermedad ácido péptica en comparación con aquellos que sí lo siguen, desde el punto de vista del alivio sintomático o del índice de curación. (4) (9)

Hay razones muy fuertes para creer que los enfermos no siguen los métodos dietéticos en una forma estricta y, por otra parte, estos planes dietéticos no consideran la intolerancia individual a determinados alimentos. Lo que sí podemos decir, es que muchos investigadores están de acuerdo en que no es necesaria la dieta estricta, que la leche no es recomen-

ble para pacientes con úlcera duodenal y que, quizá lo más indicado, sea sugerir al paciente que evite los alimentos que le producen las manifestaciones clínicas, así como evitar el consumo de irritantes conocidos como el alcohol y el tabaco.

Porante largo tiempo, el uso de antiácidos ha sido una de las formas más aceptadas y difundidas de tratamiento desde que se tomó por cierta aquella aseveración que decía "hay disponibles muchos preparados antiácidos y casi todos alivian eficazmente el dolor". Sin embargo, existen variaciones considerables e imprevisibles en la respuesta a los antiácidos, cuya potencia para neutralizar el ácido gástrico varía.

Los antiácidos, fueron la piedra angular de tratamiento del paciente ulceroso durante, cuando menos, 25 años debido, según, a su eficacia para acelerar la cicatrización y su potencialidad para amortiguar la acidez gástrica. De los múltiples preparados que existen en el mercado, estudios recientes confirman que un régimen antiácido intenso (30 ml de gel de hidróxido de aluminio y magnesio, administrados una a tres horas después de las comidas y a la hora de acostarse), da un resultado efectivo y comparable con la cimetidina en la cicatrización de la úlcera péptica. Se ha mencionado que tras 4 semanas con este régimen terapéutico el 52% de los pacientes experimentará cicatrización de su úlcera. (12) (13)

Los antiácidos fueron empleados en 16 de nuestros 19 pacientes, es decir, en el 84.2% de ellos, ya fuera en forma combinada o como régimen único (4 pacientes = 21.0%), siendo utilizado por éstos últimos durante lapsos de tiempo que fueron de los tres meses a los 9 años, con una media de 3.6 años. Lo cual supera en mucho el tiempo de administración sugerido por la bibliografía y, según lo referido en nuestro trabajo, no dió resultados muy satisfactorios en nuestros pacientes.

Aunque en estudios a doble ciego, los antiácidos han mostrado diferencias significativas en comparación con la administración de placebos y según algunos, una efectividad comparable a la cimetidina, en la práctica clínica son pocos los pacientes que verdaderamente refieren beneficiarse con su uso y, al emplearlos, debemos tener en cuenta los probables efectos colaterales debidos al desequilibrio hidroelectrolítico, depleción de ióforo, alcalosis sistémica, rebote ácido e insuficiencia renal, especialmente en el grupo de pacientes de mayor edad.

En base a todo lo expuesto anteriormente y por los resultados observados en nuestro estudio podemos inferir que el manejo del paciente ulceroso con los antiácidos debe tener indicaciones precisas y ser empleado durante los lapsos de tiempo recomendados por la literatura y que ante la falta de respuesta a un tratamiento de 4 a 6 semanas, el médico debe evaluar la aplicación de otro esquema terapéutico de mayor efectividad.

Los bloqueadores de los receptores H₂ son inhibidores potentes de la secreción ácida, tanto estimulada como basal, en la actualidad son los más utilizados para el tratamiento de la úlcera duodenal. (13) (14).

