

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
Departamento de Patología General



TESIS DOCTORAL

Evolución endoscópica de la úlcera péptica

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Rosa María Garralón Velasco

Madrid, 2015

TP
1984
062

Rosa María Garralón Velasco



* 5 3 0 9 8 6 3 4 5 3 *

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

x-53-005028-4

EVOLUCION ENDOSCOPICA DE LA ULCERA PEPTICA

Departamento de Patología General
Facultad de Medicina
Universidad Complutense de Madrid
1984



BIBLIOTECA

Colección Tesis Doctorales. Nº 62/84

© Rosa María Garralón Velasco
Edita e imprime la Editorial de la Universidad
Complutense de Madrid. Servicio de Reprografía
Noviciado, 3 Madrid-8
Madrid, 1984
Xerox 9200 XB 480
Depósito Legal: M-10316-1984



HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS
DE LA
FACULTAD DE MEDICINA
MADRID - 3
CATEDRA DE PATOLOGIA GENERAL
Prof. Dr. A. Fernandez-Cruz Jr.

ARTURO FERNANDEZ-CRUZ PEREZ, CATEDRATICO DE PATOLOGIA GENERAL Y PROPEDEUTAICA CLINICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

C E R T I F I C A: Que los trabajos de experimentación y clínicos, que corresponden para TESIS DOCTORAL, han sido realizados bajo mi dirección, en colaboración con el Prof. Dr. A. Fernández-Cruz Liñan, por el Licenciado en Medicina y Cirugía, D^a. Rosa María Garralon Velasco sobre el tema "EVOLUCION ENDOSCOPICA DE LA ULCERA PEPTICA" considerandolo APTO para ser admitido como TESIS DOCTORAL.

Madrid, 13 de Julio de 1.981



FDO. EL CATEDRATICO.

- EVOLUCION ENDOSCOPICA DE LA ULCERA PEPTICA -

Trabajo de tesis presentado por la -
Licenciada Rosa M^a Garralón Velasco, para
optar al título de Doctora en Medicina.

Director: Profesor A. Fernandez-Cruz Perez

I N D I C E

TOMO I.-

Capítulos	Páginas
I : DEDICATORIA	5
II : AGRADECIMIENTO	6
III : INTRODUCCION GENERAL	10
1. Evolución histórica de la endoscopia	11
2. Técnica de exploración endoscópica	17
3. Indicaciones de la endoscopia	35
4. Contraindicaciones de la endoscopia	46
5. Ulcus péptico gastro-duodenal, generalidades:	
. Concepto	49
. Frecuencia y epidemiología	54

Capítulos	Páginas
. Fisiopatología	59
. Diagnostico radiológico	64
. Diagnostico endoscópico	78
. Evolución	87
. Tratamiento	93
 IV : PARTE ESPECIAL	 107
1. Material, casuística y metódica:	
. Material	108
. Metódica	128
. Casuística	147
2. Propósito de la tesis	171
3. Crítica a la casuística	174
4. Crítica a la metódica	176
5. Resultados	178
. Ulcera gástrica	179
. Ulcera pilórica	229
. Ulcera duodenal	268
6. Conclusiones	308
. Ulcera gástrica	309
. Ulcera pilórica	313
. Ulcera duodenal	315
. Resumen	317

Capítulos	Páginas
V : BIBLIOGRAFIA	519
 <u>TOPO II.-</u>	
ATLAS TOPOGRAFICO, con imágenes referidas al tomo I	3 - 46 .

=====

Quiero saber lo que no sabes
y tu enseñarme lo que no sé
mirarte siempre como las aves
diciendo siempre: ¿ Porqué, porqué ?

(E. Garralón Jorba)

A mis padres

A mis hermanos

A G R A D E C I M I E N T O

Es verdaderamente difícil, el poder reg
pilar en este capítulo de agradecimiento todas
las personas que de una u otra forma han pres-
tado su colaboración para la culminación de es
te trabajo. Pienso, que para ser fiel a la rea
lidad, debería remontarme a mi periodo docente
de estudiante de Medicina, como alumno interno
de la I Cátedra de Patología General y Prope--
déutica Clínica del Profesor Fernandez-Cruz, -
donde comence a contactar y captar el espíritu
de trabajo, docencia e investigación que emana
ba constantemente del Maestro. Posteriormente,
una vez finalizada la Licenciatura, fué él, el
que me animó, orientó y marcó las directrices
de lo que había de ser esta Tesis, puntualizan
do desde la temática a la estructura de la mig
ma y con sus conocimientos y experiencia, indi
có paso a paso el desarrollo primario. Su fa--
llecimiento inesperado me privó de terminar el
trabajo bajo su dirección, pero encuentre en su

sucesor, Profesor Fernandez-Cruz, Jr, un conti
nuador en las facetas directivas, que captando
plenamente el tema del trabajo iniciado e in--
troduciéndose con su proverbial flexibilidad y
acierto en el mismo, ha conseguido unas pers--
pectivas de enfoque inestimables, con sus pun--
tualizaciones, consejos y por que no decirlo,
desacuerdos y reproches, logrando al final --
que esta tesis se presente para su califica--
ción con grandes esperanzas.

Mi segundo gran capítulo de gratitud -
ha de dirigirse a todo el personal facultati--
vo de la I Cátedra de Patología General y Prope--
deútica Clínica del Hospital Clínico de Madrid,
que con su ejemplo y animo en mis primeros --
años de postgraduado, me marcaron la pauta --
del logro del Doctorado.

Un tercer y amplio apartado, he de diri--
girlo al Centro del que se ha recogido todo el
material que integra esta tesis, me refiero a
la Residencia Sanitaria de la Seguridad Social
Nuestra Señora de Alarcos, concretamente ,al --
Servicio de Medicina Interna del Dr. Grande --

Barragan, donde he encontrado en todos mis compañeros tanto médicos, ATS, como personal subalterno, la máxima colaboración para obtener datos y experiencias que enriquecieron mi trabajo.

No puedo olvidar los dos Servicios Centrales de este Hospital, concretamente el de Radiología del Dr. Negrillo Ortega y el de Anatomía Patológica del Dr. Carbajo Vicente, que han aportado continuamente sus conocimientos y ayuda directa, permitiéndonos los estudios comparativos y confirmaciones iniciales y evolutivas que a lo largo de este estudio se ven plasmadas.

Gracias muy especiales hacia dos personas sin las cuales este esfuerzo había sido imposible, me refiero a mi ayudante en la Unidad de Endoscopia, Srta. Mercedes Duro y a la secretaria del Servicio, Srta. Nieves Gomez. La primera me ha permitido con su paciencia, buen carácter y eficacia profesional, el repetir las exploraciones innumerables veces, manteniendo un cuidado exquisito del material para

extraer la máxima rentabilidad. Nuestra secretaria, srta. Nieves, ha aportado su inextimable calidad profesional como mecanógrafa, transcribiendo en repetidas ocasiones los diferentes capítulos con múltiples y sucesivas rectificaciones, aparte de que gracias a su perfecta ordenación de archivos ha sido posible obtener el mayor número de datos del estudio retrospectivo.

Finalmente, no puede faltar la connotación humana de la colaboración de los enfermos que han sido incluidos en este estudio, pues al fin y al cabo a ello se debe y si hemos obtenido algún resultado, para ellos es.

MUCHAS GRACIAS.-

Capítulo III :

INTRODUCCION GENERAL

HISTORIA DE LA

ENDOSCOPIA

La visión directa de las lesiones mucosas ha constituido uno de los grandes afanes de la Medicina y cómo no, el conseguir fragmentos del tejido lesionado para realizar el estudio histológico correspondiente que permita llegar al diagnóstico más correcto posible. Por esto, no es de extrañar que la historia de la endoscopia se remonte más allá de un siglo, siendo Kussmaul (1-2-3-4) en el año 1868 quien hizo el primer intento, introduciendo un tubo rígido a través de la boca, llegando a la cavidad gástrica. Parece ser que la idea le surgió al observar en los espectáculos circenses a los "tragadores de sables", pensando que sería factible superar las estrecheces y angulaciones del trayecto de la boca -- al estómago, haciendo un recorrido rectilíneo (1-5). Estas maniobras que parecían sencillas, resultaban muy engorrosas, exigiendo en

algunas ocasiones la previa extracción de los incisivos. Pero las dificultades no sólo eran originadas por el enfermo, sino que derivaban de la iluminación de la cavidad gástrica, constituyendo a veces un problema insalvable; por ello y a pesar de intentarlo con una lámpara de alcohol, hubo de rendirse a los hechos y abandonar su idea.

Más adelante, surgen nuevos intentos para salvar los obstáculos encontrados; así se utiliza un hilo de platino incandescente como fuente de iluminación (6), pero debido a las quemaduras producidas, solo pudo emplearse en cadáveres.

Otros, (7), utilizan un bulbo de vidrio enfriado por agua como protector de la fuente luminosa.

En los comienzos del siglo XX, KELLING (1), SCUTTAR, THOMPSON (1), inventan nuevos instrumentos que por su complejidad y dificultades no son utilizables. Durante el primer tercio de este siglo, la radiología comienza a tener un gran auge, por lo que quedan algo

en olvido los fallidos intentos endoscópicos, hasta 1932, en que SCHINDLER, presenta su -- gastroscopio semiflexible con óptica WOLF -- (1-2-8-9), que consta de una porción proximal rígida y una distal, formada por un tubo de goma donde estan encerradas numerosas lentes de distancia focal muy corta. Con este aparato, la gastroscopia se difunde gracias a su mejor tolerancia, buenas imágenes y relativa facilidad de manejo, por lo que surgen investigaciones por distintos autores (1-8-9),- que aportan los primeros datos de la patología endoscópica.

Sin embargo, no se consigue una gran difusión de estas técnicas dado que las dificultades exploratorias exigían una gran experiencia por parte del explorador, así como enfermos muy adecuados, sin estar totalmente exentos de peligro (1-10-11), quedando relegados a Centros muy especializados que contasen con personal adiestrado.

De muchos años era conocido el principio de la transmisión de la luz a través del vidrio, aunque éste sea muy fino y presente -

múltiples curvaturas. Esta cualidad física fué empleada para iluminar cavidades, siendo en el año 1928 cuando LOGIE-BAIRD (1), intuyó -- que con las fibras ópticas también podrían -- transmitirse las imágenes, descubrimiento que es aplicado por HIRSCHOWITZ, para fabricar un endoscopio totalmente flexible formado por un cilindro de 11 mm. de diámetro, en el que se encierran 200.000 fibras de minúsculo calibre (el doble de un hematíe), obtenidas de roca silíceas y aisladas entre sí por medio de una película especial que evita los fenómenos de dispersión e interferencia luminosa (12-9-13-14-15). La parte terminal contiene una pequeña lámpara de incandescencia y un objetivo --- orientado en ángulo recto con respecto al gas troscopio: el extremo proximal, contiene el - ocular, el mecanismo para el enfoque de las - lentes distales y una conexión en la cual se enchufa un dispositivo para insuflar el aire en la cavidad gástrica.

Posteriormente, para poder examinar el esófago, LO-PRESTI (16), ideó un esófagoscopio orientado longitudinalmente al eje del en doscopio, lo que permite una visión frontal.

A partir de estos momentos se abre un - campo amplísimo donde la ingeniería médica va consiguiendo mejores dotaciones, tanto en la iluminación como en manejabilidad, con fuentes de luz externa de alta potencia, que no sólo permitan la visión, sino la fotografía, T.V. y cine (8-14-15-17), así como sistemas de aspiración, insuflación y lavado incorporados y mecanismos de giro de la extremidad distal de hasta 180° (endoscopios Machida y Olympus). (Cuadro nº 1).

Estas características y perfeccionamiento técnico, unidos a la inocuidad de la exploración, han logrado introducir la endoscopia de tal manera, que hoy en día puede considerarse una técnica rutinaria en gastroenterología, tanto con fines diagnósticos como terapéuticos, campo aún más en nebulosa que abre unas grandes perspectivas a la ciencia Médica.

HISTORIA DE LA ENDOSCOPIA

<u>AÑO</u>	<u>AUTOR</u>	<u>CARACTERÍSTICAS</u>
1860	KUSSMAUL	TUBO RIGIDO CON LAMPARA DE ALCOHOL
1879	WITZE	TUBO RIGIDO CON HILO INCANDESCENTE DE PLATINO
1896	JACKSON	TUBO RIGIDO CON LAMPARA REFRIGERADA POR AGUA
1900 - 1920	DESARROLLO DE LA RADIOLOGIA	
1922	SCHINDLER	GASTROSCOPIO SEMIRRIGIDO
1950	BAIRD	TRANSMISION DE LAS IMAGENES A TRAVES DE FIBRAS DE VIDRIO
1958	HIRSCHOWITZ	GASTROSCOPIO FLEXIBLE
1959	IO PRESTI	ESOFAGOSCOPIO FLEXIBLE
1960 - 74	ENDOSCOPIOS MACHIDA Y OLYMPUS	
1975 - 76	ENDOSCOPIOS OPERATORIOS	

T E C N I C A D E

E X P L O R A C I O N E N D O S C O P I C A

Como en toda exploración especial creemos que se puede desde un punto de vista objetivo y didáctico hacer dos apartados tales como la preparación a la técnica y la propia -- realización de la misma.

P R E P A R A C I O N A L A T E C N I C A

- 1.- PREPARACION DEL ENFERMO: manteniendo una breve conversación con el mismo, en la -- cual se le convenza de la inocuidad del -- estudio y de las grandes ventajas que le ha de reportar en el diagnóstico y tratamiento de su problema, junto a una mentalización sobre la práctica ausencia de mo

lestias que el exámen le producirá. Esta preparación del enfermo la consideramos la más práctica y positiva de todas las medidas previas a la endoscopia.

2.- PREMEDICACION FARMACOLOGICA: hay una lista prolija de distintos medicamentos y formas de administración (1-2-4-17-18), desde los que prescinden totalmente de ella hasta los que manejan múltiples fármacos en la sedación del enfermo e incluso los que practican acupuntura con el parecer buenos resultados (19). Lo mismo podemos decir respecto a la utilización de sondaje y lavado previo (1) o el simple periodo de 8 horas de ayuno. Creemos que el hacer un repaso de los distintos modos de preparación de los enfermos sería exhaustivo y totalmente fuera de tema, por lo que nos limitaremos a explicar nuestro habitual proceder, sin querer decir con ello que sea el mejor, sino el que en nuestro ámbito resulta más eficaz.

Exigimos un periodo de 8 horas de ayuno sin practicar lavados previos, salvo en los casos de hemorragia aguda, en los cuales consideramos muy conveniente el realizarlo, pudiendo al mismo tiempo remontar a unas condiciones mínimas al enfermo. Realizamos asimismo lavados de forma sistemática en la achalasia de cardias y en las estenosis pilóricas, pero no en una sola sesión, sino en días sucesivos, con el fin de lograr la máxima limpieza en cavidad esófago-gástrica.

En nuestras primeras endoscopias premedicábamos de forma sistemática con 1 ampolla de 10 mgrs. de Diazepam y 2 c.c. de Dolantina por via intravenosa, en el mismo momento de la endoscopia, manteniendo durante la inyección una pequeña conversación con el enfermo y suspendiendo la misma al comenzar el paciente con ligera disartria y bradipsiquia.

De forma paulatina, últimamente hemos ido reduciendo la dosis de Dolantina, dado que con la misma hemos tenido algún pro

blema respiratorio, sobre todo en los bronco-
patas crónicos, que si bien se han solucionado
facilmente mediante la aplicación del antídoto
específico (Morfalil) y las medidas de respiraci
ción artificial, no dejan de ser desagradables
Por ello, y teniendo en cuenta factores como:
el estado general del enfermo, edad, peso y pat
ología acompañante del mismo, disminuimos la
dosis en la cantidad de dolantina, llegando incl
uso a suprimir la administración del opiáceo
De la misma manera y para evitar inyecciones -
rápidas, que incluso sólo con el diazepam, pued
den producir en determinados pacientes (bronco
patas, seniles), reacciones desagradables y pel
ligrosas, mezclamos sistemáticamente la dosis
adecuada con 3-4 c.c. de suero fisiológico, --
con cuya medida hemos carecido de problemas.
(Foto nº 1).

En algunos enfermos, al principio de -
nuestra experiencia endoscópica, le inyectábam
os algún analgésico, tipo pentazocina, una hor
ra antes de la exploración e incluso utilizáb
amos unas pulverizaciones de un anestésico --
local, aplicadas en faringe unos minutos antes
del acto endoscópico. Con estas medidas no --
hemos obtenido mejor tolerancia, por lo --

que las hemos abandonado.

Los pacientes sangrantes, creo necesi--
tan una consideración aparte, dadas las condi--
ciones hemodinámicas peculiares, llegando en
ellos incluso a realizar la endoscopia sin in--
ducción alguna pese a provocarle molestias.

De forma general pensamos que el endos--
copista no sólo debe procurar molestar lo me--
nos posible al enfermo, sino el intentar que
el recuerdo de la exploración por parte del --
enfermo no sea desagradable, para de esta for--
ma, poder repetir la endoscopia si fuera ne--
cesario, sin rechazo por parte del mismo, --
(Cuadro nº 2).



FOTO nº 1 : Inducción del enfermo.

CUADRO Nº 2

P R E P A R A C I O N E N F E R M O S

- 1.- MENTALIZACION DEL ENFERMO
- 2.- AYUNAS DE 8 HORAS
- 3.- INYECCION I.V. DE DIAZEPAN Y DOLANTINA A ,
DOSIS VARIABLES
- 4.- LAVADO PREVIO EN SANGRANTES Y ENFERMOS -
CON RETENCION ESOFAGO-GASTRICA

REALIZACION DE LA TECNICA

El segundo epígrafe que comentábamos al iniciar el tema, es la realización de la exploración cuyo primer aspecto es la COLOCACION del enfermo, que se bien puede realizarse en cualquier postura, la más conveniente, tal vez por la situación anatómica y habernos acostumbrado a ella, es el decúbito lateral izquierdo. (Foto nº 2)

La forma de INTRODUCCION del gastroscopio es semejante a la de cualquier sonda nasogástrica. El primer factor a considerar es evitar la mordedura del tubo, dado que el alto precio del mismo y las reparaciones, nos deben hacer ser muy cuidadosos. Para ello colocamos un protector dentario, a través del cual se introduce el gastroscopio en la cavidad bucal. Una vez en ella y cogiéndolo a modo de lápiz con la mano derecha y dirigiéndola punta con el dedo índice o medio de la mano izquierda, procuramos mantener el aparato en el centro de la base de la lengua y empujando continua y suavemente con la mano dere-

cha, se salva la hipofaringe, notando una leve resistencia que corresponde al hostium esofágico que se pasa con facilidad manteniendo la presión continuada, el tubo centralizado y ordenando al enfermo verifique movimientos deglutorios. Ni que decir tiene que durante este tiempo, un ayudante debe mantenernos la extremidad proximal del endoscopio con los mandos de angulación libres. (Fotos nº 3-4-5)

Los problemas que hemos encontrado durante la introducción del gastroscopio han sido mínimos y fácilmente salvables, de tal forma, que en toda nuestra experiencia tan sólo en un caso no hemos logrado introducirlo, sin saber realmente a qué había sido debido. De estos problemas tenemos por ejemplo, el caer, al lateralizarse el aparato, en uno de los fondos laterales de la faringe y no poder pasar a la luz esofágica. Obviamente, ésto se soluciona mediante la centralización del mismo. En otras ocasiones encontramos una resistencia inusual a nivel de la boca de Killian, que suele salvarse con la presión suave y mantenida del aparato sobre la misma, pero sin maniobras bruscas y en algunas ocasiones con

visión directa, lo que nos dá una mayor seguridad sobre este punto. En ~~pequeño~~ número de casos el endoscopio ha pasado a luz laríngica, lo cual es rápidamente objetivable por la disnea, cianosis y visualización de -- los anillos traqueales; naturalmente en estos casos basta sacar el aparato, descansar unos minutos y volver nuevamente a introducirlo, -- procurando hacerlo con visión controlada.

Una vez DENTRO de la luz esofágica y mediante insuflación progresiva, se obtiene una buena visualización de las paredes del esófago y el peristaltismo del mismo, avanzando -- dentro de su cavidad con control directo, si bien en los aparatos de visión lateral, este tiempo se realiza a ciegas.

Llegado al cardias, se aprecia el mismo a manera de roseta con pliegues convergentes, en continuo movimiento y con una línea festoneada muy evidente entre la mucosa esofágica, de color rosa pálido y la gástrica de color -- rojo intenso. En condiciones normales, el cardias lo encontramos a unos 40 cms(4, - 5), -- de la arcada dentaria. Igualmente no suele, --

salvo condición patológica, visualizarse reflujo gastro-esofágico. Una vez dentro de la cavidad gástrica, debe mantenerse la insuflación continuada para conseguir la suficiente dilatación gástrica, que impida que el endoscopio se pegue a las paredes por ausencia de cámara.

El mayor problema en el estómago, es la ORIENTACION, cuestión que es fácilmente superable a base de experiencia y utilización de unos puntos de referencia que nos sirvan para localizarnos dentro de la cavidad. El primero de ellos es por ejemplo, el "lago mucoso" que no es otra cosa que el resto líquido que siempre tiene el estómago y que lógicamente se depositará en la parte más declive, y si pensamos que el enfermo está en decúbito lateral izquierdo, éste corresponderá a la zona superior de la curvatura mayor.

El segundo punto de referencia lo constituye el additus ad antrum, o el esfínter del antro, que es la traducción endoscópica de la incisura angularis, visualizándose como un arco de medio punto cuya zona superior co-

responde a la curvatura mayor, la inferior a la menor y sus caras anterior y posterior a las respectivas del estómago.

El último punto de referencia lo tenemos en el píloro, que se objetiva como un orificio al cual convergen los pliegues, abriéndose y cerrándose con la llegada de las ondas peristálticas. La exploración de la porción vertical gástrica, incisura y porción terminal de antro, no ofrece dificultades. Estas surgen para visualizar la zona subcardial, evitándose esta región ciega mediante la retroflexión del aparato a nivel del fundus, continuándose la introducción del mismo, con lo que la extremidad distal del endoscopio se enrosca, permitiéndonos la visualización de la porción referida (retrovisión). El mayor inconveniente de esta maniobra es el deterioro del haz de fibras y la molestia del enfermo. Ultimamente, esta maniobra es mucho más sencilla y menos molesta con endoscopios de máxima flexibilidad y menor calibre; nos referimos exactamente al gastroscoPIO pediátrico GIF-P₂.



FOTO nº 2 : Colocación del enfermo.



FOTO nº 3 : Colocación del protector.

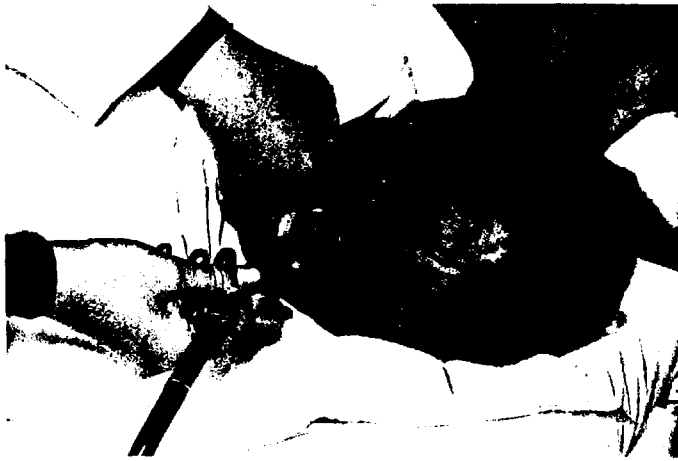


FOTO nº 4 : Introducción del gastroscopio



FOTO nº 5 : Manejo del ayudante

La segunda zona ciega la constituye el techo del antro en su porción proximal, evitándose mediante la retrovisión una vez que el aparato llega al píloro. Es obvio que estos inconvenientes se superan con facilidad o al menos son menores, utilizando endoscopios de visión lateral, que sin embargo presentan otras desventajas que más adelante comentaremos.

La localización del orificio pilórico - suele ser bastante sencillo, si bien en ocasiones se nos oculta de forma persistente, sobre todo en los enfermos que han sido portadores de ulcus retráctil de curvatura menor. - Cuando esto ocurre, se logra objetivarlo apoyando el endoscopio sobre la curvatura mayor del antro, manteniendo la insuflación continuada e introduciendo suavemente el endoscopio, siguiendo la dirección de las ondas peristálticas, llegando de esta manera a localizar y salvar con facilidad el píloro. En este punto hay que comentar que es más sencillo la canalización del mismo y ulterior visión duodenal con los panendoscopios habituales, que con los aparatos de mayor flexibilidad y menor

calibre, dado que el exceso de aquella impide la suficiente presión y apoyo, que muchas veces es necesario para traspasarlo.

La exploración del bulbo duodenal no suele presentar problemas, salvo en los casos de grandes deformidades del mismo, en los que no existen reglas standars, teniendo que comenzar a base de visión directa. Una vez llegada a la rodilla bulbar, es sencilla la visualización de la segunda porción, mediante una rotación del aparato y ligera flexión de su punta.

NOTAS ENDOSCÓPICAS

- 1.- El que durante la primera fase de la exploración sólo nos preocupemos de la introducción, dejando el estudio detenido de la mucosa para la fase de retirada mediante los movimientos "en sacacorchos", explorando de esta manera toda la circunferencia de la cavidad.

- 2.- Mantener una insuflación continuada para aplazar al máximo los pliegues, pues en no pocas ocasiones las lesiones se encuentran en sus valles.

- 3.- Todas las exploraciones deben realizarse siempre que se pueda, de forma completa, de tal forma, que la visualización de una lesión en la zona esófago-gástrica no descarta la existencia de otra, por ejemplo, en rodilla bulbar.

4.- Es muy aconsejable que si al final de la retirada del endoscopio no hemos logrado objetivar lesión patológica, repetir de nuevo la introducción del mismo, volviendo a explorar mucosas, pues a veces encontramos lesiones que habían pasado inadvertidas.

Capítulo especial lo constituye el estómago operado que cuando está intacto sirve todo lo anteriormente comentado, salvo en lo referente al píloro que normalmente aparecerá muy deformado, habiendo perdido su carácter circular, teniendo una disposición transversal y/o en hendidura y siendo realmente difícil precisar dónde termina la mucosa gástrica y dónde empieza la duodenal.

En los que solamente han sufrido un drenaje artificial con o sin vagotomía, el localizar la anastomosis es a veces muy difícil, pues se esconde entre los pliegues de la

curvadura mayor y hay que realizar una insuflación muy marcada, para al aplanar aquellos, -- conseguir su objetivación. En este sentido, el reflujo del contenido intestinal, habitualmente intenso y frecuente, suele dificultar la exploración, debiéndose utilizar de forma continuada aspiración e insuflación, para obviar estos inconvenientes. Si en todos los enfermos -- es aconsejable tener una radiología previa, en estos muchas veces es necesario, con el fin de orientarse sobre el tipo de intervención efectuada.

En los estómagos resecados, las dificultades no superan e incluso a veces son menores que en el estómago intacto, partiendo de la -- premisa imprescindible de utilizar endoscopios de visión frontal que nos permitirá explorar -- el muñón, la anastómosis con su mayor ó menor aspecto en cañón de escopeta y progresar ambas asas, revisando los típicos pliegues de la mucosa yeyunal.

I N D I C A C I O N E S D E L A

E N D O S C O P I A

De una forma general podemos contemplar el campo de las indicaciones de la exploración endoscópica, observando que éste va sufriendo una evolución cada vez más amplia conforme se va adquiriendo mayor experiencia (4-20-21-22) y siempre complementaria y no contrapuesta a la radiología, de tal manera que ambos estudios deben formar parte del protocolo habitual de los enfermos del tracto digestivo superior, con el cual se obtienen unos porcentajes de positividad superiores a los que se conseguirían con cada una de las técnicas independientes (3-4-23).

Esquematisando y con fines didácticos se pueden distinguir dos grandes facetas dentro de las indicaciones:

ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA

Personalmente y aunque parezca exagerado creemos susceptible de endoscopia todo padecimiento del tracto digestivo superior, tanto si han sido objetivadas lesiones previamente por radiología, como si han pasado inadvertidas a la misma, sirviendonos para la confirmación -- del diagnóstico y obtención de la biopsia correspondiente que aporte las características -- histológicas y la posible asociación con otra patología. (fotos nº 5-7).

El síndrome dispéptico, cajón de sastre de la práctica gastroenterológica con su correspondiente radiología negativa, creemos -- constituye una indicación absoluta de endoscopia (4-20-23-24), de tal manera que la práctica de ésta va reduciendo paulatinamente los -- enfermos etiquetados con este diagnóstico.

La detección precoz del cáncer gástrico es una meta y un desafío constante que la endoscopia tiene planteada y que de forma paulatina ha ido avanzando en el mismo. No cabe duda

que con este proceder se están consiguiendo - porcentajes verdaderamente considerables, combinando tanto la biopsia, cepillado de la lesión y citología del lavado. En este campo la Escuela Japonesa posee una gran experiencia (21- 23-25) , llegando por ejemplo a afirmar la existencia de 20 a 30.000 cánceres precoces diagnosticados (26-27); Siendo paradójico que en el mismo periodo, en Europa, sólo se detectaron 72 casos, afirmándose que en el Japon llegan a observarse 2 de cada 4 cánceres en estadio precoz, en contraposición de lo sucedido en el medio europeo, en el que según Kitter, se diagnostican uno de cada 15 -- (25).

La hemorragia digestiva constituye uno de los procesos en los que la exploración endoscópica ocupa el primer lugar, tanto en importancia como en la sistemática cronológica, permitiéndonos visualizar la lesión o lesiones que padece el enfermo y la que esté o haya sangrado. Los datos obtenidos con estos pacientes siempre serán directamente proporcionales a la precocidad de la exploración, con-

siderando de forma personal que esta debe hacerse dentro de las 24 primeras horas de la hemorragia (28-29-30-31), sin embargo en la literatura hay autores que no piensan sea imprescindible esta precocidad, dado que si bien se obtiene un mayor porcentaje diagnóstico, no reporta un beneficio en cuanto al tratamiento y al porcentaje de mortalidad y pueden surgir mayor número de complicaciones (32-33).

La exploración del estómago operado es de los campos en los que la endoscopia ha beneficiado considerablemente el diagnóstico, de tal manera, que la mayoría de las estadísticas la diferencia entre la exploración radiológica y endoscópica en estos enfermos alcanza del 60 al 90% (22-34-35-36).

El estudio del enfermo icterico es otra de las aplicaciones con vistas a cateterizar la papila y realizar la colangio-pancreatografía retrógrada (37-38-39), esta técnica si bien es de una gran ayuda en el diagnóstico,-

necesita una experiencia en la misma dada la dificultad para la canalización, aparte de -- tener un mayor número de complicaciones que -- la endoscopia habitual.

De forma esquemática podemos por tanto considerar indicada la endoscopia en:

- 1.- Enfermedades esofago-gastroduodenales -- (confirmación e histología).
- 2.- Cirrosis hepática (varices y ulcus).
- 3.- Hemorragias digestivas.
- 4.- Estómago operado.
- 5.-Ictericia obstructiva y pancreatopatias.



FOTO nº 6 : Toma de foto



FOTO nº 7 : Toma de biopsia

Hemos dejado a propósito en un apartado especial la importancia de la indicación endoscópica en la úlcera péptica en general. En este sentido creemos que hemos de contemplar bajo un punto de vista diferente la úlcera gástrica y la duodenal.

Respecto al ulcus gástrico, aparte de complementar las características morfológicas en sentido de malignidad o benignidad que ya la radiología apuntaba, nos permite obtener material para biopsia y citología mediante pinzas, cepillo abrasivo y/o lavados.

Haciendo un paralelismo entre lo que en las décadas de los 40 a 50 constituían pilar básico en la enfermedad ulcerosa, cual eran los criterios evolutivos radiológicos de Guttman (40-41), proceder sistemático del seguimiento del ulcus y consideramos que debe hacerse un control evolutivo endoscópico e histológico del mismo, dado que en no pocas ocasiones pueden sufrir una degeneración anteriormente no detectada o no existente; e incluso la relativa frecuencia con que aparece la metaplasia intestinal a nivel de las cicatrices ulcerosas, que si bien no se sabe exactamente

su significación pronóstica y evolutiva, hay no pocos autores que lo consideran como lesión precancerosa, lo que al menos exige seguir controlando con este proceder a dichos enfermos (42-43-44-45-46-47-48).

La úlcera duodenal creemos debe dársele un enfoque distinto pero con el mismo resultado respecto a la necesidad de la endoscopia. Si en la gástrica nuestra preocupación constante es la posible malignización en cualquier momento de su evolución, en la duodenal nuestro objetivo será demostrar la existencia de un nicho activo, hecho a veces dificultoso si tenemos en cuenta que las deformidades cicatriciales de sucesivos brotes hacen muy aleatorio y arriesgado asegurar que el ulcus está abierto y las molestias del paciente se deben a ello. En este aspecto hay mucho descrito en la literatura, con una diferencia de positividades entre radiología y endoscopia que se aproxima al 25-30% (49).

ENDOSCOPIA TERAPEUTICA

Este capítulo se inició en la época de los endoscopios semirrígidos y se ha ido incrementando desde el advenimiento del fibroscopio, sufriendo una masiva explosión en la década de los 70, de tal manera que ya se habla en algunos trabajos de la especialidad de Cirugía endoscópica, permaneciendo actualmente con unas perspectivas insospechadas en sus posibilidades.

En nuestra experiencia personal la hemos aplicado para la extracción de cuerpos extraños, sobre todo en esófago, mediante pinzas especiales que o bien permiten su retirada o hacen posible el troceado y ulterior introducción dentro de la cavidad gástrica. Algunas Escuelas asocian procedimientos especiales de recogida mediante dispositivos en bolsas aplicadas al endoscopio, con el fin de que dicho material no caiga al estómago(50).(Foto nº 8).

La polipectomía endoscópica con asa de

diatermia es una exploración muy difundida en la actualidad, si bien nosotros no la hemos practicado.

Algo parecido, aunque con mayores dificultades y no pocas complicaciones podemos decir de la hemostasia de lesiones sangrantes mediante agujas de diatermia o incluso rayos Lasser. En este apartado de sangrantes hay que recordar el tratamiento de las varices esofágicas mediante inyecciones esclerosantes.

Por último, en el devenir de este sin fin de aplicaciones terapéuticas se está intentando, en algunos casos con buenos resultados, la práctica de papilotomías endoscópicas o incluso extracción de cálculos coledocianos mediante Fogarty o sondas especiales que permiten solucionar de una forma incruenta la litiasis de esta localización.

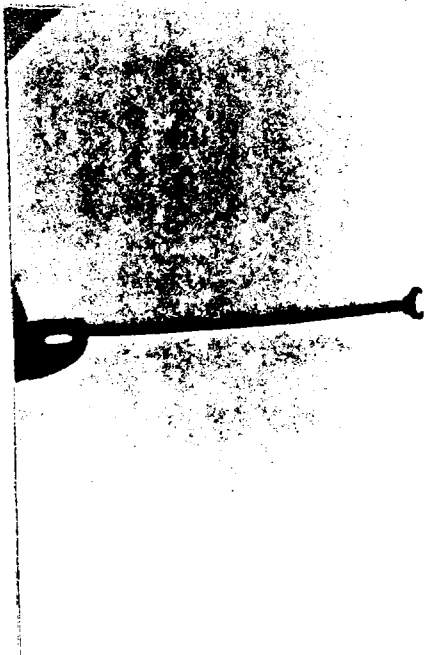


FOTO nº8 : Pinza de cuerpos extraños. De
talle de la cucharilla.

CONTRAINDICACIONES DE LA

ENDOSCOPIA

Como en toda técnica especial, éstas de penden mucho de la experiencia del explorador de tal manera que paralelamente a la misma, se van reduciendo poco a poco.

Si nos fijamos en la literatura vemos - que paulatinamente se van eliminando procesos que anteriormente constitufan una contraindicación formal en la practica endoscópica (3-20). Por ejemplo, se ha dicho en más de una - ocasión que la falta de permeabilidad del tubo digestivo era un inconveniente para la endoscopia y creemos que todos los especialistas están de acuerdo, en considerar que este proceso, sea cual fuere su naturaleza, es uno de los motivos fundamentales para aplicar la téc nica, siempre que se realice con un aparato - de visión frontal que nos permita obsevar la luz.

El capítulo del coma profundo constituye otra de las grandes contraindicaciones de este tema, sin embargo estimamos que siempre que sea estrictamente imprescindible puede y debe realizarse teniendo al enfermo intubado y con respiración controlada.

El campo de las cardiopatías es probablemente el que aún ocupa un capítulo importante en el aspecto que estamos comentando. Cuando surge la necesidad imperiosa de una endoscopia en un cardiópata "activo" bien -- por un infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca o arritmia severa, hemos de ser muy cautos a la hora de indicarla y si es posible huir del periodo agudo, pues podríamos tener complicaciones graves. Si después de sopesar los pros y los contras llegamos a la conclusión de que es imprescindible, se podrá realizar con sumos cuidados con el enfermo monitorizado y el cardiólogo e intensivista en la sala de endoscopia.

Como se ve, las contraindicaciones se --
van mermando paulatinamente sin olvidar lo --
que en más de una ocasión se ha dicho, que la
mayor contraindicación de la endoscopia digestiva
es su no indicación.

Como colofón a estos comentarios, cree--
mos que las características técnicas, económicas,
gran fragilidad del aparato, tardanza y
precio elevado de las reparaciones, ocupan --
probablemente una parcela importante, si no --
en las contraindicaciones, sí en los inconve--
nientes que esta técnica tiene para su aplicación
sistemática en la práctica diaria de la
gastroenterología.

U L C E R A P E P T I C A

G A S T R O - D U O D E N A L

CONCEPTO

Es toda pérdida de sustancia de la pared gástrica, con mayor o menos penetración en el espesor de la misma y en cuya etiopatogenia juega un papel muy importante o primordial la presencia de jugo clorhidro-péptico.

En un intento de sistematizar y debido a sus distintos mecanismo etiopatogénicos y evolutivos, se pueden considerar dos tipos, uno de ULCERA AGUDA y un segundo grupo, la ULCERA PEPTICA CRONICA. Igualmente por su localización, se diferencian la úlcera péptica gástrica y la duodenal.

En nuestro trabajo, por la repercusión clínico-evolutiva que podría conllevar, hemos hecho un tercer apartado, representado por la úlcera de canal pilórico.

1.- ULCERA AGUDA: Es toda pérdida de sustancia de la mucosa gastro-duodenal que penetra en la muscularis mucosa y más allá; normalmente múltiple y que se diferencia de la crónica en la poca respuesta inflamatoria y en la ausencia de fibrosis (51), curando en dos ó tres semanas con reepitelización casi total, regeneración glandular normal y casi nula cicatriz residual.(Foto nº 9)

En la génesis de estas lesiones suelen existir problemas vasculares localizados, con microtrombosis en los vasos de los bordes de la úlcera (52-53).

2.- ULCERA PEPTICA CRONICA: Se diferencia de la aguda en la existencia de fibrosis, con cuatro capas bien delimitadas de: (54)

- Exudado inflamatorio con coágulo y fibrina.
- Capa de necrosis eosinofílica fibrinoide de aspecto hialino.
- Capa de tejido de granulación in egrada por fibroblastos proliferantes y capilares. (Foto nº 10)



FOTO nº 9 : ULCERA AGUDA, H.E.(50x). Pared gástrica con múltiples hemorragias en la mucosa rodeando a un vaso central, en donde la misma aparece ulcerada.



FOTO nº 10: ULCERA CRONICA, H.E.(25x). Panorámica del nicho ulceroso. Se observa en el centro de la imagen ausencia de elementos epiteliales.

. Una última capa de tejido fibroso denso (55).

Rodeando al nicho suele existir edema, he morragia e inflamación moderada.

Estas úlceras, como las agudas, según su penetración pueden ser: MURALES (cuando se encuentran en el espesor de la pared gástrica). Si penetran en una estructura adyacente se llaman PERFORADAS CUBIERTAS, CAVITARIAS, etc., en cuyo caso suelen ser rebeldes al tratamiento (56-57).

En su evolución hacia la cicatrización la mucosa no se regenera con normalidad, originándose un tejido no funcional y una zona fruncida con pliegues convergentes.

La localización de la úlcera péptica -- crónica es mucho más frecuente en duodeno (- 2:1, 4:1) con un porcentaje que oscila del 80 -90% en la primera porción del duodeno (58-59 -60). Las gástricas suelen localizarse en la zona del antro y la incisura angularis de un 60-80% (58-59-60-61), teniendo preferencia la

zona de la curvatura menor (61), si bien, pese a lo que se ha escrito en ocasiones, esta localización no es criterio discriminatorio - de benignidad y/o malignidad (62-63).

Normalmente, la úlcera péptica crónica suele ser única, encontrándose en ocasiones - casos de multiplicidad de un 2-12% (58-59-64). En ocasiones coinciden localizaciones duodenales y gástricas, precediendo aquellas en su - evolución (65-66-67-68).

FRECUENCIA Y EPIDEMIOLOGIA

La úlcera gastroduodenal es una enfermedad muy frecuente con repercusiones socio-económicas muy importantes. Se han hecho muchos estudios a este respecto, pero como orientador pueden servirnos los realizados en Massachusetts (69), en donde la incidencia de la úlcera duodenal es de 7,7 y la gástrica del 0,9%. La incidencia máxima de la localización duodenal se sitúa entre los 55-64 años y la gástrica entre los 65-74 años.

La relación entre úlcera duodenal-gástrica es de 4:1 en el hombre y 2:1 en la mujer. La relación es de 2:1 para la gástrica y de 4:1 para la duodenal.

Otros estudios masivos aportan resultados muy semejantes (70). Es de resaltar el aumento de incidencia de enfermedad ulcerosa en algunas poblaciones, indios de los andes peruanos, pescadores noruegos...

FACTORES ETIOLOGICOS

No podemos ser unitarios a este respecto, existiendo numerosos factores que influyen en menor o mayor cuantía en la aparición de una enfermedad ulcerosa. Entre ellos los más importantes son: (71-241).

1.- FACTORES NUTRICIONALES Y SOCIOLOGICOS: Parece que la úlcera gástrica tiene una mayor dependencia de los mismos, apreciándose con mayor frecuencia en los trabajadores sin especializar, económicamente modestos y con cierto grado de desnutrición (72). Por el contrario, la úlcera duodenal se observa en todas las clases sociales, con predominio en las sometidas a tensiones psíquicas por responsabilidad profesional.

Los estudios realizados durante periodos bélicos, parecen concluir que el incremento de las úlceras en estos periodos no obedece a factores nutricionales, sino más bien a factores sociológicos (73).

2.- HERENCIA: Se han hecho observaciones en - las que se demuestra la mayor incidencia de - la enfermedad ulcerosa en miembros de la mis- ma familia (25-45%) (74), y la mayor frecuen- cia en gemelos monocigóticos. Igualmente pare- ce existir una mayor incidencia en los pacien- tes del grupo sanguíneo O, mayor del 40%, que los otros grupos, a padecer úlcera duodenal, - siendo todavía más alta en los pacientes que no segregan en la saliva las sustancias carac- terísticas de estos grupos, llegando a la con- clusión de que los individuos del grupo O y - no secretores, tienen un 150% más de posibili- dades que el resto (75-76-77-78).

En definitiva, parece demostrado la --- existencia de un factor hereditario que no es la enfermedad en sí, sino un factor predispo- nente que necesita para expresarse un determi- nado número de circunstancias favorecedoras - (79).

3.-FACTORES PSICOSOMÁTICOS: Hay estudios expe- rimentales que demuestran la aparición de ul- ceraciones agudas ante situaciones de stress

realizadas en ratas (80) y primates (81), que revelan la sensibilidad de la mucosa gástrica ante la agresión síquica, explicando la úlcera de stress, si bien, su relación con la enfermedad ulcerosa no es tan clara. Igualmente se han visto la influencia de los trastornos síquicos sobre la vascularización, motilidad gástrica y secrección clorhidro-péptica (82--83-84-85-86-87).

En estudios sobre la personalidad (83), se demuestra la existencia en el enfermo ulceroso de una oscilación entre una "dependencia en principio deseada y prontamente rechazada, y un polo de dependencia rehusada con el individuo intentando afirmar su autonomía".

Por último, los factores psicológicos -- circunstanciales influyen de forma evidente -- en la enfermedad ulcerosa, como lo demuestran las experiencias durante periodos bélicos(89) con aumento de hasta un 30%.

4.- FACTORES ENDOCRINOS: Como lo demuestra el Síndrome de Zollinger-Ellison, con su adenomatosis e hipersecrección de gastrina.

El hiperparatiroidismo, con una mayor incidencia de la enfermedad ulcerosa, el predominio masculino, el efectos de las hormonas corticosuprarrenales...

5.- FACTORES PATOLOGICOS ASOCIADOS: Fundamentalmente, el papel de la gastritis previa (46-90-91), viéndose una mayor incidencia en las bronquitis crónicas (92), en las cirrosis(93) en los operados de derivación portosistémica, si bien en este último, no está totalmente -- aceptado.

FISIOPATOLOGIA

El mecanismo íntimo fisiopatogénico de la aparición del ulcus gastro-duodenal está - aún muy discutido, basándose fundamentalmente en el equilibrio entre los factores agresivos y defensivos de la mucosa gástrica (71).

Entre los primeros, el más importante a considerar es el de la SECRECIÓN CLORHIDRO--PEPTICA, cuyo aumento es normalmente evidente en el caso de la úlcera duodenal, aunque en - otros casos no supere los límites normales - (91). Por el contrario, en la úlcera gástrica el aumento de secrección no está presente e - incluso puede estar disminuído (94).

Esta secrección se ve influída por múltiples factores, entre ellos, todos aquellos que originan una hiperfunción vagal, la secrección de gastrina y el número de células - parietales o mucosa secretora de la pared gástrica (95-96).

Entre los factores " defensivos " (97) hay que recordar el papel de la barrera celular gástrica, que según la concepción de Hollander (98), comprende dos niveles, el moco y el epitelio superficial. Parece que el factor fundamental lo constituye la asociación de glucocolix-membrana plasmática apical, cuya permeabilidad a los H^+ es normalmente nula en el fondo, se incrementa en el antro y es elevada en el duodeno. Esta barrera puede alterarse de forma teórica por: trastornos en la síntesis de glucoproteínas del moco, contacto con agentes nocivos (aspirina) (99), de fectos de la renovación celular (100).

Otro factor defensivo está representado por la vascularización de la pared, bien en sus características anatómicas de pobre o rica vascularización o en la existencia de lesiones vasculares, arterioscleróticas, embólicas, que provoquen zonas de isquemia.

Igualmente se consideran factores defensivos los mecanismos fisiológicos de inhibición de la secreción clorhidropéptica, concretamente inhibición antial de la secreción --

cuando su mucosa es bañada por un ácido, y el freno duodenal de las mismas características. (101-102).

CLINICA

Siendo considerada globalmente la úlcera péptica, hemos de definirla como una enfermedad crónica que evoluciona por brotes, con ritmicidad de influencia meteorológica y de difícil curación definitiva, pudiendo considerar que el nicho se cierra, pero la enfermedad persiste.

Lo más característico del síndrome ulcerooso es probablemente la periodicidad referida a base de temporadas que suelen oscilar entre las 3-4 semanas, consistentes en epigastrias, generalmente sin irradiación, en forma de calambres, pinchazos, etc... o lo más frecuente en forma de disconfort o desconforto, que en la mayoría de los casos no es muy intenso y que suele calmarse con la comida, reapareciendo de las 2 a las 4 horas, ha

biendo autores que tratan de equiparar la -- precocidad en la reaparición, con el ulcus - gástrico y el periodo silente de 3-4 horas - con el duodenal, aunque esto realmente creemos no tiene interés alguno.

Estas molestias suelen mantener unas ca racterísticas constantes en el mismo y de un a otro brote, indicando su variación, que el ulcus ha virado en algún sentido, bien de -- complicación, bien de características morfo- lógicas.

Como síntomas acompañantes podemos en- contrar diversas molestias, ninguna de ellas patognomónicas, pero que pueden estar presen- tes, tal como, el estado nauseoso, vómitos - no muy abundantes, acidez, estreñimiento no muy frecuente, etc...

Como vemos, la característica fundamen- tal del síndrome ulceroso es la morfología - del dolor, relación prandial y periodicidad meteorológica coincidente con los cambios de estación (primavera y otoño), y la particula- ridad de absoluta nulidad de molestias en los

intervalos.

Como siempre ocurre en Medicina, alrededor de este síndrome típico podremos encontrar numerosas variaciones, unas veces explicadas por las características morfológicas - y/o evolutivas del nicho y otras veces sin lógica explicación.

En este aspecto hay cuadros ulcerosos totalmente indoloros, cuyo debut los constituye una complicación (perforación, hemorragia), - pero a pesar de esto recalcamos que el carácter importante del síndrome ulceroso es la semejanza de un brote a otro, teniendo en cuenta que la variación en las molestias indica - que el nicho se ha complicado, bien de forma de una estenosis, en cuyo caso adquirirían -- factor predominante los vómitos; bien en forma de penetración con gran incremento del dolor e irradiaciones atípicas (dolor lumbar en los penetrados de cara posterior); bien que - el nicho esté sufriendo una degeneración.

Los datos de exploración física de la - úlcera péptica no complicada, son totalmente

normales.

RADIOLOGIA

El diagnóstico radiológico de la úlcera de estómago se obtiene en un 90-95% siempre y cuando el estudio sea correcto y detallado (-103), quedando un 5-10% sin descubrir a causa de diversos factores, de los cuales los fundamentales son el que la úlcera pueda ser muy superficial, el que pueda estar llena de mucosidades, sangre, restos alimenticios; sus márgenes estén edematosos no permitiendo el paso de papilla, o estar ocultas por grandes pliegues.

Igualmente pueden aparecer falsos nichos, sobre todo a nivel del fornix y la curvatura mayor del antro originados por restos de bario entre grandes pliegues. De todas formas, hay que mostrar que los diagnósticos radiológicos dependieron mucho del sistema y técnicas empleadas, siendo aconsejable la sistemática propugnada por Kawai y Yasaka (104),

a base de:

- Radiografía a replección total, en vertical, decúbito prono y lateral derecho e izquierdo.
- Estudio del dibujo de mucosa, con exposiciones en decúbito prono y supino.
- Estudio con doble contraste, en decúbito supino, oblicua derecha en decúbito supino, oblicuo izquierdo estando el enfermo medio incorporado y en decúbito prono.
- Manejo de compresión adecuada.
- Polisografía.
- Doble contraste con neumoperitoneo para gastroparietografía.

Aparte de la demostración de la úlcera gástrica hay que intentar el determinar la naturaleza benigna o maligna de la misma.

El aspecto de la úlcera benigna es de

perfil, como una imagen crónica de adicción - que emerge de la luz gástrica constituyendo - el típico nicho de Haudeik(105). Estos ni--- chos suelen visualizarse con más frecuencia - a nivel de la curvatura menor, pero también - pueden visualizarse en la curvatura mayor y - en las caras anterior y posterior mediante -- proyecciones oblicuas y/o laterales, que ha- gan que la incidencia del haz de rayos sea p- perpendicular al del nicho, con la caracterís- tica de presentar bordes concretos, netos, -- siendo más profundo que ancho.

Las características del nicho benigno - de perfil, podríamos resumirlas en: (106).

- a) El hecho de que éste se proyecte más allá de la luz gástrica, en contra de los ma-- lignos que suelen estar dentro del espe-- sor de la luz.
- b) La existencia de la línea de Hampton que aparece como una zona delgada transparen- te, de márgenes rectos y paralelos de 1 - mm. de espesor y que representa el saliente de la mucosa gástrica que sobresale en

el orificio de la úlcera benigna (107) separando la úlcera de la luz del estómago. En ocasiones esta línea puede no ser completa, bien porque el saliente de la mucosa no pueda demostrarse en su totalidad, - bien porque la úlcera haya cerrado parcialmente. En estos casos aparece como una muesca estrecha en el margen superior y/o inferior.

En ocasiones esta línea puede faltar por completo, si bien este aspecto es típico de la úlcera benigna, como ya decíamos, - no podemos considerarlo patognomónico de ello (108-109-110-111-112), dado que se ha encontrado en carcinomas.

- c) El rodete ulceroso es debido al edema periulceroso en la pared gástrica adyacente a la úlcera, descrita por Wolf y Marshak, (112), que aparece como una banda transparente interpuesta entre el nicho y la pared del estómago. La mucosa a nivel del rodete ha perdido su dibujo, presentándose lisa y se continua con la mucosa normal de forma insensible, formando un ángulo -

obluro.

- d) La meseta ulcerosa, también descrita por Wolf y Harshak (112), es debida al mismo hecho que el rodete, pero con la diferencia de ser mucho más pronunciada, de tal manera que incluso cuando es grande, el nicho no se proyecta más allá del contorno del estómago, pudiendo confundirse con un tumor intramural ulcerado. En estos casos podemos guiarnos viendo que la úlcera se localiza en el centro de la meseta, la superficie de esta es lisa y notamente de limitada, las zonas periféricas de la mucosa se pierden de forma insensible con la mucosa sana, formando un ángulo obtuso y uniforme.

Frontalmente, la úlcera se observa como una zona densa de bario, suspendida en la mucosa gástrica, de contorno liso, denominándose cráter ulceroso, con pliegues radiales que se ~~extienden~~ hasta el pliegue marginal que lo rodea y que representa el rodete ulceroso visto de perfil. (Fotos nº 11-12)



FOTO n° 11: Aspecto radiológico de un úl
cus gástrico visto de perfil.

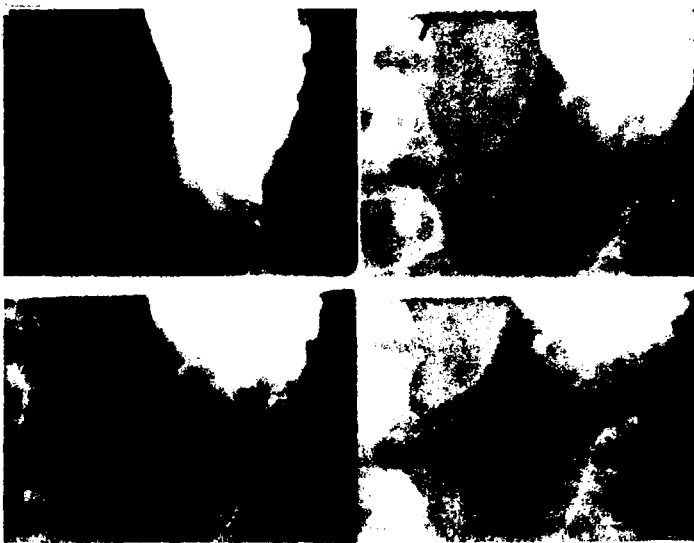


FOTO n° 12: Aspecto radiológico de una úl
cera gástrica vista de frente.

Alrededor del cráter podemos ver lo que se ha llamado "el defecto del halo", que no es otra cosa que la visión frontal de la meseta ulcerosa y que se visualizará como una banda ancha que rodeará la úlcera, llegando a los pliegues al margen del halo.. Este halo, por su parte externa no está claramente delimitado del resto de la mucosa gástrica adyacente, presentando alrededor una mucosa lisa sin imágenes nodulares.

Otro hecho a considerar como criterio de benignidad es el cierre de la úlcera, dado que en los carcinomas es raro que sea total (113-114). En este sentido vuelve a tener un aspecto normal totalmente, dado que en el punto del nicho pueden existir algunas deformidades, pero sin infiltración y con dibujo de mucosa intacto.

Normalmente, la úlcera benigna debe desaparecer radiológicamente entre las 2 y 6 semanas.

Otros signos indirectos de benignidad en la úlcera gástrica son: en primer lugar -

el tamaño y la profundidad del nicho, si bien se ha demostrado que la úlcera péptica puede oscilar desde 1 mm. de diámetro a 25 mas. e incluso más (107), por lo que este criterio no es valedero para diferenciar este tipo de nichos.

La evolución radiológica de la úlcera - es otro criterio indirecto de benignidad cuando se comprueba una disminución progresiva de ella, si bien a veces las úlceras malignas -- pueden tener una disminución parcial.

La localización del nicho es un crite--rio muy manejado, hablándose en un principio de que las úlceras pilóricas de curvatura mayor y antro son malignas, habiéndose comprobado en la actualidad todo lo contrario (109-115 116-117), dependiendo la benignidad y/o malig--nidad de la misma solamente de las caracterís--ticas radiológicas de ella.

Actualmente, las úlceras de fondo gá--strico por encima del nivel del cardias, deben ser consideradas como malignas (118-119).

Por último, otro signo indirecto de la presencia de un nicho, es la existencia de una escotadura en la curvatura opuesta al nicho, originando por la contractura de las fibras musculares gástricas. (Foto nº 13)

En resumen, hemos de considerar que para el diagnóstico radiológico de una úlcera péptica no basta que reúna un solo requisito de benignidad, sino que son necesarios la suma de todos ellos, llegando si los reúne, a un diagnóstico de exactitud con respecto a las características histológicas, de un 96- a 98% (120).

Esquemáticamente, los criterios radiológicos de la úlcera maligna son:

- a) El nicho suele situarse dentro de la luz del estómago Menisco de Karman(121).
- b) La localización dentro del defecto de replección suele ser excéntrica.
- c) La forma de la úlcera es irregular.

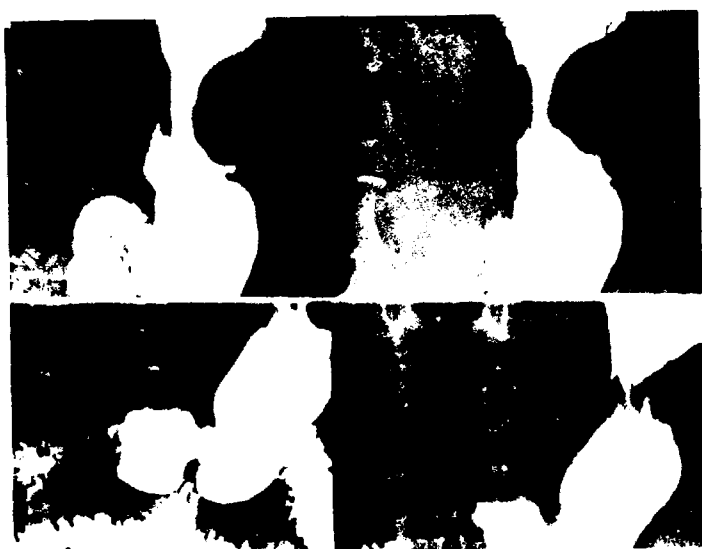


FOTO nº 13 : Signos radiológicos indirectos de la úlcera gástrica

- d) Suelen ser más anchas que profundas.
- e) El fondo es nodular.
- f) Los márgenes se encuentran ondulados y no dulares.
- g) La mucosa adyacente a la úlcera es igualmente irregular con separación neta del tejido tumoral y muchas veces nodular.

A nivel del duodeno, hemos de considerar al igual que en el estómago, los signos directos e indirectos (122).

Como signo DIRECTO, tenemos la objetiva ción del nicho (123-124-125-126). Este de per fil, suele verse como una protusión circunscrita; en el contorno del bulbo duodenal y -- por el contrario, de frente, se objetiva como una mancha suspendida con una zona de edema alrededor del mismo. (Fotos nº 14-15-16)

Como signos INDIRECTOS tenemos fundamentalmente toda la gama de deformidades cicatriciales o espasmos del bulbo (127-128) y la con

verruencia de pliegues hacia el nicho.(Fotos nº 17-18)

A nivel del duodeno, el problema fundamental es la objetivación de la úlcera, no -- planteando ningún problema la benignidad o malignidad, ya que a este nivel los procesos -- neoplásicos son excepcionales.

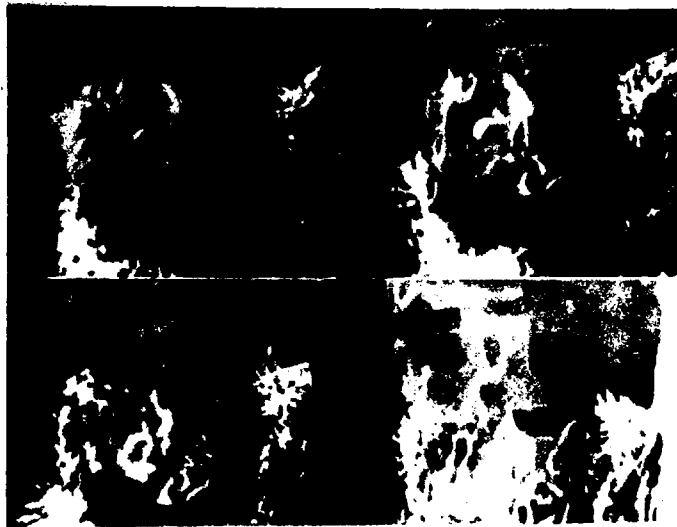


FOTO nº 14: Aspecto radiológico donde se observa un ulcus duodenal.

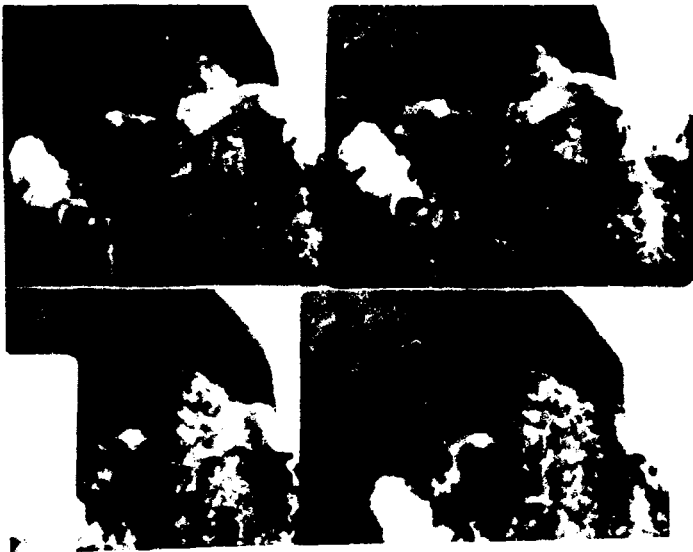


FOTO nº 15: Visión radiológica de una úlcera duodenal.



FOTO nº 16:
Úlcera pilórica visible radiológicamente.

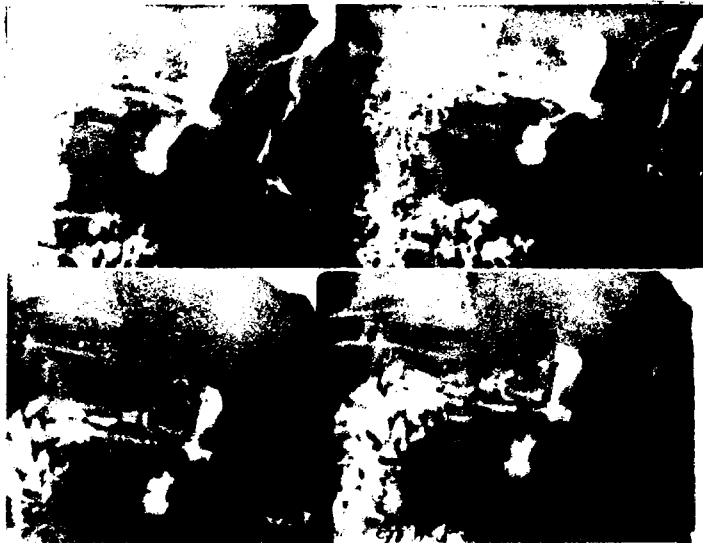


FOTO nº 17 : Signos radiológicos indirectos de
ulcus duodenal.

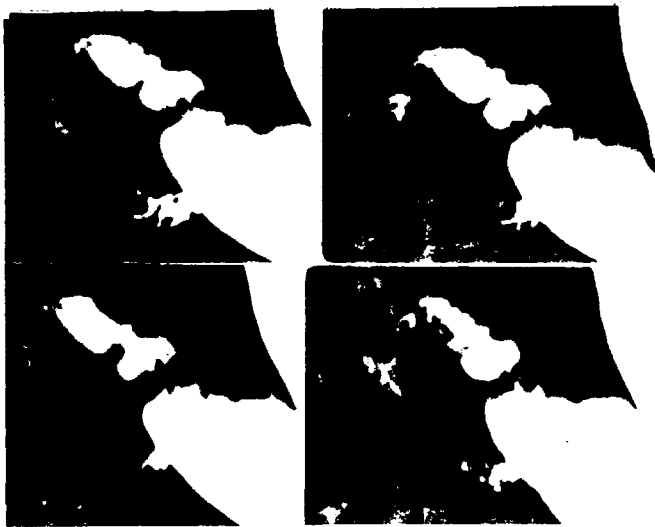


FOTO nº 18: Signos radiológicos indirectos de
ulcus duodenal.

DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO

En la úlcera gástrica, como hemos visto, el diagnóstico radiológico se consigue en un porcentaje muy elevado de casos (90-95%), -- siempre y cuando la exploración sea correcta y detallada, siendo el estudio endoscópico un complemento imprescindible para confirmar su existencia, descartar la presencia de lesiones superficiales asociadas, no detectadas en radiología y asegurar por el aspecto la naturaleza benigna de la lesión, debiendo tomarse biopsias múltiples para el estudio histológico (24-129).

Al igual que la radiología, presenta zonas de menor accesibilidad al diagnóstico (- 130-131-132). La endoscopia presenta zonas difíciles de exploración, tal como la zona yuxtacardial y alta de la pared posterior (132-- 133), debido a los grandes pliegues que pueden esconder lesiones.

La úlcera péptica típica se visualiza -- como una lesión de defecto de mucosa, redon--

deada u ovalada, de distintos tamaños, bordes netos, edematoso e hiperémicos y fondo liso - cubierto de fibrina blanco-amarillenta, lo -- que le dá el aspecto semejante a un afta bu-- cal (129). Las variaciones respecto a este pa-- tron son múltiples, desde el pequeño nicho -- que es indistinguible de una erosión, hasta - el nicho gigante de bordes elevados, fondo ca-- vitario, a veces irregular con restos de coá-- gulos y de tejido necrótico. Entre ambos ex-- tremos encontramos múltiples aspectos que de-- berán estudiarse cuidadosamente para estable-- cer con corrección el criterio de benignidad o malignidad de la lesión. (Foto nº 19)

En este sentido y desde un punto de vis-- ta didáctico, hemos de barajar los siguientes parámetros:

- . Localización del nicho.
- . Bordes del nicho.
- . Fondo del nicho.
- . Pliegues y mucosa circundante.
- . Histología.
- . Evolución.



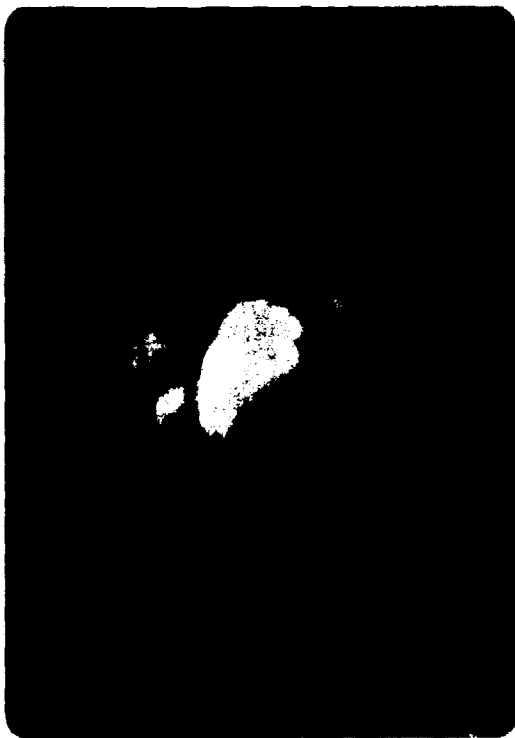


FOTO nº 19 : Aspecto endoscópico de
una úlcera gástrica típica. (péptica)

1.- LOCALIZACION DEL NICHOS:

Como ya hemos comentado, la úlcera benigna se consideraba como toda lesión de curvatura menor y región prepilórica de la misma apuntándose como maligna las de curvatura mayor, prepiloro y antro, habiéndose comprobado en la actualidad la falsedad de este criterio pudiendo darse las dos posibilidades tanto en una como en otra localización (107-115-116 -- 117-118-134), considerándose exclusivamente como zona maligna las de fondo gástrico por encima de la desembocadura cardial (114-119)

2.- BORDES:

El úlcus péptico presenta un borde neto algo hiperémico y edematoso que le separa de la mucosa normal. La presencia de un borde -- irregular, mal definido, festoneado, con zonas de separación netas y otras con prolongaciones a manera de dígitos, nos hará pensar en la naturaleza maligna del mismo (129), al igual que la presencia de nodulaciones mamelonas.

3.- FONDO:

La úlcera péptica ofrece un fondo liso, homogéneo, cubierto de fibrina blanco-amari--llenta de densidad y coloración uniforme, salpicada en ocasiones de muñones vasculares, --coágulos, o restos de sangre, que le dan un -tinte parduzco. (135)

La existencia de un fondo irregular con zonas de fibrina alternando con otras carno--sas e incluso la presencia de mamelones, se--rán caracteres no benignos del nicho.

Lo mismo podemos decir de la falta de -uniformidad en la coloración y densidad de la fibrina, con zonas blanco-amarillentas y otras de color rosáceo claro, dando en conjunto un aspecto que personalmente nos recuerda al "bacon".

4.- PLIEGUES Y MUCOSA CIRCUNDANTE:

Es habitual la existencia de pliegues -ininterrumpidos y convergentes hacia el fondo del nicho con mucosa circundante indemne y --flexible, pudiendo ser modificada por el pe--

ristaltismo. La interrupción de los pliegues antes del halo periulceroso, la presencia de mucosa rígida con alteraciones en la coloración, son hechos sugerentes de carácter neoplásico. En este punto hay que tener en cuenta el momento evolutivo del mismo, dado que con las cicatrices los bordes y la mucosa circundante pueden encontrarse hiperémicos con aspecto en empedrado y sangrando fácilmente al contacto con el gastroscopio.

5.- HISTOLOGIA:

Por sistema, debe biopsiarse toda úlcera gástrica. El resultado de la histología sin embargo, no descarta tajantemente la posible existencia de un cáncer.

El primer punto de discusión es el número de biopsias a realizar, así en la literatura hay diferentes pautas a seguir (136-137-138). Personalmente creemos que con 4 ó 6 tomas es suficiente siempre que se realicen en la parte interna de la vertiente del borde (137-), en el fondo y en toda zona que nos re

sulte sospechosa, como pueden ser mamelones, mucosa de aspecto infiltrado, ... Respecto a la biopsia del fondo, hemos de tener en cuenta que la mayoría de las veces sólo obtendremos material fibrino-necrótico; por ello, para que sean positivas, será necesario hacer "biopsia sobre biopsia", no exenta de peligro.

Un criterio más de malignidad es la dureza acentuada en el corte, que indica la -- pérdida de flexibilidad de la mucosa.

6.- EVOLUCION:

Es de sobra conocido que el estudio evolutivo en la úlcera gástrica constituye uno de los mejores métodos para asegurar su benignidad de tal manera, que una total curación es casi evidencia concluyente de la benignidad de la úlcera (113-114).

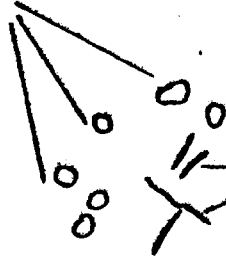
Para determinar esta total curación del úlcus no es suficiente con el estudio radiológico, dado que no es infrecuente que endoscópicamente siga presentando actividad, por lo que deberá ser esta exploración la que deter-

mine el cierre completo de la lesión (139) con "restitutio ad integrum" de la mucosa.

El primer criterio es la desaparición - del color rojizo edematoso del borde por regresión del edema periulceroso y el desarrollo del tejido de granulación (138), originándose unos tractos estrellados hacia el fondo de la úlcera, con mucosa en "empedrado", que va sustituyendo paulatinamente al nicho, rellenándolo y dejando al final un punto de fibrina que en última instancia quedará sólo como una depresión a la que convergen estos tractos de mucosa algo deslustrada. (Foto nº 2)

La existencia de una torpidez en la evolución o la presencia de irregularidades en la cicatrización, serán hechos a considerar e incluso rebiopsiar, sin olvidar que las úlceras, a veces, evolucionan en su curación hacia formaciones lineales (140) y otras, fragmentan los grandes nichos alternando zonas de mucosa en regeneración con otras aún con fibrina, dando un aspecto multilocular "en salami".

flash



cicatriz





FIGIO nº 20 : Visión endoscópica de una
cicatriz ulcerosa.

No se puede tampoco olvidar el problema del ulcus-cancer, con la posibilidad del desarrollo de un proceso maligno sobre un ulcus péptico.

EVOLUCION DE LA ULCERA PEPTICA

La evolución de la enfermedad ulcerosa tiene varios aspectos a considerar, por una parte el hecho de que en un porcentaje muy alto de casos la úlcera que estamos controlando constituiría un brote más de la prolongada -- historia natural de su problema, por otro lado hay matices importantes que distinguen los caracteres evolutivos del ulcus gástrico y -- del duodenal, por lo que los contemplaremos -- por separado.

1.- ULCERA GASTRICA:

Es sin duda uno de los mayores problemas que se le plantean al clínico, dado que --

Pese a los innumerables estudios al respecto, no es unánime el criterio de si una úlcera -- gástrica péptica puede o no malignizarse.

En este aspecto hay publicaciones que - aseguran la existencia de este hecho (141-142) basándose en:

- a) Posibles signos clínicos de modifica-- ción de la sintomatología.
- b) Supuesto aumento de la frecuencia del carcinoma gástrico en los pacientes -- con úlcera benigna.
- c) Signos histológicos demostrativos de - la transformación maligna.

Basándose en estos criterios, Wilson y Macarty (142) llegan a asegurar que la úlcera péptica degenera hasta en el 50%, encontrando antecedentes ulcerosos en cerca del 70% de los cánceres gástricos.

Sin embargo, en la actualidad se demueg tra que estos postulados son insostenibles --

por la ausencia de pruebas histológicas convincentes (143), dado que la existencia de is lotes de tejido tumoral en los bordes de la úlcera benigna, es el único hecho que podría demostrar tal teoría y parece que no se encuentra en más del 1,5- 2% de los ulcerosos (116-144-145-146-147-148-149-150), por lo que algunos autores (151) aseguran que tales enfermedades son entidades distintas y que el cáncer implantado en una úlcera, no se presenta con más frecuencia que en la población general.

Hecha esta introducción al control de la úlcera gástrica, creemos que el gran problema para el clínico práctico no está en si la úlcera degenera o no, sino en poder diagnosticar con seguridad si una úlcera gástrica es benigna o maligna.

Recordemos que cuando hablamos de los criterios de distinción de la úlcera gástrica se establecen varios parámetros, el clínico, el radiológico y el endoscópico dentro de los controles evolutivos, que tanto nos pueden ayudar en la seguridad diagnóstica.

Normalmente, la úlcera péptica en estómago suele sufrir un proceso de cicatrización progresiva, que suele durar unas 4-6 semanas, (152), consistente en la aparición de un tejido de granulación y fibroso, juntándose los bordes del defecto mediante contracción de la muscularis mucosas, uniéndose por tejido fibroso y elástico, originando una convergencia de los pliegues hacia el centro semejando una estrella (153), con el mismo deprimido. Sobre el tejido de granulación se regenera el epitelio glandular, si bien, la regeneración glandular es incompleta, por lo que este epitelio está más expuesto a la autodigestión -- (154).

Desde un punto de vista clínico, lo normal es la desaparición de las molestias a las 2 semanas (155). Radiológicamente, el nicho se irá reduciendo progresivamente hasta su completa desaparición, antes que dicha restitutio ad integrum sea totalmente completa, por lo que los controles deberán completarse con estudio endoscópico e histológico.

Endoscópicamente, el borde edematoso --

elevado e hiperémico que rodea el nicho será el primer dato que desaparecerá (138), siendo sustituido por unos pliegues mucosos convergentes hacia el fondo de la úlcera que irá -- disminuyendo de tamaño hasta quedarse convertido en un punto blanquecino y al final quedar como único rastro una mucosa con tractos cromáticos convergentes, no elevados, de mucosa algo deslustrada hacia un punto central algo más hiperémico, momento en el que podemos considerar que hay restitutio ad integrum con la consiguiente confirmación histológica.

Como sistemática de control, creemos -- que puede seguirse la preconizada por Slesinger (156), que considera que toda úlcera gástrica menor de 2.5 cms. debe estar totalmente cerrada a las 12 semanas y las mayores a las 15 semanas, por lo que las revisa a las 3-6 - y 12-15 semanas, manteniendo la pauta terapéutica siempre que la rapidez de la cicatrización sea la normal (aproximadamente unos 3 mms por semana) (157) y que no aparezcan criterios radiológicos y/o endoscópicos distintos. En caso contrario aconsejan la intervención quirúrgica.

2.- ÚLCERA DUODENAL:

El control de esta úlcera es totalmente distinto, dada la práctica inexistencia de relación entre este proceso y el cáncer.

Muchos ulcerosos duodenales curan sin dejar deformidades, pero un gran número de ellos, al sufrir el proceso regenerativo de tejido de granulación y fibrosis, crean grandes deformidades bulbares, dónde será muy difícil asegurar la existencia del nicho desde un punto de vista radiológico, debiéndose confirmar su cicatrización mediante duodenoscopia, apreciándose entonces la cicatriz como unos tractos convergentes de distinta coloración, con mucosa deslustrada, con pérdida de uniformidad cromática, convergiendo hacia un punto central.

En otras ocasiones intermedias, la úlcera sufre una múltiple fragmentación dando una imagen semejante a la que presenta la duodenitis erosiva, con puntado de fibrina separado por mucosa hiperémica y en otros casos, la úlcera ni la cicatriz será visible y sólo apre-

ciaremos una fragilidad mucosa a su nivel, --
con gran tendencia a sangrar en sábana en --
cuanto se contacta con ella.

TRATAMIENTO

El problema terapéutico de la úlcera péptica continúa siendo una "piedra de toque" - para los clínicos, tanto en el planteamiento general del mismo, como en sus peculiaridades respecto a medicación, persistencia de la misma e incluso momento oportuno del cese farmacológico.

Considerando la cronicidad de la úlcera péptica, deben tenerse unos parámetros básicos para el período agudo y otros para la terapia de sostén.

Durante el PERIODO AGUDO de brote, hay que considerar una serie de apartados:

1.- HOSPITALIZACION:

Parece que en estudios comparativos, el índice de curación de las úlceras pépticas -- aumenta en los pacientes hospitalizados en re lacion con el grupo testigo, de tal forma, que habian disminuído en 2/3 o más su tamaño original al final de las 4 semanas, en el 41%, en contra del 13% del grupo testigo (158). Sin embargo, no parece aconsejable la hospitalizacion sistemática, sobre todo debido al factor económico, reservándose esta pauta para aquellos que necesitan aislamiento sociológico de su medio ambiente, los que requirieran un estu dio y valoración inicial de la respuesta al tr atamiento y sobre todo, los que presentan complicaciones o riesgos de los mismos.

2.- REPOSO:

Es un factor importante en la sistemáti ca terapéutica del ulceroso, no sólo enfocado al reposo físico en cama que debe plantearse

cuando las características anatómicas del nicho (penetración, presencia de coágulos, riesgos de hemorragia) lo aconsejen, sino que tal vez sea más importante el reposo síquico, o - mejor dicho, la separación del enfermo de su medio laboral lleno de **situaciones** productoras de ansiedad y por ende, en muchas ocasiones es aconsejable unas vacaciones laborales más que un encamamiento absoluto que puede ser perjudicial por la sensación de inactividad - del enfermo y su falta de ocupación.

3.- PSICOTERAPIA:

Ya quedó referido el importante papel - que las alteraciones emocionales juegan en la génesis de la enfermedad ulcerosa, que han -- llegado a ser consideradas dentro del grupo - de las enfermedades psicosomáticas. Por ello, parece muy importante el control afectivo-emo- cional del enfermo en periodo agudo. Este con- trol, en muchas ocasiones, podría conseguirse a base de confianza y comunicación con el pa- ciente, realizando una terapia de apoyo; en otras ocasiones existiría además, la separa- ción del medio desencadenante del stress y en

algunos casos requeriría la utilización de --
drogas ansiolíticas o antidepresivas que con-
sigan la normalización de la tensión psico---
afectiva del enfermo.

4.- DIETA:

Es un punto importante en el ulceroso,
sobre todo teniendo en cuenta las variaciones
existentes en las pautas de distintos autores
desde los que prácticamente dejan una dieta -
libre, suprimiendo tan solo lo que el enfermo
observe le produce dolor, hasta los que res--
tringen toda alimentación con ingestión repe-
tida de leche.

Nuestra postura a este respecto ha sido:

- a) Mantener una alimentación adecuada des-
de un punto de vista nutritivo, con su-
ficiente aporte calórico.
- b) Mantener el principio de comidas repe-
tidas y pequeñas, intentando que el es-
tómago nunca esté lleno ni vacío, para
de esta manera hacer un efecto amorti-

guador de la acidez.

- c) Supresión de alimentos irritantes, tanto mecánica como químicamente, fundamentalmente las fibras, semillas ásperas y hollejos, desde el primer punto de vista y los muy dulces, ácidos, picantes y salados, desde su acción química.
- d) Supresión de los excitosecretorios, sobre todo la cafeína, el alcohol, té, - frutos ácidos, tabaco...

REGIMEN DIETETICO.-

Alimentos permitidos: Verduras bien cocidas y en purés (excepto col y similares), puré de patata, sopas (sin grasa), pastas de sopa, macarrones, arroz hervido, bechameles, croquetas de pollo, carnes blancas, jamón de -- York o jamón magro poco salado y sin tocino, pollo, sesos hervidos. Pescados blancos hervidos o aliñados con aceite. Huevos en forma -- blanda (tortilla francesa, pasados por agua), Frutas muy maduras o en compota. Mermeladas -- no muy ácidas, quesos blancos sin fermentar, flan, natillas, algún helado, café descafeinado.

Alimentos prohibidos: Té, café, alcohol, Alimentos salados y especiados, ensaladas, verduras fibrosas, setas, frutas (excepto melocotón o peras muy maduras), frutos secos, legumbres secas, caldos y extractos de carnes, cerdo y derivados (excepto jamón), carne de caza y despojos grasos en general, (excepto accite crudo y mantequilla), pescados azules, repos-tería, aguas carbónicas o muy salinas.

. Y todo aquello que el enfermo, por propia experiencia, observe que le sienta mal.

. Procurará hacer 4 ó 5 comidas por día, de volumen sensiblemente semejante y sin recargar ninguna de ellas. Puede fumar un cigarrillo después de las comidas. Tomará 1 litro de leche diaria, preferentemente fría, pero no helada.

5.- MEDICACION:

a) ANTIACIDOS.- La mayoría de los antiácidos utilizados, son combinaciones de sales de magnesio, calcio y aluminio, no empleando los de forma aislada.

Esquemáticamente, los antiácidos manejados presentan las siguientes características:

. BICARBONATO SODICO: es muy soluble, se vacía con rapidez al intestino delgado donde se absorbe, con tendencia a produ

cir alcalosis. Su efecto antiácido es -
 onérgico pero muy breve y con efecto re-
 bote.

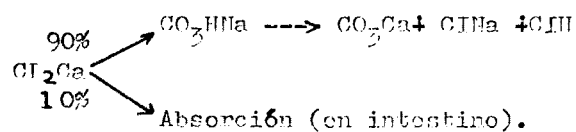
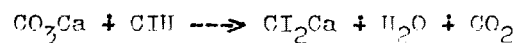
Su reacción química consiste en:



- **CARBONATO CALCICO:** es un producto no so-
 luble, por lo que su efecto antiácido -
 es más duradero, ya que se elimina del
 estómago con mayor lentitud que el bi-
 carbonato sódico. Posee un fuerte efec-
 to antiácido y no es caro.

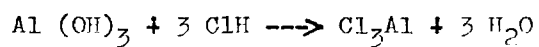
Las desventajas son su mal sabor, a ye-
 so, tendencia al estreñimiento (por for-
 mación de sales insolubles de calcio),
 efecto rebote ácido, producción de hi-
 percalcemia (se absorbe un 10% en forma
 de cloruro cálcico) y alcalosis.

Su reacción química es:



De donde se deduce que el 90% del ClCa es convertido en el delgado en sales -- cálcicas insolubles, limitando su absorción sólo al 10% (159-160).

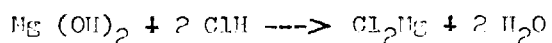
- HIDROXIDO DE ALUMINIO: su reacción química es:



Sus ventajas son su sabor agradable y - la ausencia de toxicidad, dado que el - cloruro de aluminio reacciona en el intestino delgado formando sales básicas de aluminio, insolubles, por lo que su influencia sobre el equilibrio ácido-basa es nula.

Sus desventajas son que tiene un efecto de neutralización bajo, causa estreñimiento y es caro.

- HIDROXIDO DE MAGNESIO: su mecanismo químico de acción es:



Es un antiácido potente, insoluble, pero con tendencia a la diarrea. No produce alcalosis.

- b) **ANTICOLINÉRGICOS:** Con vistas a suprimir los mecanismos vagal y antral de la secreción gástrica, se han utilizado desde la atropina y belladona hasta el probanthine antrenyl, etc... Sus inconvenientes están en los efectos secundarios de tipo vagal que producen (visión borrosa, sequedad de boca, dificultades en la micción, etc..). Hoy en día su utilización ha disminuido considerablemente debido a nuevos inhibidores secretorios.

- c) **CARBENOXOLOLE:** Es un hidrolizado del ácido glicínico, derivado del regaliz, que favorece considerablemente la cicatrización del úlcus. Ha sido muy utilizado por las escuelas sajonas.

Sus contraindicaciones derivan de su tendencia a la retención del sodio.

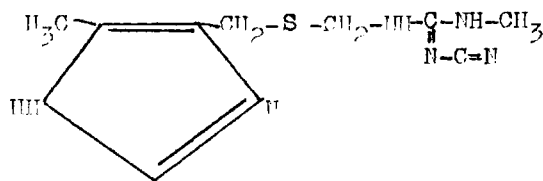
- d) CINETIDINA: Ash y Schild, basados en la experiencia de la nulidad de efectos de los antihistamínicos sobre la secreción gástrica, sugieren la existencia en la mucosa gástrica de otros receptores a los que los antihistamínicos no podrían fijarse y en consecuencia no podrían bloquear la secreción ácida (161).

Previamente en el año 1964, en el Reino Unido, el Dr. James W Black, iniciaba los trabajos para el descubrimiento de una droga que inhibiera o bloqueara selectivamente la estimulación de la secreción gástrica por la histamina (162), y así como los antihistamínicos fueron clasificados como antagonistas de los receptores (160) a estas posibles drogas se les denominó antagonistas de los receptores H_2 .

Basados en el hecho de la similitud química-estructural de los bloqueantes β -adrenérgicos con las catecolaminas, comenzaron a investigar con sustancias de estructura semejante a la histamina (163). De este modo, el primer antagonista de los recep-

tores H_2 fué la Burimamida, que inhibía la secreción gástrica producida por la histamina y pentagastrina (164), pero su absorción por vía digestiva y escasa potencia, hizo que se abandonara (165). Un año más tarde, se sintetizó la Metiamida, compuesto bien absorbido por vía oral y con una potencia cinco veces superior a la Burimamida (166), pero se vieron efectos secundarios tal como, una agranulocitosis (167), que se achacó a la fracción thiourca de su estructura, por lo que se substituyó este radical por un radical cianoguanidina, obteniéndose la cimetidina.

Su estructura química es muy semejante a la de la histamina, es decir, un compuesto imidazólico y como diferencia, la presencia de un grupo metilo en la posición 4 del anillo y una cadena lateral con un átomo de azufre y un grupo cianoguanidina.



Su acción fundamental es la reducción - de la acidez y del volumen de la secreción ácida basal y nocturna, así como la producida por la mayoría de los estímulos favorecedores (165-168-169-170-171). Igualmente reduce, aunque en mucha menor cuantía la secreción de pepsina (165-166-172). Por el contrario, parece que los niveles de gastrina sérica tienden a elevarse postprandialmente (171), si bien este aspecto influye considerablemente el nivel del pH entral (173-174). En este efecto, así como en la posible hiperplasia de las células parietales, está probablemente la razón del posible efecto rebote de la supresión del tratamiento.

Desde este descubrimiento en el año 72 (162), la cimetidina ha pasado a ocupar - el primer lugar del arsenal terapéutico - en la úlcera péptica, si bien, de forma - progresiva se han ido conociendo posibles efectos secundarios indeseables, aparte - del posible rebote que obliga a manejarla con precaución y bajo control directo por el facultativo. La dosis está en 1 gr/día.

C.- TRATAMIENTO QUIRURGICO:

No creemos que debamos entrar en detalles en este aspecto, por no considerarlo dentro del tema que nos ocupa, tan sólo - especificaremos que cuando hemos considerado necesaria la intervención quirúrgica por alguna complicación, rebeldía al tratamiento y/o posible malignización, las intervenciones que se han practicado más habitualmente han sido las vagotomías -- tronculares más derivación y/o piloroplastia y las resecciones 2/3 con anastómosis a lo Billroth-I, con menor incidencia de Polya.

Capítulo IV :

PARTE ESPECIAL

M A T E R I A L

En este trabajo se han utilizado varios modelos de endoscopios, todos ellos de la Casa Olympus, concretamente el panendoscopio -- GIF-D, duodenoscopio JF, colonofibroscopio CL (en contadas ocasiones), panendoscopio fronto lateral GIF-K y últimamente un panendoscopio pediátrico GIF-P2.

De todos ellos el más utilizado ha sido el GIF-D, cuyas ventajas fundamentales son:

- 1.- Tener una visión axial que nos permite ir viendo a medida que avanzamos en la exploración. (Foto nº 21-22)
- 2.- Poser una buena movilidad de orientación dentro de la cavidad gástrica.
- 3.- Permitirnos en un sólo examen revisar esófago, estómago y duodeno.



FOTO nº 21: Panendoscopio GIF-D



FOTO nº 22: Detalle de la extremidad distal del panendoscopio GIF-D

Sus mayores inconvenientes son:

1.- La existencia de zonas mudas anteriormente referidas, (región subcardial y techo del antro), que no subsanan de la forma antes descrita, la retroflexión, con las consiguientes molestias para el enfermo, y el deterioro del aparato.

2.- Otra desventaja de este aparato es la toma de biopsia, dado que la pinza no puede ser orientada, por lo que hay que enfrentar mediante flexión, la lesión al endoscopio. Ultimamente, ésto se ha subsanado de forma eficaz mediante la incorporación al aparato de un dispositivo orientador de la pinza, solucionando de esta manera el problema (GIF-D₂-D₃ - 1). (Foto nº 23-24)

La aparición del panendoscopio pediatríco GIF₂, representa entre otras ventajas:

1.- Ser mejor tolerado que el resto de sus hermanos, hasta el punto de ser a veces innecesaria la premedicación del enfermo;

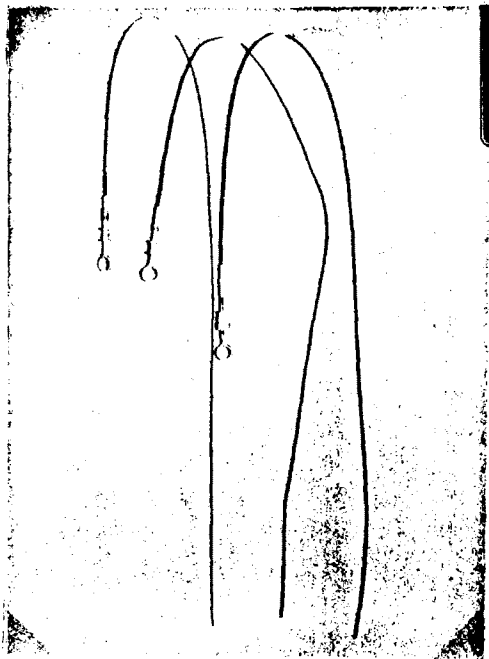


FOTO nº 23:

Pinzas de --
biopsias em-
pleadas.

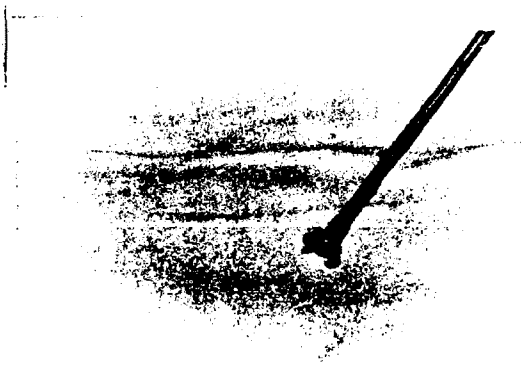


FOTO 24: Cucharillas de pinza de biopsia



2.- La retroflexión es una maniobra sencillísima y puede realizarse de forma sistemática, no solo en el estómago, sino también en esófago y duodeno. (Fotos nº 25-26).