La cimetidina fue el primero de estos agentes producido y disponible para aplicación clínica y ampliamente utilizado para tratar la úlcera péptica. Estructuralmente, está relacionada con la histamina. En dosis de 300 mg inhibe la secreción ácida basal en más del 80% y la estimulada por alimentos en, aproximadamente, 70%. Reduce notablemente la respuesta secretora estimulada por histamina, cafeína, insulina, hipoglucemia y gastrina. Ha mostrado ser más eficaz que los placebos (83% contra 35% en estudios controlados o doble ciego durante 4 semanas en Gran Bretaña) con una duración de acción de ocho horas y el control de la secreción nocturna. La respuesta individual es variable y no está en relación con la capacidad espontánea de secreción ácida (15)

Más de 100 publicaciones reportan los buenos resultados utilizando cimetidina y ranitidina sola o con placebo. La evidencia es abrumadora, que ambos, cimetidina y ranitidina son agentes efectivos y seguros para el tratamiento de la úlcera duodenal. Los estudios clínicos muestran que en diferentes parámetros, cimetidina y ranitidina tienen similares resultados.

Los datos de ocho grandes estudios multicéntricos que incluyen más de 2500 pacientes, utilizando bloqueadores H₂, sucralfato o antiácido, y comparándolo con placebo muestran que los bloqueadores H₂ (cimetidina - ranitidina) dados en la noche o dos veces al día, dan prevención efectiva contra las recurrencias de la úlcera duodenal. En estudios controlados y comparados con placebo, aproximadamente 20 y 25% de los sujetos tratados con cimetidina (300 mg tres veces al día), presentan recurrencias en 6 y 12 meses respectivamente, comparado con el 50 y 60% de los pacientes tratados con placebo. (16)

Dando una sola dosis nocturna de 400 mg de cimetidina y comparando con 150 mg de ranitidina en dos estudios controlados, los pacientes que

recibieron ranitidina tuvieron una significativa disminución de recurrencias que aquellos que recibieron cimetidina. Sin embargo, el promedio de recurrencias con cimetidina a 12 meses (37 y 43%) en esos dos estudios, fue considerablemente alto en comparación a estudios previos (22 y 24%). La razón de esta diferencia es desconocida, ya que las pruebas muestran igual eficacia. Una razón posible puede ser la diferencia en la capacidad para suprimir la acidez a las dosis usadas. En realidad, la ranitidina es 6 veces más potente que la cimetidina en base molar, por lo que se necesitan 900 mg de cimetidina para tener la misma capacidad de supresión que con 150 mg de ranitidina, ó 400 mg de cimetidina deben ser comparados con 75 mg de ranitidina. La superioridad de la ranitidina sobre cimetidina, en éstos estudios, sugieren que la dosis recomendada para cimetidina de 400 mg puede resultar baja para un tratamiento sostenido continuo. (17).

Catorce de nuestros 19 pacientes (73.6%) recibieron bloqueadores de receptores H2 solos o en combinación con otros fármacos por períodos de tiempo que fueron de los tres meses a los 9 años, con una media de 2.1, habiendo tenido los pacientes de este grupo un promedio de 3.1 recidivas del cuadro clínico. El tiempo de administración superó en mucho a lo recomendado en la bibliografía, donde se recomiendan períodos de 6 a 8 meses en las fases agudas y manejo de 12 meses como sostén para prevenir recidivas. Y, haciendo notar, que los resultados no fueron los óptimos de acuerdo a lo observado en nuestra muestra de pacientes, aunque también debemos señalar que los enfermos de este grupo eran pacientes ya complicados en algún momento de la evolución de su padecimiento. Por otra parte, no nos es posible, tampoco, certificar que los pacientes hayan empleado este tipo de fármacos en la forma adecuada.

Se recomienda la asociación de los bloqueadores de receptores H2 en aquellos pacientes que sufren síntomas severos persistentes, en los que la úlcera recurre rápidamente a pesar de un tratamiento de 4 a seis semanas o bien en aquellos que desarrollan resistencia al tratamiento. (17).

Se empleo la asociación de un bloqueador de los receptores H2 en combinación con antiácidos en siete de nuestros enfermos (36.8%) por espacio de tres meses a siete años, con un tiempo promedio de 3.5 años.

La metoclopramida, inicialmente, usada para regular la motilidad entre el estómago y el bulbo duodenal y acelerar el vaciamiento gástrico, justificó su uso para el tratamiento de la úlcera péptica al, presumiblemente, reducir el tiempo de contacto del ácido y de la pepsina con la lesión ulcerosa, reducir el flujo biliar y reducir la secreción antral de gas--

trina en el estómago hipotónico. (9)

A pesar de que la metoclopramida se empleó en tres de nuestros sujetos de estudio (15.7%) por un lapso de seis meses a dos años, en asociación con antiácidos y bloqueadores de receptores H2, no se encuentra justificado su uso sistemático, según lo requiere la literatura actual.

Ha sido motivo de mucha controversia el uso de anticolinérgicos -- del tipo propantelina como parte del tratamiento médico de la enfermedad ulcerosa péptica, ya que a pesar de que inhibe por competencia los efectos de la acetilcolina inhibiendo por lo tanto la secreción por parte de las células parietales responsables de la producción del ácido gástrico y de las células G que producen gastrina, retardando además, el vaciamiento gástrico, requiere de la aplicación de dosis relativamente altas las cuales se acompañan de múltiples efectos colaterales tales como la visión borrosa, sequedad de boca y retención urinaria.

Se menciona que con el uso de anticolinérgicos puede alcanzarse una reducción del 50% en la secreción ácida basal, una del orden del 40% en la secreción estimulada con histamina o gastrina y un 30% de la postprandial, no hay evidencia de que los anticolinérgicos aceleren la cicatrización o alivien los síntomas de la enfermedad ácido péptica, por lo cual no se justifica su empleo como tratamiento primario en el paciente ulceroso. (6)

En nuestro grupo de pacientes se empleó en dos de ellos, correspondiendo al 10.5% y durante un lapso promedio de 6 meses, sin haber mostrado mayor beneficio.

Existen otros medicamentos que, a últimas fechas, han dado buenos resultados, como los agentes citoprotectores (sucralfato, bismuto coloidal), diversas prostaglandinas (PGE1 y PGE2), otros fármacos como el omeprazol, el sulpiridol o la proglumida. No hacemos mención a ellos en forma más extensa, pues no fueron empleados en nuestros pacientes (9)

Dentro de la bibliografía consultada, no encontramos referencias en las que se establezca una relación temporal entre el uso de antiácidos o bloqueadores de los receptores H2 y la aparición de complicaciones.

Nuestros sujetos de estudio revelaron lo siguiente: los antiácidos --

se emplearon solos o combinados, en 16 porcientos (84.2%) habiéndose administrado por lapsos de 3 meses a 9 años con un promedio de 2.1 años y, - en cuanto a los bloqueadores de receptores H2, éstos se emplearon en 14 enfermos (73.6%) con períodos de 3 meses a 9 años, con una media de 2.1.

Siempre sabemos que el 60% de las úlceras pépticas tratadas recidivan en un año y el 80 a 90% en dos años, no hay bases mencionadas en la literatura que relacionen el tiempo de tratamiento inicial y la aparición de complicación posterior. (2)

Existen referencias bibliográficas que mencionan que al comparar la presencia de recidivas entre sujetos manejados con bloqueadores H2 y sujetos con placebo, muestran diferencias significativas durante el primer año posterior a la cicatrización de la úlcera, pero que esta significación desaparece tras el segundo año.

Es conveniente aclarar que las úlceras cicatrizadas con compuestos de bismuto tienen menor índice de recidivas que aquellas curadas con bloqueadores H2. La razón de esta diferencia puede ser explicada por los recientes hallazgos que implican agentes infecciosos (*Campylobacter pylori*) como causa o factor contribuyente al desarrollo de la enfermedad úlcero-péptica. La limpieza del *C. pylori* con los compuestos de bismuto parece relacionarse con la disminución de las recidivas. No obstante, el papel exacto de *C. pylori* con las recidivas de la enfermedad gastroduodenal está aún sin definirse (22).

El tipo y distribución de las complicaciones presentadas por nuestros pacientes, son similares a las referidas en la literatura. De acuerdo a ella, el 15% de los pacientes con úlcera péptica desarrollaron algún tipo de complicación. En nuestro estudio, las complicaciones encontradas fueron hemorragias en 7 pacientes (36.8%), Estenosis en 6 (31.5%), perforación en 4 (21.0) y resistencia al tratamiento en 2 (10.5%).