Sus mayores desventajas son en nuestra opinión:

1.- Insuficiente flexión de la extremidad distal, alcanzando los 180º en un solo sentido, estando el perpendicular limitado a los 90º.

2.- La falta de orientador de la pinza de biopsia.

3.- Tener un canal de biopsia muy fino con cuyas pinzas se hacen tomas de muy escaso material (Foto nº 27).

4.- La dificultad, a veces, en la introducción del aparato en el esófago, lo cual se suele -

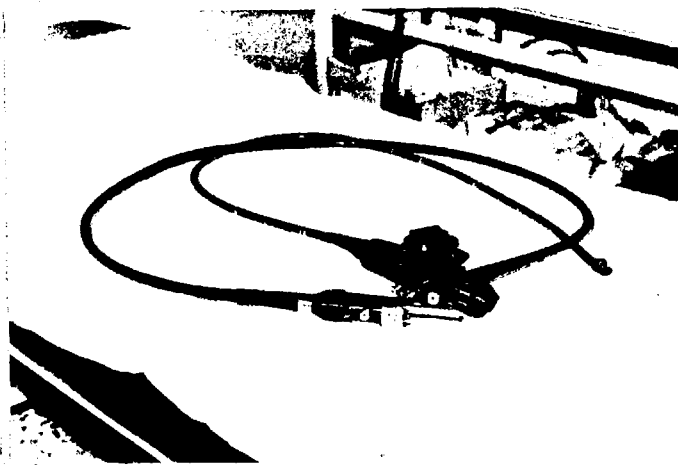


FOTO nº 25: Panendoscópio GIF-P₂

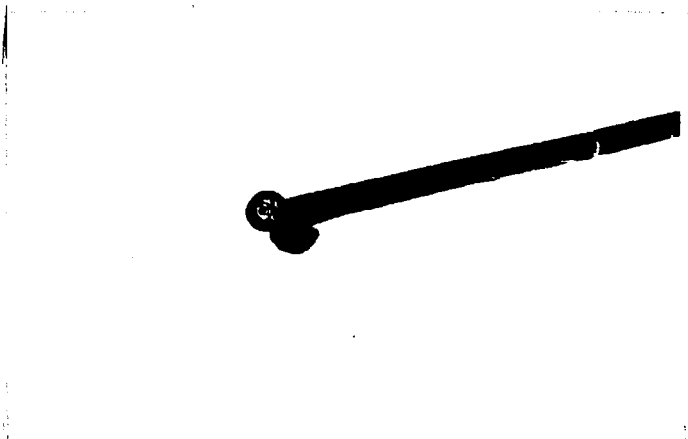


FOTO nº 26: Detalle de la extremidad distal del panendoscopio GIF-P₂



FOTO nº 27: Detalle de las cucharillas de
la pinza de biopsia del panendoscopia GIF-P₂

subsanan, haciendo que el enfermo saque la lgua en posición forzada. Esto se debe a la - gran flexibilidad que presenta el endoscopio, resultando por este motivo en ocasiones, dificil traspasar el píloro, debiendo ayudarse mediante los frenos de angulación.

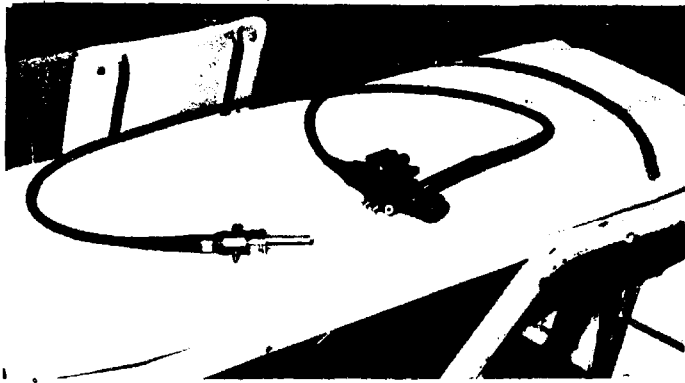
5.- Debido al mínimo calibre del canal de aspiración suele atascarse con facilidad, sobre - todo en los enfermos sangrantes y/o retencio- nistas.

6.- El hecho de tener un campo visual reduci- do, no consideramos sea importante, dado que se explora perfectamente toda la mucosa a base de la movilización del aparato.

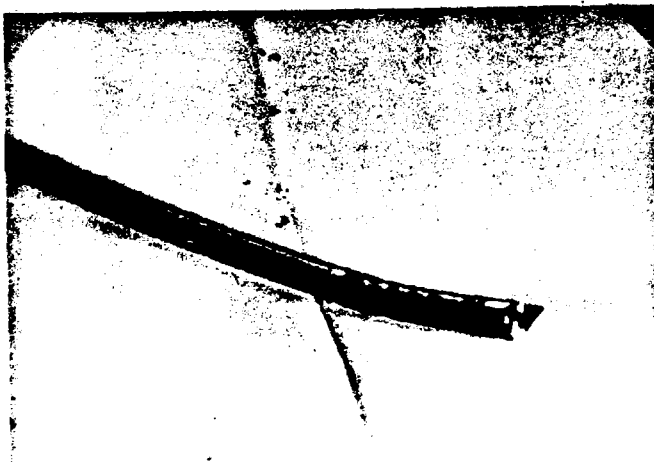
El panendoscopio GIF-K, cuya visión es oblicua, no ha aportado en nuestra experiencia ninguna ventaja sobre la gama del GIF-D, y así el inconveniente de: (Fotos nº 28-29)

1.- Mayor fragilidad.

2.- Más difícil aspiración.



FOTOS nº 28: Panendoscopio GIP-R



FOTOS nº 29: Detalle de la extremidad distal del panendoscopio GIP-R

El endoscopio de visión lateral JF, presenta entre otras, las siguientes ventajas:

1.- Permite una mejor exploración de la cavidad gástrica y de la 2ª porción duodenal siendo el aparato de elección para canalizaciones de papila.

2.- Las biopsias se toman con mayor facilidad que con el GIF-D, si bien el tamaño de las --muestras es más pequeño.

Sus mayores desventajas estriban en no permitir la exploración de la mucosa esofági-
ca y bulbar, consiguiéndose en no pocas oca--
siones con la flexión forzada. Debemos comen-
tar por último, que es bastante sencillo la -
retrovisión en cavidad gástrica. (fotos nº 30
-31).

El colonoscopio tuvimos que utilizarlo en algunas ocasiones por avería del resto del aparataje, sin encontrar ninguna ventaja so--
bre los anteriores y sí muchos inconvenientes, tanto en lo que respecta a la tolerancia, como

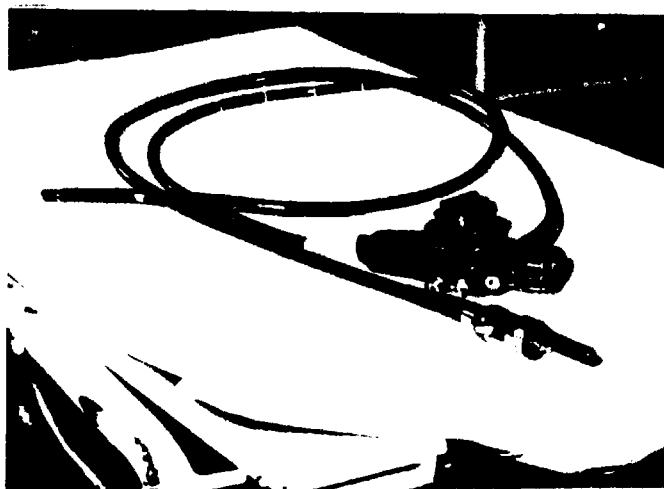


FOTO nº 30: Duodenoscopio de visión lateral
JF.



FOTO nº 31: Detalle de la extremidad distal
del duodenoscopio JF.

la exploración en sí. (Fotos nº 32-33)

Un último capítulo dentro del aparataje es lo que respecta a la manutención y entretimiento de los mismos. Personalmente, sólo realizamos un lavado con agua y algún detergente de la superficie externa, minucioso lavado y cepillado del canal de aspiración y ulterior secado mediante insuflación continuada. No practicamos ninguna técnica de esterilización por no haber tenido problemas infecciosos en todas las endoscopias realizadas, tranquilizándonos, al observar cómo en la literatura mundial, los estudios realizados con esta intencionalidad han dado unos resultados semejantes, aconsejándose tan sólo el esmerar los cuidados en los enfermos con marcada disminución de las defensas, como los leucémicos o neoplásicos, sometidos a tratamiento citostático. (Foto nº 34)

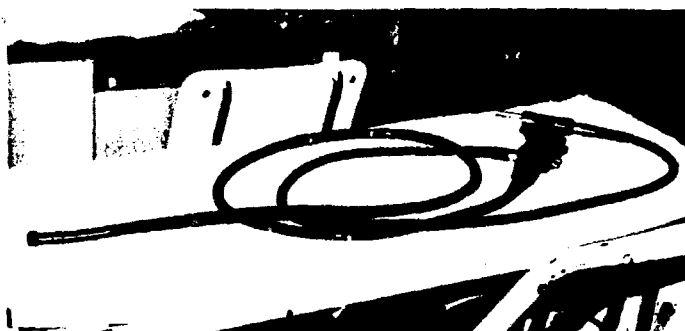


FOTO nº 32 : Colonoscopio



FOTO nº 33: Detalle de la extremidad distal
del colonoscopio.



FOTO nº 34:

Limpieza y
conserva-
ción del
aparataje



FOTO nº 35: Fuente de luz modelo CLE-3 y
cámara de fotos EMU-3-

Se han utilizado así mismo:

- . Fuentes de luz Olympus, modelos CLM-3 y CLX-3. (Fotos nº 35-36)

- . Máquinas fotográficas Olympus PEN-F, OM-1. (Foto nº 37)

- . Películas Kodak, Ektachrom 100-ASA.

- . Aspiradores endodigísticos modelos Industrial -Ordisi. (Foto nº 38)

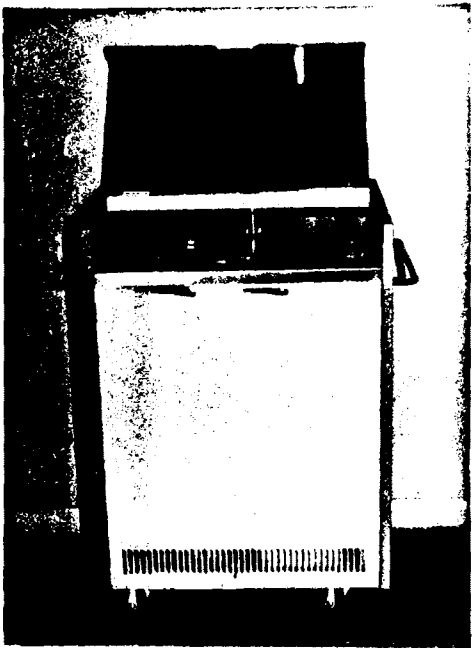


FOTO nº 36:
Fuente de -
luz, modelo
CLF-X

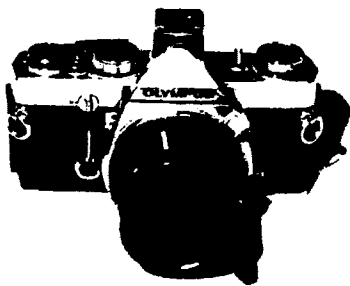


FOTO nº 37: Máquina de fotografías Ohi-1

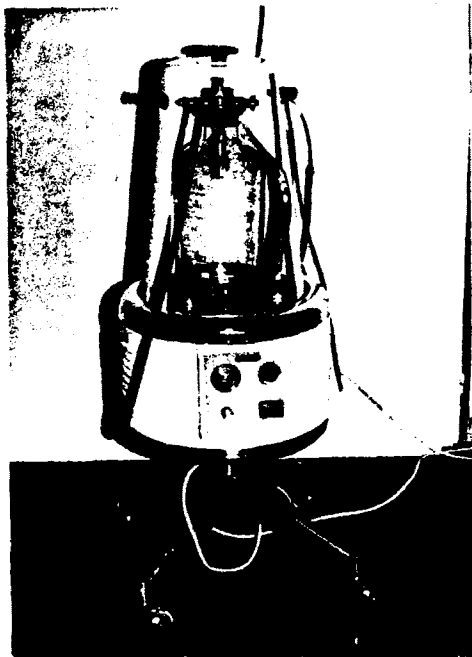


FOTO nº 38:
Aspirador en-
dodigestivo.

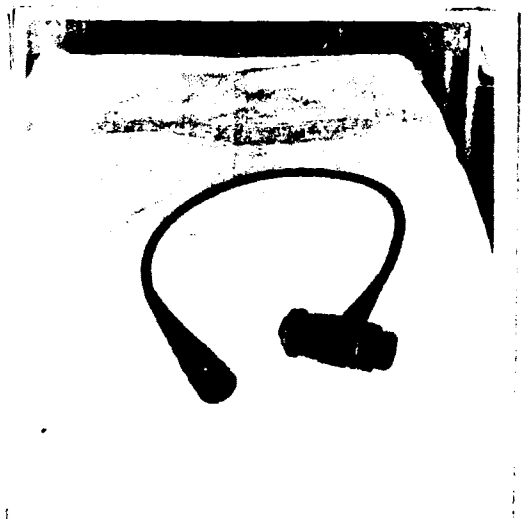


FOTO nº 39:
Lecturoscopio.

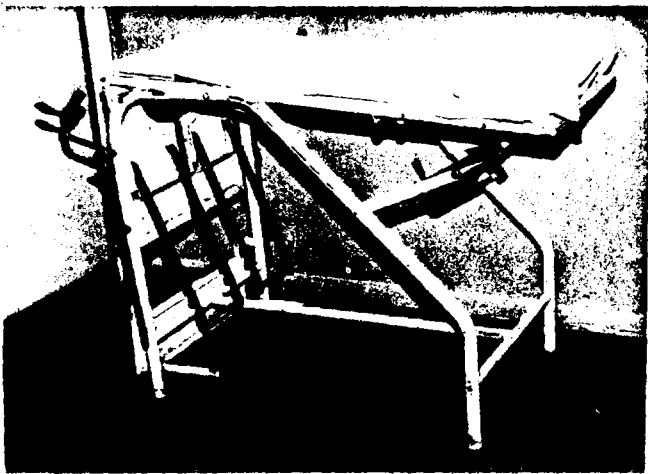


FOTO n° 40: Mesa de exploración



FOTO n° 41: Tamaño del espécimen y frasco -
de biopsia.

El material de biopsia una vez extraído se fija en formol neutralizado con carbonato cálcico al 10%. El volumen del líquido utilizado sobrepasa siempre el de las muestras que se envían. (Foto nº 41)

El procesado de las piezas se ha realizado siempre con la misma metodología. Después de 24 horas de fijación, el espécimen es deshidratado en alcoholes sucesivos y aclarado en xilol. La inclusión de los fragmentos se realiza en parafina sintética a 52-55º. Los bloques obtenidos tras la inclusión, se serían en cortes para su ulterior tinción.

Como técnica habitual se utiliza la hematoxilina-eosina de Harris, sin embargo se emplean en los casos que lo requieren, técnicas histoquímicas complementarias, como son:

- a) Técnica del PAS (ácido Periódico de Schiff) que evidencia neubranas basales, sustancias mucoides y mucopolisacáridos neutros.

- b) Tricómico de Masson, con esta técnica se identifica el colágeno que se tiñe selectivamente de azul o verde (verde-luz) e indica el alcance de una cicatriz ulcerosa.

- c) Técnica Argéntica de Laylaw, a través de ella se evidencia la trama arquitectónica del tejido, ya que aparece reflejada la malla de reticulina. Esta técnica sirve para realizar diagnósticos diferenciales indicando el tipo de crecimiento que puede experimentar un tumor.

Una vez teñidos los fragmentos, son estudiados por el Servicio de Anatomía Patológica. El diagnóstico y la terminología utilizada ha sido siempre unitaria y con arreglo a unos patrones histológicos establecidos previamente.

M E T O D I C A

Hemos intentado en este trabajo realizar un estudio de la enfermedad ulcerosa gastroduodenal desde que está el nudo abierto - hasta su cicatrización, efectuando revisiones en los periodos señalados por la mayoría de los autores a las 6 y 12ª semanas y valorando en estos momentos criterios clínicos, radiológicos y endoscópicos, así como el tratamiento empleado.

De los enfermos observados podemos distinguir dos grandes grupos: uno, en el que el motivo de su ingreso fue una hemorragia digestiva y otro, cuyo estudio se efectuó de forma programada. De estos dos apartados se deriva una sistemática de planteamiento de estudio - diferente.

De esta manera, en el primer grupo el estudio se inicia de forma que tras la lógica historia clínica, evaluación de la situación

hemodinámica y estado general del enfermo, se indica como primera exploración el estudio en endoscópico urgente (que se realiza siempre den tro de las primeras 24 horas de su ingreso), con un porcentaje muy alto en el que dicho pe riodo se acorta al tiempo imprescindible para remontar la situación del enfermo y el lavado correspondiente e incluso en muchos casos, la endoscopia se realiza al mismo tiempo que se está instaurando la terapéutica anti-shock.

Una vez conocida la causa de la hemorragia, el enfermo es tratado médica o quirúrgicamente, para posteriormente y una vez solucio nado el problema urgente, realizar de forma - programada el estudio radiológico y analítico. Una particularidad de estos pacientes es que cuando la lesión se encuentra sangrando acti vamente o con coágulos voluminosos, se evita la toma de biopsia por las lógicas y posibles funestas complicaciones que pudiera producir la misma, postponiéndose, si la úlcera fuera sospechosa, dicha toma para una ulte---rior endoscopia.

El otro gran grupo de enfermos lo constituyen los que ingresan o acuden a consulta para estudio por presentar una evolución tórpida de su enfermedad, o en algún que otro caso molestias atípicas que no habían sido evaluadas ni efectuado el diagnóstico.

En estos pacientes hemos seguido la pata habitual de estudio clínico, radiológico siendo la última exploración la endoscopia y biopsia correspondiente.

Tanto en un grupo como en otro, se han efectuado revisiones a las 6 y 12^a semanas, - valorando los mismos parámetros anteriormente expuestos, así como el resultado de la terapeútica instaurada. (Cuadros nº 3-4)

Lógicamente no todos los enfermos han sido sometidos a las dos revisiones, habiéndose eliminado de la segunda, aquellos en que - por una u otra razón se les hizo indicación - quirúrgica, y en los que por el contrario, la situación clínica y cicatrización de la lesión en endoscopia hacían innecesario continuar su control.

CUADRO Nº 3

SISTEMATICA DE ESTUDIO EN ENFERMOS URGENTES

- 1.- HISTORIA Y EXPLORACION CLINICA
- 2.- TRATAMIENTO DEL SHOCK Y LAVADOS GASTRICO
- 3.- ENDOSCOPIA DE URGENCIA
- 4.- TRATAMIENTO MEDICO O QUIRURGICO URGENTE
- 5.- ESTUDIOS RADIOLOGICOS Y ANALITICOS COMPLEMENTARIOS
- 6.- TRATAMIENTO MEDICO O QUIRURGICO PROGRAMADO

REVISION A LAS SEIS SEMANAS.-

- 1.- EVALUACION DE LA SITUACION CLINICA TANTO -
en HISTORIA COMO EN EXPLORACION
- 2.- ESTUDIO RADIOLOGICO
- 3.- ENDOSCOPIA Y POSIBLE BIOPSIA
- 4.- PAUTA TERAPEUTICA

REVISION A LAS DOCE SEMANAS.-

- 1.- EVALUACION DE LA SITUACION CLINICA TANTO -
en HISTORIA COMO EN EXPLORACION
- 2.- ESTUDIO RADIOLOGICO
- 3.- ENDOSCOPIA Y POSIBLE BIOPSIA
- 4.- PAUTA TERAPEUTICA

CUADRO Nº 4

SISTEMATICA DE ESTUDIO EN ENFERMOS PROGRAMADOS

- 1.- EVALUACION DE LA SITUACION CLINICA CON RESPECTO A LA HISTORIA Y EXPLORACION
- 2.- ESTUDIO RADIOLOGICO
- 3.- ENDOSCOPIA Y POSIBLE BIOPSIA
- 4.- PAUTA TERAPEUTICA

REVISION A LAS SEIS SEMANAS

- 1.- VALORACION DE LA SITUACION CLINICA (historia y exploración)
- 2.- ESTUDIO RADIOLOGICO
- 3.- ENDOSCOPIA Y POSIBLE BIOPSIA
- 4.- PAUTA TERAPEUTICA

REVISION A LAS DOCE SEMANAS

- 1.- VALORACION DE LA SITUACION CLINICA (historia y exploración)
- 2.- ESTUDIO RADIOLOGICO
- 3.- ENDOSCOPIA Y POSIBLE BIOPSIA
- 4.- PAUTA TERAPEUTICA

De esta forma hemos evaluado los siguientes criterios:

CLINICA

Los parámetros clínicos han sido los mismos para los distintos tipos de úlceras, así de esta forma hemos considerado:

- a) CLINICA TIPICA; presencia de epigastralgias de ritmo prandial y/o estacional de varios meses o años de evolución.
- b) NEOPLASICA; en la que destaca la triada, astenia, anorexia y pérdida de peso con epigastralgias de ritmo caprichoso.
- c) CRISIS COLICAS dolorosas que imitan en muchas ocasiones a cuadros biliares e incluso renales.
- d) DISEPTICA; con estado nauseoso, flatulencia, discomfort, etc.

c) PUA; en los que se practicó la exploración de forma rutinaria por un problema de otra naturaleza y/o hemorragia, detectándose la lesión ulcerosa de forma casual.

En su evolución sólo hemos considerado 2 apartados, divididos en sintomatología positiva a la persistencia de las molestias y negativa la desaparición de las mismas.

Se han descrito así mismo las enfermedades concomitantes con el cortejo sintomático de ellas derivado.

En la analítica sólo hemos valorado los parámetros hematológicos dependientes de la hemorragia digestiva (Htco. y V. de S.).

RADIOLOGIA

Se han hecho dos apartados considerando como radiología positiva aquella en la que se visualiza el nicho, bien en forma de saliente o de mancha suspendida, y aquellos en los que

existen signos indirectos en forma de espasmos, deformidad o convergencia de pliegues; - El diagnostico radiológico se ha valorado negativo en ausencia de los parámetros anteriormente mencionados.

ENDOSCOPIA

Se han barajado los siguientes apartados:

I.- LOCALIZACION.-

a) GASTRICAS: Hemos dividido el estómago en tres partes, como si pasara por el mismo un plano oblicuo que atravesara la incisura angularis, separando de esta forma:

- . Porción vertical
- . Antro
- . Incisura

Todos ellos con sus correspondientes curvaduras y caras.

b) FLORICAS: considerando las localizadas en curvadura mayor y menor.

c) DUODENALES: cara anterior, posterior, curvadura mayor y menor y postbulbar.

En las revisiones hemos valorado abiertas, aquellas en las que se visualizaba el nicho, y cerradas, cuando existía una típica cicatriz ulcerosa.

2.- TAMAÑO.-

Hemos utilizado una referencia respecto al tamaño dividiéndolas en cuatro grupos:

- a) Menor de 1 cm. de diámetro.
- b) De 1 a 2 cm. de diámetro.
- c) De 2 a 3 cm. de diámetro.
- d) Mayor de 3 cm., manteniendo estas medidas para los tres apartados de úlceras a estudiar.

De la misma forma en las diseminadas reci

siones a las 6-12 semanas, hemos valorado el estado evolutivo considerando, por un lado - las que se visualizan del mismo tamaño, las que se han reducido a la mitad y las cicatrizadas, detectándose únicamente un resto de fibrina (en forma lineal, puntiforme) y/o trectos hiperémicos. (Fotos del 1-II al 34-II, ambas incluidas).

3.- PROFUNDIDAD.-

Se han separado los nichos en:

- a) SUPERFICIALES: En los que sólo se objetiva una capa ténue de fibrina sin practicamente excavación
- b) PROFUNDAS: Las que presentaban fibrina muy neta, rodete periulceroso y así mismo excavación.
- c) CAVITARIAS: Las que se observan como -- grandes cavidades.

En su evolución y para los distintos tipos, se han valorado tres estadios que hemos denominado:

- a) Igual, cuando su aspecto macroscópico - era el mismo que en la endoscopia inicial.
- b) Mitad, en las que se ha reducido.
- c) Cerradas, las que se encuentran cicatrizadas. (Fotos nº 35-II al 58-II, ambas incluidas)

4.- BORDES.-

Han sido una de nuestras máximas preocupaciones, separándolos desde un punto de vista didáctico y siendo igual a las úlceras -- gástricas, pilóricas y duodenales en:

- a) **CONCRETOS:** aquellos en los que la separación entre el nicho y la mucosa normal es evidente. (Fotos nº 59-II, 60-II, 61-II)
- b) **IRREGULARES:** con criterios contrarios al apartado anterior y con zonas en las cuales no se puede asegurar si la mucosa está afectada o no. (Fotos nº 62-II, 63-II, 64-II)

- c) LISOS: cuando presentan una mucosa hiperémica pero sin prominencia en la luz. (Fotos nº 65-II, 66-II, 67-II).
- d) ELEVADOS: en el caso contrario. (fotos nº 68-II, 69-II, 70-II).

De la misma forma que con los parámetros anteriores y con el fin de agrupar el momento evolutivo del ulcus, hemos encajado tres estadios en las revisiones efectuadas, considerando:

- a) IGUAL: aquellos en los que su aspecto no ha variado.
- b) DESAPARICION de los bordes: cuando estos se han perdido como tales, persistiendo una fibrina fragmentada en su fondo como inicio de una cicatrización.
- c) En los que solo existen tractos hiperémicos, considerando la úlcera en su último estadio de curación.

5.- FONDO.-

Según las características de éste, hemos apreciado los nichos en los cuales se observa como:

- a) LISO: con una fibrina neta, de densidad y coloración homogénea sin ninguna elevación ni depresión (Fotos nº 71-II, 72-II, 73-II).
- b) MODULAR: los casos en los cuales este fondo presenta elevaciones y depresiones, bien cubiertas totalmente o no por fibrina (Fotos nº 74-II, 75-II).
- c) BACON: cuando la fibrina está alterada en su homogeneidad con zonas espesas alternando con otras muy delgadas que dejan visualizar el color rosáceo de la mucosa, que nos recuerda y con fines didácticos - así lo hemos denominado, al bacon. (Foto nº 76-II)
- d) COAGULOS, aquellos casos en los que dependiendo de la hemorragia digestiva, el fondo se puede encontrar con pequeños coágulos, únicos o múltiples e incluso soli-

tarios y gigantes ocupando todo el fondo de la úlcera. (Fotos nº 77-II, 78-II, -- 79-II, 80-II, 81-II).

A las 6 y 12 semanas y al efectuar la valoración correspondiente, hemos agrupado los resultados en:

- a) IGUAL: con las mismas características - iniciales.
- b) FIBRINA FRAGMENTADA: considerando como un inicio de cicatrización, sin dar de alta al enfermo y continuando con tratamiento médico.
- c) DESAPARICION TOTAL DE LA FIBRINA, como fase final del proceso evolutivo, quedando como resto de la lesión una zona de mucosa deslustrada, hiperémica, con convergencia de pliegues en algunos casos y en otros un fino punteado a modo de mapa, de fibrina y/o algún tracto lineal de la misma.

HISTOLOGIA

Se han efectuado tomas de biopsia en la totalidad de las úlceras gástricas, bien en la endoscopia inicial o en la primera revisión en el caso de hemorragia digestiva. En algunas pilóricas cuya morfología o persistencia de la lesión nos obligaron a ello, no realizándose en las duodenales por los criterios expuestos en el apartado general.

Se ha valorado la existencia de:

- . Tejido propio de úlcera (Foto nº 42)
- . Tejido inflamatorio. (Foto nº 43)
- . Metaplasia intestinal. (Foto nº 44)
- . Tejido epitelizado.
- . Tejido canceroso. (Foto nº 45)
- . Tejido normal. (foto nº 46)



FOTO nº 42: SUPERFICIE DE LA ULCERA. H.E. (40x). Los elementos glandulares son sustituidos por tejido necrótico e infiltración leucocitaria.

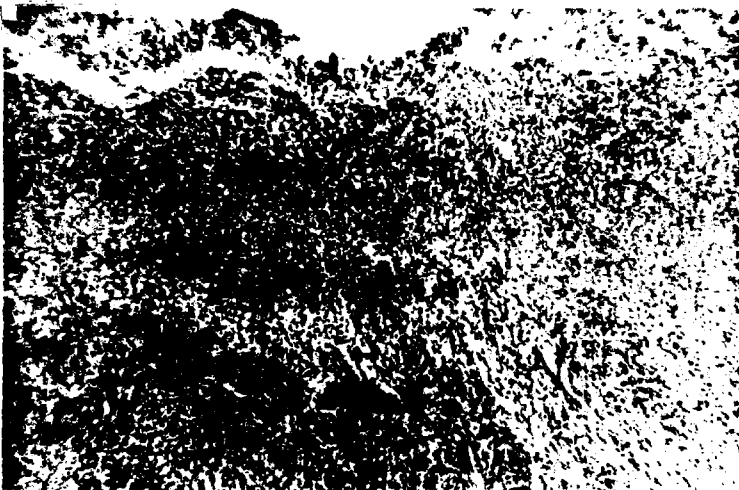


FOTO 43: TEJIDO INFLAMATORIO. H.E. (120x). Se aprecia necrosis con infiltración leucocitaria con predominio de polinucleares neutrófilos.



FOTO nº 44: METAPLASIA INTESTINAL. F.E.(250x). El revestimiento muestra células caliciformes abundantes. En la lámina propia observese el infiltrado leucocitario.

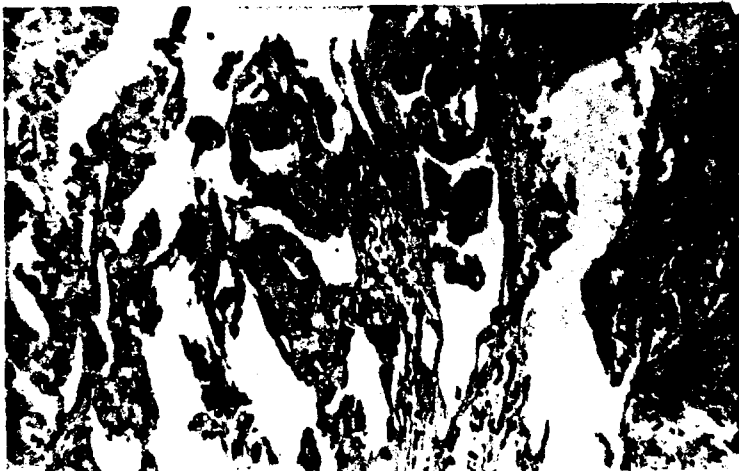


FOTO nº 45: ADENOCARCINOMA GASTRICO. F.E.(400x). Se advierten elementos glandulares atípicos con focos de necrosis.



FOTO nº 46: MUCOSA DE CUERPO GASTRICO. H.E.(150x)
Las glándulas fúndicas muestran su forma lineal -
en donde las células parietales son evidentes.

TRATAMIENTO

Hemos hecho dos apartados, uno los sometidos a terapéutica convencional con alcalinos, anticolinérgicos y cicatrizantes, y un segundo grupo tratados con cimetidina a dosis de 1 gramo diario, repartido en 200 mgrs. en desayuno, comida y merienda y 400 mgrs. al acostarse, durante las 6 semanas siguientes a la primera endoscopia. En los casos en que el enfermo está con sueroterapia, utilizamos la misma dosis por vía intravenosa.

A las 6 semanas, y después de la visión de la lesión, se reduce la dosis a 400 ó 600 mgrs./día, e incluso continuando con la dosis inicial de 1 grs/día cuando el enfermo no ha sentido mejoría.

Para la selección de estos grupos se han utilizado como único criterio y dadas las características peculiares del estudio retrospectivo, la fecha de utilización de comienzo de la cimetidina, por lo que en algunos casos los apartados no serán semejantes.

C A S U I S T I C A

Como en otro capítulo ha quedado plasmado, nuestro Centro Hospitalario de trabajo es fundamentalmente asistencial y con un ámbito provincial, por ello el estudio realizado ha tenido que condicionarse a los fines primordiales de aquel, por lo que en no pocos casos no se han podido obtener todos los datos que interesarían a esta Tesis.

La planificación se ha realizado de forma retrospectiva, revisando la casuística de un Servicio de Medicina Interna de la Residencia Sanitaria de la Seguridad Social, "Nuestra Señora de Alarcos" de Ciudad-Real, en los últimos 5 años, con un total de 3.328 enfermos estudiados o ingresados en la Unidad de Patología Digestiva. De éstos, se les ha practicado endoscopia gastroduodenal a 1.821, sobre un total de endoscopias realizadas en este período de 2.036, lo que significa que a un porcentaje considerable de estos enfermos se les ha sometido en varias ocasiones al estudio endoscópico (Cuadros nº 5)

CUADRO Nº 5

ENTEROS ESTUDIADOS EN LA UNIDAD DE PATOLOGIA
DIGESTIVA DURANTE LOS AÑOS 1975-80:

5.323 100,00%

ENTEROS ENDOSCOPADOS DE LOS ESTUDIADOS EN -
LA UNIDAD DE PATOLOGIA DIGESTIVA DURANTE LOS
AÑOS 1975-80

1.821 54,71%

De las 2.036 endoscopias se han detectado 460 úlceras de estómago tanto de localización gástrica como pilórica, y un total de -- 240 duodenales (Cuadro nº 6)

De todos estos enfermos se han incluido en esta Tesis aquellos en los que en la endoscopia se objetivó una úlcera péptica bien de localización gástrica o duodenal y que fueron así mismo, sometidos a posteriores revisiones clínicas, radiológicas y endoscópicas, en los periodos estandarizados, eliminándose los que por una u otra razón no pudieron ser incluidos en esta sistemática (Cuadro nº 7), de tal -- forma, que de un total de 700 úlceras pépticas diagnosticadas sólo se han podido protocolizar 306. Se han excluido así mismo aquellas en -- que la biopsia de la primera endoscopia fue -- maligna. (Cuadro nº 8)

Es un hecho a destacar el que algunos -- de estos enfermos fueron portadores de úlcera doble, triple e incluso cuádruple, por lo que el número de úlceras a estudiar supera al de en -- enfermos.

CUADRO Nº 6

ENDOSCOPIAS REALIZADAS EN LOS AÑOS 1975-80

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
	2.036	100,00
ULCERAS DE ESTOMAGO	460	22,59
. gástricas	340	16,59
. pilóricas	120	5,89
ULCERAS DUODENALES	240	11,78

CUADRO Nº7

TOTAL DE ENFERMOS CON ENDOSCOPIA REALIZADA:

	<u>Nº</u>	<u>\$/</u>
	1.821	100,00
ENFERMOS DIAGNOSTICADO ENDOSCOPICAMENTE DE -		
ULCUS PEPTICO	700	38,44
ENFERMOS INCLUIDOS EN LA TESIS:		
	273	14,99
ENFERMOS DESECHADOS:	427	23,44

CUADRO No. 8

	<u>No</u>	<u>%</u>
ENDOSCOPÍAS REALIZADAS:		
	2.036	100,00
ULCERAS GÁSTRICAS	340	16,69
. exilis	8	0,39
. intervenidas	62	3,04
. no revisadas	84	4,12
. REVISADAS	186	9,13
ULCERAS DUODENALES	120	5,89
. exilis	2	0,09
. intervenidas	37	1,83
. no revisadas	41	2,01
. REVISADAS	40	1,96

.../..

cuadro nº 8. (cont.)

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
ENDOSCOPIAS REALIZADAS:		
	2.036	100,00
ULCERAS DUODENALES	240	11,78
. exitus	4	0,19
. intervenidas	54	2,65
. no revisadas	102	5,00
. REVISADAS	80	3,92

De los 273 enfermos, sus edades quedan reflejadas en el Cuadro nº9-10, viéndose por el mismo que la máxima incidencia se localiza en la 4ª y 5ª década, lo que significa un envejecimiento en relación con la mayor incidencia de esta enfermedad a nivel de la 3ª década.

El sexo de nuestros pacientes coincide con el habitual en el síndrome ulceroso, con un gran predominio del masculino sobre el femenino. (Cuadros nº 11-12)

En cuanto a la profesión del grupo estudiado y teniendo en cuenta las características socio-económicas de nuestra Provincia, la mayor actividad laboral desarrollada por nuestros enfermos corresponde a jornaleros, generalmente agrícolas. (Cuadro nº 13-14).

CUADRO Nº 9

<u>E D A D</u>		
	<u>Nº</u>	<u>\$\$</u>
	273	100,00
De 10 - 20 años	6	2,19
De 20 - 30 "	8	2,93
De 30 - 40 "	30	10,98
De 40 - 50 "	62	22,70
De 50 - 60 "	73	26,73
De 60 - 70 "	47	17,21
Más de 70 "	47	17,21

CHARGE TO 10

FIELD WORK EXPENSES

	<u>TRAVEL (10)</u>	<u>MEALS (10)</u>	<u>ENTERTAINMENT (10)</u>	<u>DUPLICATION (10)</u>	<u>TOTAL (273)</u>
Dr 10-20 420.00	1.00	0	0	5.10	6.10
Dr 20-30 "	1.00	1	0.50	5.10	6.60
Dr 30-40 "	10.00	4	10.00	10.00	30.00
Dr 40-50 "	20.00	11	27.50	25.00	62.50
Dr 50-60 "	24.51	11	27.50	30.00	61.51
Dr 60-70 "	22.50	5	15.00	5.00	37.50
Dr 70-80 "	10.35	5	10.50	10.00	30.85

251

CUADRO Nº 11

S E X O

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
VARONES	189	69,23
MUJERES	84	30,76
TOTAL	273	100,00

CUADRO Nº 12

S E X O Y L O C A L I Z A C I O N

	<u>ESCHAGO</u>	<u>PILORO</u>	<u>DUCDENO</u>	<u>TOTAL</u>
	Nº	Nº	Nº	Nº
VALORES	101 65,16	32 20,00	56 71,79	189 69,23
LIBERAS	54 34,83	3 20,00	22 28,20	84 30,76

CUADRO Nº 13

P R O F E S I O N

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
	273	100,00
Sus labores	72	26,37
Administrativo	59	21,61
Jornalero	108	39,56
Licenciado	7	2,56
Estudiante	5	1,83
Industrial	22	8,05

CUADRO Nº 14

PROFESION Y LOCALIZACION

	<u>ESTOMAGO</u>		<u>PILORO</u>		<u>DUODENO</u>		<u>TOTAL</u>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sus labores	44	28,38	7	17,50	21	26,92	72	26,37
Administrat.	40	25,80	6	15,00	13	16,66	59	21,61
Jornalero	48	30,96	22	55,00	38	48,71	108	39,56
Licenciado	5	3,22	1	2,50	1	1,28	7	2,56
Estudiante	1	0,64	0	---	1	1,28	5	1,83
Industrial	17	10,96	4	10,00	1	1,28	7	2,56

La clínica que presentaban estos enfermos era el síndrome típico ulceroso en la mayoría de ellos, con un porcentaje de molestias atípicas de 74 sobre 273 y una sintomatología totalmente nula en 17 pacientes. (Cuadro nº 15 - 16).

De estos enfermos la causa de su ingreso fue en un gran número de ellos el presentar una complicación de su proceso ulceroso, con un porcentaje muy elevado de los mismos, entre los cuales la hemorragia gastro-duodenal ocupa un lugar muy destacado, alcanzando casi el 70% de los casos (Cuadro nº 17-18).

En cuanto a la radiología, creemos que en los resultados obtenidos hay una incidencia de radiología negativa demasiado elevada con respecto a la media normal, pudiendo inferir deficiencias técnicas o humanas en estos resultados (Cuadro nº 19-20)

CUADRO Nº 15

C L I N I C A

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
	273	100,00
Típica ulcerosa	182	66,66
Atípica	74	27,10
Mula	17	6,22

C L I N I C A Y L O C A L I Z A C I O N

	<u>ESTOMAGO</u>		<u>PILORO</u>		<u>DUODENO</u>		<u>TOTAL</u>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Típica ulcerosa	100	64,51	33	82,50	49	62,82	182	66,66
Atípica	49	31,61	5	12,50	21	26,92	75	27,47
Nula	6	3,87	2	5,00	8	10,25	16	5,86

CUADRO Nº 17

COMPLICACIONES

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
	273	100,00
ESTENOSIS	10	3,66
HEMORRAGIA	182	66,66
. salicilicos	93	34,06
		<u>% (182)</u>
	93	51,09

CUADRO Nº 18

COMPLICACIONES Y LOCALIZACION

	<u>ESTOMAGO</u>		<u>PILORO</u>		<u>DUODENO</u>		<u>TOTAL</u>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
							273	100,00
Estenosis	3	1,93	6	7,69	1	1,28	10	3,66
Hemorragias	108	69,67	25	62,50	49	62,82	182	66,66
Salicilicos	55	35,43	14	35,00	24	30,75	93	34,06
		50,92(108)		56,00(25)		48,97(49)		51,09(182)

CUADRO Nº 19

R A D I O L O G I A

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
	273	100,00
RADIOLOGIA POSITIVA	160	58,60
. visión del nicho	95	34,79
. signos indirectos	65	23,80
RADIOLOGIA NEGATIVA	113	41,39

R A D I O L O G I A Y L O C A L I Z A C I O N

	<u>ESTOMAGO</u>		<u>PILORO</u>		<u>DUODENO</u>		<u>TOTAL</u>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
							273	100,00
RADIOLOGIA POSITIVA	56	20,51	38	13,91	66	24,17	160	58,60
. visión del nicho	41	15,01	26	9,52	28	10,25	95	34,79
. signos indirectos	15	5,49	12	4,39	38	13,91	65	23,80
RADIOLOGIA NEGATIVA	99	36,26	2	0,73	12	4,39	113	41,39

191

Lo que decir tiene, pues en ello se ha basado la selección de enfermos, que la endoscopia fue positiva con objetivación del nicho en el 100% de los casos (Cuadro nº 21-22).

El número de biopsias realizadas quedan expresadas en el cuadro nº 23.

CUADRO Nº 21

E N D O S C O P I A

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Nº TOTAL DE ENFERMOS	273	100,00
ENDOSCOPIAS POSITIVAS	273	100,00
ULCUS DIAGNOSTICADOS	306	100,00

CUADRO Nº 22 .

ENDOSCOPIA Y LOCALIZACION

	<u>ESTOMAGO</u>		<u>PILORO</u>		<u>DUODENO</u>		<u>TOTAL</u>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ENDOSCOPIAS								
POSITIVAS	186	60,78	40	13,07	80	26,14	306	100,00

CUADRO N° 23 .

H I S T O L O G I A

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Nº TOTAL DE ENFERMOS	273	100,00
ENFERMOS SAUGRANTES	182	66,66
ENFERMOS NO SAUGRANTES	91	33,33
ENFERMOS NO BIOPSIADOS	182	66,66
ENFERMOS BIOPSIADOS	91	33,33

PROPOSITO DE LA TESIS

A la hora de proyectar una tesis, se ha de realizar un examen de conciencia enfocado en varios sentidos que esquemáticamente podríamos representar en estos capítulos:

- . Que quiere uno demostrar
- . Como lo va a demostrar
- . Con que medios cuenta

En mi caso personal, comenzaremos a comentar este último apartado, dado que ha condicionado de forma determinante todo el trabajo.

Mis circunstancias personales, me obligaron a alejarme físicamente del medio Universitario, por lo que el material de investigación que tenía a mi alcance era fundamentalmente el humano en su faceta clínico-asistencial, por ello, y bajo el contacto y consejo del Profesor Fernandez-Cruz, decidimos que el

estudio habia de realizarse bajo unas bases - clínico-asistenciales, en un puesto médico de vanguardia. Dada mi especialidad de Gastroenterología , se eligió la patología más numerosa de ella, con sus grandes repercusiones - socio-económicas, para intentar aportar algún hecho valorable en el problema de la úlcera - gastro-duodenal , que hoy por hoy, ocupa un - gran porcentaje en el quehacer diario de los hospitales asistenciales.

La eclosión que durante la década de -- los 70 se ha vivido con la endoscopia, y el - hecho de contar con una Unidad Endoscópica en mi hospital, nos dondujo a enfocar la tesis - desde este punto de vista, para valorar de -- forma objetiva el beneficio que dicha exploración habia supuesto para el diagnostico, y lo que tal vez sea más importante, el seguimiento y control evolutivo de estos enfermos, tratando de demostrar, que hoy en dia, la endoscopia debe ser el pilar fundamental en el que se apoye el estudio y evolución de estos pa-- cientes, lo que no significa ni mucho menos, que se abandonen el resto de las exploracio-- nes, pero sí, que conjuntamente, aporten una

seguridad y confianza que anteriormente no podíamos tener.

El como demostrar estos hechos es la temática de nuestro trabajo, que ha consistido escuetamente en trasladar al papel el cotidiano funcionamiento de nuestra Unidad, calculando y obteniendo los resultados que al final veremos, que pensamos confirman lo anteriormente indicado y que esquemáticamente podríamos resumir en:

- 1.- Gran incidencia de la úlcera gástro-duodenal.
- 2.- Gran importancia del control periódico de estos enfermos.
- 3.- Gran avance en el diagnóstico y evolución con el advenimiento de la endoscopia.

C R I T I C A A L A C A S U I S T I C A

Siempre es difícil el hacerse una auto-crítica, pero pensamos que todo trabajo, por mucho interés que se haya puesto en su realización, adolece de defectos por uno u otro motivo.

Guiándonos con la máxima objetividad, - creemos que nuestra tesis presenta una serie de problemas derivados fundamentalmente de:

- . Estudio realizado de forma retrospectiva.
- . Medio hospitalario asistencial
- . Limitaciones por carencia de medios.

a) El carácter retrospectivo del estudio, -- origina unas desviaciones en cuanto a la elección de datos, sujetos a influencia extramédicas, por lo que muchos casos se han desechado dado que su estudio no se había realizado de forma completa, la mayoría de las veces, de-

bido a la falta de colaboración del enfermo, que no siguió las directrices de revisiones - indicadas.

b) El medio hospitalario en el que nos hemos movido, tiene una primacía en la función asistencial sobre cualquier otra, ello ha originado, con las lógicas afluencias masivas de enfermos, junto a los problemas laborales de -- los mismos, una celeridad en los estudios muchas veces no deseable, lo que de forma evidente puede haber modificado los resultados.

c) Igualmente, nuestro hospital presenta -- unas peculiaridades comunes a otros de ámbito provincial, cual son, la relativa carencia de medios, con arsenal de aparataje limitados, - escasez de personal, etc..., que obligan en - ocasiones a realizar estudios limitados, observándose por ejemplo, los bajos resultados que en ocasiones hemos obtenido con los estudios radiológicos, que de forma indudable se ven afectados por estas particularidades.