En cuanto al tiempo transcurrido entre el tratamiento inicial y la aparición de complicaciones encontramos, en nuestra investigación, que 6 la hemorragia apareció en un lapso de 1 a 20 años con promedio de 11, la estenosis apareció entre tres a 18 años con una media de 11.3, la perforación apareció entre 4 y 12 años con un promedio de 7.9, la resistencia al tratamiento se observó en un lapso de 4 a 19 años con una media de 11.5 años.

No es posible establecer una correlación precisa entre el tipo de tratamiento administrado, el tiempo de administración, el tipo de complicación presentada, el tiempo transcurrido entre el tratamiento inicial y la presencia de complicaciones, así como la duración de la primera terapéutica, dado que son múltiples las variables que se manejarían en este apartado. Lo único que podemos mencionar es que en el caso de los 7 pacientes que presentaron hemorragia, habían recibido tratamiento a base de antiácidos, cimetidina, metoclopramida y propantelina por espacio de 1 a 9 años, con promedio de 2.8 y presentaron de 1 a 5 recidivas (2.6 en promedio); en los pacientes con estenosis el tratamiento fue a base de antiácidos, cimetidina, ranitidina, metoclopramida, propantelina, con duración de seis meses a 8 años con una media de 4.04 años, con una a seis recidivas (3.2) en promedio. Para los perforados se empleó una mezcla de cimetidina, ranitidina, antiácidos y metoclopramida durante un tiempo de seis meses a tres años (1.4 en promedio), con una a 4 recidivas, con 2.2 recidivas en promedio. La resistencia al tratamiento se observó en sujetos tratados básicamente con antiácidos y cimetidina por espacio de 1 a 6 años, con promedio de 3.5, habiendo presentado de 2 a 5 recidivas y un promedio de 3.5 recidivas. (Tablas 4 y 5).

En el caso de nuestros pacientes, de los 19, seis fueron operados - en forma urgente, dos de ellos por hemorragia; habiendo sobrevivido uno, cuatro fueron intervenidos de urgencia por perforación siendo la mortalidad del 75% para éstos (3 fallecieron). Los otros trece pacientes fueron intervenidos en forma programada, con una mortalidad de cero.

Al igual que se menciona en la literatura, la perforación, fue una indicación para tratamiento quirúrgico de urgencia en este grupo de pacientes y tuvo un alto índice de mortalidad. No podemos atribuir, este alto índice exclusivamente, a la perforación, sino a otros padecimientos concomitantes y a la misma edad de los pacientes, ya que se presentó dentro del grupo de mayor edad de la muestra, y en ellos se sumaron varios factores de riesgo.

Se estima que, alrededor de, 7.5% de las perforaciones agudas, libres a cavidad, ocurren en sujetos con historia que sugiere ulceración duodenal previa. (23).

Actualmente, está demostrado que los pacientes que reciben tratamien

to quirúrgico inmediato, presentan un riesgo de muerte de prácticamente cero, en tres estudios de más de 300 pacientes (24) lo cual hace evidente la importancia de un tratamiento quirúrgico urgente, en las primeras horas de evolución de una complicación.

Dos de los pacientes que presentaron perforación, refirieron antesgones de cuadros que sugieren perforación previa, la cual cedió en forma satisfactoria mediante tratamiento conservador, habiendo presentado dicho antecedente, aproximadamente, dos años antes de su ingreso.

La hemorragia se presentó como complicación en siete enfermos de este estudio, siendo necesario intervenir urgentemente a dos de ellos por sangrado activo importante y los otros cinco, intervenidos en forma programada, presentándose una mortalidad de cero en este subgrupo de pacientes.

Sabemos que el riesgo de hemorragia aumenta con el transcurso de — los años, posteriores al primer sangrado, siendo de un orden del 23% a — los tres años hasta 48% a los 10 años. (25). A pesar de que, en la actualidad, la hemorragia es la principal causa de muerte por úlcera duodenal y en algunas series constituye el principal motivo por el cual se interviene pacientes en forma urgente, dentro de nuestra serie, no hubo defunciones en este grupo, pese a que de los dos pacientes que refirieron sangrosos previos, uno refirió haber presentado cuadros similares en cinco ocasiones previas. El promedio de mortalidad, en diferentes series, es de 6.5% y con un promedio de recurrencias de 3.1%. La estenosis, ocupa menos del 5% de los casos de úlcera duodenal en las series modernas. (25). La mortalidad para los pacientes de nuestro grupo, y que presentaron estenosis fue de cero, habiéndose intervenido todos en forma electiva, habiendo referido antecedentes previos en su historia.

No podemos afirmar que los resultados de nuestra investigación, sean concluyentes, en cuanto a cual tratamiento sea el más idóneo, el que presente un mínimo de recidivas o proteja en mayor grado contra las complicaciones, pues esto requeriría estudios controlados, prospectivos, a ser manejados por grupos y con variables controladas, lo cual escapa en este momento, de nuestros alcances, ya que entre otras cosas, se requeriría — de un gran número de pacientes. Nuestra simple intención, ha sido demostrar, que pese a cuanto digan los fabricantes y distribuidores de fárma—

cos, el tratamiento médico no es la panacea en la resolución de los problemas del paciente ulceroso y, que la cirugía continua siendo una alternativa importante de tratamiento, en pacientes en los que está bien indicada.

Tal vez, en algún tiempo tengamos la respuesta a cual plan de tratamiento es el ideal para prevenir recurrencias y evitar complicaciones. Si bien la literatura refiere que el tratamiento a largo plazo con bloqueadores de receptores H2 previene las complicaciones y conocemos que la cuarta parte de las úlceras duodenales cursan en forma asintomática y que el 10% de estos pacientes presenta complicaciones. Elashoff y cols. (11) reportan el desarrollo de complicaciones en el 11% de 245 pacientes en un seguimiento a seis años. El desarrollo de complicaciones fue del orden de 2.7% por año en pacientes sin ninguna complicación previa y un promedio de 5% en aquellos que habfan presentado una complicación ulcero sa previa. Cerca de la mitad de sujetos hospitalizados por complicaciones severas no tenían antecedentes de síntomas ulcerosos. No existe hasta este momento, un plan terapéutico que permita limitar recidivas o evitar complicaciones. Solamente en el caso de pacientes asintomáticos en los que se detecta un problema ulceroso y se instituye un tratamiento quirúrgico temprano cuando han fallado los esquemas conservadores podrá poner de relieve las ventajas del tratamiento quirúrgico por encima del tratamiento médico. Esto es un tema de investigación a futuro.

No se ha podido determinar en que pacientes está indicado el tratamiento médico a largo plazo, se refiere que está indicado en sujetos con alguna complicación previa, en quienes el tratamiento quirúrgico no es una buena opción. En muchos pacientes con úlcera no complicada, asintomática, la situación es bien clara. En este grupo, estudios a largo plazo ha probado que después de terminar el tratamiento, una vez cicatrizada, la úlcera, el 20 a 43% de ellos tuvieron recurrencia en el primer año de observación. (17). Además, el 50 a 90% de los pacientes recayeron dentro del primer año después de retirado el medicamento. Quizá, en los pacientes de este grupo está justificado mantener tratamiento con bloqueadores de receptores H2 a largo plazo, aunque el tratamiento quirúrgico debe considerarse una opción importante, en especial, si tenemos en cuenta la larga historia de la enfermedad, las múltiples recidivas y la posibilidad de complicaciones severas.

El tratamiento quirúrgico se ha comparado contra la terapia medicamentosa en un estudio de más de 2000 pacientes, encontrando que el promedio de recurrencias ulcerosas postoperatorias es del orden de 9.8% a 5 años. (23)

En algunos estudios recientes, el promedio de recidivas ha ido del 13 al 23% en lapsos que van de los cinco a los diez años, aunque no por ello se concluye que el tratamiento quirúrgico sea un fracaso.