Pese a todo ello, pensamos que nuestra casuística es ampliamente demostrativa para la obtención de unos resultados fiables.

C R I T I C A A L A M E T O D I C A

Si planteáramos este problema con un excesivo rigor científico, podríamos encontrar que el método utilizado para el estudio de nuestros enfermos ha pecado de defectos, sobre todo en su sentido de experimentación, pero no podemos olvidar que nuestra tesis está enfocada y basada en la clínica asistencial diaria, tratando de obtener de ella unas conclusiones que puedan beneficiar esta importante faceta de la vida médica.

Creo que las mayores críticas que podríamos establecer son las derivadas de la subjetividad en las valoraciones e incluso en los distintos compartimentos de los grupos de úlceras estudiadas, me refiero concretamente,

al criterio establecido en los diferentes aspectos de los bordes, fondo, etc..., junto a la apreciación de los tamaños. Todo ello hemos intentado obviarlo teniendo el máximo de homogeneidad en cuanto a la interpretación, siguiendo parámetros uniformes, dada la labor eminentemente unipersonal de las exploraciones. Respecto al tamaño, hemos utilizado un medio comparativo para su medición, la longitud de la pinza de biopsia, sirviéndonos de unidad de medida.

La separación efectuada entre los enfermos sangrantes y programados, se debe exclusivamente a las características especiales de aquellos, intentando en las revisiones sucesivas equiparar ambos grupos.

En fin, creo que los defectos del método empleado no son otros, que los derivados de las exigencias de la asistencia diaria con fines absolutamente "curativos" a nuestros enfermos, pero que sigue unas directrices comunes para la obtención de unos resultados valorables.

- RESULTADOS -

U L C E R A G A S T R I C A

Ocupan un porcentaje muy elevado, casi el 50% de los enfermos revisados, los cuales como ya decíamos anteriormente, sólo se han podido incluir en este estudio 186 úlceras de 155 enfermos, dado que en 62 se les hizo indicación quirúrgica urgente y/o diferida antes de las 6 semanas. No se revisaron 84 casos por uno u otro motivo, pero la mayoría de ellos por haber pasado a control de sus médicos correspondientes, con una letalidad de 8 enfermos en este periodo de tiempo. (Cuadro nº 24)

De estos enfermos sometidos a una primera revisión, se encontró el nicho aún abierto en 50 casos, habiéndose cicatrizado 136. Aquellos en los que el tratamiento médico no había resultado eficaz y que continuaban abiertos, se les hizo indicación operatoria a 16, siguiendo el resto con la misma terapéutica e

indicándoles nuevo control a las 12 semanas, de tal forma que el número de úlceras revisadas a las 12 semanas fue de 44. De éstos, y después de pasar la última, persistía el nicho abierto en 6, haciéndoseles indicación operatoria (Cuadro nº 25)

A los 6 meses, los enfermos presentaban sintomatología semejante a la de su primer estudio en 29 casos, lo que contrasta de forma considerable con el número de úlceras abiertas, (-60), viniendo a reafirmarnos el que la desaparición de las molestias no significa el cierre absoluto de la lesión. (Cuadros nº 26)

A los 9 meses, seguían presentando sintomatología los 6 casos que permanecían abiertos y recibieron intervención quirúrgica (cuadro nº 27)

CUADRO Nº 24

U L C E R A S G A S T R I C A S I N I C I A L E S

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
	340	100,00
Nº EXITUS	8	2,35
Nº INTERVENIDOS	62	18,23
Nº NO REVISADOS	84	24,70
Nº REVISADOS	186	54,70

CUADRO Nº 26

	<u>Nº</u>	<u>%</u>	
<u>ULCERAS REVISADAS A LAS SEIS SEMANAS:</u>			
	186	100,00	
abiertas	60	32,25	
cerradas	126	67,74	
. Tto. médico	44	23,65	
. Tto. quirurgico	16	8,60	
<u>ULCERAS REVISADAS A LAS DOCE SEMANAS: %P(44)</u>			
	44	23,65	100,00
abiertas	6	3,22	13,63
cerradas	38	20,43	86,36
. Tto, médico	30	16,12	68,18
. Tto, quirúrgico	6	3,22	13,63

CUADRO Nº 27

C L I N I C A

ENFERMOS INICIALES:	155	100,00
. típica	100	64,51
. Neoplásica	7	4,51
. crisis dolorosas	7	4,51
. diséptica	35	22,58
. nula	6	3,87

ENFERMOS REVISADOS A LAS SEIS SEMANAS:

	155	100,00
. clínica positiva	28	18,06
. clínica negativa	127	81,93

ENFERMOS REVISADOS A LAS DOCE SEMANAS:

	41	26,45
. clínica positiva	6	3,87
. clínica negativa	35	22,58

Las complicaciones que nuestros enfermos presentaron son las que quedan expresadas en el cuadro nº 28 , en las que destaca la hemorragia con casi un 70%, encontrándose de forma sistemática el antecedente salicílico inmediato (24 a 48 horas antes) en 55 casos, lo que significa que dicho incidente está presente en más del 50% de los enfermos sangrantes, hecho que por sí mismo indica su importancia y trascendencia.

El resto de las complicaciones ocupa un mínimo porcentaje en estos enfermos. (Cuadro nº 29, así como la **patología acompañante.**

CUADRO Nº 28

COMPLICACIONES

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
ENFERMOS INICIALES	155	100,00

ENFERMOS INICIALES CON ULCUS COMPLICADO:

	111	71,61
. Hemorragias	108	69,67
. Estenosis	3	1,93

ENFERMOS CON ANTECEDENTES DE INGESTA DE SALICILICOS:

		<u>%(108)</u>
	55	35,48 50,92

.../..

Cuadro nº 23 (cont.)

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
ENFERMOS INICIALES	155	100,00
<u>ENFERMOS REVISADOS A LAS SEIS SEMANAS:</u>		
	155	100,00
. ENFERMOS CON ULCUS COMPLICADO:		
	2	1,29
. hemorragias	2	1,29
. ENFERMOS CON ANTECEDENTES DE INGESTA DE SA		
LICILICOS:		<u>%(2)</u>
	2	1,29 100,0
<u>ENFERMOS REVISADOS A LAS DOCE SEMANAS:</u>		
	41	26,45
. ENFERMOS CON ULCUS COMPLICADO:		
	0	---

CUADRO Nº 29

P A T O L O G I A A C O M P A Ñ A N T E

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
ENFERMOS ESTUDIADOS	155	100,00
Cardiopatía	3	1,93
Litiasis biliar	2	1,29
Nefrolitiasis	4	2,58
A.C.V.A	1	0,64
TB. peritoneal	1	0,64
Cirrosis hepática	4	2,58
Pancreatitis	1	0,64
Broncopatía	4	2,58
Reumatismo	5	3,22
Úlcera duodenal	7	4,51
Esofagitis péptica	1	0,64
Diabetes	2	1,29

En la primera revisión realizada a las 6 semanas, se eleva de forma considerable el porcentaje de positividad en lo cual creemos que el factor que más haya influido es el tener un diagnóstico y en consecuencia haber realizado una exploración más detallada y orientada. Los casos en los que se presentaron signos indirectos, permanecen invariables, indicando que dichos hallazgos traducen una zona en la que asienta o ha asentado un nicho, pero en absoluto orientan sobre la actividad o cierre del mismo.

Respecto a las exploraciones en las que no se objetivó patología, hemos de considerarlo en este caso como prácticamente diagnóstico certero (Cuadro nº 30).

No se ha visto el nicho en 152 casos, de tal forma que si consideramos que 126 habían cerrado en endoscopia, hemos de referir que la cifra de negatividad radiológica en este aspecto con respecto a la realidad, es de 6 casos (10%). (Cuadro nº 31)

CUADRO Nº 30

R A D I O L O G I A

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
ULCERAS GASTRICAS INICIALES:		
	186	100,00
RADIOLOGIA POSITIVA	56	30,10
visualización nicho	41	22,04
signos indirectos	15	8,06
RADIOLOGIA NEGATIVA	130	69,89

CUADRO Nº 31

ESTUDIO RADIOLOGICO A LAS SEIS SEMANAS:

	<u>Nº</u>	<u>% RX</u>	<u>% Endosc. (+)</u>
	186	100,00	(60)
RADIOLOGIA POSITIVA:			
	54	29,03	
visualización del nicho:			
	39	20,96	65,00
signos indirectos:			
	15	8,06	
			<u>% Endosc. (-)</u>
			(126)
RADIOLOGIA NEGATIVA:			
	132	70,96	104,76
DIFERENCIA CON LAS ABIERTAS ENDOSCOPICAMENTE:			
	21		35,00
DIFERENCIA CON LAS CERRADAS ENDOSCOPICAMENTE:			
	6		10,00

En la segunda revisión efectuada a las doce semanas, se exploraron un total de 44 en fermos dado que como ya ha quedado especifica do, 16 fueron intervenidos después de la primera revisión.. En éstos, se objetivó la presencia de nicho sólo en 3 casos, que si los -- comparamos con los 6 que se visualizaron en - endoscopia, indican nuevamente un aumento de la negatividad radiológica, hecho que no es - de extrañar si pensamos que las úlceras se ha bían reducido de tamaño en una importante pro porción. Los signos indirectos continúan sien do semejantes a los anteriores estudios con - desaparición en la 3ª parte de los que se -- veían al haberse cerrado el nicho completamen te.

Se dió como normal la exploración en 31 casos, lo que comparado con el cierre endoscó pico demuestra que en la radiología la persis tencia de signos indirectos hace que se conti núen considerando patológicos casos en los -- que los nichos están totalmente cerrados (Cua dro nº 32)

CUADRO Nº 32

ESTUDIO RADIOLOGICO A LAS DOCE SEMANAS:

<u>Nº</u>	<u>% RX.</u>	<u>% Endosc. (+)</u>
44	100,00	(6)

RADIOLOGIA POSITIVA:

13	29,54	
----	-------	--

visualización del nicho:

3	6,81	50,00
---	------	-------

signos indirectos:

10	22,72	
----	-------	--

		<u>% Endosc. (-)</u>
		(38)

RADIOLOGIA NEGATIVA:

31	70,45	81,57
----	-------	-------

DIFERENCIA CON LAS ABIERTAS ENDOSCOPICAMENTE:

3		50,00 (6)
---	--	-----------

El estudio endoscópico practicado al total de 155 enfermos, objetiva un índice de -- 186 úlceras, siendo el parámetro de referencia que utilizaremos.

Las características de estos nichos en la primera endoscopia en cuanto a la localización, fueron las siguientes (Cuadro nº 33-34).

Los nichos de porción vertical presentan una preferencia por la curvatura menor y la cara posterior, siendo la incidencia mucho más reducida en cara anterior y curvatura mayor. (Cuadro nº 35)

A las seis semanas, siguen los mismos -- criterios topográficos quedando los resultados obtenidos expresados en los cuadros nº 36 37)

De igual forma reflejamos en los cuadros siguientes los datos obtenidos a las doce semanas y al final del estudio. (Cuadros -- nº 38-39-40-41)

CUADRO Nº 35

LOCALIZACION

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Nº TOTAL DE ULCERAS	186	100,00
. Porción vertical	64	34,40
. Antro	82	44,08
. Incisura	40	21,50

CUADRO Nº 34

LOCALIZACION

(CURVADURAS Y CARAS)

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Nº TOTAL DE ULCERAS	186	100,00
. c. menor	104	55,91
. c. mayor	5	2,68
. c. anterior	20	10,75
. c. posterior	57	30,64

CUADRO Nº 35

	<u>Nº</u>	<u>%Total(186)</u>	
<u>FORCION VERTICAL:</u>			<u>%Parcial(64)</u>
Total	64	34,40	100,00
. c. menor	26	13,97	40,62
. c. mayor	2	1,07	3,12
. c. anter.	10	5,37	15,62
. c. post.	26	13,97	40,62
<u>ANTRO:</u>			<u>%Parcial(82)</u>
Total	82	44,08	100,00
. c. menor	47	25,26	57,31
. c, mayor	2	1,07	2,43
. c. anter.	8	4,30	9,75
. c. post.	25	13,43	30,48
<u>INCISURA:</u>			<u>%Parcial(40)</u>
Total	40	21,50	100,00
. c. menor	31	16,66	77,50
c. mayor	1	0,53	2,50
. c. anter.	2	1,07	5,00
. c. post.	6	3,22	15,00

CUADRO Nº 36

LOCALIZACION A LAS SEIS SEMANAS

	<u>Nº</u>	<u>% Total (186)</u>		
	186	100,00		
<u>A N T R O</u>	82	44,08	<u>% Parcial (82)</u>	
C. MENOR	47	25,26	57,31	<u>% Parcial (47)</u>
abiertas	13	6,98	15,85	27,65
cerradas	34	18,27	41,46	72,34
C. MAYOR	2	1,07	2,43	<u>% Parcial (2)</u>
abiertas	00	—	—	—
cerradas	2	1,07	2,43	100,00
C. ANTERIOR	8	4,30	9,75	<u>% Parcial (8)</u>
abiertas	1	0,53	1,21	12,50
cerradas	7	3,76	8,53	87,50
C. POSTERIOR	25	13,44	30,48	<u>% Parcial (25)</u>
abiertas	8	4,30	9,75	32,00
cerradas	17	9,13	20,73	68,00

cuadro nº 36 (cont.)

	<u>Nº</u>	<u>% Total (186)</u>		
	186 .	100,00		
<u>P. VERTICAL</u>	64	34,40	<u>% Parcial (64)</u>	
C. MENOR	26	13,97	40,62	<u>% Parcial (26)</u>
abiertas	12	6,45	18,75	46,15
cerradas	14	7,52	21,87	53,84
C. MAYOR	2	1,07	3,12	<u>% Parcial (2)</u>
abiertas	0	—	—	—
cerradas	2	1,07	3,12	100,00
C. ANTERIOR	10	5,37	15,62	<u>% Parcial (10)</u>
abiertas	2	1,07	3,12	20,00
cerradas	8	4,30	12,50	80,00
C. POSTERIOR	26	13,97	40,62	<u>% Parcial (26)</u>
abiertas	9	4,83	14,06	34,61
cerradas	17	9,13	26,56	65,38

.../..

cuadro nº 36 (cont.)

	<u>Nº</u>	<u>% Total</u> (186)		
	186	100,00		
<u>INCISURA</u>	40	21,50	<u>% Parcial</u> (40)	
C. MENOR	31	16,66	77,50	<u>% Parcial</u> (31)
abiertas	13	6,98	32,50	41,93
cerradas	18	9,67	45,00	58,06
C. MAYOR	1	0,53	2,50	<u>% Parcial</u> (1)
abiertas	0	—	—	—
cerradas	1	0,53	2,50	100,00
C. ANTERIOR	2	1,07	5,00	<u>% Parcial</u> (2)
abiertas	1	0,53	2,50	50,00
cerradas	1	0,53	2,50	50,00
C. POSTERIOR	6	3,22	15,00	<u>% Parcial</u> (6)
abiertas	1	0,53	2,50	16,66
cerradas	5	2,68	12,50	83,33

CUADRO Nº 37

LOCALIZACION A LAS SEIS SEMANAS

(CURVADURAS Y CARAS)

	<u>Nº</u>	<u>% Total (186)</u>	
	186	100,00	
CURVADURA MENOR	104	55,91	<u>% Parcial (104)</u>
abiertas	38	20,43	36,53
cerradas	66	35,48	63,46
CURVADURA MAYOR	5	2,68	<u>% Parcial (5)</u>
abiertas	0	---	---
cerradas	5	2,68	100,00
CARA ANTERIOR	20	10,75	<u>% Parcial (20)</u>
abiertas	4	2,15	20,00
cerradas	16	8,60	80,00
CARA POSTERIOR	57	30,64	<u>% Parcial (57)</u>
abiertas	18	9,67	31,57
cerradas	39	20,96	68,42

CUADRO Nº 38

LOCALIZACION A LAS DOCE SEMANAS

	<u>Nº</u>	<u>% Total (186)</u>	<u>% Parcial (44)</u>		
	44	23,65	100,00		
<u>ANTRO</u>	15	8,06	34,09	<u>% Parcial (15)</u>	
C. MENOR	11	5,91	25,00	73,33	<u>% Parcial (11)</u>
abiertas	1	0,53	2,27	6,66	9,09
cerradas	10	5,37	22,72	66,66	90,90
C. MAYOR	0	---	---	---	---
C. ANTERIOR	0	---	---	---	---
C. POSTERIOR	4	2,15	9,09	26,66	<u>% Parcial (4)</u>
abiertas	2	1,07	4,54	13,33	50,00
cerradas	2	1,07	4,54	13,33	50,00

.../..

cuadro nº 38 (cont.)

	<u>Nº</u>	<u>% Total (186)</u>	<u>% Parcial (44)</u>		
	44	23,65	100,00		
<u>P. VERTICAL</u>	18	9,67	40,90	<u>% Parcial (18)</u>	
C. MENOR	9	4,83	20,45	50,00	<u>% Parcial (9)</u>
abiertas	2	1,07	4,54	11,11	22,22
cerradas	7	3,76	15,90	38,88	77,77
C. MAYOR	0	---	---	---	---
C. ANTERIOR	2	1,07	4,54	11,11	<u>% Parcial (2)</u>
abiertas	0	---	---	---	---
cerradas	2	1,07	4,54	11,11	100,00
C. POSTERIOR	7	3,76	15,90	38,88	<u>% Parcial (7)</u>
abiertas	1	0,53	2,27	5,55	14,28
cerradas	6	3,22	13,63	33,33	85,71

.../

cuadro nº 38 (cont.)

	<u>Nº</u>	<u>% Total</u> (186)	<u>% Parcial</u> (44)		
	44	23,65	100,00		
<u>INCISURA</u>	11	5,91	25,00	<u>% Parcial</u> (11)	
C. MENOR	9	4,83	20,45	81,81	<u>% Parcial</u> (9)
abiertas	0	---	---	---	---
cerradas	9	4,83	20,45	81,81	100,00
C. MAYOR	0	---	---	---	---
C. ANTERIOR	1	0,53	2,27	9,09	<u>% Parcial</u> (1)
abiertas	0	---	---	---	---
cerradas	1	0,53	2,27	9,09	100,00
C. POSTERIOR	1	0,53	2,27	9,09	<u>% Parcial</u> (1)
abiertas	0	---	---	---	---
cerradas	1	0,53	2,27	9,09	100,00

CUADRO Nº 39

LOCALIZACION A LAS DOCE SEMANAS

(CURVADURAS Y CARAS)

	<u>Nº</u>	<u>% Total (186)</u>	<u>% Parcial (44)</u>	
	44	23,65	100,00	
CURVADURA MENOR	29	15,59	65,90	<u>% Parcial (29)</u>
abiertas	3	1,61	6,81	10,34
cerradas	26	13,97	59,09	89,65
CURVADURA MAYOR	0	---	---	---
CARA ANTERIOR	3	1,61	6,81	<u>% Parcial (3)</u>
abiertas	0	---	---	---
cerradas	3	1,61	6,81	100,00
CARA POSTERIOR	12	6,45	27,27	<u>% Parcial (12)</u>
abiertas	3	1,61	6,81	25,00
cerradas	9	4,83	20,45	75,00

ULCERAS CICATRIZADAS A LAS DOCE SEMANAS

	<u>Nº</u>	<u>% Total (186)</u>	
Iniciales	186	100,00	
<u>A N T R O</u>			<u>% Parcial (82)</u>
Iniciales	82	44,08	100,00
cerradas	72	38,70	87,80
<u>P. V E R T I C A L</u>			<u>% Parcial (64)</u>
Iniciales	64	34,40	100,00
cerradas	56	30,10	87,50
<u>I N C I S U R A</u>			<u>% Parcial (40)</u>
Iniciales	40	21,50	100,00
cerradas	36	19,35	90,00
<u>T O T A L</u>			
cerradas	164	88,15	

CUADRO Nº 41

ULCERAS CICATRIZADAS A LAS DOCE SEMANAS
(CURVADURAS Y CARAS)

	<u>Nº</u>	<u>% Total (186)</u>	
Iniciales	186	100,00	
<u>C. M E N O R</u>			<u>% Parcial (104)</u>
Iniciales	104	55,91	100,00
cerradas	92	49,46	88,46
<u>C. M A Y O R</u>			<u>% Parcial (5)</u>
Iniciales	5	2,68	100,00
cerradas	5	2,68	100,00
<u>C. A N T E R I O R</u>			<u>% Parcial (20)</u>
Iniciales	20	10,75	100,00
cerradas	19	10,21	95,00
<u>C. P O S T E R I O R</u>			<u>% Parcial (57)</u>
Iniciales	57	30,64	100,00
cerradas	48	25,80	84,21
<u>TOTAL CICATRIZADAS</u>	164	88,17	

Respecto al tamaño, profundidad, bordes fondo, tanto en el estuio inicial, en la primera y segunda revisión y al final del trabajo, los resultados quedan reflejados en los cuadros comprendidos entre los nº 42 al 55, - ambos incluidos y creemos no necesitan ser comentados.

CUADRO Nº 42

<u>T A M A Ñ O</u>		
	<u>Nº</u>	<u>%</u>
	186	100,00
MAYOR DE 3 cms.	25	13,44
DE 2 - 3 cms.	42	22,58
DE 1 - 2 cms.	72	38,70
MENOR DE 1 cms.	47	25,26

CUADRO Nº 43

T A M A Ñ O S E I S S E M A N A S

	<u>Nº</u>	<u>% Total (186)</u>	
<u>MAYOR DE 3 cms.</u>	25	13,44	<u>% Parcial (25)</u>
Igual	3	1,61	12,00
Mitad	15	8,06	60,00
Cerradas	7	3,76	28,00
<u>DE 2 - 3 cms.</u>	42	22,58	<u>% Parcial (42)</u>
Igual	2	1,07	4,76
Mitad	20	10,75	47,61
Cerradas	20	10,75	47,61
<u>DE 1 - 2 cms.</u>	72	38,70	<u>% Parcial (72)</u>
Igual	5	2,68	6,94
Mitad	10	5,37	13,88
Cerradas	57	30,64	79,16
<u>MENOR DE 1 cms.</u>	47	25,26	<u>% Parcial (47)</u>
Igual	1	0,53	2,12
Mitad	4	2,15	8,51
Cerradas	42	22,50	89,36

MAÑO DOCE SEMANAS

	Nº	<u>% Total (186)</u>	<u>% Parcial (44)</u>	<u>% Parcial (17)</u>
<u>MAYOR DE 3 cms.</u>	17	9,13	38,63	100,00
Igual	0	---	---	---
Mitad	1	0,53	2,27	5,88
Cerradas	16	8,60	36,36	94,11
				<u>% Parcial (20)</u>
<u>DE 2 - 3 cms.</u>	20	10,75	45,45	100,00
Igual	2	1,07	4,54	10,00
Mitad	1	0,53	2,27	5,00
Cerradas	17	9,13	38,63	85,00
				<u>% Parcial (6)</u>
<u>DE 1 - 2 cms.</u>	6	3,22	13,63	100,00
Igual	0	---	---	---
Mitad	2	1,07	4,54	33,33
Cerradas	4	2,15	9,09	66,66
				<u>% Parcial (1)</u>
<u>MENOR DE 1 cms.</u>	1	0,53	2,27	100,00
Igual	0	---	---	---
Mitad	0	---	---	---
Cerradas	1	0,53	2,27	100,00

CUADRO Nº 45

ULCERAS CICATRIZADAS AL FINAL DEL ESTUDIO

(T A M A Ñ O)

	<u>Nº</u>	<u>% Total</u> (186)	
Iniciales	186	100,00	
<u>MAYOR de 3 cms.</u>			<u>% Parcial</u> (25)
Iniciales	25	13,44	100,00
Cerradas	23	12,36	92,00
<u>DE 2 - 3 cms.</u>			<u>% Parcial</u> (42)
Iniciales	42	22,58	100,00
Cerradas	37	19,89	88,09
<u>DE 1 - 2 cms.</u>			<u>% Parcial</u> (72)
Iniciales	72	38,70	100,00
Cerradas	61	32,79	84,72
<u>MENOR de 1 cms.</u>			<u>% Parcial</u> (47)
Iniciales	47	25,26	100,00
Cerradas	43	23,11	91,48
<u>TOTAL CICATRIZADAS</u>	164	88,17	

CUADRO Nº 46

PROFUNDIDAD

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
	186	100,00
SUPERFICIALES	78	41,93
PROFUNDAS	93	50,00
CAVITARIAS	15	8,06

CUADRO Nº 47

PROFUNDIDAD: SEIS SEMANAS

	<u>Nº</u>	<u>% Total (186)</u>	
<u>SUPERFICIALES</u>	78	41,93	<u>% Parcial (78)</u>
Igual	4	2,15	5,12
Mitad	6	3,22	7,69
Cerradas	68	36,55	87,17
<u>PROFUNDAS</u>	93	50,00	<u>% Parcial (93)</u>
Igual	9	4,83	9,67
Mitad	29	15,59	31,18
Cerradas	55	29,56	31,18
<u>CAVITARIAS</u>	15	8,06	<u>% Parcial (15)</u>
Igual	3	1,61	20,00
Mitad	9	4,83	60,00
Cerradas	3	1,61	20,00

PROFUNDIDAD : DOCE SEMANAS

	<u>Nº</u>	<u>% Total (186)</u>	<u>% Parcial (44)</u>	
Ulceras revisadas	44	23,65	100,00	
				<u>% Parcial (3)</u>
<u>SUPERFICIALES</u>	3	1,61	6,81	100,00
Igual	1	0,53	2,27	33,33
Mitad	0	—	—	—
Cerradas	2	1,07	4,54	66,66
				<u>% Parcial (29)</u>
<u>PROFUNDAS</u>	29	15,59	65,90	100,00
Igual	1	0,53	2,27	3,44
Mitad	1	0,53	2,27	3,44
Cerradas	27	14,51	61,36	93,10
				<u>% Parcial (12)</u>
<u>CAVITARIAS</u>	12	6,45	27,27	100,00
Igual	0	—	—	—
Mitad	3	1,61	6,81	25,00
Cerradas	9	4,83	20,45	75,00

CUADRO Nº 49

ULCERAS CICATRIZADAS AL FINAL DEL ESTUDIO
(P R O F U N D I D A D)

	<u>Nº</u>	<u>% Total (186)</u>	
Iniciales	186	100,00	
<u>SUPERFICIALES</u>			<u>% Parcial (78)</u>
Iniciales	78	41,83	100,00
Cerradas	70	37,63	89,74
<u>PROFUNDAS</u>			<u>% Parcial (93)</u>
Iniciales	93	50,00	100,00
Cerradas	82	44,08	88,17
<u>CAVITARIAS</u>			<u>% Parcial (15)</u>
Iniciales	15	8,06	100,00
Cerradas	12	6,45	80,00
<u>TOTAL CICATRIZADAS</u>	164	88,17	

CUADRO N° 50

B O R D E S

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
	186	100,00
BORDES CONCRETOS	131	70,43
BORDES LISOS	75	40,32
BORDES ELEVADOS	66	35,48
BORDES IRREGULARES	12	6,45

BORDES : DOCE SEMANAS

	<u>Nº</u>	<u>% Total (186)</u>	<u>% Parcial (44)</u>	<u>% Parcial (34)</u>
<u>BORDES CONCRETOS.</u>	34	18,27	77,27	100,00
	6	3,22	13,63	17,64
				2,94

CUADRO Nº 51

B O R D E S : S E I S S E M A N A S

	<u>Nº</u>	<u>% Total (186)</u>	
	186	100,00	
<u>BORDES CONCRETOS</u>	131	70,43	<u>% Parcial (131)</u>
Igual	43	23,11	32,82
Desaparicion bordes	7	3,76	5,34
Tractos hiperemicos	85	45,69	64,88
<u>BORDES LISOS</u>	75	40,32	<u>% Parcial (75)</u>
Igual	11	5,91	14,66
Desaparicion bordes	6	3,22	8,00
Tractos hiperemicos	58	31,18	77,33
<u>BORDES ELEVADOS</u>	66	35,48	<u>% Parcial (66)</u>
Igual	39	20,96	59,09
Desaparicion bordes	2	1,07	3,03
Tractos hiperemicos	25	13,44	37,87
<u>BORDES IRREGULARES</u>	12	6,45	<u>% Parcial (12)</u>
Igual	8	4,30	66,66
Desaparicion bordes	4	2,15	33,33

B O R D E S : D O C E S E M A N A S

	<u>Nº</u>	<u>% Total (186)</u>	<u>% Parcial (44)</u>	<u>% Parcial (34)</u>
<u>BORDES CONCRETOS</u>	34	18,27	77,27	100,00
Igual	6	3,22	13,63	17,64
Desaparicion bordes	1	0,53	2,27	2,94
Tractos hiperemicos	27	14,51	61,36	79,41
				<u>% Parcial (9)</u>
<u>BORDES LISOS</u>	9	4,83	20,45	100,00
Igual	3	1,61	6,81	33,33
Desaparicion bordes	0	—	—	—
Tractos hiperemicos	6	3,22	13,63	66,66
				<u>% Parcial (31)</u>
<u>BORDES ELEVADOS</u>	31	16,66	70,45	100,00
Igual	3	1,61	6,81	9,67
Desaparicion bordes	4	2,15	9,09	12,90
Tractos hiperemicos	27	14,51	61,36	87,09
				<u>% Parcial (4)</u>
<u>BORDES IRREGULARES</u>	4	2,15	9,09	100,00
Tractos hiperemicos	4	2,15	9,09	100,00

CUADRO N^o 53

F O N D O

	<u>N^o</u>	<u>%</u>
	186	100,00
FONDO LISO	146	78,49
FONDO BACON	2	1,07
FONDO COAGULOS	75	40,32
FONDO NODULAR	3	1,61

FONDO : SEIS SEMANAS

	<u>Nº</u>	<u>% Total (186)</u>	
<u>FONDO LISO</u>	146	78,49	<u>% Parcial (146)</u>
Igual	46	27,43	31,50
Fibrina fragmentada	93	50,00	63,69
Desaparición fibrina	8	4,30	5,47
<u>FONDO BACON</u>	2	1,07	<u>% Parcial (2)</u>
Igual	1	0,53	50,00
Fibrina fragmentada	1	0,53	50,00
Desaparición fibrina	0	---	---
<u>FONDO COAGULOS</u>	75	40,32	<u>% Parcial (75)</u>
Igual	0	---	---
Fibrina fragmentada	0	---	---
Desaparición fibrina	75	40,32	100,00
<u>FONDO NODULAR</u>	3	1,61	<u>% Parcial (3)</u>
Igual	3	1,61	100,00
Fibrina fragmentada	0	---	---
Desaparición fibrina	0	---	---

CUADRO Nº 55

FONDO : DOCE SEMANAS

	<u>Nº</u>	<u>% Total (186)</u>	<u>% Parcial (44)</u>	<u>% Parcial (42</u>
<u>FONDO LISO</u>	42	22,58	95,45	100,00
Igual	3	1,61	6,81	7,14
Fibrina fragmentada	31	16,66	70,45	73,80
Desaparición fibrina	8	4,30	18,18	19,04
				<u>% Parcial (1)</u>
<u>FONDO BACON</u>	1	0,53	2,27	100,00
Igual	0	---	---	---
Fibrina fragmentada	0	---	---	---
Desaparición fibrina	1	0,53	2,27	100,00
				<u>% Parcial (1)</u>
<u>FONDO NODULAR</u>	1	0,53	2,27	100,00
Igual	0	---	---	---
Fibrina fragmentada	1	0,53	2,27	100,00
Desaparición fibrina	0	---	---	---
				<u>% Parcial (0)</u>
<u>FONDO COAGULOS</u>	0	---	---	---

Respecto al estudio histológico y dado que entre la endoscopia inicial y la primera revisión a las seis semanas se han biopsiado la totalidad de las úlceras, podemos expresar los resultados, refiriéndonos al número total de casos estudiados. (Cuadro nº 56-57)

Según se observa, la histología tiene una gran semejanza con la visión macroscópica de la lesión, si bien existen 3 casos en los que pese a la falta de criterios de malignidad endoscópica, la biopsia mostró tejido canceroso confirmándose posteriormente en la intervención quirúrgica a la que fueron sometidos estos enfermos.

A las doce semanas se estudian histológicamente el total de úlceras endoscopiadas, las 44 que permanecían en tratamiento médico, con los siguientes resultados (Cuadro nº 58-59)

CUADRO Nº 56

HISTOLOGIA

Nº BIOPSIAS REALIZADAS INICIALMENTE:

	78	100,00
Tejido ulceroso	46	58,94
Tejido inflamatorio	25	32,05
Tejido normal	7	8,79

CUADRO Nº 57

HISTOLOGIA

BIOPSIAS REALIZADAS A LAS SEIS SEMANAS:

	108	100,00
Tejido ulceroso	36	33,33
Tejido inflamatorio	14	12,96
Metaplasia intestinal	21	19,44
Tejido epitelizado	28	25,92
Tejido canceroso	3	2,77
Tejido normal	6	5,55

CUADRO Nº 58

HISTOLOGIA : DOCE SEMANAS

	<u>Nº</u>	<u>% Total (186)</u>	<u>% Parcial (44)</u>	<u>% Parcial (82)</u>
Tejido ulceroso	18	9,67	40,90	21,95
				<u>% Parcial (39)</u>
Tejido inflamatorio	7	3,76	15,90	17,94
				<u>% Parcial (21)</u>
Metaplasia intestinal	2	1,07	4,54	9,52
				<u>% Parcial (28)</u>
Tejido epitelizado	14	7,52	31,81	50,00
				<u>% Parcial (13)</u>
Tejido normal	3	1,61	6,81	23,07

CUADRO Nº 59

H I S T O L O G I A

TOTAL DE ULCERAS BIOPSIADAS:	186	100,00
TEJIDO ULCEROSO	82	44,08
TEJIDO INFLAMATORIO	39	20,96
METAPLASIA INTESTINAL	21	11,29
TEJIDO EPITELIZADO	28	15,05
TEJIDO CANCEROSO	3	1,61
TEJIDO NORMAL	13	6,98

CUADRO Nº 60

TRATAMIENTO

ENFERMOS INICIALES 155 100,00

GRUPO I:

Enfermos tratados con cimetidina:

63 40,64

GRUPO II:

Enfermos con terapeutica convencional:

92 59,35

TRATAMIENTO : SEIS SEMANAS

	<u>Nº</u>	<u>% Total (155)</u>	
<u>GRUPO I</u>	63	40,64	<u>% Parcial (63)</u>
Igual	2	1,29	3,17
Mejor	11	7,09	17,46
Cerrada	50	32,25	79,36
<u>GRUPO II</u>	92	59,35	<u>% Parcial (92)</u>
Igual	11	7,09	11,95
Mejor	30	19,35	32,60
Cerrada	51	32,90	55,43
TRATAMIENTO QUIRURGICO	16	10,32	
Carcinoma	3	1,93	
Hemorragia	2	1,29	
Persistencia molestias	11	7,09	

CUADRO Nº 62

TRATAMIENTO : DOCE SEMANAS

	<u>Nº</u>	<u>% Total (155)</u>	
<u>GRUPO I</u>	14	9,03	<u>% Parcial (63)</u>
Igual	0	---	---
Mejor	2	1,29	3,17
Cerrada	12	7,74	19,04
 <u>GRUPO II</u>	 27	 17,41	 <u>% Parcial (92)</u>
Igual	0	---	---
Mejor	1	0,64	1,08
Cerrada	26	16,77	28,26
 <u>TRATAMIENTO QUIRURGICO</u>	 6	 3,87	
Persistencia molestias	6	3,87	

U L C E R A P I L O R I C A

Ocupan las úlceras de localización pilórica en nuestro estudio el menor número de casos obtenidos, con un porcentaje sobre el total de los enfermos revisados de un 17,14%.

Como úlceras pilóricas hemos considerado solamente aquellas que se encontraban situadas en el propio canal y que en ocasiones era difícil asegurar si correspondían a vertiente gástrica o duodenal.

Se han incluido, siguiendo la misma sistemática que en los otros apartados, solamente aquellos enfermos que hemos revisado a las seis semanas, tanto desde el punto de vista clínico como radiológico y endoscópico, resultando que de 120 pacientes diagnosticados en endoscopia, hemos tenido 2 éxitos, se les ha practicado intervención quirúrgica urgente o diferida después de efectuado el diagnóstico a 37, y 41 que por razones diversas no acu-

dieron a posterior control. Por todos estos -
motivos iniciamos el estudio con 40 enfermos.
(Cuadro nº 63)

De estos 40 enfermos, todos presentaban
el nicho abierto endoscópicamente, con unas -
características que más adelante comentaremos.

Se han sometido igualmente a las distintas
revisiones, a las seis y doce semanas, en
contrándonos en la primera de ellas con que -
22 habían cicatrizado y 18 permanecían abiertos.
De estos 18, se les hizo indicación operatoria
a 9, continuando los 9 restantes con
tratamiento médico.

A las doce semanas se revisan los 9 enfermos
con úlcera abierta, encontrando 5 cicatrizaciones
con persistencia del nicho en 4,
y con las mismas características que en la en
doscopia anterior. 1 de ellos siguió trata---
miento quirúrgico (Cuadro nº 64)

CUADRO Nº 63

ULCERAS PILORICAS INICIALES

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
	120	100,00
. Nº de exitus	2	1,66
. Nº de intervenciones:		
	37	30,83
. Nº no revisados:		
	41	34,16
. Nº revisados	40	33,33

CUADRO Nº 64

ULCERAS PILORICAS INICIALES:

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
	40	100,00

ULCERAS PILORICAS REVISADAS A LAS SEIS SEMANAS:

	40	100,00
. abiertas	18	45,00
. cerradas	22	55,00
Tratamiento médico	9	22,50
Tratamiento quirurgico	9	22,50

ULCERAS PILORICAS REVISADAS A LAS DOCE SEMANAS:

	9	22,50	100,00
. abiertas	4	10,00	44,44
. cerradas	5	12,50	55,44
Tratamiento médico	3	7,50	33,33
Tratamiento quirurgico	1	2,50	11,11

En cuanto a la clínica, en la primera -
revisión efectuada a las seis semanas, seguían
presentando sintomatología positiva semejante
a la inicial en sólo 9 casos, en contraposi---
ción con los 18 enfermos que mantenían la úl-
cera abierta endoscópicamente, existiendo · --
igualmente a las doce semanas una discordan--
cia entre la clínica y la persistencia de la
lesión (Cuadro nº 65)

Respecto a las complicaciones, sigue --
siendo la más importante la hemorragia diges-
tiva alta con más de un 50% y en la mayoría -
de éstas se valoró como antecedente inmediato
la ingesta de salicílicos.

Se detectaron 6 casos de estenosis piló
rica incompleta que en principio fueron some-
tidos a tratamiento médico, haciéndoseles in-
dicación operatoria después del primer con---
trol. (Cuadro nº 66)

CUADRO Nº 65

C L I N I C A

ENFERMOS INICIALES:	40	100,00%
. típica	33	82,50
. dispeptica	4	10,00
. neoplásica	1	2,50
. nula	2	5,00

ENFERMOS REVISADOS A LAS SEIS SEMANAS:

	40	100,00
. clínica positiva:		
	9	22,50
. clínica negativa:		
	31	77,50

ENFERMOS REVISADOS A LAS DOCE SEMANAS:

	9	22,50	100,00
. clínica positiva:			
	3	7,50	33,33
. clínica negativa:			
	6	15,00	66,66

CUADRO Nº 66

C O M P L I C A C I O N E S

	<u>Nº</u>	<u>%</u>	
ENFERMOS INICIALES:	40	100,00	
ENFERMOS INICIALES CON ULCUS COMPLICADOS:			
	31	77,50	
. Hemorragia	25	62,50	
. Estenosis	6	15,00	
ENFERMOS CON ANTECEDENTES DE INGESTA DE SA LICILICOS:			<u>%(25)</u>
	14	35,00	56,00

Cont.(cuadro nº 66)

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
ENFERMOS INICIALES:	40	100,00

ENFERMOS REVISADOS A LAS SEIS SEMANAS:		
	40	100,00

. Enfermos con ulcus complicados:

	8	20,00
Estenosis	7	17,50
Hemorragia	1	2,50

. Enfermos con antecedentes de ingesta de salicílicos:

	0	---
--	---	-----

ENFERMOS REVISADOS A LAS DOCE SEMANAS:

	9	22,50
--	---	-------

. Enfermos con ulcus complicados:

	1	2,50
Estenosis	1	2,50

. Enfermos con antecedentes de ingesta de salicílicos:

	0	---
--	---	-----

En los estudios analíticos sólo hemos -
recogido los datos dependientes de la hemorra-
gia digestiva, quedando reflejado en cuadro -
nº 67)

Las alteraciones del hemograma de estos
enfermos se habían normalizado en la primera
revisión, persistiendo sólo un caso de anemia
en el enfermo que presentó la hemorragia di--
gestiva a las seis semanas.

Existían algunos parámetros analíticos
alterados dependientes de la patología acompa-
ñante, que no vamos a mencionar por no ser ob-
jeto de este estudio. (Cuadro nº 68)

Respecto a la radiología, en la primera
revisión efectuada a las seis semanas, el por-
centaje de positividad radiológica es semejan-
te al estudio inicial (Cuadro nº 69) con vi-
sualización del nicho, correspondiendo los --
signos indirectos en su mayoría a aquellos ci-
catrizados desde el punto de vista endoscópi-
co, en cuyo caso es frecuente que al cerrarse
se formen sobre todo excentricidades (Cuadro
nº 70)

CUADRO N° 67

A N A L I T I C A

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Nº ENFERMOS	40	100,00
ANEMIA POSTHEMORRAGICA	25	62,50
Htco. menor de 30	12	30,00
Htco. mayor de 30	13	32,00
AUMENTO DE VdS	15	37,50

CUADRO Nº 68

P A T O L O G I A A C O M P A Ñ A N T E

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
ENFERMOS ESTUDIADOS:	40	100,00
Cardiopatía	3	7,50
Litiasis biliar	2	5,00
Nefrolitiasis	1	2,50
Hepatopatía	1	2,50
Hipertensión	2	5,00
Oligofrenia	1	2,50
Nódulo pulmonar solitario	1	2,50
Diabetes	1	2,50
Hernia de hiato	1	2,50
Broncopatía	1	2,50
Reumatismo	3	7,50
Úlcus duodenal	1	2,50

CUADRO Nº 69

R A D I O L O G I A

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
ULCERAS PILORICAS INICIALES:		
	40	100,00
RADIOLOGIA POSITIVA	38	95,00
visualizacion nicho	26	65,00
signos indirectos	12	30,00
RADIOLOGIA NEGATIVA	2	5,00

CUADRO Nº 70

ESTUDIO RADIOLOGICO A LAS SEIS SEMANAS:

<u>Nº</u>	<u>% RX.</u>	<u>% Endosc. (+)</u>
40	100,00	(18)
RADIOLOGIA POSITIVA:		
36	90,00	
visualización del nicho:		
12	30,00	66,66
signos indirectos:		
24	60,00	
		<u>% Endosc. (-)</u>
		(22)
RADIOLOGIA NEGATIVA:		
4	10,00	18,18
DIFERENCIA CON LAS ABIERTAS ENDOSCOPICAMENTE:		
6		33,33(18)

En la segunda revisión efectuada a las doce semanas, existe un 50% de positividad radiológica. (Cuadro nº 71)

En cuanto a la localización y considerando como tales úlceras de curvatura mayor y menor, hemos obtenido tanto en la fase inicial como a las seis y doce semanas, los resultados expresados en los cuadros nº 72-73-74-75)

Con respecto a estos porcentajes parciales, podemos observar que la cicatrización es muy semejante tanto en las úlceras de curvatura menor como en las de curvatura mayor.

Los resultados obtenidos con respecto al resto de los parámetros quedan expresados en los cuadros comprendidos entre el 76 y 91 (ambos incluidos).