En la última década se han introducido un gran número de agentes farmacológicos, los cuales han demostrado diferentes grados de eficacia cuando se emplean a las dosis adecuadas y por el tiempo indicado (aproximadamente un año), sin embargo, varios estudios parecen demostrar que ningún fármaco es capaz de modificar la larga historia de la enfermedad ulcerosa péptica y la cirugía sí lo puede hacer cuando menos por diez años y presenta la oportunidad de evitar una ingesta crónica de medicamentos por el paciente. (24-26)

En los casos de recidiva en pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico previo hay buena respuesta al tratamiento médico complementario.

Si bien se ha referido que el tratamiento a largo plazo con bloqueadores de los receptores H₂ - por lo menos en algunos trabajos - es efectivo para proteger al paciente de recidivas y complicaciones, hay otra suerte de factores a valorar como son el costo para el paciente o las instituciones, el horario de administración y la posibilidad de múltiples efectos colaterales para el paciente, que deben ser cuidadosamente valorados por el médico antes de aplicar estos largos esquemas de tratamiento. Se plantearía la cuestión de si es necesario tratar únicamente las recidivas con esquemas cortos de cuatro a seis semanas hasta conseguir la remisión de los síntomas y la cicatrización de la úlcera, ya que la recurrencia de síntomas indica la recurrencia de úlcera en 90% de los pacientes, pero la ausencia de ellos no descarta la posibilidad de recurrencia en alrededor de 30% de estos enfermos que cursa su recidiva en forma asintomática. Por otra parte, las recidivas asintomáticas pueden muy bien, no ser tratadas en forma oportuna, aumentando con ello las posibilidades de complicación ulterior y, finalmente, de las úlceras sintomáticas tratadas, el 80% logran curación tras cuatro a seis semanas de terapia, pero del 50 al 90% de ellas podrán recidivar al año de abandonar

do el tratamiento.

Por otra parte, surgiría la pregunta de lo adecuado que pudiera ser el tratamiento de sostén para aquellos sujetos ulcerosos no complicados, después de cicatrizada la úlcera y que, pueden no presentar ningún ataque sintomático mayor, o solo un ataque ulceroso en el siguiente año. En ellos, no estaría justificada a largo plazo por los inconvenientes señalados anteriormente.

La cirugía parece ser la única opción para intentar reducir la secreción ácida en forma permanente y modificar de manera importante la historia natural de esta enfermedad. Si se presentan más de dos recidivas del padecimiento en un año a pesar de un tratamiento médico sostenido, se debe valorar el tratamiento quirúrgico (26) (27)

La mortalidad con el procedimiento quirúrgico es de 0.1% y la recidiva a cinco años del orden del 5%, lo cual la coloca en muy buena posición frente a cualquier tratamiento médico. Además, las recidivas quirúrgicas pueden y suelen responder bien al tratamiento médico complementario. (26)

Pese a la gran revolución que ha habido en cuanto al mejor conocimiento de la biología celular, la fisiología normal del sistema digestivo y al desarrollo de nuevos agentes farmacológicos en la última década, tales como la cimetidina, el más usado de los bloqueadores H₂, el desarrollo de fármacos inhibidores de la bomba de protones (omeprazol) y de agentes citoprotectores (prostaglandinas), el tratamiento médico no ha conseguido aún erradicar las recidivas ni evitar la aparición de complicaciones, por lo cual, aunque es una opción terapéutica muy importante, no es la única y, el tratamiento quirúrgico debe ser tomado en cuenta para pacientes bien seleccionados en los que se encuentre indicado, y es labor del cirujano sopesar adecuadamente los probables beneficios contra los riesgos de la cirugía.

CONCLUSIONES.