CUADRO Nº 71

ESTUDIO RADIOLOGICO A LAS DOCE SEMANAS:

<u>Nº</u>	<u>% RX.</u>	<u>% Endosc. (+)</u> (4)
9	100,00	
RADIOLOGIA POSITIVA:		
8	88,88	
visualización del nicho:		
2	22,22	50,00
signos indirectos:		
6	66,66	
		<u>% Endosc. (-)</u> (5)
RADIOLOGIA NEGATIVA:		
1	11,11	20,00
DIFERENCIA CON LAS ABIERTAS ENDOSCOPICAMENTE:		
2		50,00 (4)

CUADRO Nº 72

LOCALIZACION

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Nº TOTAL DE ULCERAS	40	100,00
. Curvadura menor	37	92,50
. Curvadura mayor	3	7,50

CUADRO Nº 73

ULCERAS REVISADAS A LAS SEIS SEMANAS

(LOCALIZACION)

	<u>Nº</u>	<u>% Total(40)</u>	
	40	100,00	
<u>CURVADURA MENOR</u>			<u>%Parcial(37)</u>
Total	37	92,50	100,00
. abiertas	17	42,50	45,94
. cerradas	20	50,00	54,05
 <u>CURVADURA MAYOR</u>			 <u>% Parcial(3)</u>
Total	3	7,50	100,00
. abiertas	1	2,50	33,33
. cerradas	2	5,00	66,66

CUADRO Nº 74

LOCALIZACION A LAS DOCE SEMANAS

	<u>Nº</u>	<u>% Total (40)</u>	<u>% Parcial (9)</u>	
	9	22,50	100,00	
<u>CURVADURA MENOR</u>	9	22,50	100,00	<u>% Parcial (9)</u>
. abiertas	4	10,00	44,44	44,44
. cerradas	5	12,50	55,55	55,55
<u>CURVADURA MAYOR</u>	0	---	---	---

ULCERAS CICATRIZADAS A LAS DOCE SEMANAS

	<u>Nº</u>	<u>% Total (40)</u>	
INICIALES	40	100,00	
<u>CURVADURA MENOR</u>			<u>% Parcial (37)</u>
Iniciales	37	92,50	100,00
Cerradas	25	62,50	67,56
<u>CURVADURA MAYOR</u>			<u>% Parcial (3)</u>
Iniciales	3	7,50	100,00
Cerradas	2	5,00	66,66
<u>TOTAL CICATRIZADAS</u>	27	67,50	

CUADRO Nº 76

<u>T A M A Ñ O</u>		
	<u>Nº</u>	<u>%</u>
	40	100,00
MAYOR DE 3 cms.	7	17,50
DE 2 - 3 cms.	10	25,00
DE 1 - 2 cms.	9	22,50
MENOR DE 1 cms.	14	35,00

T A M A Ñ O S E I S S E M A N A S

	<u>N^o</u>	<u>% Total (40)</u>	
<u>MAYOR DE 3 cms.</u>	7	17,50	<u>% Parcial (7)</u>
Igual	3	7,50	42,85
Mitad	2	5,00	28,57
Cerradas	2	5,00	28,57
<u>DE 2 - 3 cms.</u>	10	25,00	<u>% Parcial (10)</u>
Igual	4	10,00	40,00
Mitad	3	7,50	30,00
Cerradas	3	7,50	30,00
<u>DE 1 - 2 cms.</u>	9	22,50	<u>% Parcial (9)</u>
Igual	2	5,00	22,22
Mitad	3	7,50	33,33
Cerradas	4	10,00	44,44
<u>MENOR DE 1 cms.</u>	14	35,00	<u>% Parcial (14)</u>
Igual	0	---	---
Mitad	1	2,50	7,14
Cerradas	13	32 50	92,85

CUADRO Nº 78

<u>T A M A Ñ O D O C E S E M A N A S</u>				
	<u>Nº</u>	<u>% Total(40)</u>	<u>% Parcial(9)</u>	
	9	22,50	100,00	
<u>MAYOR DE 3 cms.</u>	2	5,00	22,22	<u>% Parcial(2)</u>
Igual	1	2,50	11,11	50,00
Mitad	1	2,50	11,11	50,00
Cerradas	0	---	---	---
<u>DE 2 - 3 cms.</u>	5	12,50	55,55	<u>% Parcial(5)</u>
Igual	1	2,50	11,11	20,00
Mitad	0	---	---	---
Cerradas	4	10,00	44,44	80,00
<u>DE 1 - 2 cms.</u>	2	5,00	22,22	<u>% Parcial(2)</u>
Igual	1	2,50	11,11	50,00
Mitad	0	---	---	---
Cerradas	1	2,50	11,11	50,00

ULCERAS CICATRIZADAS AL FINAL DEL ESTUDIO

(T A M A Ñ O)

	<u>Nº</u>	<u>% Total (40)</u>	
Iniciales	40	100,00	
<u>MAYOR 3 cms.</u>			<u>% Parcial (7)</u>
Iniciales	7	17,50	100,00
Cerradas	2	5,00	28,75
<u>DE 2 - 3 cms.</u>			<u>% Parcial (10)</u>
Iniciales	10	25,00	100,00
Cerradas	7	17,50	70,00
<u>DE 1 - 2 cms.</u>			<u>% Parcial (9)</u>
Iniciales	9	22,50	100,00
Cerradas	8	20,00	88,88
<u>MENOR 1 cms.</u>			<u>% Parcial (14)</u>
Iniciales	14	35,00	100,00
Cerradas	13	32,50	92,85
<u>TOTAL</u>	30	75,00	

CUADRO Nº 80

P R O F U N D I D A D

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
	40	100,00
SUPERFICIALES	10	25,00
PROFUNDAS	23	57,00
CAVITARIAS	7	17,50

CUADRO Nº 81

PROFUNDIDAD: SEIS SEMANAS

	<u>Nº</u>	<u>% Total (40)</u>	
	40	100,00	
<u>SUPERFICIALES</u>	10	25,00	<u>% Parcial (10)</u>
Igual	1	2,50	10,00
Mitad	0	---	---
Cerradas	9	22,50	90,00
<u>PROFUNDAS</u>	23	57,50	<u>% Parcial (23)</u>
Igual	4	10,00	17,39
Mitad	6	15,00	26,08
Cerradas	13	32,50	56,52
<u>CAVITARIAS</u>	7	17,50	<u>% Parcial (7)</u>
Igual	3	7,50	42,85
Mitad	4	10,00	57,14
Cerradas	0	---	---

CUADRO Nº 82

PROFUNDIDAD: DOCE SEMANAS

	<u>Nº</u>	<u>% Total (40)</u>	<u>% Parcial (9)</u>	
Revisadas	9	22,50	100,00	
<u>SUPERFICIALES</u>	0	---	---	<u>% Parcial (0)</u>
<u>PROFUNDAS</u>	7	17,50	77,77	<u>% Parcial (7)</u>
Igual	4	10,00	44,44	57,14
Mitad	0	---	---	---
Cerradas	3	7,50	33,33	42,85
<u>CAVITARIAS</u>	2	5,00	22,22	<u>% Parcial (2)</u>
Igual	0	---	---	---
Mitad	0	---	---	---
Cerradas	2	5,00	22,22	100,00

ULCERAS CICATRIZADAS AL FINAL DEL ESTUDIO

(P R O F U N D I D A D) .

	<u>Nº</u>	<u>% Total (40)</u>	
Iniciales	40	100,00	
 <u>SUPERFICIALES</u>			<u>% Parcial (10)</u>
Iniciales	10	25,00	100,00
Cerradas	9	22,50	90,00
 <u>PROFUNDAS</u>			<u>% Parcial (23)</u>
Iniciales	23	57,50	100,00
Cerradas	16	40,00	69,56
 <u>CAVITARIAS</u>			<u>% Parcial (7)</u>
Iniciales	7	17,50	100,00
Cerradas	2	5,00	28,57
 <u>TOTAL</u>	 27	 67,50	

CUADRO N° 84

B O R D E S

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
	40	100,00
BORDES CONCRETOS	26	65,00
BORDES LISOS	20	50,00
BORDES ELEVADOS	11	27,50
BORDES IRREGULARES	2	5,00

B O R D E S : S E I S S E M A N A S

	<u>Nº</u>	<u>% Total (40)</u>	
	40	100,00	
<u>BORDES CONCRETOS</u>	26	65,00	<u>% Parcial (26)</u>
Igual	4	10,00	15,38
Desapar. bordes	10	25,00	38,46
Tractos hiper.	12	30,00	46,15
<u>BORDES LISOS</u>	20	50,00	<u>% Parcial (20)</u>
Igual	6	15,00	30,00
Desapar. bordes	7	17,50	35,00
Tractos hiper.	7	17,50	35,00
<u>BORDES ELEVADOS</u>	11	27,00	<u>% Parcial (11)</u>
Igual	6	15,00	54,54
Desapar. bordes	4	10,00	36,36
Tractos hiper.	1	2,50	9,09
<u>BORDES IRREGULARES</u>	2	5,00	<u>% Parcial (2)</u>
Igual	0	---	---
Desapar. bordes	0	---	---
Tractos hiper.	2	5,00	100,00

CUADRO Nº 36

B O R D E S : D O C E S E M A N A S

	<u>Nº</u>	<u>% Total (40)</u>	<u>% Parcial (9)</u>	
	9	22,50	100,00	<u>% Parcial (6)</u>
<u>BORDES CONCRETOS</u>	6	15,00	66,66	100,00
Igual	1	2,50	11,11	16,66
Desapar. bordes	0	---	---	---
Tractos hiper.	5	12,50	55,55	83,33
				<u>% Parcial (3)</u>
<u>BORDES LISOS</u>	3	7,50	33,33	100,00
Igual	3	7,50	33,33	100,00
Desapar. bordes	0	---	---	---
Tractos hipere.	0	---	---	---
<u>BORDES ELEVADOS</u>	0	---	---	
<u>BORDES IRREGULARES</u>	0	---	---	

CUADRO N° 87

F O N D O

	<u>Nº</u>	<u>₡</u>
	40	100,00
FONDO LISO	24	60,00
FONDO BACON	5	12,50
FONDO COAGULOS	12	30,00

CUADRO Nº 88

FONDO : SEIS SEMANAS

	<u>Nº</u>	<u>% Total(40)</u>	
	40	100,00	.
<u>FONDO LISO</u>	24	60,00	<u>% Parcial (24)</u>
Igual	10	25,00	41,66
Fibrina fragmentada	2	5,00	8,33
Desaparición fibrina	12	30,00	50,00
<u>FONDO BACON</u>	5	12,50	<u>% Parcial (5)</u>
Igual	4	10,00	80,00
Fibrina fragmentada	1	2,50	20,00
Desaparición fibrina	0	---	---
<u>FONDO COAGULOS</u>	12	30,00	<u>% Parcial (10)</u>
Igual	1	2,50	8,33
Fibrina fragmentada	1	2,50	8,33
Desaparición fibrina	10	25,00	83,33

FONDO : DOCE SEMANAS

	<u>Nº</u>	<u>% Total (40)</u>	<u>% Parcial (9)</u>	
	9	22,50	100,00	
				<u>% Parcial (8)</u>
<u>FONDO LISO</u>	8	20,00	88,88	100,00
Igual	3	7,50	33,33	37,50
Fibrina fragmentada	1	2,50	11,11	12,50
Desaparición fibrina	4	10,00	44,44	50,00
<u>FONDO BACON</u>	0	---	---	
				<u>% Parcial (1)</u>
<u>FONDO COAGULOS</u>	1	2,50	11,11	100,00
Igual	0	---	---	---
Fibrina fragmentada	0	---	---	---
Desaparición fibrina	1	2,50	11,11	100,00

CUADRO Nº 90

TOTAL ULCERAS CICATRIZADAS AL FINAL DEL ESTUDIO

(F O N D O)			
	<u>Nº</u>	<u>% Total (40)</u>	
Iniciales	40	100,00	
			<u>% Parcial (24)</u>
<u>FONDO LISO</u>			
Iniciales	24	60,00	100,00
Cerradas	16	40,00	66,66
			<u>% Parcial (5)</u>
<u>FONDO BACON</u>			
Iniciales	5	12,50	100,00
Cerradas	0	---	---
			<u>% Parcial (12)</u>
<u>FONDO COAGULOS</u>			
Iniciales	12	30,00	100,00
Cerradas	11	27,50	91,66
<u>TOTAL</u>	27	67,50	

CUADRO Nº 91

HISTOLOGIA

Nº BIOPSIAS REALIZADAS:	8	100,00
Tej. ulceroso	1	12,50
Tej. inflamatorio	3	37,50
Metaplasia intestinal	2	25,00
Tej. epitelizado	2	25,00

Con respecto al tratamiento, los resultados obtenidos en los distintos grupos se expresan a continuación en los cuadros nº 92 - 93, teniendo en cuenta que las intervenciones realizadas después de la primera revisión fueron 9 casos cuyos motivos se agrupaban en 7 estenosis, 1 rebeldía al tratamiento y 1 hemorragia digestiva alta, estando sometidos 4 de ellos a tratamiento convencional y 5 a Cimetidina. Las características morfológicas de la mayoría de estos nichos fueron úlceras cavitarias, mayores de 3 cm., con fondo en bacon y 1 con coágulos.

En la segunda revisión los porcentajes de ambos grupos fueron más semejantes, resultando 3 úlceras abiertas con tratamiento convencional, teniendo que intervenir una de ellas por rebeldía a la terapéutica, en contra de 1 sólo caso de persistencia del ulcus con cimetidina. (Cuadros nº 94).

Igualmente quedan reflejados el número de complicaciones en los dos grupos y en las dos revisiones, así como sus causas.

CUADRO Nº 93

TRATAMIENTO : SEIS SEMANAS

	<u>Nº</u>	<u>% Total (40)</u>	<u>% Parcial (22)</u>
	40	100,00	
<u>GRUPO I</u>	22	55,00	100,00
Igual	4	10,00	18,18
Mejor	3	7,50	13,63
Cerradas	15	37,50	68,18
			<u>% Parcial (18)</u>
<u>GRUPO II</u>	18	25,00	100,00
Igual	10	25,00	55,55
Mejor	1	2,50	5,55
Cerradas	7	7,50	38,88
<u>TTO. QUIRURGICO</u>	9	22,50	
Estenosis	7	17,50	
Hemorragia	1	2,50	
Rebelde a tto.	1	2,50	

CUADRO N° 94

TRATAMIENTO : DOCE SEMANAS

	<u>Nº</u>	<u>% Total (40)</u>	<u>% Parcial (22)</u>
	40	100,00	
<u>GRUPO I</u>	4	10,00	18,18
Igual	1	2,50	4,54
Mejor	0	---	---
Cerradas	3	7,50	13,33
			<u>% Parcial (18)</u>
<u>GRUPO II</u>	5	12,50	27,77
Igual	3	7,50	16,66
Mejor	0	---	---
Cerradas	2	5,00	11,11
TTO. QUIRURGICO	1	2,50	
Persistencia molestias	1	2,50	

U L C E R A D U O D E N A L

Vamos a comenzar con el último apartado del material propio de este trabajo correspondiente al ulcus duodenal, ocupando el segundo lugar en número de los enfermos revisados por nosotros. De esta forma y siguiendo el mismo esquema de anteriores ocasiones, diremos que de 700 enfermos diagnosticados endoscópicamente de ulcus gastro-duodenal, 240 corresponden a la localización que ahora nos ocupa, lo que significa un 34,28%. De estos enfermos y por los motivos ya reseñados, sólo hemos incluido en nuestro estudio 78 pacientes portadores de 80 úlceras duodenales, aplicando los mismos parámetros de valoración que en los grupos anteriores (cuadro nº 95)

Con arreglo a este esquema comenzamos el estudio con 80 úlceras todas ellas activas -- desde el punto de vista endoscópico y sometiéndose a una primera revisión realizada a las seis semanas, verificándose una evalua---

ción clínica, radiológica y endoscópica. Se -
encontraron 41 úlceras cicatrizadas y 39 con
signos de actividad. En este segundo grupo se
continúa el estudio, realizando un segundo --
control a las doce semanas en cuyo momento de
tectuamos 14 .cerrados y 25 abiertos. (Cuadro
nº 96)

No nos extraña, en esta localización
ulcerosa el hecho de no haber encontrado nin-
gún cuadro neoplásico, dada la rareza clínica
de este problema a nivel del bulbo duodenal.
De forma paralela a lo que encontrábamos en -
los grupos anteriormente estudiados, hay un -
porcentaje de enfermos cuyo motivo de ingreso
fue una hemorragia digestiva sin presentar --
previamente clínica ulcerosa alguna.

En la primera revisión practicada a las
seis semanas, el porcentaje de clínica positi
va en los enfermos es bastante inferior a la
presencia endoscópica del nicho, lo que signi
fica que la ausencia de molestias subjetivas
no es un criterio fiable de cicatrización del
ulcus. La revisión realizada a las doce sema--

nas aporta unos resultados semejantes que que
dan reflejados en el Cuadro nº 97.

En las complicaciones surgidas en estos enfermos destaca la hemorragia digestiva, en cuyos antecedentes encontramos un 50% de inci
dencia de ingesta de salicflicos.

Por el contrario no se ha detectado nin
guna complicación en las sucesivas revisiones (Cuadro nº 98)

Las enfermedades concomitantes que presentaban nuestros enfermos quedan expresadas en el cuadro nº 99 , presentando las manifestaciones clínicas y estudios complementarios concordantes con las mismas.

Los estudios analíticos, al igual que en los otros grupos, solo muestran las alteraciones dependientes de una anemia.(Cuadro -
nº 98)

CUADRO Nº 95

ULCERAS DUODENALES INICIALES

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
	240	100,00
. Nº de exitus	4	1,66
. Nº de intervenciones:		
	54	22,50
. Nº no revisados	102	42,50
. Nº revisados	80	33,33

CUADRO Nº 96

ULCERAS DUODENALES INICIALES:

<u>Nº</u>	<u>%</u>
80	100,00

ULCERAS DUODENALES REVISADAS A LAS SEIS SEMANAS:

	80	100,00
. abiertas	39	48,75
. cerradas	41	51,25
Tratamiento médico	39	48,75

ULCERAS DUODENALES REVISADAS A LAS DOCE SEMANAS:

	39	48,75
. abiertas	25	31,25
. cerradas	14	17,50
Tratamiento médico	25	31,25

CUADRO Nº 97

C L I N I C A

ENFERMOS INICIALES:	78	100,00
. típica	49	62,82
. dispeptica	21	26,92
. nula	8	10,25
. neoplasica	0	---

ENFERMOS REVISADOS A LAS SEIS SEMANAS:

	78	100,00
. clínica positiva	16	20,51
. clínica negativa	62	79,47

ENFERMOS REVISADOS A LAS DOCE SEMANAS:

	37	47,43
. clínica positiva	14	17,94
. clínica negativa	23	29,48

CUADRO Nº 98

COMPLICACIONES

	<u>Nº</u>	<u>%</u>	
ENFERMOS INICIALES:	78	100,00	
ENFERMOS INICIALES CON ULCUS COMPLICADO:			
	50	64,10	
. Hemorragia	49	62,82	
. Estenosis	1	1,28	
ENFERMOS CON ANTECEDENTES DE INGESTA DE SALI			<u>%(49)</u>
CILICOS:	24	30,76	48,97
ENFERMOS CON ULCUS COMPLICADO A LAS SEIS SEMANAS:			
	0	---	
ENFERMOS CON ULCUS COMPLICADO A LAS DOCE SEMANAS:			
	0	---	

CUADRO Nº 99

P A T O L O G I A A C O M P A Ñ A N T E

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
ENFERMOS ESTUDIADOS:	78	100,00
ENFERMOS CON OTRA PATOLOGIA:	26	33,33
Broncopatia	3	3,86
Litiasis biliar	2	2,56
Nefrolitiasis	1	1,28
Cardiopatía	3	3,86
Reumatismo	7	8,97
Neurosis	10	12,82

CUADRO N° 100

A N A L I T I C A

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Nº ENFERMOS	78	100,00
ANEMIA POSTHEMORRAGICA	49	62,82
Htco. menor de 30%	25	32,05
Htco. mayor de 30%	24	30,76
AUMENTO DE VdS	29	37,17

El estudio radiológico es uno de los pa
rámetros más importantes, tanto al comienzo -
de las exploraciones como en las sucesivas re
visiones.

En el primer exámen se objetiva una po-
sitividad de 68 casos, bien visualizando el -
nicho (28 casos), bien en forma de signos in-
directos, sobre todo deformidades, en 40; fue
ron totalmente negativos 28 estudios. Si re--
cordamos que las 80 úlceras iniciales fueron
vistas endoscópicamente, la positividad de la
radiología alcanza un 85% con un 35% de visua
lización del nicho y un 50% en el que los sig
nos indirectos hacían altamente sugestivo la
existencia del mismo. (Cuadro nº 101)

En la primera revisión la radiología --
fué positiva en 48 casos, 15 con objetivación
del nicho y el resto con signos indirectos.
El exámen fue negativo en 32 casos. (Cuadro nº
102)

El último exámen practicado, a las doce
semanas del inicial, aporta un alto porcentaje
de positividad radiológica que supera al endo

cópico a expensas fundamentalmente de los signos indirectos, lo que significa que la radiología no es un buen criterio de confirmación del cierre de la úlcera (Cuadro nº 103)

En el estudio endoscópico hemos manejado los habituales parámetros de localización, tamaño, profundidad, características de los bordes y fondo. Ni que decir tiene que de los 78 enfermos con los que se inicia el estudio se detectó úlcera activa en todos ellos con 2 casos en los que éste era doble, por lo que el número de úlceras estudiadas es de 80. (Cuadro nº 104 al 123, ambos incluidos).

CUADRO Nº 101

R A D I O L O G I A

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
ULCERAS DUODENALES INICIALES:		
	80	100,00
RADIOLOGIA POSITIVA	68	85,00
visualizacion nicho	28	35,00
signos indirectos	60	50,00
RADIOLOGIA NEGATIVA	12	15,00

CUADRO Nº 102

ESTUDIO RADIOLOGICO A LAS SEIS SEMANAS

	<u>Nº</u>	<u>% RX</u>	<u>% Endosc. (+)</u> (29)
	80	100,00	
RADIOLOGIA POSITIVA:			
	48	60,00	
. visualización del nicho:			
	15	18,75	51,72
. signos indirectos:			
	33	41,25	
			<u>% Endosc. (-)</u> (41)
RADIOLOGIA NEGATIVA:			
	32	40,00	78,04
DIFERENCIA CON LAS ABIERTAS ENDOSCOPICAMENTE:			
	14		48,27 (29)

CUADRO Nº 103

ESTUDIO RADIOLOGICO A LAS DOCE SEMANAS

	<u>Nº</u>	<u>% RX</u>	<u>% Endosc. (+)</u> (25)
	39	100,00	
RADIOLOGIA POSITIVA:	30	37,50	
. visualización del nicho:			
	6	7,50	24,00
. signos indirectos:			
	24	30,00	
			<u>% Endosc. (-)</u> (14)
RADIOLOGIA NEGATIVA:	9	11,25	64,28
DIFERENCIA CON LAS ABIERTAS ENDOSCOPICAMENTE:			
	19		76,00 (25)

CUADRO N° 104

. LOCALIZACION

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Nº TOTAL DE ULCERAS	80	100,00
. Cara anterior	36	45,00
. Cara posterior	26	32,50
. Curvadura mayor	4	5,00
. Curvadura menor	11	13,75
. Post-bulbar	3	3,75

CUADRO Nº 105

ULCERAS REVISADAS A LAS SEIS SEMANAS

(L O C A L I Z A C I O N)

	<u>Nº</u>	<u>% Total(80)</u>	
	80	100,00	
<u>CURVADURA MENOR</u>			<u>% Parcial(11)</u>
Total	11	13,75	100,00
. abiertas	9	11,25	81,81
. cerradas	2	2,50	18,18
<u>CURVADURA MAYOR</u>			<u>% Parcial(4)</u>
Total	4	5,00	100,00
. abiertas	3	3,75	75,00
. cerradas	1	1,25	25,00
<u>CARA ANTERIOR</u>			<u>% Parcial(36)</u>
Total	36	45,00	100,00
. abiertas	11	13,75	30,55
. cerradas	25	31,25	69,44

.../..

Cont. (cuadro nº 105)

	<u>Nº</u>	<u>% Total (80)</u>	
	80	100,00	
<u>CARA POSTERIOR</u>			<u>% Parcial(26)</u>
Total	26	32,50	100,00
. abiertas	13	16,25	50,00
. cerradas	13	16,25	50,00
<u>POST-BULBAR</u>			<u>% Parcial(3)</u>
Total	3	3,75	100,00
. abiertas	3	3,75	100,00
. cerradas	0	---	---

CUADRO Nº 106

LOCALIZACION A LAS DOCE SEMANAS

	<u>Nº</u>	<u>% Total (80)</u>	<u>% Parcial (39)</u>	
	39	48,75	100,00	
<u>CURVADURA MENOR</u>	9	11,25	23,07	<u>% Parcial (9)</u>
. abiertas	4	5,00	10,25	44,44
. cerradas	5	6,25	12,82	55,55
<u>CURVADURA MAYOR</u>	3	3,75	7,69	<u>% Parcial (3)</u>
. abiertas	1	1,25	2,56	33,33
. cerradas	2	2,50	5,12	66,66
<u>CARA ANTERIOR</u>	11	13,75	28,20	<u>% Parcial (11)</u>
. abiertas	9	11,25	23,07	81,81
. cerradas	2	2,50	5,12	18,18
<u>CARA POSTERIOR</u>	13	16,25	33,33	<u>% Parcial (13)</u>
. abiertas	9	11,25	23,07	69,23
. cerradas	4	5,00	10,25	30,76
<u>POST-BULBAR</u>	3	3,75	7,69	<u>% Parcial (3)</u>
. abiertas	2	2,50	5,12	66,66
. cerradas	1	1,25	2,56	33,33

CUADRO Nº 107

ULCERAS CICATRIZADAS A LAS DOCE SEMANAS
(LOCALIZACION)

	<u>Nº</u>	<u>% Total (80)</u>	
INICIALES	80	100,00	
<u>CURVADURA MENOR</u>			<u>% Parcial (11)</u>
. Iniciales	11	13,75	100,00
. Cerradas	7	8,75	63,63
<u>CURVADURA MENOR</u>			<u>% Parcial (4)</u>
. Iniciales	4	5,00	100,00
. Cerradas	3	3,75	75,00
<u>CARA ANTERIOR</u>			<u>% Parcial (36)</u>
. Iniciales	36	45,00	100,00
. Cerradas	27	33,75	75,00
<u>CARA POSTERIOR</u>			<u>% Parcial (26)</u>
. Iniciales	26	32,50	100,00
. Cerradas	17	21,25	65,38

.../..

Cont. (cuadro nº 107)

	<u>Nº</u>	<u>% Total (80)</u>	<u>% Parcial (3)</u>
<u>POST-BULBARES</u>			
. Iniciales	3	3,75	100,00
. Cerradas	1	1,25	33,33
<u>TOTAL CICATRIZADAS</u>	55	68,75	

CUADRO N° 108

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
	80	100,00
MAYOR DE 3 cms.	0	---
DE 2 - 3 cms.	8	10,00
DE 1 - 2 cms.	24	30,00
MENOR DE 1 cms.	48	60,00

CUADRO Nº 109

T A M A Ñ O : S E I S S E M A N A S

	<u>Nº</u>	<u>% Total (80)</u>	
	80	100,00	
<u>DE 2 - 3 cms.</u>	8	10,00	<u>% Parcial (8)</u>
. Igual	2	2,50	25,00
. Mitad	3	3,75	37,50
. Cerradas	3	3,75	37,50
<u>DE 1 - 2 cms.</u>	24	30,00	<u>% Parcial (24)</u>
. Igual	17	21,25	70,83
. Mitad	2	2,50	8,33
. Cerradas	5	6,25	20,83
<u>MENOR DE 1 cms.</u>	48	60,00	<u>% Parcial (48)</u>
. Igual	10	12,50	20,83
. Mitad	5	6,25	10,41
. Cerrada	33	41,25	68,75

CUADRO Nº 110

T A M A Ñ O D O C E S E M A N A S

	<u>Nº</u>	<u>% Total (80)</u>	<u>% Parcial (39)</u>	
	39	48,75	100,00	
<u>DE 2 - 3 cms.</u>	5	6,25	12,82	<u>% Parcial (5)</u>
. Igual	2	2,50	5,12	40,00
. Mitad	2	2,50	5,12	40,00
. Cerradas	1	1,25	2,56	20,00
<u>DE 1 - 2 cms.</u>	19	23,75	48,71	<u>% Parcial (19)</u>
. Igual	9	11,25	23,07	47,36
. Mitad	5	6,25	12,82	26,31
. Cerradas	5	6,25	12,82	26,31
<u>MENOR DE 1 cms.</u>	15	18,75	38,46	<u>% Parcial (15)</u>
. Igual	6	7,50	15,38	40,00
. Mitad	1	1,25	2,56	6,66
. Cerradas	8	10,00	20,51	53,33

ULCERAS CICATRIZADAS AL FINAL DEL ESTUDIO

(T A M A Ñ O)

	<u>Nº</u>	<u>% Total (80)</u>	
Iniciales	80	100,00	
<u>DE 2 - 3 cms.</u>			<u>% Parcial (8)</u>
Iniciales	8	10,00	100,00
Cerradas	4	5,00	50,00
<u>DE 1 - 2 cms.</u>			<u>% Parcial (24)</u>
Iniciales	24	30,00	100,00
Cerradas	10	12,50	41,66
<u>MENOR DE 1 cms.</u>			<u>% Parcial (48)</u>
Iniciales	48	60,00	100,00
Cerradas	41	51,25	85,41
<u>TOTAL</u>	55	68,75	

CUADRO Nº 112

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
	80	100,00
SUPERFICIALES	23	28,75
PROFUNDAS	39	48,75
CAVITARIAS	18	22,50

CUADRO Nº 113

PROFUNDIDAD : SEIS SEMANAS

	<u>Nº</u>	<u>% Total (80)</u>	
	80	100,00	
<u>SUPERFICIALES</u>	23	28,75	<u>% Parcial (23)</u>
Igual	0	---	---
Mitad	1	1,25	4,34
Cerradas	22	27,50	95,65
<u>PROFUNDAS</u>	39	48,75	<u>% Parcial (39)</u>
Igual	14	17,50	35,89
Mitad	8	10,00	20,51
Cerradas	17	21,25	43,58
<u>CAVITARIAS</u>	18	22,50	<u>% Parcial (18)</u>
Igual	15	18,75	83,33
Mitad	1	1,25	5,55
Cerradas	2	2,50	11,11

CUADRO Nº 114

PROFUNDIDAD : DOCE SEMANAS

	<u>Nº</u>	<u>% Total (80)</u>	<u>% Parcial (39)</u>	
REVISADAS	39	48,75	100,00	
<u>SUPERFICIALES</u>	1	1,25	2,56	<u>% Parcial (1)</u>
Igual	0	---	---	---
Mitad	0	---	---	---
Cerradas	1	1,25	2,56	100,00
<u>PROFUNDAS</u>	22	27,50	56,41	<u>% Parcial (22)</u>
Igual	9	11,25	23,07	40,90
Mitad	2	2,50	5,12	9,09
Cerradas	11	13,75	28,20	50,00
<u>CAVITARIAS</u>	16	20,00	41,12	<u>% Parcial (16)</u>
Igual	8	10,00	20,51	50,00
Mitad	6	7,50	15,38	37,50
Cerradas	2	2,50	5,12	12,50

ULCERAS CICATRIZADAS AL FINAL DEL ESTUDIO

(P R O F U N D I D A D)

	<u>Nº</u>	<u>% Total (80)</u>	
Iniciales	80	100,00	
<u>SUPERFICIALES</u>			<u>% Parcial (23)</u>
Iniciales	23	28,75	100,00
Cerradas	23	28,75	100,00
<u>PROFUNDAS</u>			<u>% Parcial (39)</u>
Iniciales	39	48,75	100,00
Cerradas	28	35,00	71,79
<u>CAVITARIAS</u>			<u>% Parcial (18)</u>
Iniciales	18	22,50	100,00
Cerradas	4	5,00	22,22
<u>TOTAL</u>	55	68,75	

CUADRO N° 116

B O R D E S

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
	80	100,00
BORDES CONCRETOS	35	43,75
BORDES LISOS	9	35,00
BORDES ELEVADOS	8	10,00
BORDES IRREGULARES	28	35,00

B O R D E S : S E I S S E M A N A S

	<u>Nº</u>	<u>% Total (80)</u>	
	80	100,00	
<u>BORDES CONCRETOS</u>	35	43,75	<u>% Parcial (35)</u>
Igual	12	15,00	34,28
Desapar. bordes	5	15,00	14,28
Tractos hiper.	18	22,50	51,42
<u>BORDES LISOS</u>	9	11,25	<u>% Parcial (9)</u>
Igual	3	3,75	33,33
Desapar. bordes	1	1,25	11,11
Tractos hiper.	5	6,25	55,55
<u>BORDES IRREGULARES</u>	28	35,00	<u>% Parcial (28)</u>
Igual	6	7,50	21,42
Desapar. bordes	5	6,25	17,85
Tractos hiper.	17	21,25	60,71
<u>BORDES ELEVADOS</u>	8	10,00	<u>% Parcial (8)</u>
Igual	6	7,50	75,00
Desapar. bordes	1	1,25	12,50
Tractos hiper.	1	1,25	12,50

CUADRO Nº 118

B O R D E S : D O C E S E M A N A S

	<u>Nº</u>	<u>% Total (80)</u>	<u>% Parcial (39)</u>	
	39	48,75	100,00	
<u>BORDES CONCRETOS</u>	17	21,25	43,58	<u>% Parcial (17)</u>
Igual	4	5,00	10,25	23,52
Desapar. bordes	5	6,25	12,82	29,41
Tractos hiper.	8	10,00	20,51	47,05
<u>BORDES LISOS</u>	4	5,00	10,25	<u>% Parcial (4)</u>
Igual	1	1,25	2,56	25,00
Desapar. bordes	1	1,25	2,56	25,00
Tractos hiper.	2	2,50	5,12	50,00
<u>BORDES IRREGULARES</u>	11	13,75	28,20	<u>% Parcial (11)</u>
Igual	6	7,50	15,38	54,54
Desapar. bordes	4	5,00	10,25	36,36
Tractos hiper.	1	1,25	3,57	9,09
<u>BORDES ELEVADOS</u>	7	8,75	17,94	<u>% Parcial (7)</u>
Igual	3	3,75	7,69	42,85
Desapar. bordes	1	1,25	2,56	14,28
Tractos hiper.	3	3,75	7,69	42,85

ULCERAS CICATRIZADAS AL FINAL DEL ESTUDIO

(B O R D E S)

% Total (80)

Iniciales	80	100,00	
<u>BORDES CONCRETOS</u>			<u>% Parcial (35)</u>
Iniciales	35	43,75	100,00
Cerradas	26	32,50	74,28
<u>BORDES LISOS</u>			<u>% Parcial (9)</u>
Iniciales	9	11,25	100,00
Cerradas	7	8,75	77,77
<u>BORDES IRREGULARES</u>			<u>% Parcial (28)</u>
Iniciales	28	35,00	100,00
Cerradas	18	22,50	64,28
<u>BORDES ELEVADOS</u>			<u>% Parcial (8)</u>
Iniciales	8	10,00	100,00
Cerradas	4	5,00	50,00
<u>TOTAL</u>	55	68,75	

CUADRO N° 120

F O N D O

	<u>Nº</u>	<u>%</u>
	80	100,00
FONDO LISO	39	48,75
FONDO BACON	7	8,75
FONDO COAGULOS	34	42,50

CUADRO N° 121

F O N D O : S E I S S E M A N A S

	<u>Nº</u>	<u>% Total (80)</u>	
	80	100,00	
<u>FONDO LISO</u>	39	48,75	<u>% Parcial (39)</u>
Igual	9	11,25	23,07
Fibrina fragmentada	16	20,00	41,02
Desaparición fibrina	14	17,50	35,89
<u>FONDO BACON</u>	7	8,75	<u>% Parcial (7)</u>
Igual	2	2,50	28,57
Fibrina fragmentada	2	2,50	28,57
Desaparición fibrina	3	3,75	42,35
<u>FONDO COAGULOS</u>	34	42,50	<u>% Parcial (34)</u>
Igual	0	---	---
Fibrina fragmentada	10	12,50	29,41
Desaparición fibrina	24	30,00	70,58

CUADRO Nº 122

F O N D O : D O C E S E M A N A S

	<u>Nº</u>	<u>% Total (80)</u>	<u>% Parcial (39)</u>	
	39	48,75	100,00	
<u>FONDO LISO</u>	25	31,25	64,19	<u>% Parcial (25)</u>
Igual	8	10,00	20,51	32,00
Fibrina fragmentada	4	5,00	10,25	16,00
Desapar. fibrina	13	16,25	33,33	52,00
<u>FONDO BACON</u>	4	5,00	10,25	<u>% Parcial (4)</u>
Igual	1	1,25	2,56	25,00
Fibrina fragmentada	3	3,75	7,69	75,00
Desapar. fibrina	0	---	---	---
<u>FONDO COAGULOS</u>	10	12,50	25,64	<u>% Parcial (10)</u>
Igual	2	2,50	5,12	20,00
Fibrina fragmentada	7	8,75	17,94	70,00
Desapar. fibrina	1	1,25	2,56	10,00

TOTAL ULCERAS CICATRIZADAS AL FINAL DEL ESTUDIO

(F O N D O)

	<u>Nº</u>	<u>% Total (80)</u>	
Iniciales	80	100,00	
<u>FONDO LISO</u>			<u>% Parcial (39)</u>
Iniciales	39	48,75	100,00
Cerradas	27	33,75	69,23
<u>FONDO BACON</u>			<u>% Parcial (7)</u>
Iniciales	7	8,75	100,00
Cerradas	3	3,75	42,85
<u>FONDO COAGULOS</u>			<u>% Parcial (34)</u>
Iniciales	34	42,50	100,00
Cerradas	25	31,25	73,52
<u>TOTAL</u>	55	68,75	

En los cuadros siguientes se reseñan los resultados obtenidos con las distintas terapéuticas utilizadas, destacando que sólo hemos hecho una indicación quirúrgica después de la segunda revisión en el grupo sometido a Cimetidina, debido a rebeldía al tratamiento, - el diagnóstico postoperatorio de este enfermo fue de adenocarcinoma de posible origen duodenal (Cuadro nº 124-125-126)

CUADRO N° 124

T R A T A M I E N T O

ENFERMOS INICIALES 78 100,00 %

GRUPO I :

Enfermos tratados con cimetidina:

40 51,28

GRUPO II :

Enfermos con terapeutica convencional:

38 48,71

CUADRO N° 125

TRATAMIENTO : SEIS SEMANAS

	<u>Nº</u>	<u>% Total (78)</u>	
	78	100,00	
			<u>% Parcial (40)</u>
<u>GRUPO I</u>	40	51,28	100,00
Igual	4	5,12	10,00
Mejor	15	19,23	37,50
Cerrada	21	26,92	52,50
			<u>% Parcial (38)</u>
<u>GRUPO II</u>	38	48,71	100,00
Igual	6	7,69	15,78
Mejor	12	15,38	31,57
Cerrada	20	25,64	52,63

TRATAMIENTO : DOCE SEMANAS

	<u>Nº</u>	<u>% Total (78)</u>	
	37	46,25	
			<u>% Parcial (40)</u>
<u>GRUPO I</u>	19	24,35	47,50
Igual	2	2,56	5,00
Mejor	8	10,25	20,00
Cerradas	9	11,53	22,50
			<u>% Parcial (38)</u>
<u>GRUPO II</u>	18	23,07	47,36
Igual	9	11,53	23,68
Mejor	4	5,12	10,52
Cerradas	5	6,41	13,15
<u>TTO. QUIRURGICO:</u>			
Persistencia molestias	1	1,25	(Diagnostico post-operatorio: probable
adenoca. de origen duodenal).-			

- CONCLUSIONES -

U L C E R A G A S T R I C A

- 1.- La incidencia de esta localización es la más frecuente en nuestro estudio, en contra de los resultados que se obtienen en las distintas publicaciones realizadas.
- 2.- La complicación hemorrágica supera el -- 70% de los enfermos estudiados y dentro de ellos es habitual el antecedente ya-- trogénico.
- 3.- Las manifestaciones clínicas típicas, sólo se encontraron en el 65% del estudio inicial.
- 4.- El 70% de las úlceras cerraron a las -- seis semanas y a los tres meses la cica--trización alcanzó el 97%.
- 5.- La sintomatología clínica no es un crite--rio fidedigno de cierre de la lesión, pues más de la mitad de las úlceras abiertas -- en la segunda revisión eran asintomáticas.

sin embargo, todas las úlceras abiertas a los tres meses presentaban manifestaciones clínicas.

6.- La positividad radiológica es un dato discordante, pues paradójicamente es inferior en el primer estudio (con la úlcera mayor) que en el segundo, (90%). Este hecho tal vez pueda explicarse por la importancia de realizar un estudio radiológico "intencionado". Donde creemos que la diferencia de positividad es importante con relación a la endoscopia, es en el último examen, derivándose de ello el que la radiología negativa no es significativa de cicatrización, al igual que, la presencia de signos indirectos tampoco indica la -- persistencia de actividad del nicho.

7.- La localización más frecuente ha sido en el antro, si bien no se ha encontrado una diferencia significativa respecto a la evolución entre las de una u otra zona.

8.- El tamaño más frecuente ha sido el de 1-2 cm. de diámetro.

- 9.- La cicatrización sigue reglas físicas, de tal forma, que a mayor tamaño, cicatrización total más retardada.
- 10.-La profundidad tiene una influencia semejante, si cabe más desfavorable, de tal manera que las de carácter "cavitario" tienen un porcentaje de curación menor que las de "gran tamaño".
- 11.-Los bordes y el fondo no son criterios -- que influyan en la evolución de la úlcera péptica, debiendo de valorarse a la hora de establecer el diagnóstico macroscópico de benignidad o malignidad.
- 12.-La irregularidad en los bordes a las seis semanas del tratamiento no creemos que -- pueda valorarse en el sentido de una posible malignidad, pues la cicatrización no se realiza de forma uniforme por toda la periferia.
- 13.-La biopsia debe tomarse sistemáticamente, independientemente del aspecto macroscópi

co, tanto en el primer estudio como en las revisiones. Deben tomarse de 6 a 8 fragmentos, fundamentalmente de los bordes, - pues el fondo nos dará tejido necrótico - invalorable desde el punto de vista de la malignidad.

14.-El tratamiento con Cimetidina ha sido más efectivo en cuanto a cicatrización como a rapidez de la misma y a desaparición de - las manifestaciones subjetivas.

U L C E R A P I L O R I C A

- 1.- Son las de menor incidencia del estudio.
- 2.- Las manifestaciones clínicas no son un pa
rámetro valorable en cuanto a la evolu---
ción, pues encontramos un 50% de úlceras
abiertas sin sintomatología clínica.
- 3.- Gran porcentaje de complicaciones evoluti
vas de naturaleza estenosante.
- 4.- El estudio radiológico es bastante fide--
digno.
- 5.- La localización del nicho en una u otra -
zona no es criterio evolutivo valorable.
- 6.- Las más frecuentes son las úlceras de pe-
queño tamaño.

7.- El tamaño tiene una influencia sobre la -
rapidez de cicatrización semejante a las
gástricas, si bien al final del estudio -
no hay diferencia en unos y otros grupos.

8.- Las úlceras de carácter cavitario suelen
tener una cicatrización más retardada y
con mayor índice de complicaciones esteno-
santes.

9.- La valoración del borde y fondo es seme-
jante a las úlceras gástricas.

10.-Las tratadas con Cimetidina han evolucionado más favorablemente.

11.-El porcentaje total de cicatrización ha -
sido del 67,5%.

U L C E R A D U O D E N A L

- 1.- La cicatrización al final del estudio ha sido del 68,75%.
- 2.- Las manifestaciones clínicas típicas sólo estaban presentes en el 62%.
- 3.- Como en los grupos anteriores hay una --- gran incidencia de accidentes hemorrági--cos.
- 4.- La radiología fue positiva en un alto porcentaje, haciendo la salvedad, que la visualización del nicho se realizó sólo en el 35%, siendo el resto diagnosticado por signos indirectos.
- 5.- La deformidad bulbar no es criterio de actividad ulcerosa.
- 6.- La negatividad radiológica no excluye el diagnóstico de úlcera duodenal.

- 7.- La localización más frecuente ha sido la cara anterior del bulbo.
- 8.- Las de mejor evolución han sido las de la misma localización.
- 9.- Las de mayor incidencia fueron las de pequeño tamaño, influyendo como siempre en la cicatrización.
- 10.-La profundidad es un criterio valorable - en la evolución del nicho.
- 11.-Los bordes y fondo no son parámetros significativos.
- 12.-La terapéutica con Cimetidina ha aportado resultados menos satisfactorios que en -- las gástricas y pilóricas.

RESUMEN

- 1.- Las de mayor incidencia son las gástricas y las de peor evolución las pilóricas.
- 2.- La clínica fue atípica casi en el 30%.
- 3.- Gran incidencia de accidentes hemorrágicos iniciales y no en la evolución.
- 4.- La radiología si bien es un estudio impredecible, no es categórico a la hora de afirmar o excluir la existencia del nicho, al igual que el estudio evolutivo no debe fiarse exclusivamente a esta técnica.
- 5.- El mejor parámetro de diagnóstico, evolución y cierre de la úlcera es el endoscópico.
- 6.- El tamaño y profundidad de la úlcera es un criterio desfavorable para la cicatrización.

ción.

7.- La morfología de los bordes y del fondo, no influyen en la evolución del nicho.

8.- Deben de biopsiarse sistemáticamente todas las úlceras gástricas, tanto en el estudio inicial como en los sucesivos.

9.- En la evolución puede surgir la malignización de un ulcus péptico.

10.-El mejor resultado terapéutico lo hemos obtenido con la Cimetidina.

Capítulo V :

BIBLIOGRAFIA

- 1.- FIORINI, E.; FRATTON, A.
"La fibrogastrosocopia y sus aplicaciones".
-Publicaciones científicas, Carlo Erba.1968.
- 2.- GANDARA MAZPULE; GONZALEZ CAMPOS, C.
"Las posibilidades actuales de la fibroesofa
gogastrosocopia".
-Bol.Fund.Jimenez Diaz. 2-395. 1970.
- 3.- VILLAR BONET.
"Endoscopia digestiva".
-Méd.Clin. nº 1. 61-50. 1973.
- 4.- HERRERIAS, J-M.; GARRIDO PERALTA.
"La endoscopia en Gastroenterología".
-Rev.Esp.Enf.Ap.Digst. 40-291. 1973.
- 5.- FRANK, H.; NETTER, M.D.
"Esófagogastric funtion".
-The Ciba conection of Medical Ilustrations
Vol.3, Digest . Synter, 1- 38-40 Neu York.
1966.

- 6.- NITZE, H.
"Veränderungen and Meinen Elektro-Endosko--
pischen Instrumenten".
-III Monat.Aerztl. Polytechnik 9:60. 1887.
- 7.- MIKULICZ, J.
"Über Gastroskopie und Ösophagoskopie".
-Wien Med.-Presse. 45: 1405. 1881.
- 8.- DEBRAY, C.; HOUSSET, P.
"Photographic en Conceur à travers le gas---
troscope flexible. Utilisation d'un flash -
electronique".
-Sem.Hop. Paris, 32: 2.238; 1956.
- 9.- DEBRAY, C.; HOUSSET, P.
"Sur la Gastrobiopsie dirigée.-Presentation
d'un nouveau gastroscope biopsique".
-Arch. Mal-App.Digs- 48-1.111; 1959.
- 10.- BERGH, S.
"Perforation of gastrointestinal tract expe-
rimental study influencing the development
of peritonitis".
-Surgery 2: 1960- 1937.

11.- PALMER, ED.

"Survey of Gastroscopic and Aerophagoscopic accidents. Report of Commite on accidents - of the American Gastroscopic Society".
-JAMA. 164-1-012. 1957.

12.- HIRSCHOWITZ, B.I.

"Demostration of New Gastroscope, the Fiberscope".
-Gastroenterology, 35-50. 1958.

13.- HIRSCHOWITZ, B.I.

"Endoscopia examination of the stomach and - duodenal cap witch the fiberscope".
-Lancet, 1: 1.074. 1961.

14.- HIRSCHOWITZ, B.I.

"Photograpy through the fibergastroscope".
-Am.J. Digst. Dis- 8:389. 1963,

15.- HIRSCHOWITZ, B.I.

"Endoscopia del tracto digestivo superior".
-Edit.Científico Médica; Barcelona, 1968.