- 1.- La enfermedad ulcerosa péptica debe ser considerada como un padecimiento cuya génesis es multifactoria, pues según lo revisado aquí, hay muchos factores de riesgo involucrados y, hasta la fecha, su patogenia permanece un tanto oscura.
- 2.- Se debe considerar a la úlcera péptica como una enfermedad crónica, con una larga evolución en su historia natural.
- 3.- Lo ideal es establecer un diagnóstico temprano basado en el conocimiento clínico del padecimiento, auxiliándose de los estudios radiológicos, endoscópicos y de laboratorio en la elaboración del mismo y para seguimiento de la evolución de los enfermos. Ello permitirá prevenir mejor la presencia de complicaciones.
- 4.- Es conveniente informar al paciente, en lenguaje sencillo, la naturaleza de su enfermedad y recalcar la importancia del seguimiento de las prescripciones médicas y el acudir a revisiones periódicas, dado que, como decíamos anteriormente, hay pacientes que cursan con recidivas asintomáticas.
- 5.- El régimen dietético estricto, además de utópico, no constituye un factor de gran relevancia en el curso de la historia natural de esta enfermedad. Lo que sí será conveniente, es indicar al paciente que evite los alimentos que producen la aparición de los síntomas, así como de irritantes conocidos como el café, el alcohol y el tabaco.
- 6.- El tratamiento médico idóneo, deberá ser determinado en base a las características individuales de cada paciente, procurando emplear cada fármaco o fármacos asociados, en las dosis correctas y por el tiempo correcto, como se refiere en la literatura científica no de laboratorios.

- 7.- Deberá prestarse mucha atención a cualquier modificación en el cuadro clínico del paciente, pues ya dijimos, anteriormente, que este puede ser el primer indicio de que ha aparecido una complicación.
- 8.- Una vez diagnosticada, en forma temprana, la presencia de complicaciones, deberá procederse a valorar la posibilidad de un tratamiento quirúrgico inmediato a fin de disminuir la mortalidad y mejorar la calidad de vida del enfermo.
- 9.- En el caso de pacientes que deben ser sometidos a tratamiento quirúrgico urgente, y si la complicación pone en peligro su vida, el procedimiento no deberá diferirse por mayor tiempo que el necesario para llevarlo a la sala quirúrgica en las mejores condiciones posibles.
- 10.- El tratamiento médico, con todo su arsenal terapéutico, debe ser considerado como una valiosa arma, pero no la última, en el manejo del enfermo ulceroso.
- 11.- Se debe evaluar, con un alto criterio médico, la necesidad de emplear sedantes o tranquilizantes en estos enfermos, pues como ya mencionamos anteriormente, además de que no modifican el curso de la historia natural de la enfermedad ulcerosa péptica, su uso en forma crónica, acarrea una serie de inconvenientes conocidos por cualquier médico.
- 12.- Se impone la necesidad de efectuar estudios prospectivos, a largo plazo, con series grandes de pacientes, que permitan conocer mejor los factores que intervienen en la génesis de la enfermedad, qué tan frecuente es el padecimiento, en que forma se podría prevenir, las ventajas reales del empleo de un fármaco sobre los otros, la aplicación de nuevos compuestos que ataquen al padecimiento desde una perspectiva más específica y, sobre todo, prevenir las recidivas y complicaciones de la enfermedad ulcerosa péptica.

tica, así como la mortalidad asociada con ellas.

- 13.- No se debe recurrir a la aplicación de un tratamiento quirúrgico, cuando éste ha sido evaluado concienzudamente, valorando muy bien los probables beneficios, contra los riesgos, en el paciente.

"El pronóstico del paciente debe ser sopesado contra las tentaciones de la cirugía. La cirugía puede ser salvadora cuando el diagnóstico es claro, la técnica ha sido probada, el cirujano tiene experiencia y las estadísticas están evidentemente del lado de la vida; pero la falta de precaución al abordar situaciones menos claras puede convertirse en excesos quirúrgicos".

Luis Martín Abreu.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Rubenstein and Federman: Ulcers péptica. Scientific American Medicina. 4 Gastroenterol II: 1-16. 1986.
- 2.- James E. Mc Guigan: Ulcers péptica. Harrison II: 235-1239 1253, 1988.
- 3.- Greibe J. Bugge P, et al: Long-term prognosis of duodenal ulcer: follow-up study and survey of doctors' estimates. Br Med J 2: 1572, 1987.
- 4.- Lennard-Jones, et al: Is diet a treatment for peptic ulcer?. Gastroenterology 2: 189, 1986.
- 5.- Doll R. Friedlander, Pygott P: Dietetic treatment of peptic ulcer. Lancet 1:5, 1986.
- 6.- Ivey KJ: Anticholinergics: do they work in peptic ulcer? Gastroenterol 68: 154, 1985.
- 7.- Richardson et al: The effect of H2 receptor antagonist on food-stimulated acid secretion; comparison with an anticholinergic drug. J Clin Invest 55: 536, 1985.
- 8.- Jacoby, Brodie DA: Gastrointestinal actions of metoclopramide. Gastroenterol 52: 676, 1987.
- 9.- Schwartz S. Principios de Cirugía II. Cap. 26: Estómago: 1113 - 1146, 1987.
- 10.- Sonnenberg A: Geographic and temporal variations in the occurrence of peptic ulcer disease. Scand J Gastroenterol (Suppl) 110:11, 1985.
- 11.- Bonnevie O. Survival in peptic ulcer. Gastroenterol, 1988; 75: 1055-1060.
- 12.- Deering TB et al: Comparison of an H2 receptor antagonist and a neutralizing antiaid on postprandial acid delivery onto the duodenum in patients with duodenal ulcer. Gastroenterol 73: 11, 1987.

- 13.- Fordtran JS et al: Antiacid pharmacology in duodenal ulcer. *N. Engl J Med.* 274:921, 1986.
- 14.- Stephen G Chiverton and Richard H. Hunt: Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of treatments for peptic ulcer disease in the elderly. *Am J. Gastroenterol*, 83: 3, 1988.
- 15.- Howard JM et al: Famotidine, a new potent long-acting histamine H2-receptor antagonist. *Gastroenterol* 88: 1026, -- 1985.
- 16.- Debas HT, Mulholland MW: New horizons in the pharmacological management of peptic ulceration. *Am J Surg*: 151, 422-430, 1986.
- 17.- Silvio SE. Final report of the U. S. Multicenter trial - comparing ranitidine to cimetidine as maintenance therapy following healing of duodenal ulcer. *J. Clin Gastroenterol* 1985; 7: 482-7.
- 18.- Hamilton et al: Healing and recurrence of duodenal ulcer after treatment with bismuthate or cimetidine. *Gut* 1986; 27: 106-10.
- 19.- Lee et al: Comparison of bismuthate tablets with ranitidine in healing and relapse of duodenal ulcers. *Lancet* 1985; 1: 1299-1302.
- 20.- Marshall BJ. Peptic ulcer: An infectious disease? *Hospital Practice*, 1987; Aug 15: 87-96.
- 21.- Diaz MQ: Metronidazole versus cimetidine in treatment of gastroduodenal ulcer. *Lancet* 1986; 1:907 (letter).
- 22.- Marshall BJ et al: Long-term oroling of gastritis and low duodenal ulcer relapse after eradication of *C. pylori*-dis. *Gastroenterology* 1987; 92:1518 (abstract).
- 23.- Tolley JA: Definitive surgical therapy for perforated peptic ulcer. *Am J. Surg*; 113: 327. 1987.

- 24.- Walt RP et al: Rising frequency of ulcer perforation in - elderly people in the United Kingdom. Lancet 1986, 1: 489-4.
- 25.- Chinn AB et al: Acute hemorrhage from peptic ulcer, a follow-up study of 310 patients. N Eng J Med 255; 973. 1986.
- 26.- Stephen J. Sontag: Current status of maintenance therapy in peptic ulcer disease 83:6, 1988, p 607-617.
- 27.- Haile T. Debas and Michael W. Mulholland: Drug therapy in peptic ulcer disease. Current Probl Surg. January, 1989.
- 28.- Martín Abreu L, Fundamentos del diagnóstico: Actitud del médico, Francisco Méndez Cervantes, 1980, p. 3-6.