- 16.- LO PRESTI, P.
"Clinical Experience with a Glassfiberscope"
-Am.J.Dig. Dis. 7: 9, 1967.
- 17.- BRUHL, W.; KRENTZ, K.
"Tratado y atlas de gastroscopia".
-Salvat Editores. SA.; Barcelona, 1972.
- 18.- ASCHIZAWA, S.; KIDOKORO, T.
"Endoscopic color atlas of gastric diseases"
-George Tieme Verlof-Stuttgart, 1971.
- 19.- DAY, R.L.
"Acupunture in Gastroscopy".
-Lancet (Letters) 1 (8.066):722, 1-4. 78.
- 20.- GANDARA MAZPULE Y GONZALEZ CAMFOS.
"Radiología y endoscopia en la patología esofagogástrica".
-Rev.Esp.Enf.Ap. Digst. 35: 854, 1971.
- 21.- HERRERIAS, J.M.
"Contribución de la gastroscopia al estudio del cancer gástrico.Nuestra experiencia".
-Rev.Esp.Enf.Ap.Digst. 44: 697. 1974.

- 22.- PERTEJO, V.; BERENGUER, J.
"La utilidad diagnóstica de la fibrogastros-
copia en el estómago operado".
-Rev.Esp.Enf.Ap. Digst. 46: 657. 1975.
- 23.- KASUGAI.
"Endoscopy in Japan with special reference to
detection of gastric cancer".
-Gastroin. Endoscop. 15:204. 1969.
- 24.- MORRISSEY, J.F.; KOIZUMI, H.
"The endoscopic diagnosis of gastric cancer"
-Proc.Nat.Cancer Conf. 46:433. 1968.
- 25.- TORIL ILLESCAS Y COL.
"Las biopsias múltiples de la mucosa gástri-
ca bajo control endoscópico como medio de -
diagnóstico del cancer gástrico incipiente"
-Rev. Esp. Enf. Ap.Digst. Tomo I, nº 4.
pag.427. 15-4-72.
- 26.- OSHIMA, H.
"2 COngr. Dtsch. Gest Gastroenterologie".
-Endoskopie (Homburg /Saar),9-27. 1969.

- 27.- SCHAFFER, P.K.; MIKAT, B. Y COL.
"Grundlagen fur präventiv-untersuchungen --
beim magenkarcinom in deutschland".
-Dtsch. Med.J., 21-996. 1970.
- 28.- REVILLA, L.
"Lesiones agudas de mucosa gástrica".
-Rev. Esp. Enf. Ap.Digst. 48:449. 1976.
- 29.- HIRSCHOWITZ, B.I.
"Early fiberscopy endoscopy for upper gastro
intestinal bleeding".
-Amer. J. Dis. 8:816. 1963.
- 30.- PALMER, E.D.
"Observations on the vigorous diagnostic --
approach to severe upper gastrointestinal he
morrhage".
-Ann. Intern. Med. 36: 1.484. 1925.
- 31.- PALMER, E.D.
"The vigorous diagnostic approach to upper -
gastrointestinal tract hemorrhage: a 23 years
prospective study of 1.400 patients".
-JAMA. 207: 1.477. 1969.

32.- DRONSFIELD, M.W.

"A prospective randomised study of endoscopy and radiology in acute upper-gastrointestinal tract bleeding".

-Lancet, 1 (8.023):1. 167-9. 416177.

33.- KOBAYASHI, S. ET COL.

"Biopsy and cytology in the diagnosis of early gastric cancer: 10 years experience with direct vision techniques et a japanese institution".

-Endoscopy 9(1): 1-6. Marzo 77.

34.- ASTE, H. ET COL.

"Il carcinoma del moncone gastrico dopo resezione per ulcera gastrica o duodenale benigna".

-Tumori, 62 (1): 1-6, Jan-Feb. 76.

35.- COFFIN, J.CH.; CALETTI, G.C.

"Importanza del l'indagine fibroscopica nello stomaco operato".

-Minerva Gastroenterol. 21(1) : 3-6, jan-Marzo 75.

- 36.- SANTA DE LA, LOPEZ, Y COL.
"Gastritis crónica en el estómago operado.
Estudio con endoscopia y biopsia en 173 pa-
cientes".
-Rev. Clin. Esp. 138 (3): 231-7, 15-8-75..
- 37.- KASUGAI, T.
"Endoscopic Pancreatocholangiograph.I.The --
normal endoscopic pancreatocholangiograph".
-Gastroenterology 63:217, 1972.
- 38.- KASUGAI, T.
"II; The pathological endoscopic pancreato--
cholangiograph".
-Gastroenterology, 63: 227, 1972.
- 39.- OI.I.
"La pancreato-colangiografía endoscópica, un
nuevo método diagnóstico de las enfermeda--
des pancreáticas".
-Med.Higiene, nº 19, Bilbao, 1971.

- 40.- GUTMANN, R.A.
"Evolution du cancer gastrique".
-Proc. World Congress Gastroenterol. Baltimore,
Williams and Wilkins Co. (1959) pag. 1099
-1118.
- 41.- GUTMANN, R.A.
"De quelques signes radiologiques du cancer
gastrique au debut; la niche en plateau".
-Bull. Mém. Soc. Radiol. Med. de France, 21, 347
(1933).
- 42.- SANCHO-POCH, F.J.
"Metaplasia intestinal y úlcera gástrica".
-Rev. Esp. Enf. Ap. Digest. tomo LIV, nº 6, pag.
551. 15-XI-78.
- 43.- DEUTSCH, E. ET COL.
"Gastric tissue changes in association with
gastric ulcer".
-Amr. J. Gastroenterol. 37:168-172. 1962.
- 44.- GEAR, M.W.L.; TRUELOVE, S.C.
"Whitehead R. gastric ulcer and gastritis".
-Gut, 12: 639-645. 1971.

- 45.- LAMBERT, R.; MOULINIER, B. ET COL.
"La gastrite chronique associée à l'ulcère -
gastroduodenale".
-Arch. Fr. Mal.App..Dig. 62:53-59. 1973.
- 46.- OTTENJANN, R.; ROSCH, W. ET COL.
"Gastroscopic studies on gastritis, erosion
and ulcer".
-Rendic. R. Gastroenterol. 3:38-46. 1971.
- 47.- ROSCH, W.; SCHAUDIG, H. ET COL.
"Biopsische untersuchungen zur frage der ul-
kusnarbe".
-Endoscopy, 3:129-137. 1971.
- 48.- SALUPERE, V.
"Gastric biopsy in peptic ulcer: a follow-up
study".
-Scand. J. Gastroent. 4:537-543. 1969.
- 49.- RUSSO, A.; SANFILIPPO, G.
"La studio endoscopico del bulbo duodenale:
rafronto con l'indagine radiologica".
-Minerva. Gastroenterol, 21,243-47.Dic.1975.

- 50.- TEJERO, V.; PALAZON, R. ET COL.
"Pauta de indicación de extracción de cuer--
pos extraños por endoscopia flexible en el
-tubo digestivo".
-Comunicación del VIV Congreso Nacional de la
Sociedad Española de Pat.Digestiva. Zaragoza
.Abril, 1980.
- 51.- FLETCHER, D.C.; HARKINS, H.N.
"Acute peptic ulcer as a complication of ma-
jor surgery stress or trauma".
-Surgery 36:212; 1954.
- 52.- LUCAS, C.E.; SUGAWA, C. ET COL.
"Natural history and surgical dilemma of --
"stress" gastric bleeding".
-Arch. Surg. 102:266, 1971.
- 53.- MARGARETTEN, W.; MCKAY, D.C.
"Thrombotic ulcerations of the gastrointesti
nal tract".
-Arch. Intern.Med. 127:250, 1971.

- 54.- EDWINZ, H.; EIGENBRODT.
"Patología de la úlcera péptica".
-Tratado de Gastroenterología. Dr. Sleisen--
ger, M.N. Ed.Interamericana, 1ª Edición en
Español, 1978. Cap. 50, pag. 562.
- 55.- KARSNER, H.T.
"The pathology of peptic ulcer of the sto---
mach".
-JAMA. 85:1376. 1925.
- 56.- POWELL, J.R.
"Intractability of ulcers of the upper gas--
trointestinal tract".
-Amer. J.Clin. Gastroent. 56:501. 1971.
- 57.- ROSS, J.R.; REAUES, L.E.
"Síndrome of posterior penetrating peptic ul
cer".
-Med. Clin.N .Amer. 50:461.. 1966.
- 58.- PORTIS, S.A.; JAFFE, R.H.
"A study of peptic ulcer based on necropsy -
records".
-JAMA. 110:6, 1938.

- 59.- NIWAYAMA, G.; TERPLAN, K.
"A Study of peptic ulcer based on necropsy records".
-Gastroenterology, 36:409. 1959.
- 60.- OI, M.; SAKURAI, Y.
"The location of duodenal ulcer".
-Gastroenterology 36:60. 1959.
- 61.- SCHRAGER, J.; SPINK, R. ET COL.
"The antrum in patients with duodenal and --
gastric ulcers".
-Gut. 8: 497. 1967.
- 62.- SUN, D.C.H.; STEMPIEN. S.J.
"Site and size of the ulcer as determinants
of outcome".
-Gastroenterology 61:576. 1971-
- 63.- VESELY , K. T.; KUBICKOVA, Z. ETC COL.
"Clinical data and characteristics differen-
tiating types of peptic ulcer".
-Gut. 9:57. 1968.

- 64.- BOYLE, J.D.
"Múltiple gastric ulcers".
-Gastroenterology 61:628, 1971.
- 65.- MILKIE, D.P.D.
"Coincident duodenal and gastric ulcer".
-Brit. Med. J. 2:469, 1926.
- 66.- MANGOLD, R.
"Combined gastric and duodenal ulceration.
Survey of 157 cases".
-Brit. Med. J. 2:1193. 1958.
- 67.- WEISBERG, H.; GLASS, C.B.J.
"Coexisting gastric and duodenal ulcers; a -
review".
-Amer. J. Digs. Dis. 8: 992. 1963.
- 68.- RUMBALL, J.M.
"Coexistent duodenal ulcer".
-Gastroenterology 61:622. 1971.
- 69.- GROSSMAN, M.I.
"Peptic ulcer in: the cecilloeb".
-Text book of Medicine. Saunders. Londres.
1974.

70.- WATKINSON, G.

"The incidence of chronic peptic ulcer found
at necropsy".

-Gut, 1960. 1,14-30.

71.- BONFILS, S.; BERNADES, P.

"Aspectos particulares de las úlceras gastro
duodenales a excepción de la enf. ulceroosa -
común".

-Tratado de Enf. del Ap. Digestivo, tomo II.
Dr. Debray, Ch. Ed. Toray Masson. 1ª ed. 1980.
pg. 176.

72.- DOLL, R.; AVERY-JONES, F. ET COL.

"Occupational factors in the aetiology of gas
tric and duodenal ulcer".

-Spec. Rep. Med. Res. Coun-HmsO-London, 1951.
276. Debray, 185, nº 36.

73.- LAMBLING, A.; GOSSET, J.R. ET COL.

"Le génie évolutif de la maladie ulcéreuse -
avant et après la guerre".

-Paris-Medical, 1946. 15, 156-160.

- 74.- DOLL, R.; KELOCK, T.D.
"The separate inheritance of gastric and --
duodenal ulcers".
-Ann. Hum. -Genet. 1951, 16.
- 75.- CLARKE, C.A.; EVANS, D.A.P. ET COL.
"Secretion of blood group antigens and pep-
tic ulcer".
-Br. Med. J. 1959. 1,603-607.
- 76.- EVANS, D.A.P.; HORWICH, L. ET COL.
"Influence of the abo blood groups and secre-
tor status on bleeding and on perforation -
of duodenal ulcer".
-Gut, 1968. 9,319-322.
- 77.- LAMBERT, R.; MARTIN, F.
"Susceptibility to peptic ulcer and blood --
group substances".
-Digestion, 1969. 2,298-303.
- 78.- MECONNELL, R.B.
"The genetics of gastrointestinal disorders"
-Oxford monographs and Medical Genetics. Ox--
ford University Press-London, 1966.

- 79.- LEVRAT, M.; LAMBERT, R. ET COL.
"Hérédité de l'ulcère gastroduodénal et cas familiaux multiples".
-J. Genet. Hum. 1962. 11, 22-50.
- 80.- BONFILS, S.; FERRIER, J.P.
"L'ulcère de contrainte du rat blanc. Méthode de pathologie expérimentale et test pharmacologique".
-Rev. Fr. et Clin. Biol. 1966. 11, 343-56.
- 81.- PORTER, R.W.; BRADY, J.V. ET COL.
"Some experimental observations on gastrointestinal lesions in behaviourally conditioned monkeys".
-Psychosom. Med. 1958. 20, 379-394.
- 82.- BONFILS, S.; MAZET, P. ET COL.
"Etude correlative de la sécrétion gastrique et des caractéristiques psychologiques des ulcères duodénaux".
-Path. Biol. 1971. 19, 967-975.

83.- GLEN, A.I.M.

"Acid output and personality in duodenal ulcer".

-J. Psychosom. Res; 1964. 11, 887-897.

84.- GUNDRY, R.K.; DONALDSON, R.M.

"Patterns of gastric acid secretion in patients with duodenal ulcers: correlations with clinical and personality features".

-Gastroenterology, 1967. 52, 176-184.

85.- WEINER, H.

"Duodenal ulcer".

-Advances in psychosomatic medicine, Karger S., Bâle-New York, 1971.

86.- Weiner, H.; THALER, M.

"Etiology of duodenal ulcer. I. Relation of specific psychological characteristics to rate of gastric secretion (Serum pepsinogen)".

-Psychosom, Med. 1957. 19, 1-10.

- 87.- WOLF, S.
"The stomach".
-Oxford University Press. New-York, 1965.
- 88.- ALEXANDER, F.
"La Médecine psychosomatique".
-Payot, Paris, 1967.
- 89.- LAVERDAMT, C.; DURIEZ, R. ET COL.
"Les ulcères gastro-duodénaux de guerre. Etu
de étiologique propos de 340 observations -
recueillies en milieu militaire pendant les
opérations d'afrique du nord".
-Bull. Soc. Med. Mil. Fr. 1965. 59,309-315.
- 90.- LAMBLING, A.; GOSSET, J.R.
"Le reflux des sécrétions alcalines duodéno-
pancreatico-biliaires en physiopathologic -
gastrique".
-Arch. Fr. Mal. App. Dig. 1947. 36, 533-538.
- 91.- DU PLESSIS, D.J.
"Pathogenesis of gastric ulceration"
-Lancet, 1965. 1, 974-978.

92.- KIRSNER, J.B.

"Peptic ulcer : a review of the recent literature on various clinical aspects- Part-I"
-Gastroenterology, 1968. 54, 611-641.

93.- GIQLON, G.; DUBRASQUET, M.

"Le système porte et l'hypersecretion gastrique".
-Biol Gastroenterol. (Paris), 1974, 7,65-81.

94.- COWLEY, D.J.; BARON, J.H.

"Aetiological mechanisms in Gastric ulcer".
-Biol. Gastroenterol (Paris), 1972. 5,117- -
126.

95.- CARD, W.I.; MARKS, I.N.

"The relationship between acid output of stomach following maximal histamine stimulation and parietal cell mass".
-Clin. Sci. 1960- 19, 147-163.

96.- NEUBURGER, P.; LEWIN, M. ET COL.

"Parietal and chief cell populations in 4 cases of the zollinger-ellison syndrome".
-Gastroenterology, 1972. 63-, 937-942.

- 97.- SHAY, H.; DAVID, CH. SUN.
"Etiologia y anatomía-patologica de la 'úlce
ra gastro-duodenal".
-Gastroenterologia. Dr- Bockus, I. cap.24.
Ed. Salvat, 2ª Edición.
- 98.- HOLLANDER, F.
"The two-component mucous barrier. Its acti-
vity in protecting the gastroduodenal muco-
sa against peptic ulceration. A.M.A."
-Arch. Int. Med. 93, 107 (1954).
- 99.- GRANE, E.E.; DAVIES, R.D.
"Chemical and electrical energy relations --
for stomach".
-Biochem. J.49, 169. 1951.
- 100.- BAXTER, S.G.
"Role of the simpathetic nervous system in -
gastric secretion".
-Am. J. Digst. Dis. 1, 40. 19 4.

- 101.- SHAY, H.; GERSHON-COHEN, J. ET COL.
"Self-Regulatory duodenal mechanism for gastric acid control and explanation for pathologic gastric physiology in uncomplicated - duodenal ulcer".
-Am. J. Digst, Dis. 9, 124. 1942.
- 102.- SIRCUS, W.
"Studies on the mechanisms in the duodenum - inhibiting gastric secretion".
-Quart. J. Exp. Physiol, 41, 114. 1958.
- 103.- STEIN, G.
" - Ray diagnosis of gastric".
-In Bockus, H.L. Editor: Gastroenterology, Ed 2, vol. 1, Philadelphia, 1963;
- 104.- KAWAI-TANAKA.
"Diagnóstico diferencial de las enfermedades gástricas".
-pg. 11. Fundamentos para obtener un diagnóstico radiológico.
-Edt. Científico-médico. 1976.

- 105.- HAUDK, M.
"Zur röntgenologischen diagnose der ulzera--
tionen in der pars media des magnes".
-München Med. w.schr. 57:1.587. 1910.
- 106.- FRANK ZBORALSKE, F.
"Ulcera gástrica". Cap.25, pg. 632.
-Radiología del ap.digestivo, tomo I; SALVAT
1ª edicci6n, 1977. Margulis, A.R.
- 107.- SCHUMACHER, E.C.; HAMPTON, A.O.
"Radiographic differentiation of bening and
malignant gastric ulcers".
-Clin. Sympos. 8:161. 1956.
- 108.- CARMAN, R. D.
"Benign and malignant gastric ulcers from a
roentgenoloziic viewpoint".
-Amr. J. Roentgen, 8: 695. 1921.
- 109.- KIRSH, I.H.
"Benign and malignant gastric ulcers; roent-
gen differentiation: an análysis of 142 ca-
ses proued histologically".
-Radiology, 64: 357, 1955.

- 110.- LLOYD, G.A.S.; MORRIS, J.L.
"Malignant gastric ulceration: review of 26 cases in which there was delay in the diagnosis".
-J. Fac. Radiol. (London).7:207. 1956.
- 111.- The veterans administration cooperative study on gastric ulcers.
"Gastroenterology. 61:567-654. 1971.
- 112.- WOLF, B.S.; SHERKOW, C.J.
"Carman sign of ulcerating gastric carcinoma".
-Am. J. Dig. Dis. 2: 467. 1957.
- 113.- BACHRACH, W.H.
"Observations upon the complete roentgenographic healing of neoplastic ulcerations of the stomach".
-Surg. Gynec-Obstet, 114:69. 1962.
- 114.- SAKITA, T.; OGURO, Y. ET COL.
"Observations on the healing of ulcerations in early gastric cancer: the life cycle of the malignant ulcer".
-Gastroenterology, 60:835. 1971.

- 115.- FINDLEY, J.W.
"Ulcers of the greater curvature of the stomach".
-Gastroenterology, 40:183. 1961.
- 116.- SMITH, F.H.; BOLES, R.S. (Jr.).
"Problem of the gastric ulcer reviewed: study of one thousand cases".
-J.A.M.A. 153:1.505. 1953.
- 117.- WOLF, B.S.; BRYK, D.
"Simple benign prepyloric ulcer: possibility of an unequivocal roentgen diagnosis".
-Amer. J. Roentgen, 86:50. 1961.
- 118.- OI, M.; OSHIDA, K. ET COL.
"The location of gastric ulcer".
-Gastroenterology, 36: 45-46. 1959.
- 119.- OI, M.; ITO, Y. ET COL.
"A possible dual control mechanism in the -- origin of peptic ulcer: a study on ulcer location as affected by mucosa and musculature".
-Gastroenterology, 57:280-293. 1969.

- 120.- STEIN, G.; FINKELSTEIN, A.
"Roentgenologic classification of ulcerating gastric lesions".
-In bockus, H.L. Editor: Gastroenterology, -
Ed. 2, vol. 1. Philadelphia, 1963. W.B.-Saunders Co.
- 121.- CARMAN, R.D.
"A new roentgen-ray sign of ulcerating gastric cancer".
-J.A.M.A. 77:990. 1921.
- 122.- PREVOT, R.
"Radiologia del duodeno". Cap. 28.pág.696.
-Radiologia del Ap. Digestivo, tomo I, Salvat, 1ª edición. 1977.
- 123.- AKERLÖNG, A.
"Roentgenologische studien über den bulbus duodeni mit besonderer berücksichtigung des ulcus duodeni".
-Acta Radiol. (Stockholm) (Supp-I): 1, 1921.

- 124.- BARCLAY, A.E.
"The digestive tract: a radiological study -
of its anatomy. Physiology and pathology".
-London 1933. Cambridge University Press.
- 125.- BERG, H.H.
"Die direkten röntgensymptome des ulcus duo-
deni und ihre klinische bedeutung".
-Ergebn -Med. Strahlenforsch, 2:249. 1926.
- 126.- MELCHIOR, E.
"Die chirurgie des duodenum".
-Stuttgart, 1917. Ferdinand Enke.
- 127.- HART, C.
"Entstehung der peptischen betrachtungen über
die magenund zwölffingerdarm geschwüre, mitt
grenzgeb".
-Med. Chir. 31:350. 1919.
- 128.- HOPE, J.W.; GIBBONS, J.F.
"Duodenal obstruction due to annular pancreas
with differential diagnosis of other conge-
nital lesions producing duodenal obstruc-
tion".
-Radiology, 63:473. 1954.

129.- DEMLING, L.

"Atlas en color: endoscopia y biopsia del esófago y del estómago". Pg. 93: Ulcus gástrico crónico.

-Edit.. Científico-Médica. 1972.

130.- KUKRAL, J.C.

"Gastric ulcer, and appraisal".

-Surgery, 63: 1024; 1968.

131.- PARDO, R.

"La endoscopia del cardias y del techo gástrico".

-Rev. Esp. Enf. Ap. Digest. 31: 73. 1970.

132.- MIÑO, G.

"Utilidad de la fibrogastroscoopia en el diagnóstico de la úlcera gástrica. Nuestra experiencia en 145 casos".

-Rev. Esp. Enf. Ap. Digest. 40: 409. 1973.

133.- BODIN, F.

"Las ulcères hemorragiques du corp gastrique de siege atypique".

-Sem.Hop. Paris, 47-186. 1971.

- 134.- OI, M. Y COL.
"The location of gastric ulcer".
-Gastroenterology 54, 740-743. 1968.
- 135.- KAWAI, K. ; MURAKAMI, K. ET COL.
"Endoscopical observations of the gastric ulcer".
-Endoscopy 1, 1969. 97-101.
- 136.- JOSKE, R.
"Gastric biopsy; study of 1000 consecutive su
cestus gastric biopsies".
-Quart, J. Med. 24: 261. 1955.
- 137.- POU, J.M.
"La biopsia dirigida por endoscopia en el diag
nóstico de las ulceraciones gástricas".
-Med. Clin. 61: 395. 1973.
- 138.- KRENTZ, R.
"La úlcera gastrica en vias de curación y ci-
catrización".
-Atlas de enfermedades de estomago, pag. 96.
Ed. Salvat, Barcelona 1975.

- 139.- FRANK ZBORALSKE, F.
"Radiologia del aparato digestivo". Cap.25:Ul-
cera gástrica, pag. 638.
-Salvat, 1ª Edicci6n. 1977, tomo I.
- 140.- KAWAI, K.
"On the genesis of the gastric linear ulcer -
observed endoscopically".
-Proc. First Congres Intern. Soc. Endoscopy..
Tokio, 1966.
- 141.- MOYNIHAN, BGA.
"A review of a series of operations for can-
cer of the stomach".
-Brit. Med. J. I: 370 . 1906.
- 142.- WILSON, L.B.; Mc CARTY, W.C.
"The pathologic relationships of gastric ulcer
and gastric carcinoma".
-Amer. J. Med. Sci. 138: 846. 1910.
- 143.- EWING, J.
"The relation of gastric ulcer to cancer".
-Ann. Surg. ; 67:715. 1918.

- 144.- GOTT, J.R. (Jr.); SHAPIRO, D. Y COL.
"Gastric ulcer: a study of 138 patients".
-New. Engl. J. Med. 250: 499. 1954.
- 145.- PAUSTIAN, F.F.; STEIN, GN. ET COL.
"The importance of the brief trial of rigid
Medical management in the diagnosis of be-
ning versus malignant gastric ulcer".
-Gastroenterology, 38: 155. 1960.
- 146.- STRANGE, S.†.
"Giant innocent gastric ulcer. Its behavior
and treatment".
-Brit. Med. J. 2: 476. 1959.
- 147.- SWYNNERTON, BF.; TANNER, H.C.
"Chronic gastric ulcer".
-Brit. Med. J. 2: 841. 1953.
- 148.- ALVEREZ, W. C.
"An introduction to gastroenterology".
-New-York, Paul, B. Hoeber, IMC. 1939. Chap-
tee on Hunger contraction and the pain of -
ulcer.

- 149.- BROWN, R.C.
"The results of the medical treatment of peptic ulcer".
"-JAMA, 95: 1145. 1930.
- 150.- DWORKEN, H.J.; ROTH, H.P. ET COL.
"The efficacy of medical criteria in differentiating benign from malignant gastric ulcer"
-Ann. Med. 47: 711. 1957.
- 151.- BOCKUS, H.L.
"Gastroenterologia".
-3ª Edición, tomo I, pg. 681, Ed. Salvat.
Diagnóstico de la úlcera péptica.
- 152.- VALDES, DAPENA, A.M.; STEIN, G.N.
"Morphologic pathology of the alimentary canal".
-Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1970,
pp. 119-125, 177-223.
- 153.- KELLER, R.J.; WOLF, BS. ET COL.
"Roetgen features of healing and healed benign gastric ulcers".
-Radiology, 97:353. 1970.

154.- DEMLING, L.

"Atlas en color: endoscopia y biopsia del esófago y del estómago". Pg. 95:Ulceración gástrica crónica.

-Edt. Científico-Médica. 1972.

155.- KIRSH, IE.

"Radiological aspect of cancer after apparent healing (veterans administration cooperative study on gastric ulcer)".

-Gastroenterology 61:606. 1971.

156.- RICHARDSON, CH. T.

"Ulceración gástrica crónica". Cap. 55. pg.637.

-Tratado de Gastroenterología. Sleisenger, M.H
Fortran, J.S.

Edit. Interamericana, 1ª Ed. en español. 1978.

157.- STEIGMANN, F.; SHULMAN, B.

"The time of healing of gastric ulcers. Implications as to therapy".

-Gastroenterology, 20: 20, 1952.

158.- DOLL, R.; PYGOTT, F.

"Factors influencing the rate of healing of gastric ulcers".

-Lancet, 1: 171. 1952.

- 159.- HARVEY, S.C.
"Gastric antacids and digestans".
-In the pharmacological basis of therapeutics
L.S. GOODMAN. and A. GILMAN (Eds). 3^a ed. --
New-York. Macmillan, 1965. pg. 990.
- 160.- CLARKSON, E.M.; MCDONALD, S.J. ET COL.
"The effect of a high intake of calcium carb_o
nate in normal subjects and patients with --
chronic renal failure".
-Clin. Sci. 30: 425. 1966.
- 161.- ASH, ASF.; SCHILD, H.O.
"Receptores que mediatizan algunas acciones de
la histamina".
-Br. J. Pharmacol. Chemother. 27:427. 1966.
- 162.- BLACK, J.W.; DUNCAN, W.A.H. ET COL.
"Definición y antagonismo de los receptores -
H₂".
-Nature, 236: 385. 1972.
- 163.- brimblecombe, R.W. Y COL.
"Caracterización y desarrollo de la cimetidi-
na como antagonista de los receptores H₂ de
la histamina".
-Gastroenterology, 74: 339. 1978.

- 164.- WYLLIE, J.H.; HESSELBO, T. ET COL.
"Efectos en el hombre del bloqueo de los receptores H_2 de la histamina por medio de la burimamida".
-Lancet, :1.117, 1972.
- 165.- BROGDEN, R.N.; HEEL, R.C. ET COL.
"Cimetidina: estudio de sus propiedades farmacológicas y eficacia terapéutica en la úlcera péptica".
-Drugs. 15: 93. 1978.
- 166.- CELSTIN, L.R.; HARVEY, V. ET COL.
"Tratamiento de la úlcera duodenal por medio de la metiamida. Un experimento multicentro"
-Lancet, : 779. 1975.
- 167.- FORREST, J. A.H.; ET COL.
"Neutropenia asociado a la metiamida".
-Lancet, : 392. 1975.
- 168.- MALAGELADA, J.R.; CORTOR, A.
"Perspectiva de los antagonistas de los receptores H_2 ".
-Mayo Clin. Proc. 53: 184. 1978.

169.- LONGSTRETH, G.F.; ET COL.

"Acción supresora de la secreción ácida nocturna por la cimetidina, en la úlcera duodenal activa".

-N. Engl. J. Med. 294: 801. 1976.

170.- BLACKWOOD, W.S. ET COL.

"Secreción ácida nocturna del estómago: efectos de la cimetidina e interacción con los anticolinérgicos". pg. 124.

-Comunicación del II Simposiun Internacional sobre antagonistas de los receptores H₂ de la histamina (Burland, W.L.). Amsterdam.

Excerpta. Medica 1977.

171.- LONGSTRETH, G.F. ET COL.

"Respuesta biliar-pancreática y gástrica postprandial a los antagonistas de los receptores H₂ de la histamina, en los casos de úlcera duodenal activa".

-Comunicaciones del II Simposiun Internacional sobre antagonistas de los receptores H₂ de la histamina".

172.- AADLAND, E.; BERSTAD, A.

"Efectos de la cimetidina sobre la secreción de pepsina y la secreción ácida gástrica es timulada por pentagastrina, antes y después de un tratamiento de 6 semanas con .cimetidina".

-Escand. J. Gastroenterol. 13: 193. 1978.

173.- RICHARDSON, C.T.

"Efectos de los antagonistas de los recepto--res H₂ sobre la secreción ácida del estóma--go y la concentración de gastrina sérica: A review".

-Gastroenterology, 74 : 366, 1978.

174.- SPENCE, R.W. ET COL.

"Efectos de un tratamiento de 3 meses de dura--ción con cimetidina sobre la gastrica sérica basal y oxoestimulada".

-In Cimetidine, pg. 163.

-Comunicaciones del II Symposiun Internacio--nal sobre antagonistas de los receptores H₂ de la histamina.(BURLAND, W.L. Ed.).

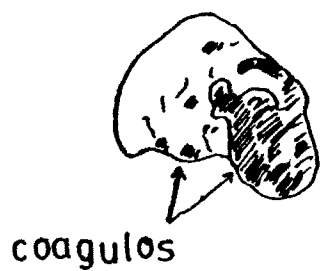
Amsterdam: Excerpta Médica . 1977.

" EVOLUCION ENDOSCOPICA DE LA ULCERA PEPTICA "

TOMO II :

- ATLAS ICONOGRAFICO -

ULCERA GASTRICA



MAYOR DE 3 CMS.





FOTO 1-II

Úlcera gástrica
mayor de 3 cms. y
fondo con coagu-
los. Tamaño ini-
cial.

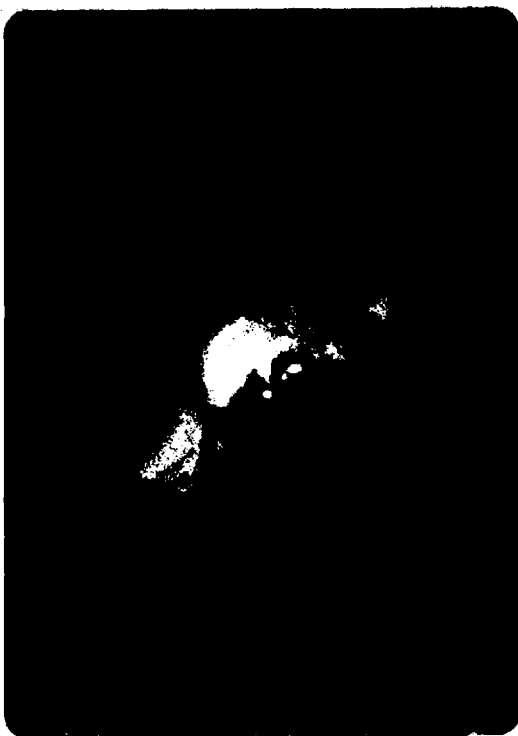
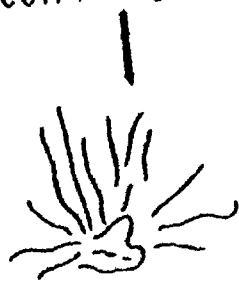


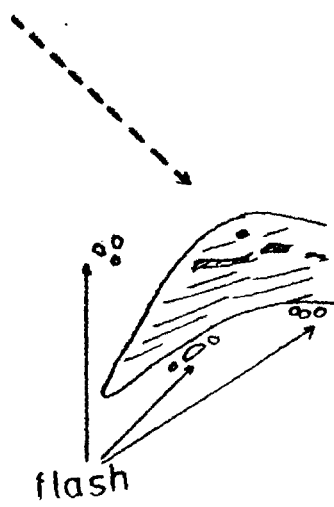
FOTO 2-II

Úlcera gástri-
ca reducida a
la mitad a las
6 semanas.

pliegues
convergentes



úgstrica DE 2 a 3 CMS.



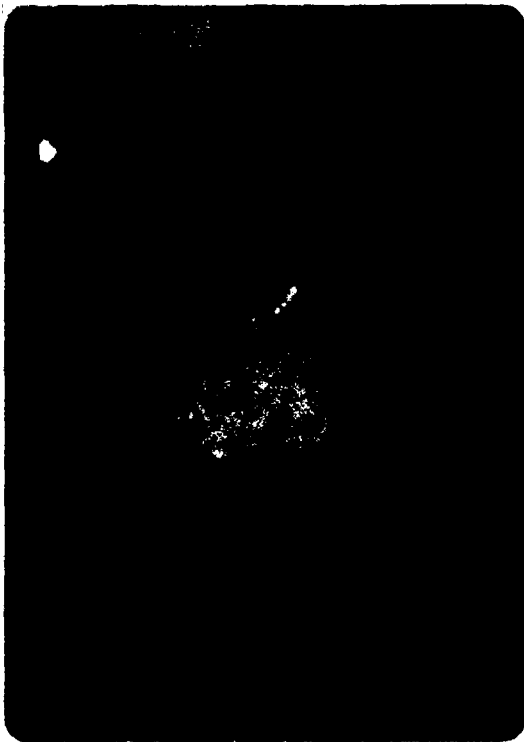


FOTO 3-II

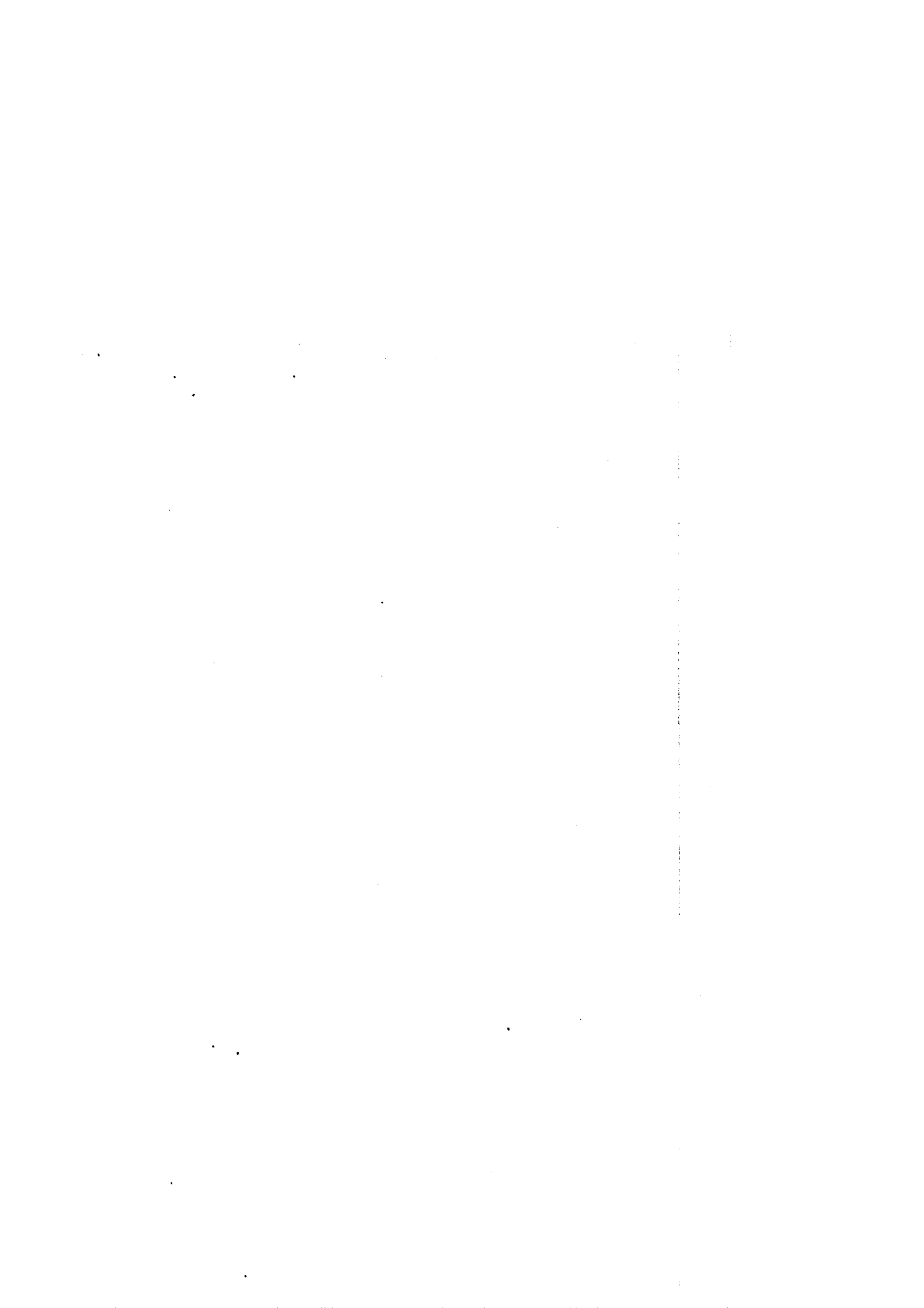
Úlcera gástri-
ca cicatrizada
a las 12 sema-
nas.



FOTO 4-II

Úlcera gástri-
ca de 2-3 cms.
de tamaño.

359 63



flash



flash



350

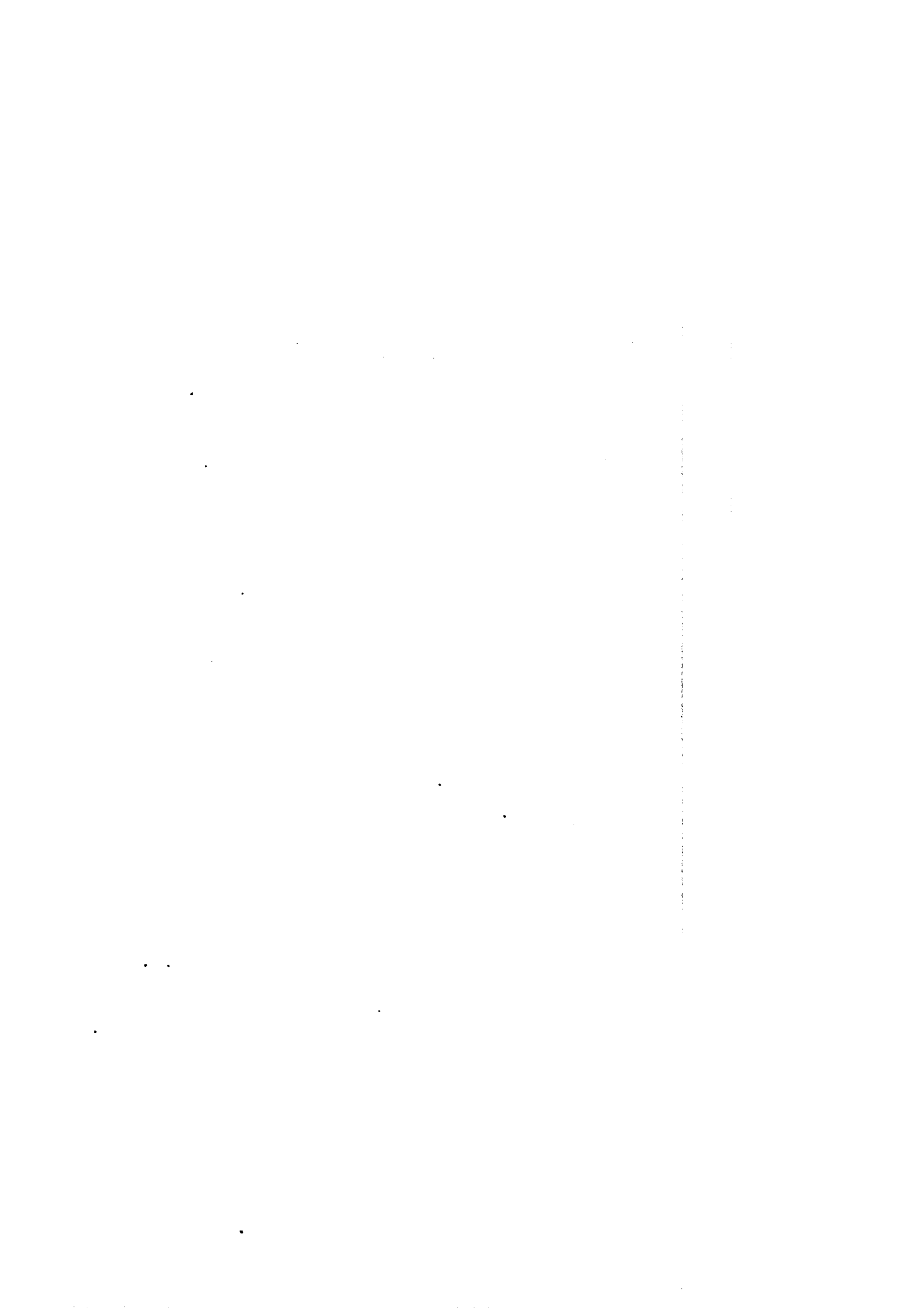


FOTO 5-II

Úlcera gástri-
ca de 2-3 cms.
reducida a la
mitad

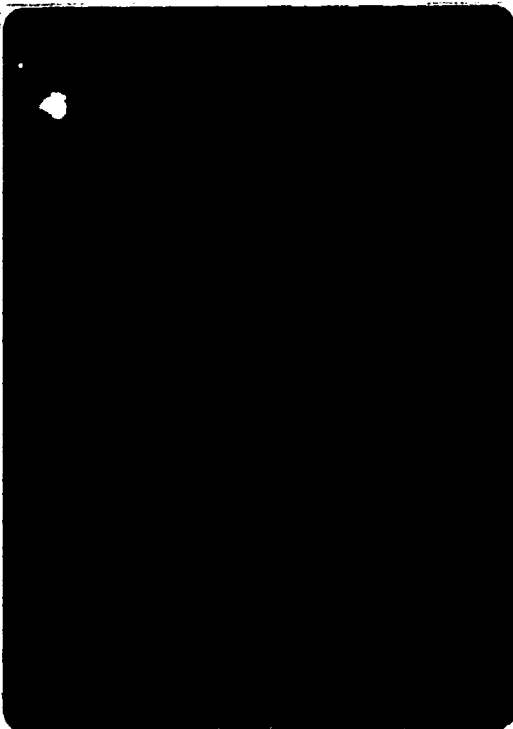
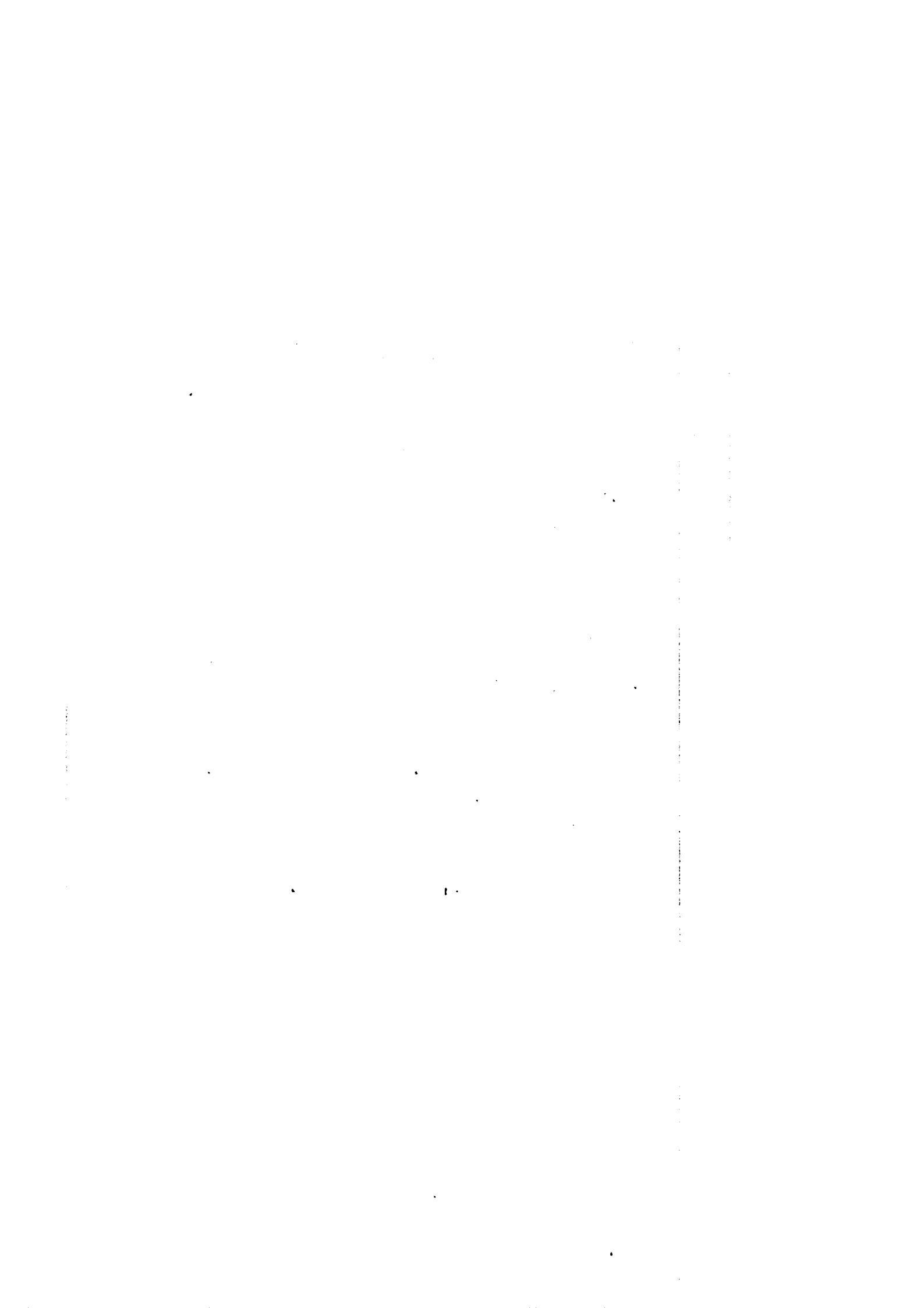


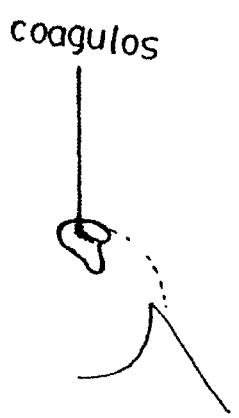
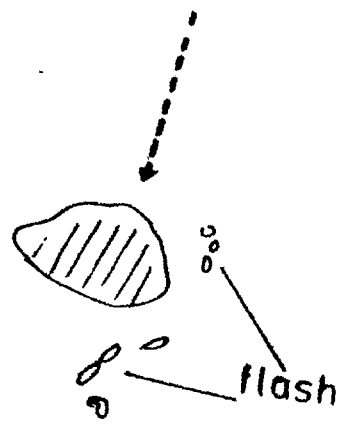
FOTO 6-II

Cicatriz ulce
rosa a las --
12 semanas.

36061



u. gastrica
DE 1 a 2 CMS.



361



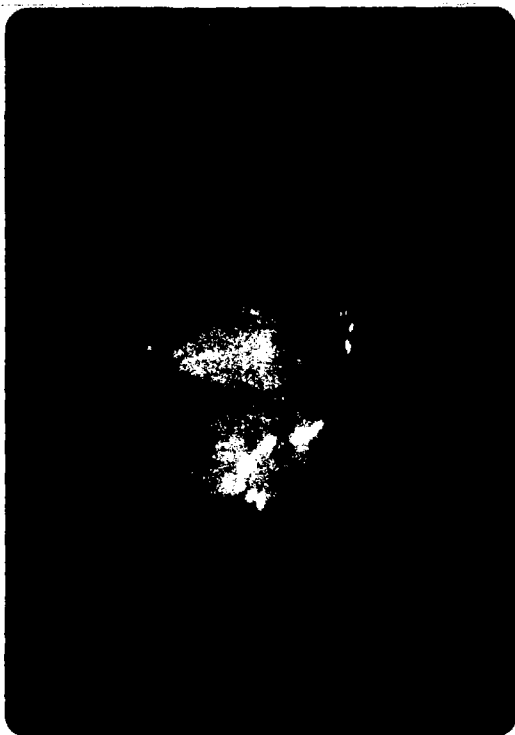


FOTO 7-II

Úlcera gástri-
ca de 1-2 cms.



FOTO 8-II

Úlcera gástri-
ca de 1-2 cms.
reducida a la
mitad de tama-
ño.

36160



u.gastrica

ME NOR DE 1 CM.



FOTO 9-II

Cicatriz ulce-
rosa gástrica.

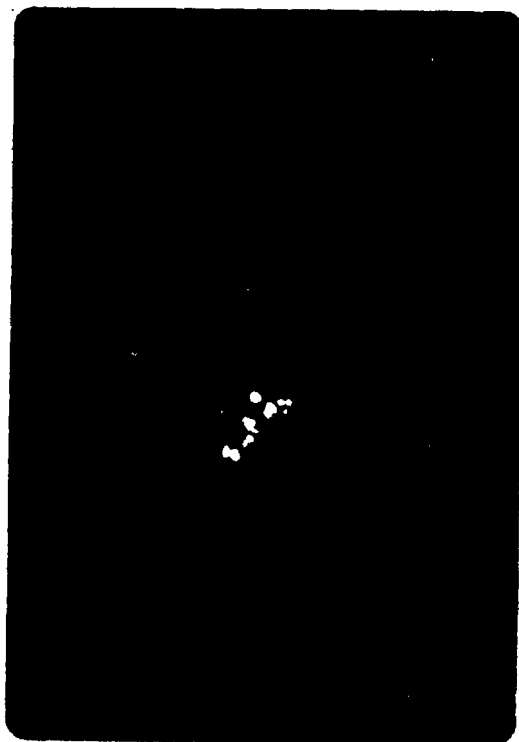


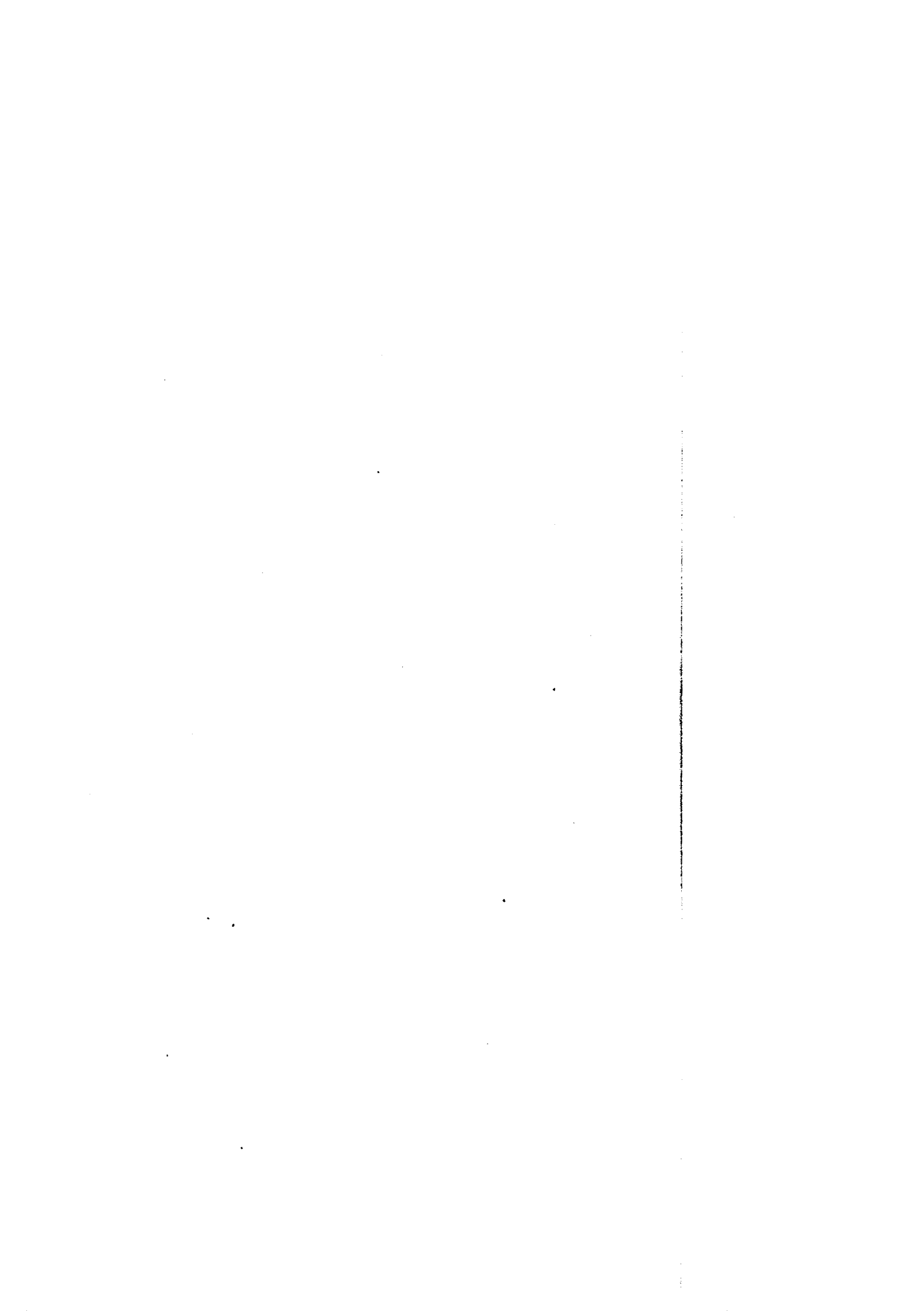
FOTO 10-II

Úlcera gástri-
ca en su fase
inicial, de ta
maño menor de
1 cms.

36260







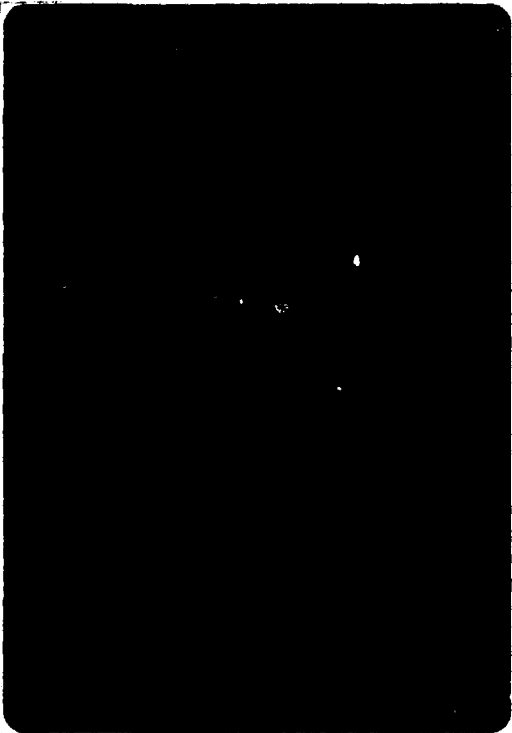


FOTO 11-II

Úlcera gástri-
ca reducida a
la mitad de ta-
maño a las 6 -
semanas.



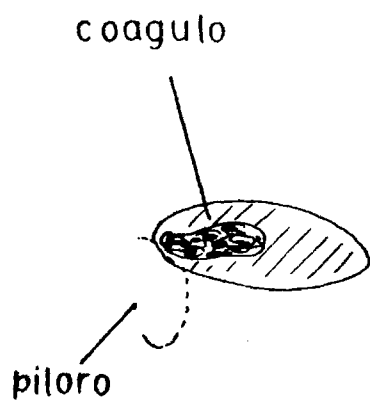
FOTO 12-II

Cicatriz ulce-
rosa gástrica.

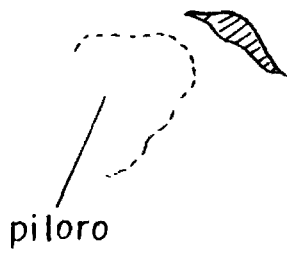
36367



A



MAYOR DE 3 CMS.



364

FOTO 13-II

Úlcera pilori-
ca mayor de -
3 cms., en su
fase inicial,
con coágulos -
en su fondo.

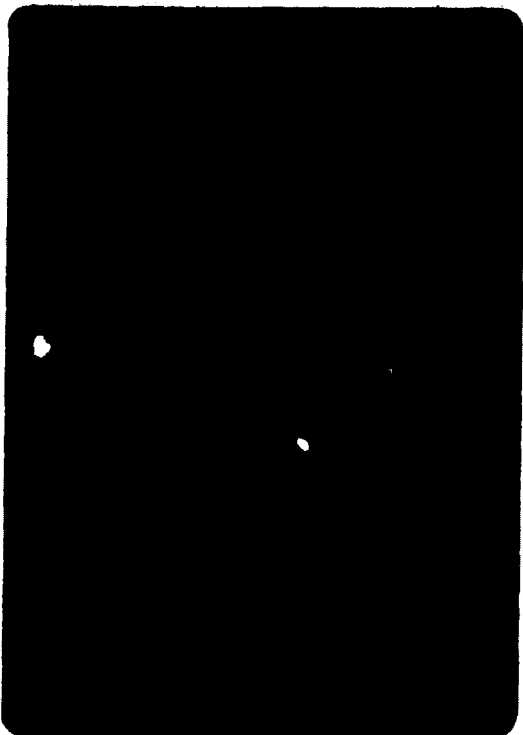
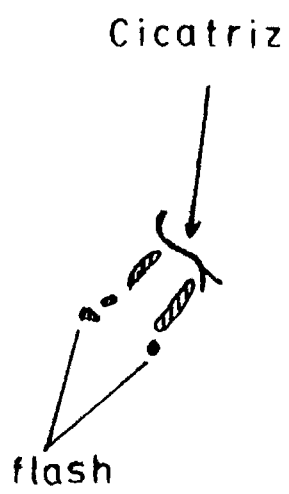


FOTO 14-II

Úlcera pilori-
ca en vías de
reducción a -
las 6 semanas.

3646r





u. pilorico DE 2 a 3 CMS.



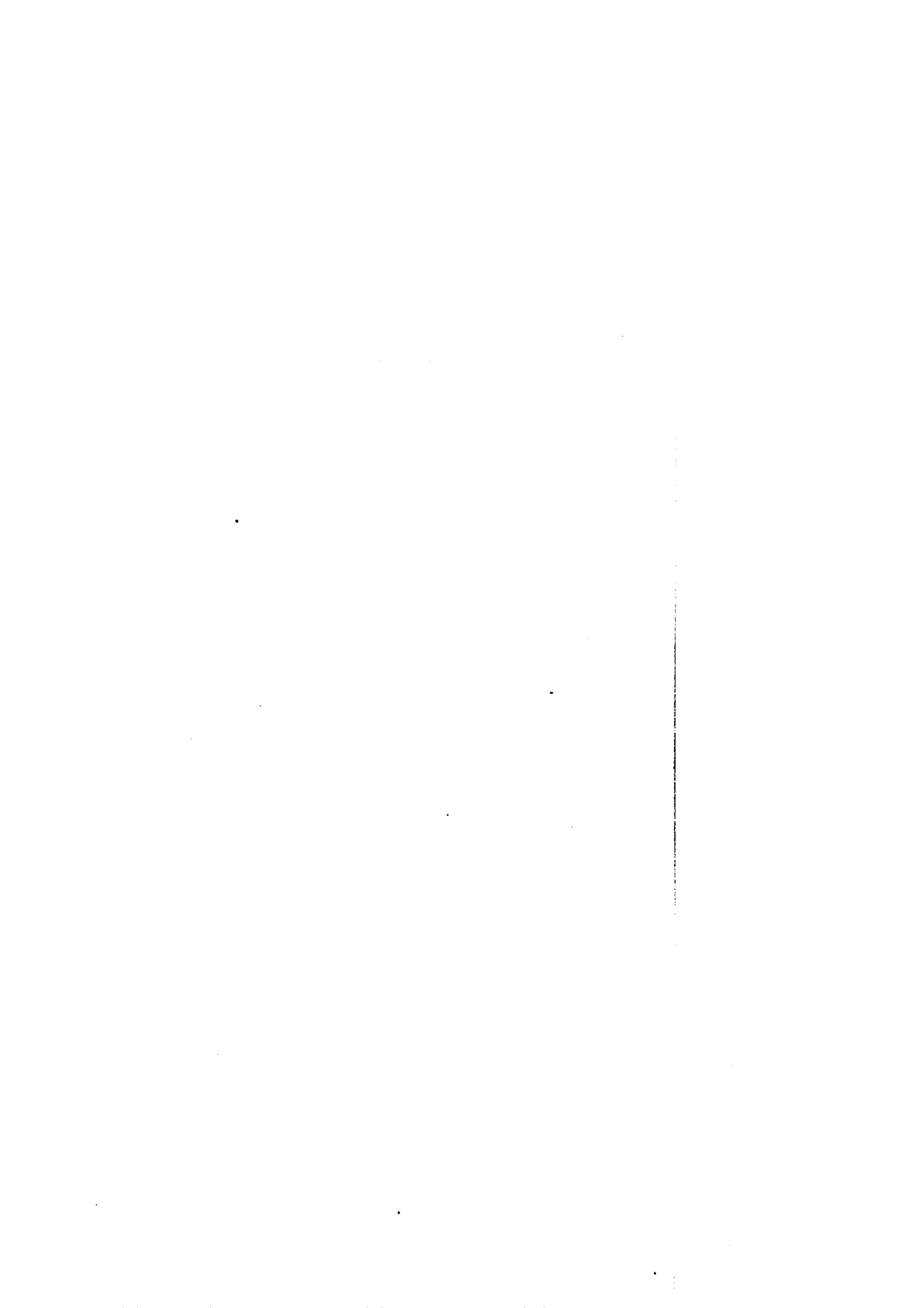




FOTO 15-II

Úlcera pilóric
ca cicatrizada
a las 12 sema-
nas.

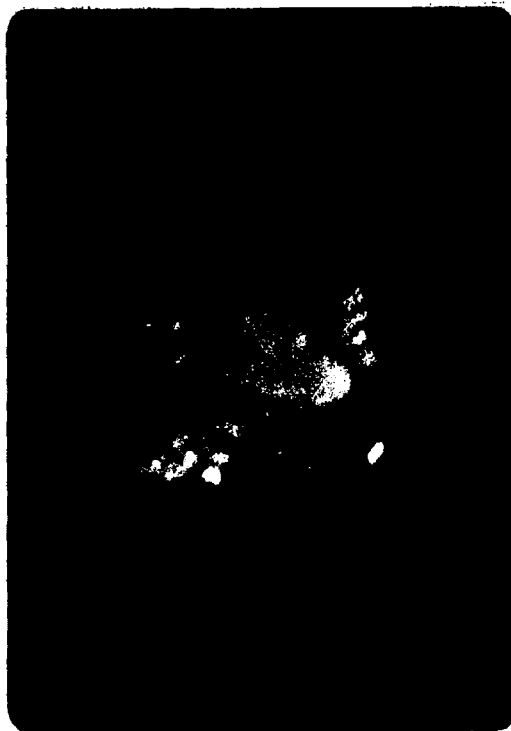


FOTO 16-II

Úlcera pilóric
ca de 2-3 cms.
de tamaño ini-
cial.

365(6)



flash



flash



366

FOTO 17-II

Úlcera pilórica
reducida -
de tamaño a -
las 6 semanas.



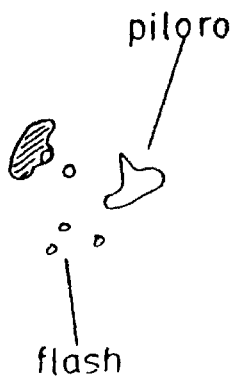
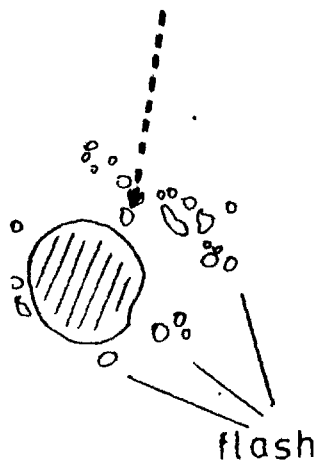
FOTO 18-II

Cicatriz ulce-
rosa pilórica.

366 611

u. pilorico

DE 1 a 2 CMS.



367

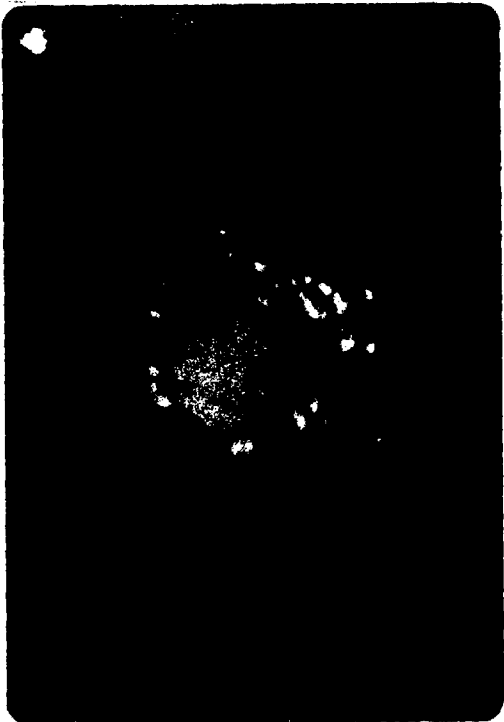


FOTO 19-II

Úlcera pilóric
ca de 1-2 cms.
de tamaño ini-
cial.

FOTO 20-II

Úlcera pilóri-
ca reducida -
de tamaño a -
las 6 semanas.



36767



u. pilorico

MENOR DE 1 CM.

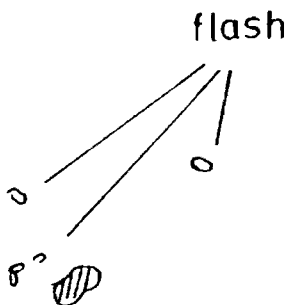
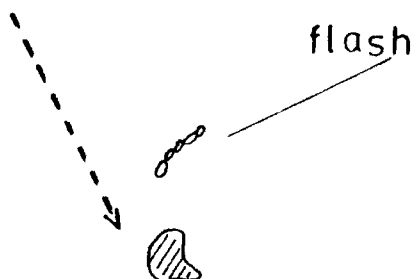




FOTO 21-II

Úlcera pilóric
ca menor de -
1 cms.

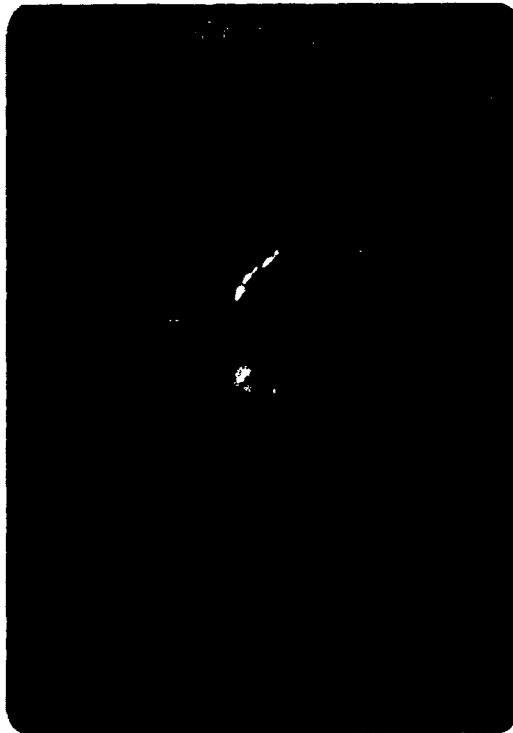
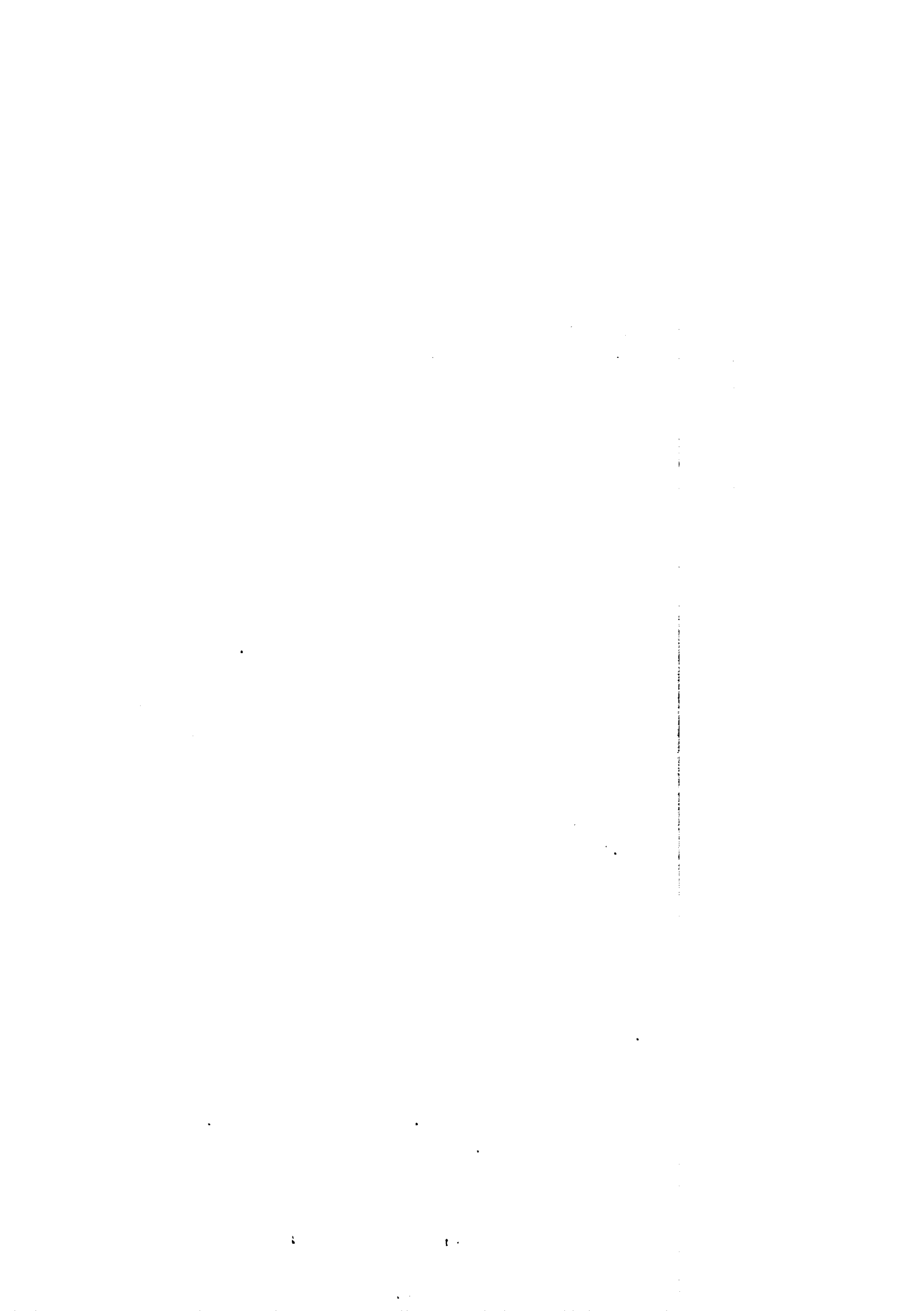
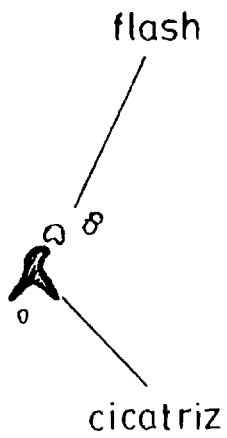


FOTO 22-II

Úlcera pilóric
ca reducida -
de tamaño.

36867





ULCERA DUODÉNAL

mayor de 3 cms.

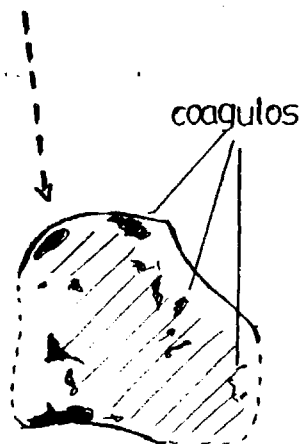




FOTO 23-II

Cicatriz ulce-
rosa pilórica.

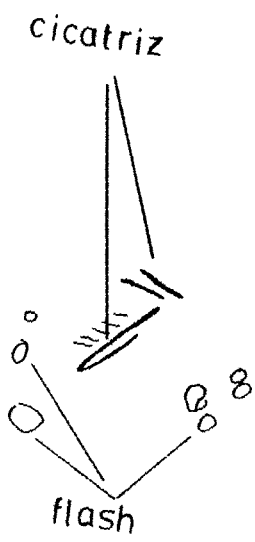


FOTO 24-II

Úlcera duode--
nal gigante, -
mayor de 3 cms.
con coágulos -
en su fondo.

369613





370

FOTO 25-II

Úlcera duode--
nal reducida -
de tamaño a --
las 6 semanas.

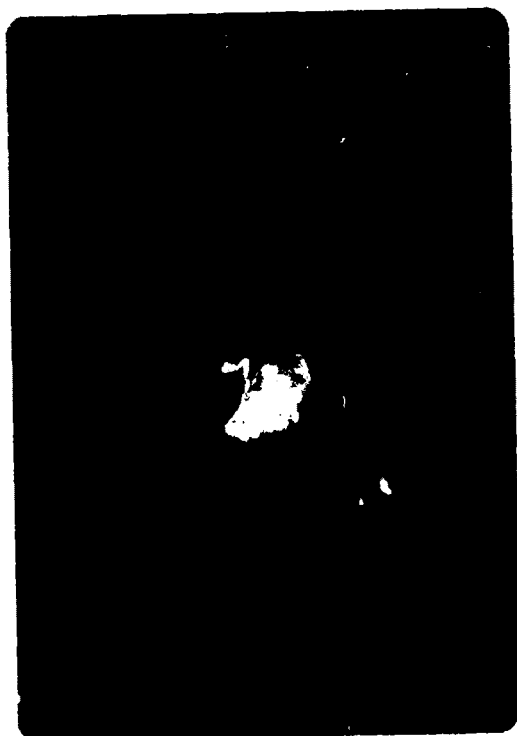
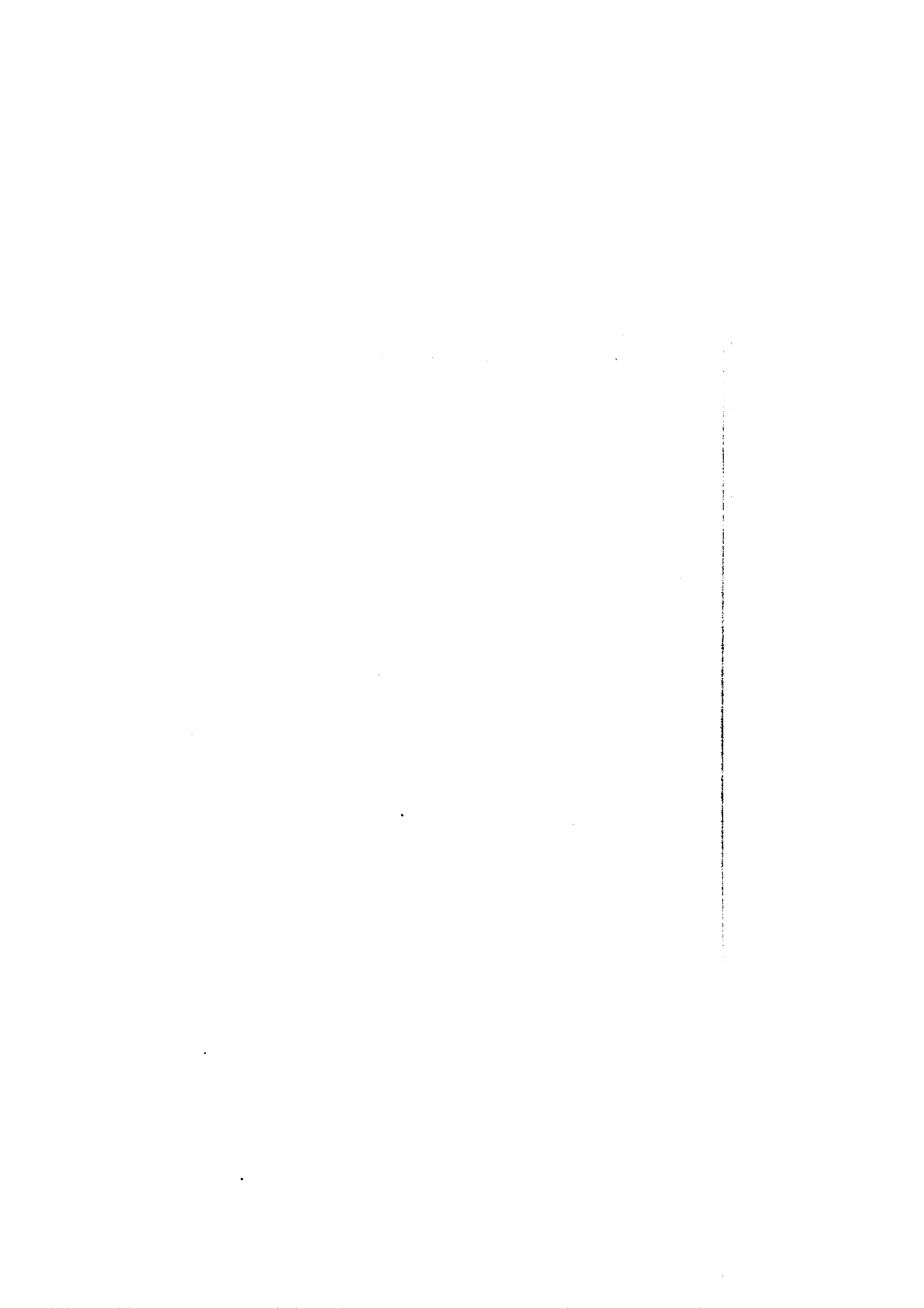


FOTO 26-II

Cicatriz ulce--
rosa duodenal,
a las 12 sema--
nas.

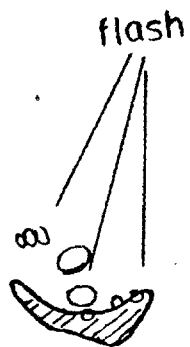
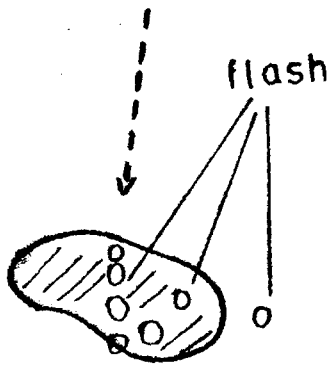


370 67



u. duodenal

DE 2 a 3 CMS.





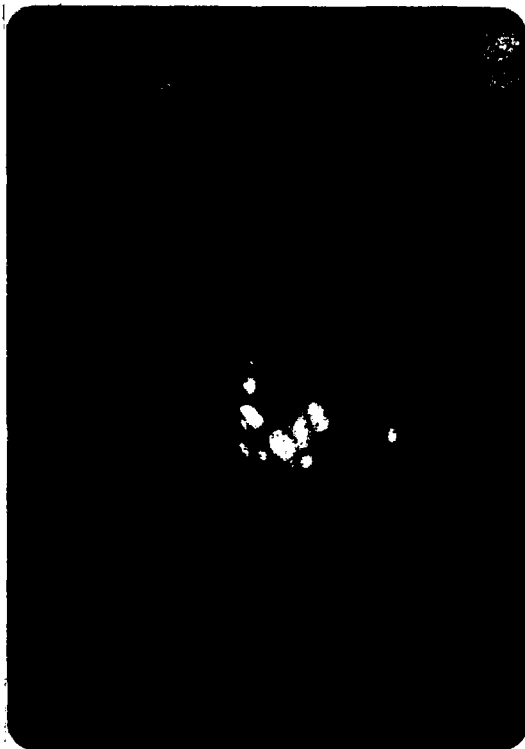


FOTO 27-II

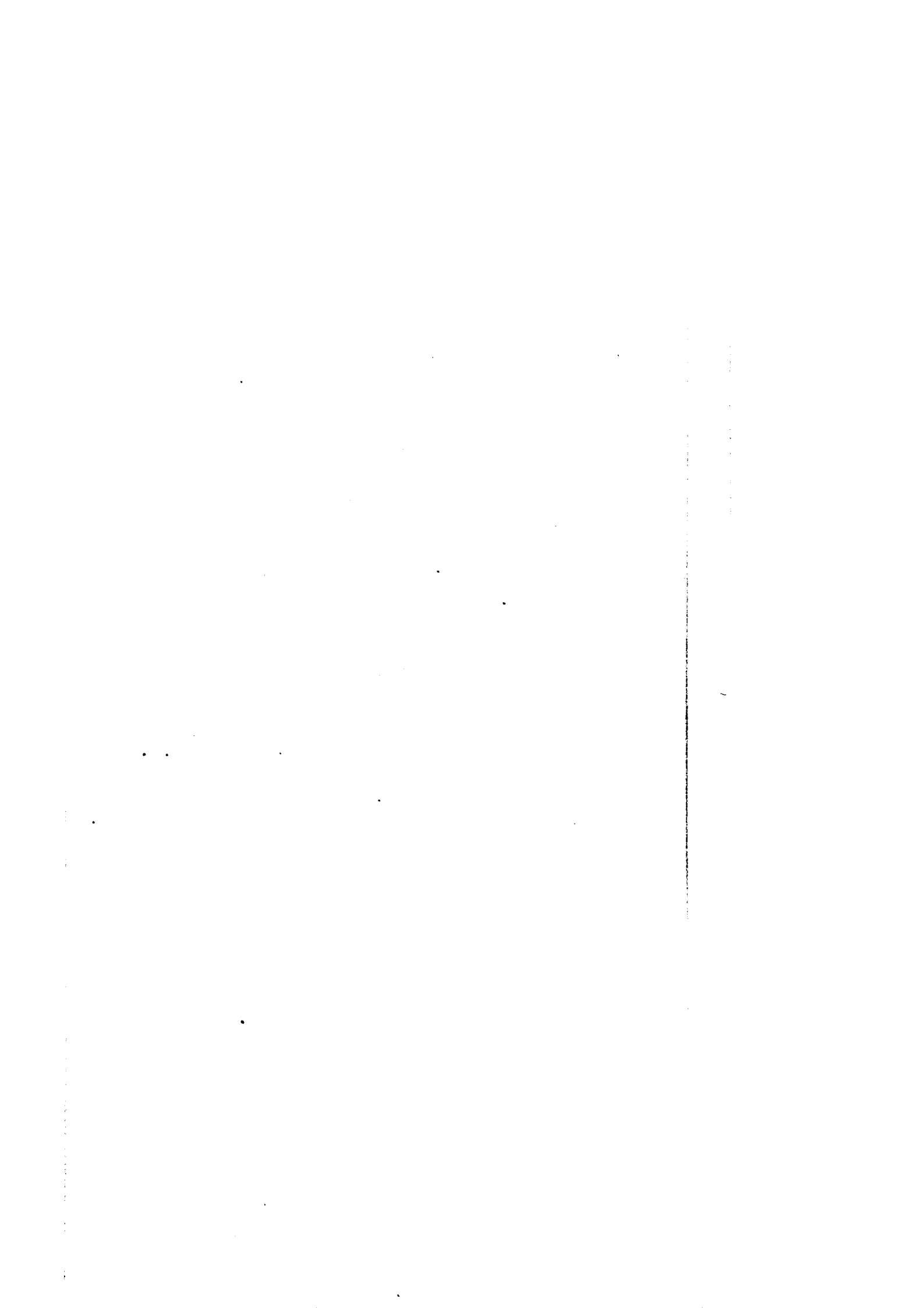
Ulcera duode--
nal de 2-3 cms.
de tamaño ini--
cial.



FOTO 28-II

Ulcera duode--
nal a las 6 se
manas.

371 67



flash



u. duodenal

DE 1 a 2 CMS.





FOTO 29-II

Ulcera duode--
nal cicatriza--
da.

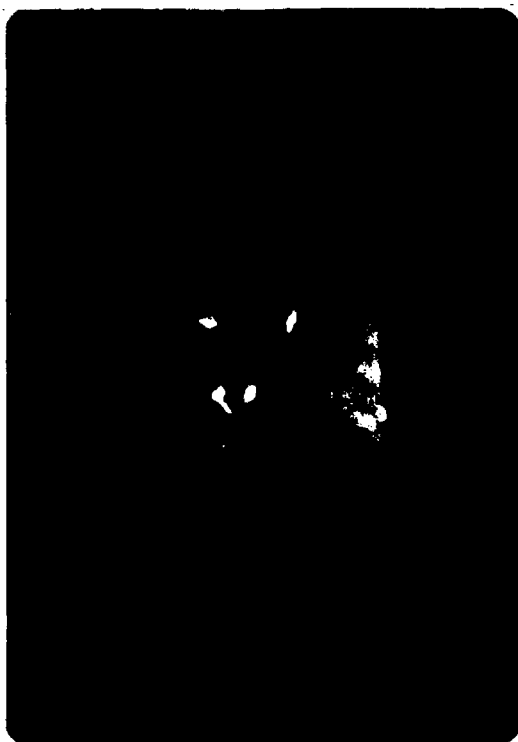


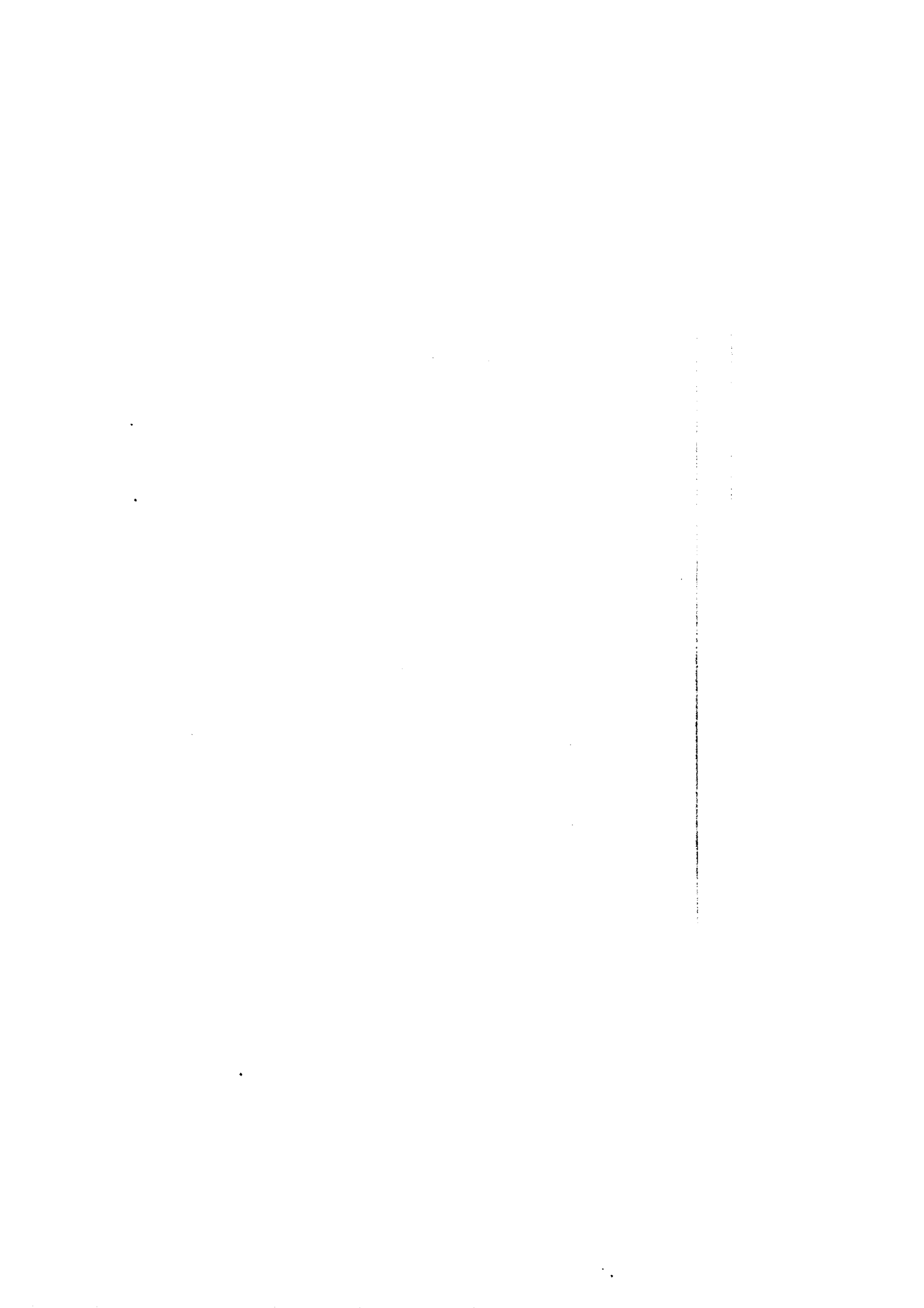
FOTO 30-II

Ulcera duode--
nal de 1-2 cms.
de tamaño ini--
cial.

372 67



373



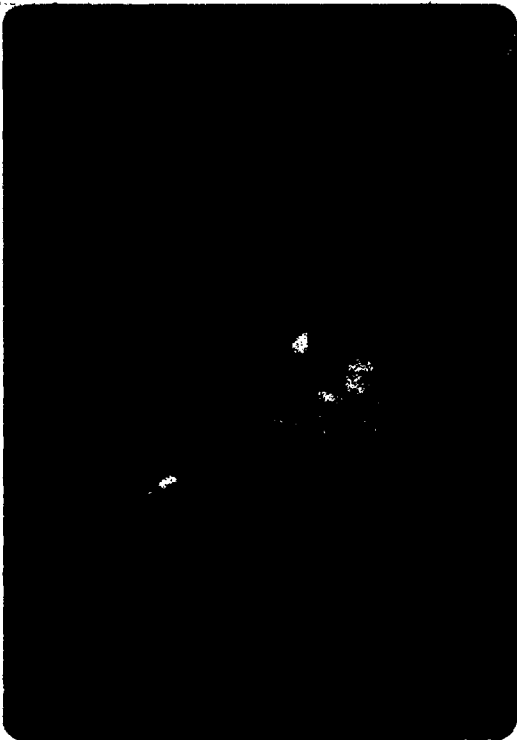


FOTO 31-II

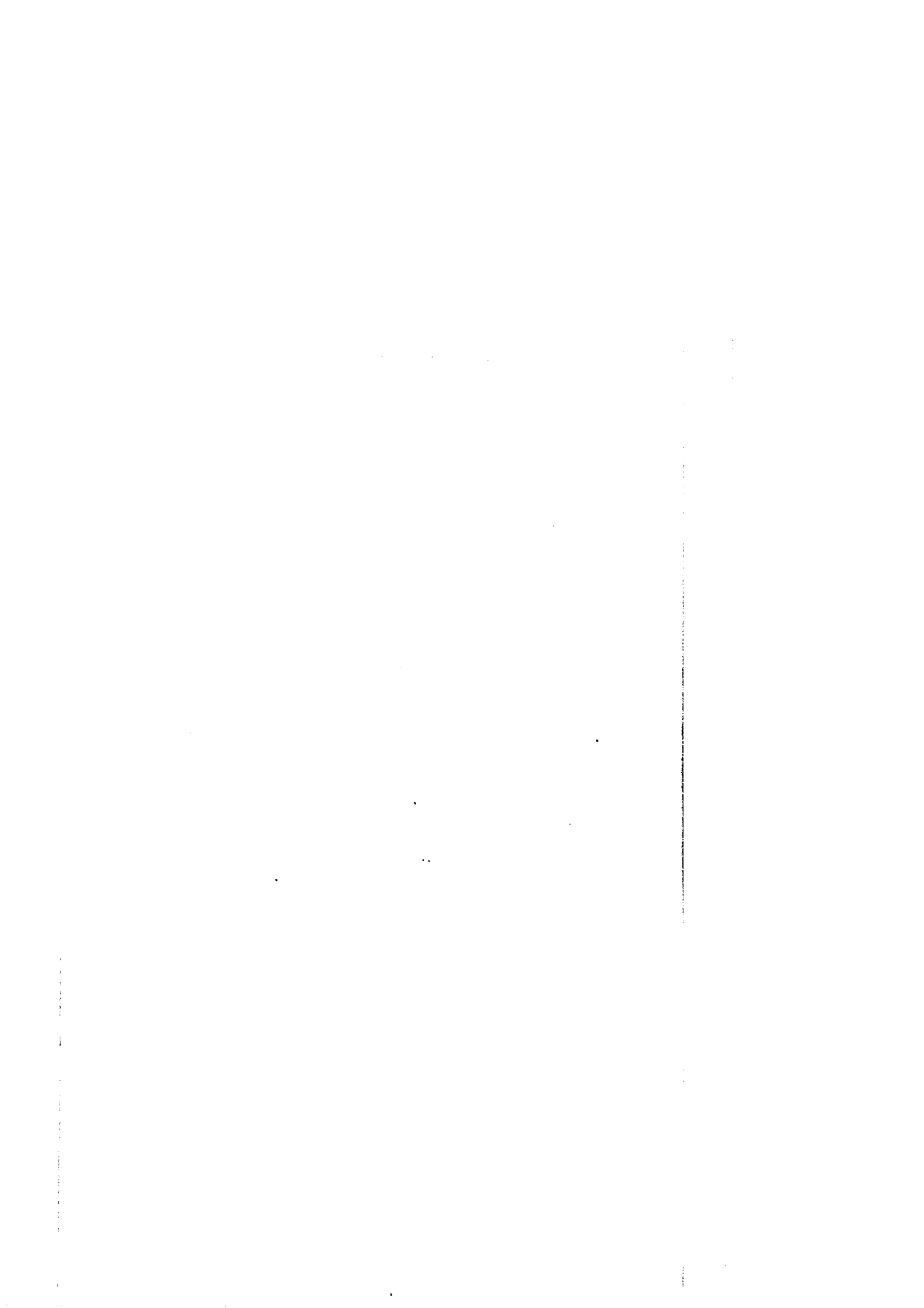
Ulcera duode--
nal reducida a
la mitad.



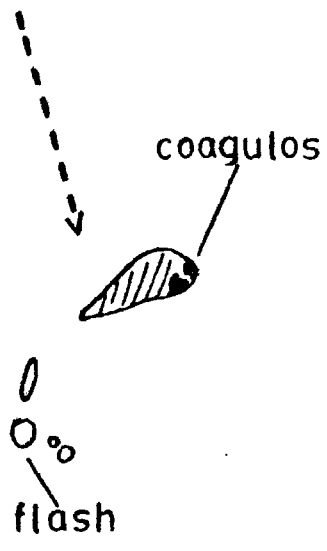
FOTO 32-II

Cicatriz ulce-
rosa duodenal
a las 12 sema-
nas.

373 (7)



u. duodenal MENOR DE 1 CM.



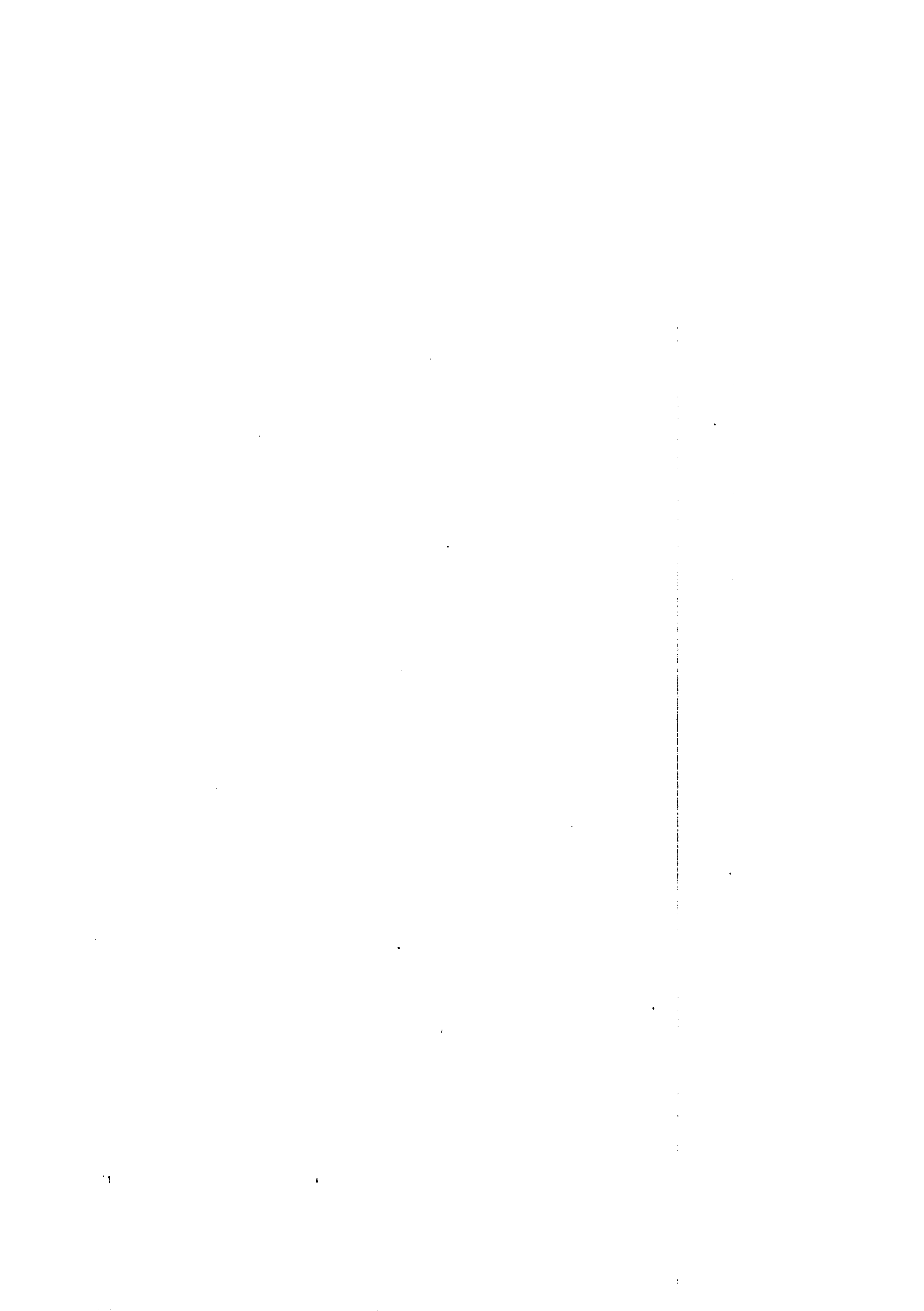


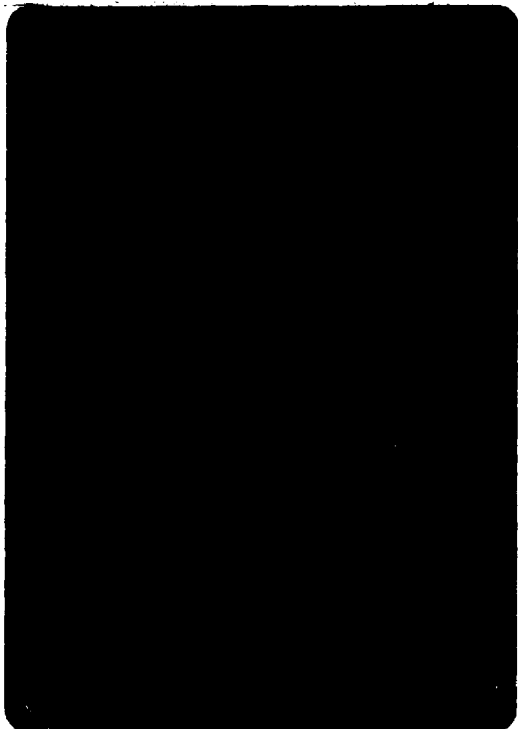
FOTO 33-II

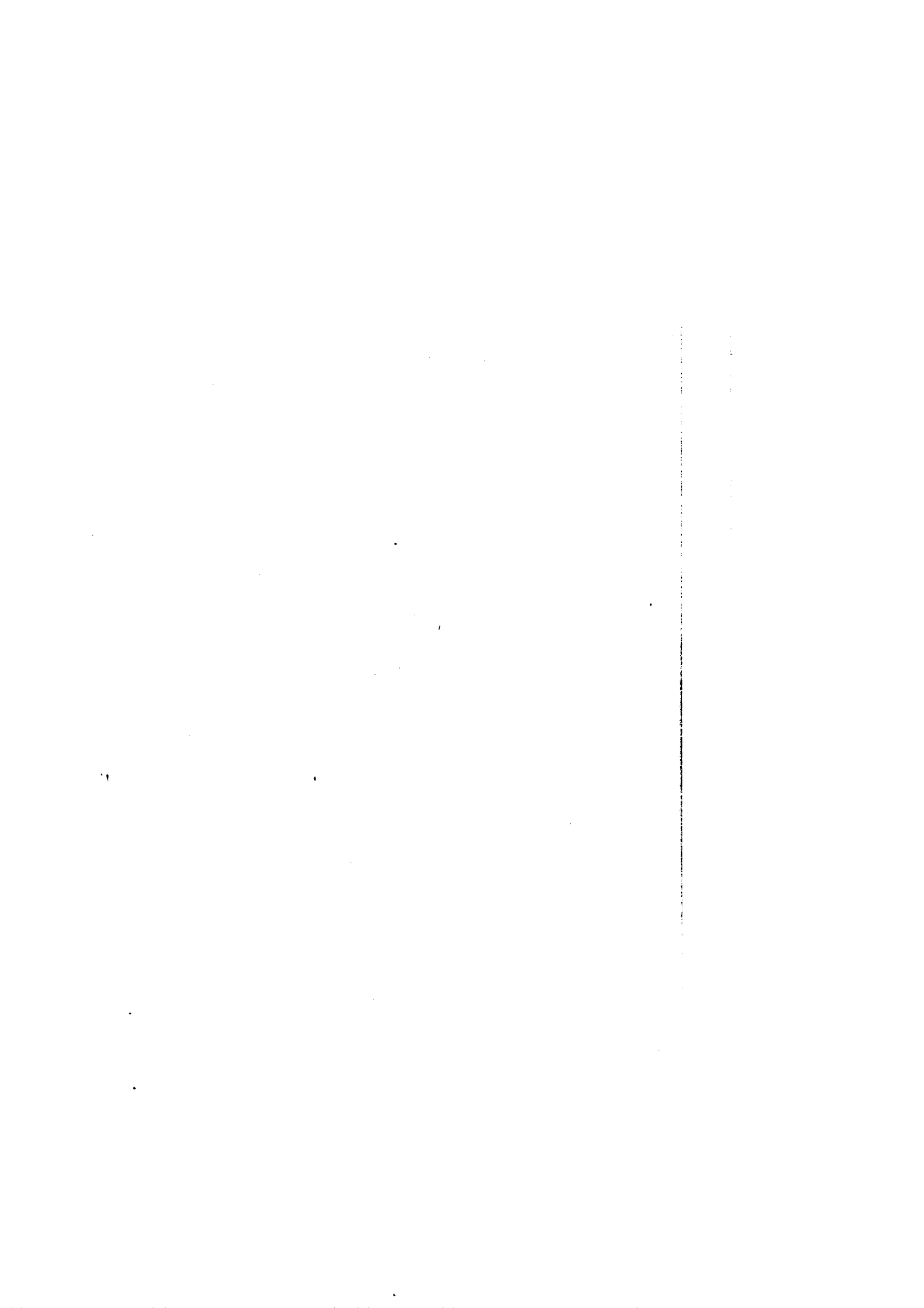
Ulcera duode--
nal menor de -
1 cms.



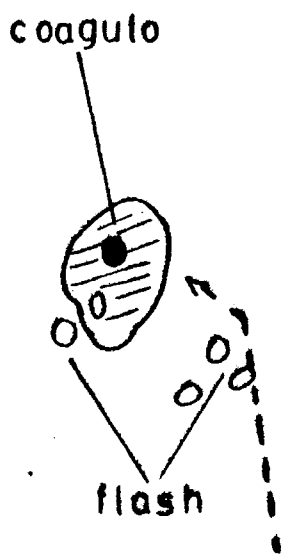
FOTO 34-II

Cicatriz ulce-
rosa.



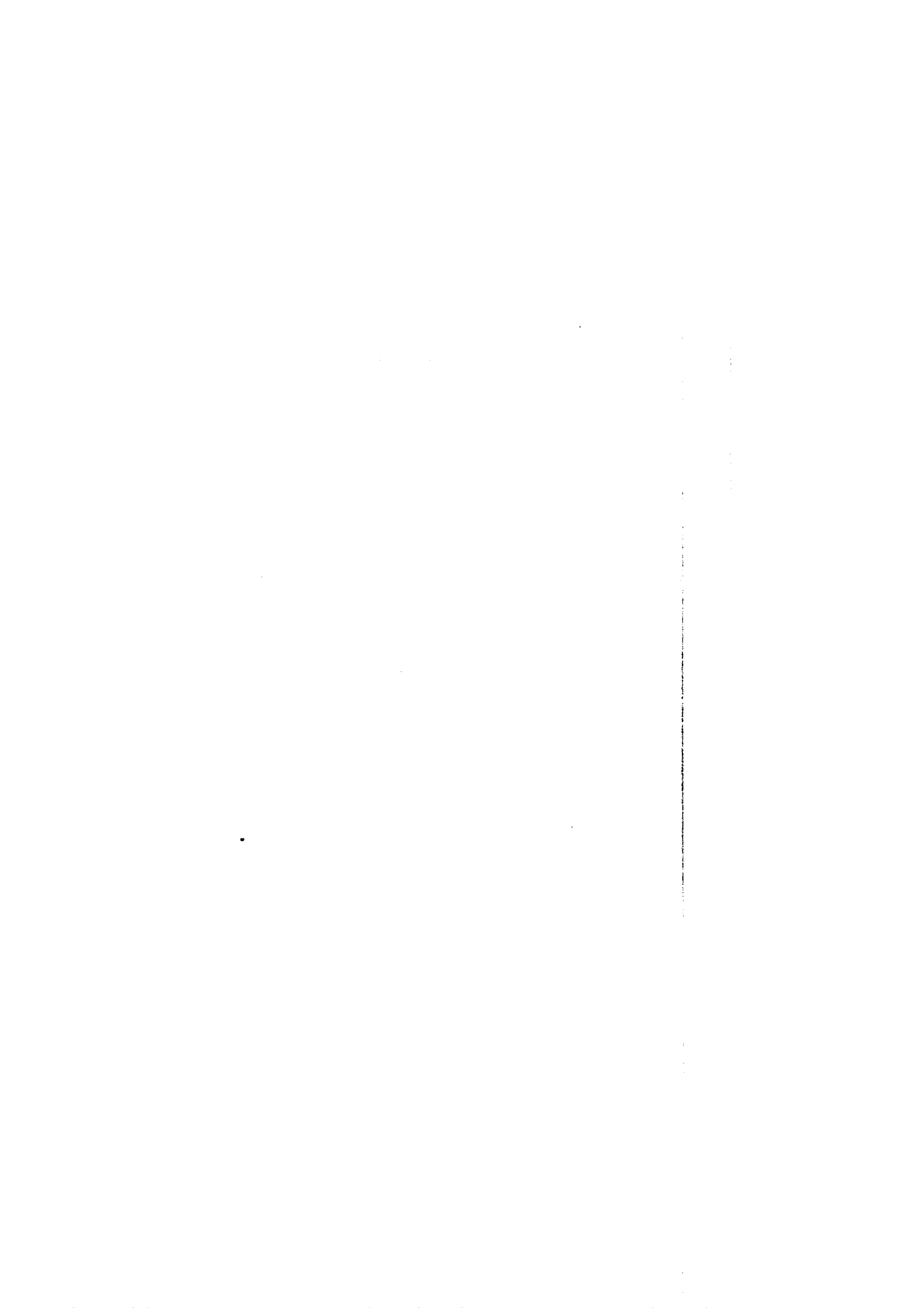


ULCERA GASTRICA



SUPERFICIAL





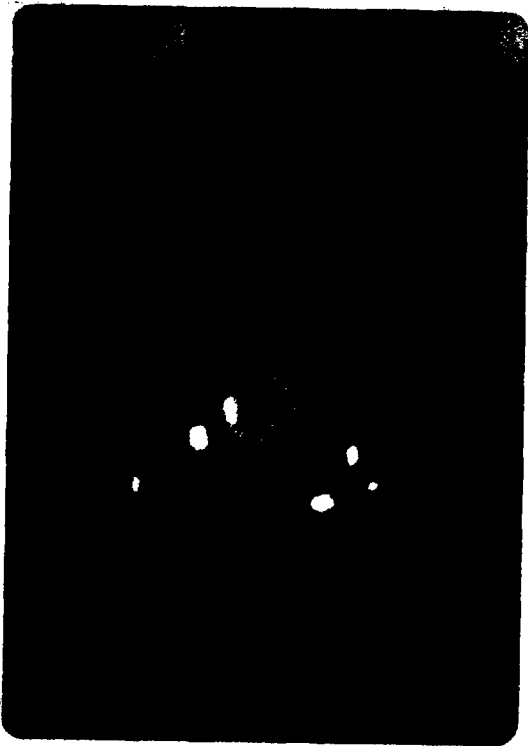


FOTO 35-II

Ulcera gástri-
ca superficial.



FOTO 36-II

Ulcera gástri-
ca superficial
cicatrizada.

375 68



u. gastrico

PROFUNDO

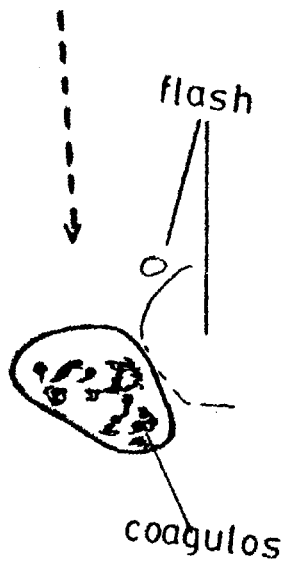


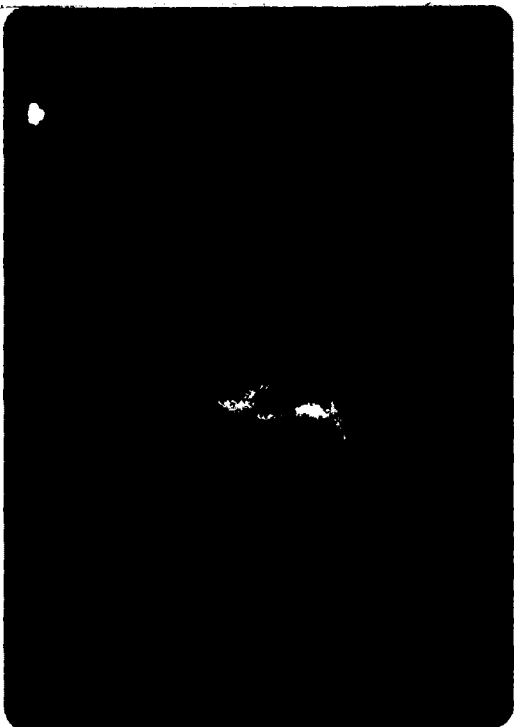
FOTO 37-II

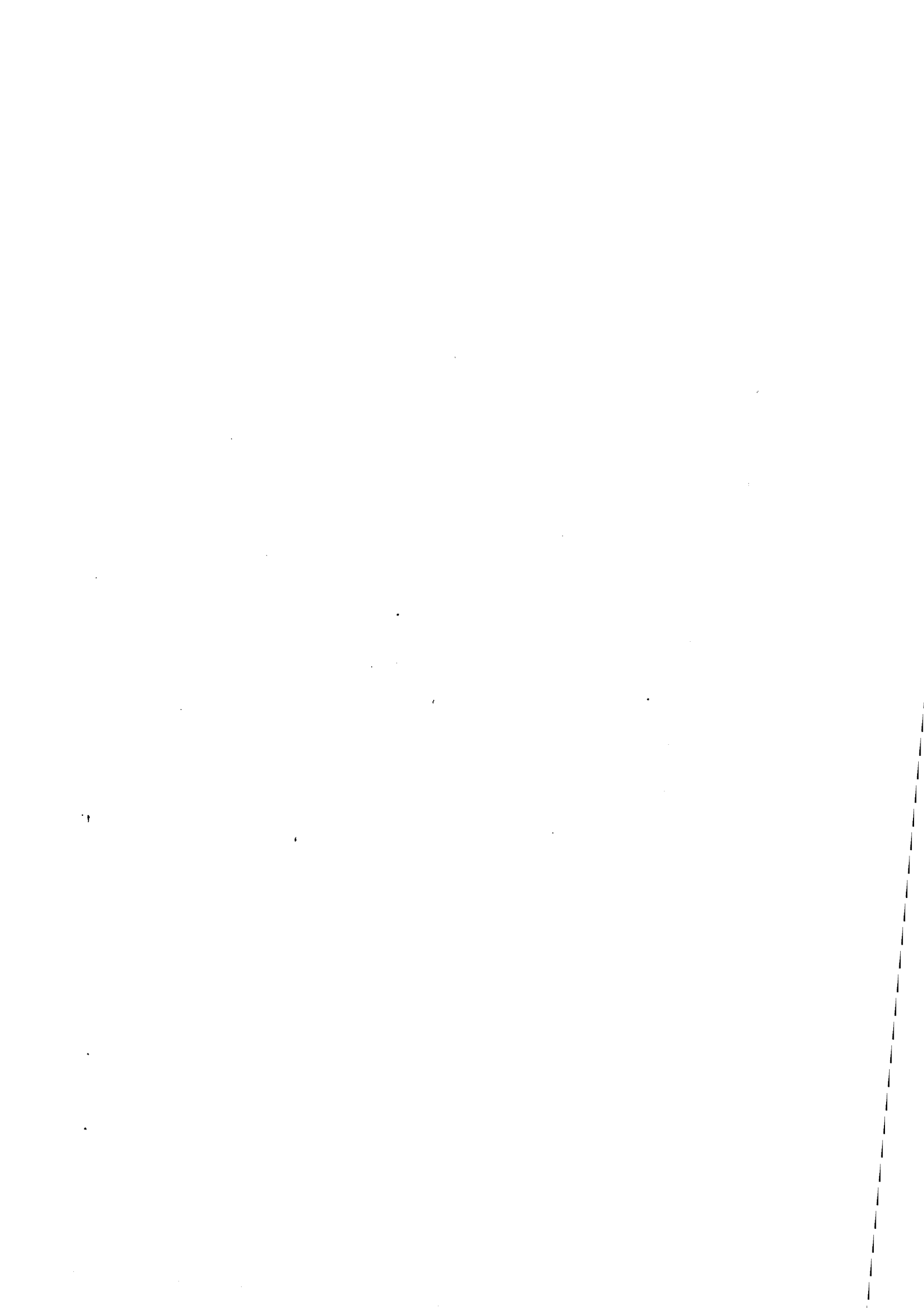
Ulcera gástri-
ca profunda.



FOTO 38-II

Ulcera gástri-
ca profunda re-
ducida a la mi-
tad.





cicatriz



u gastrico

CAVITARIO



377

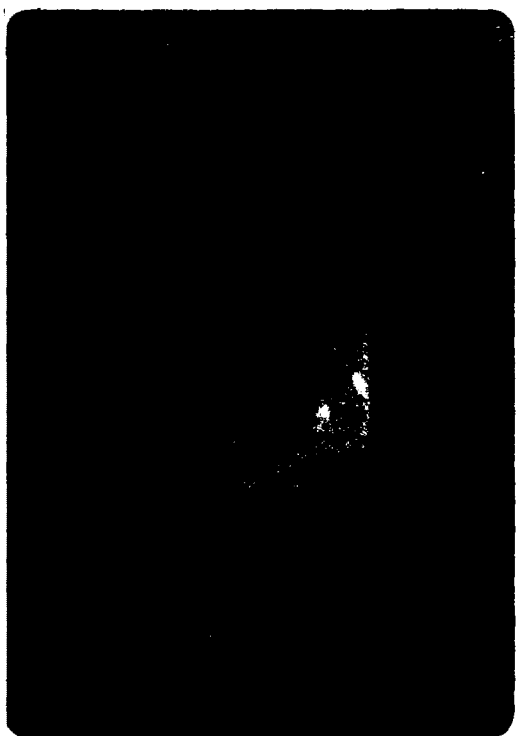


FOTO 39-II

Úlcera gástri-
ca cicatrizada.

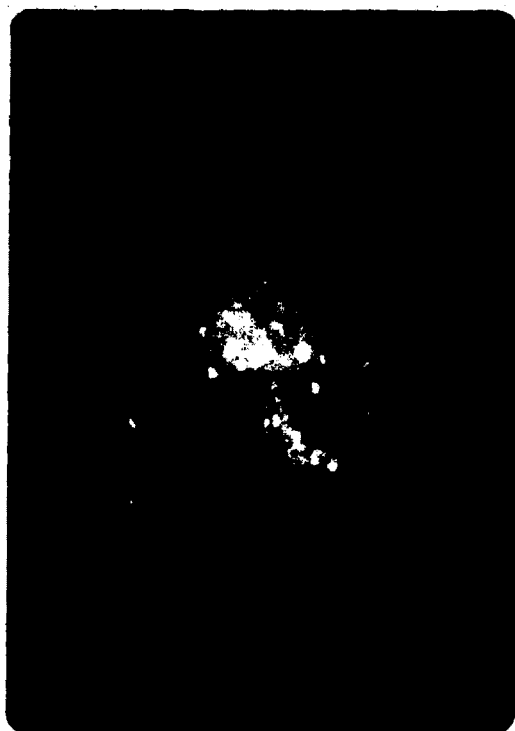
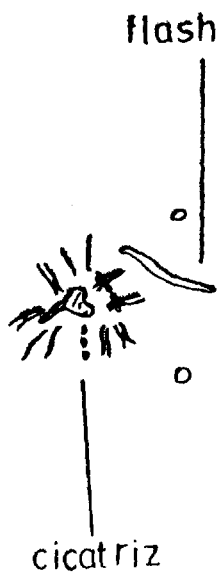


FOTO 40-II

Úlcera gástri-
ca cavitaria y
fondo con coagu-
los.

377 617





378

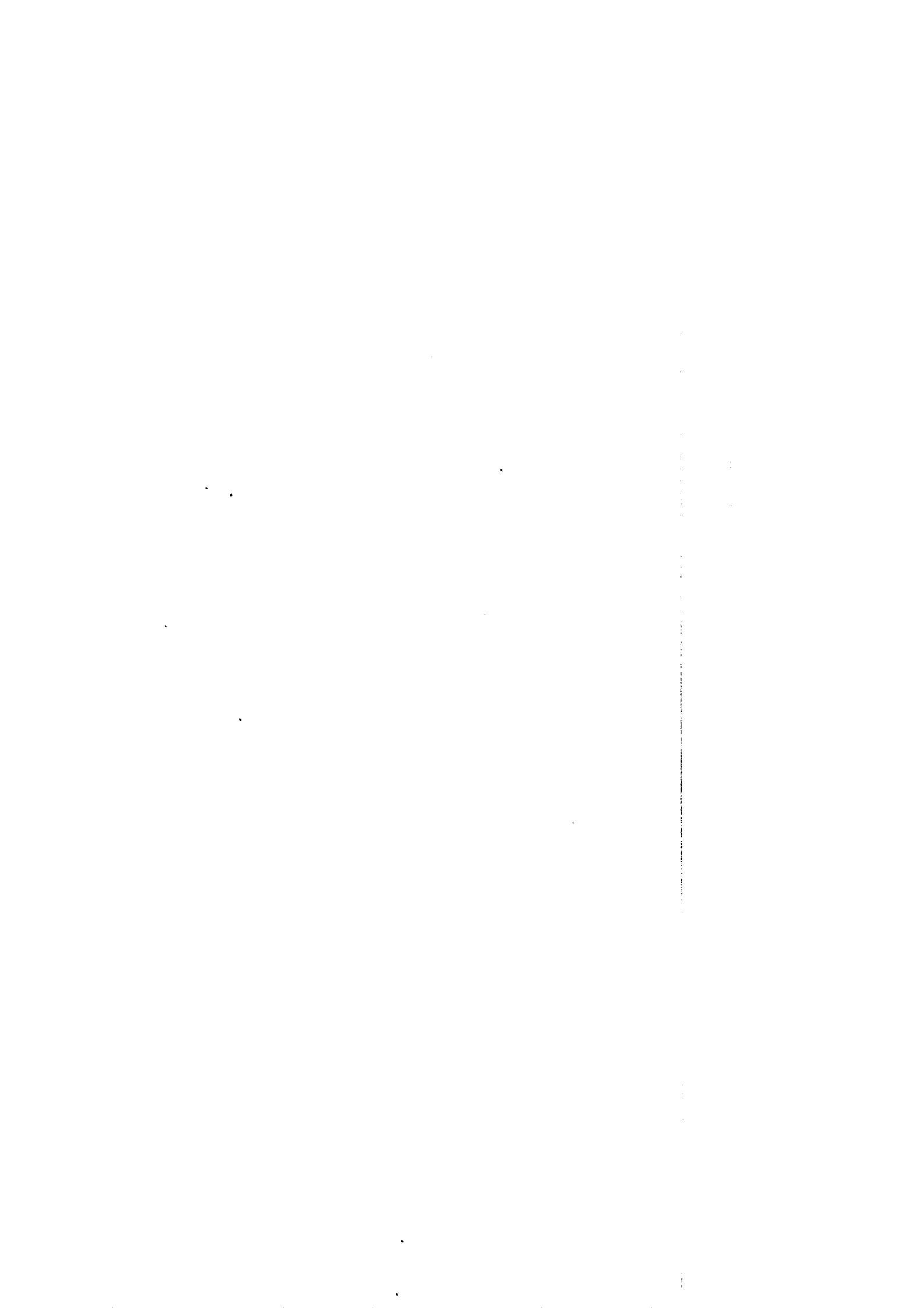


FOTO 41-II

Úlcera gástri-
ca cavitaria a
las 6 semanas,
con disminución
de la profundi-
dad.

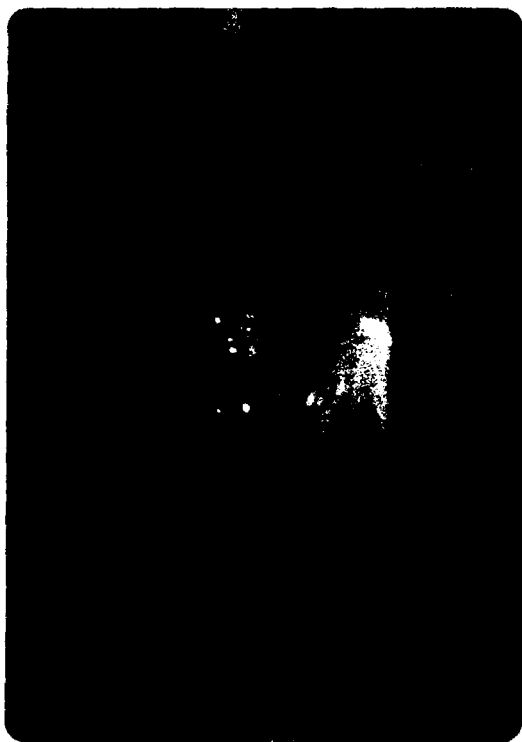


FOTO 42-II

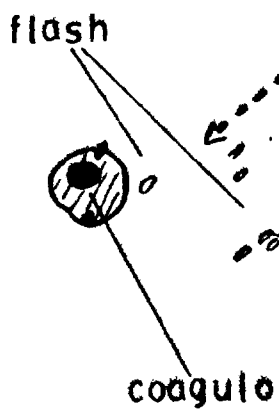
Úlcera gástri-
ca cavitaria -
cicatrizada a
las 12 semanas.



37864



L RICA
SUPERFICIAL



u. pilorica

PROFUNDA

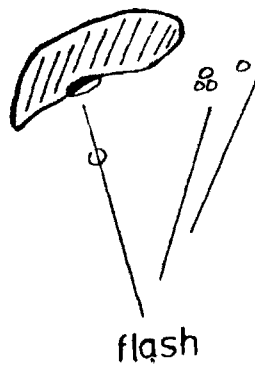




FOTO 43-II

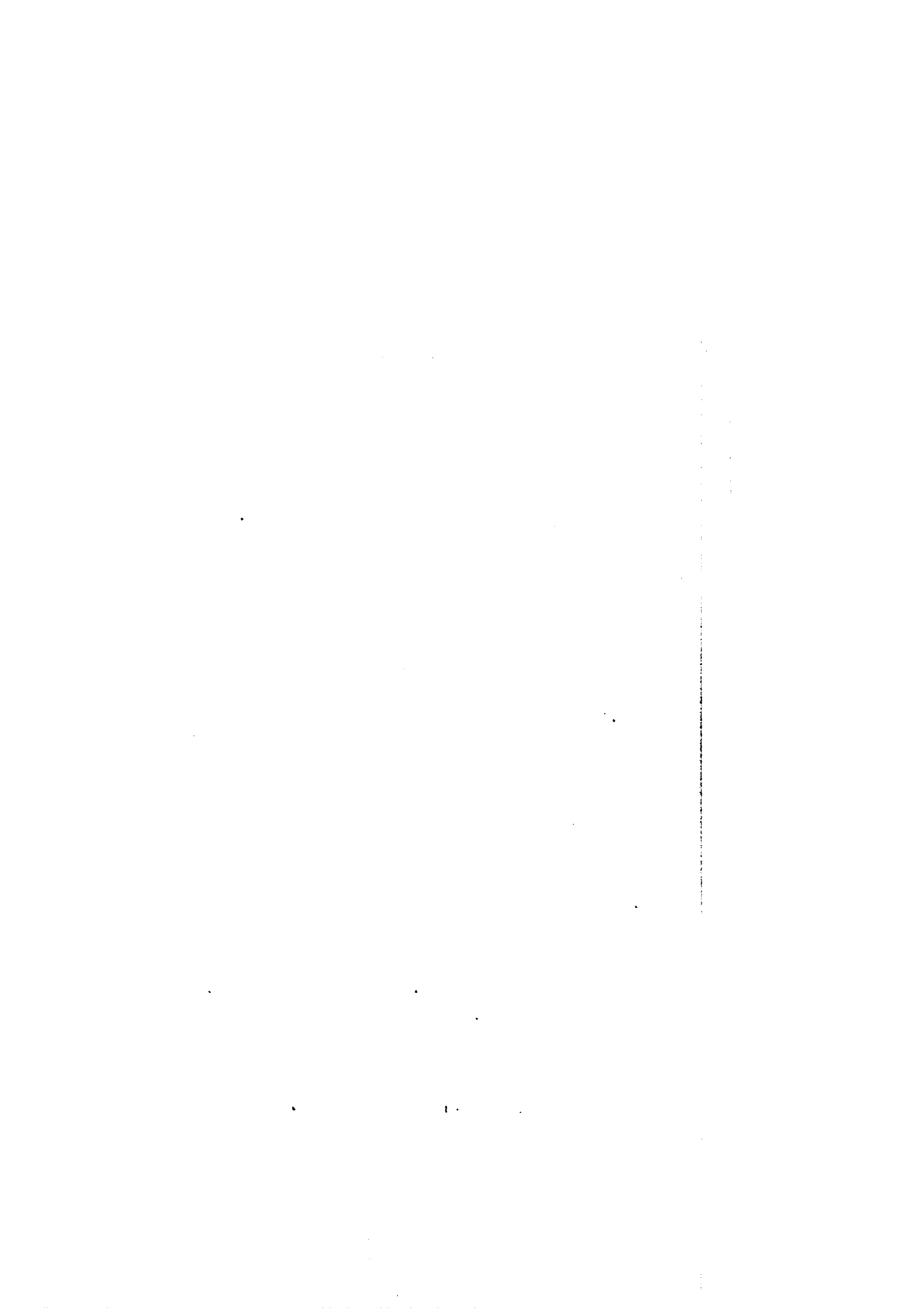
Ulcera pilórică
ca superficială.

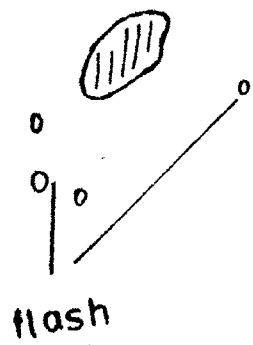


FOTO 44-II

Ulcera pilórică
ca profundă.

3796A





380

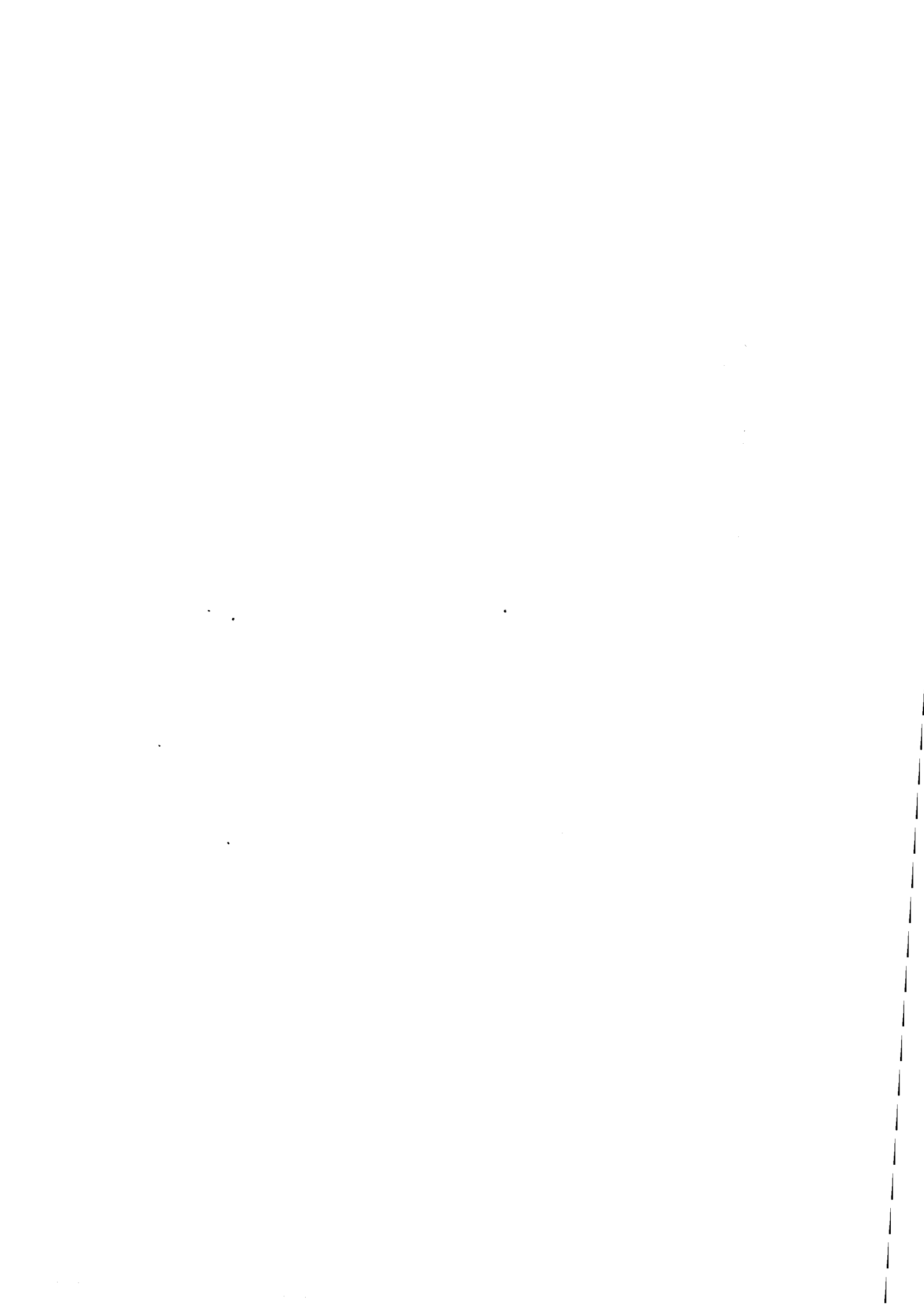


FOTO 45-II

Ulcera pilórica profunda re
ducida.

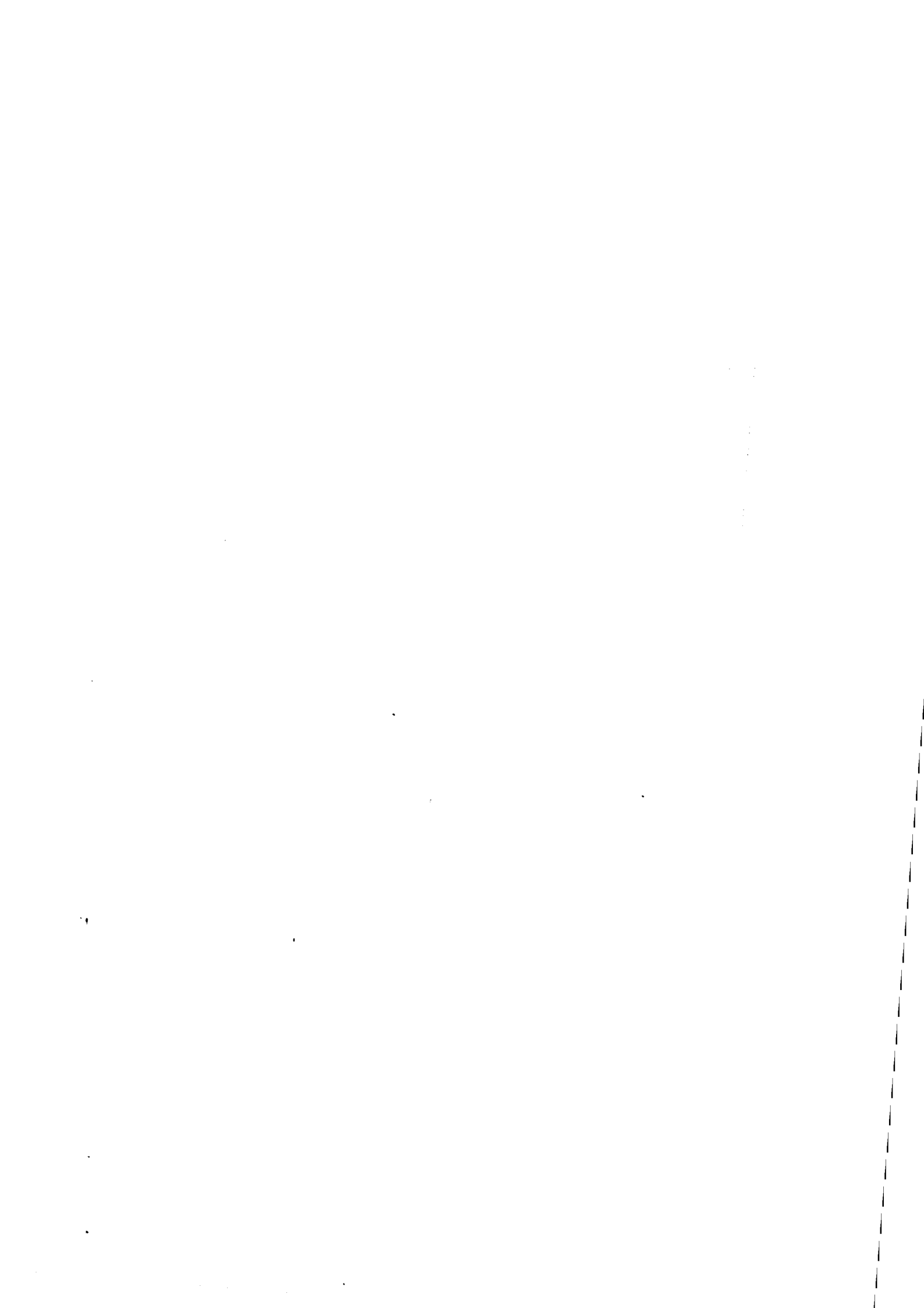


FOTO 46-II

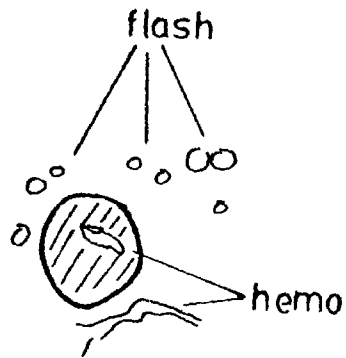
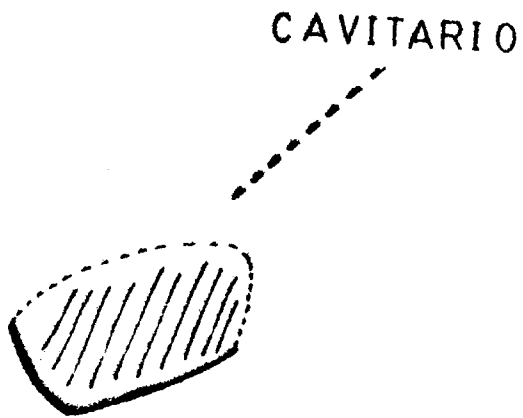
Ulcera pilórica profunda ci
catrizada.



380 613



u. pilorico





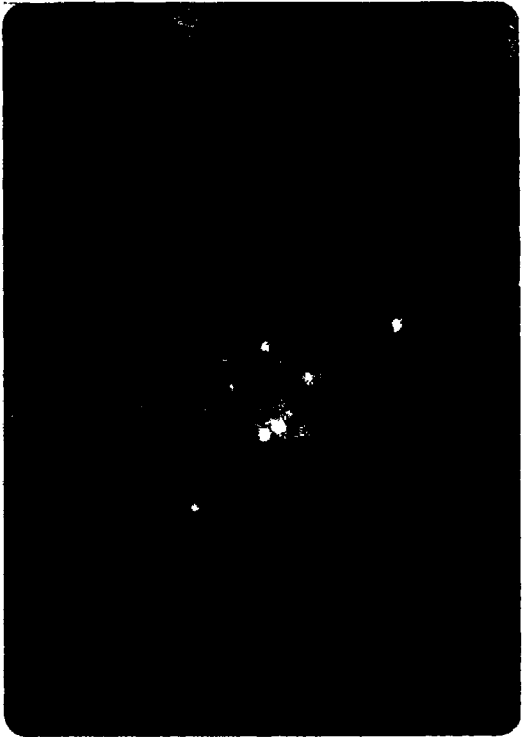


FOTO 47-II

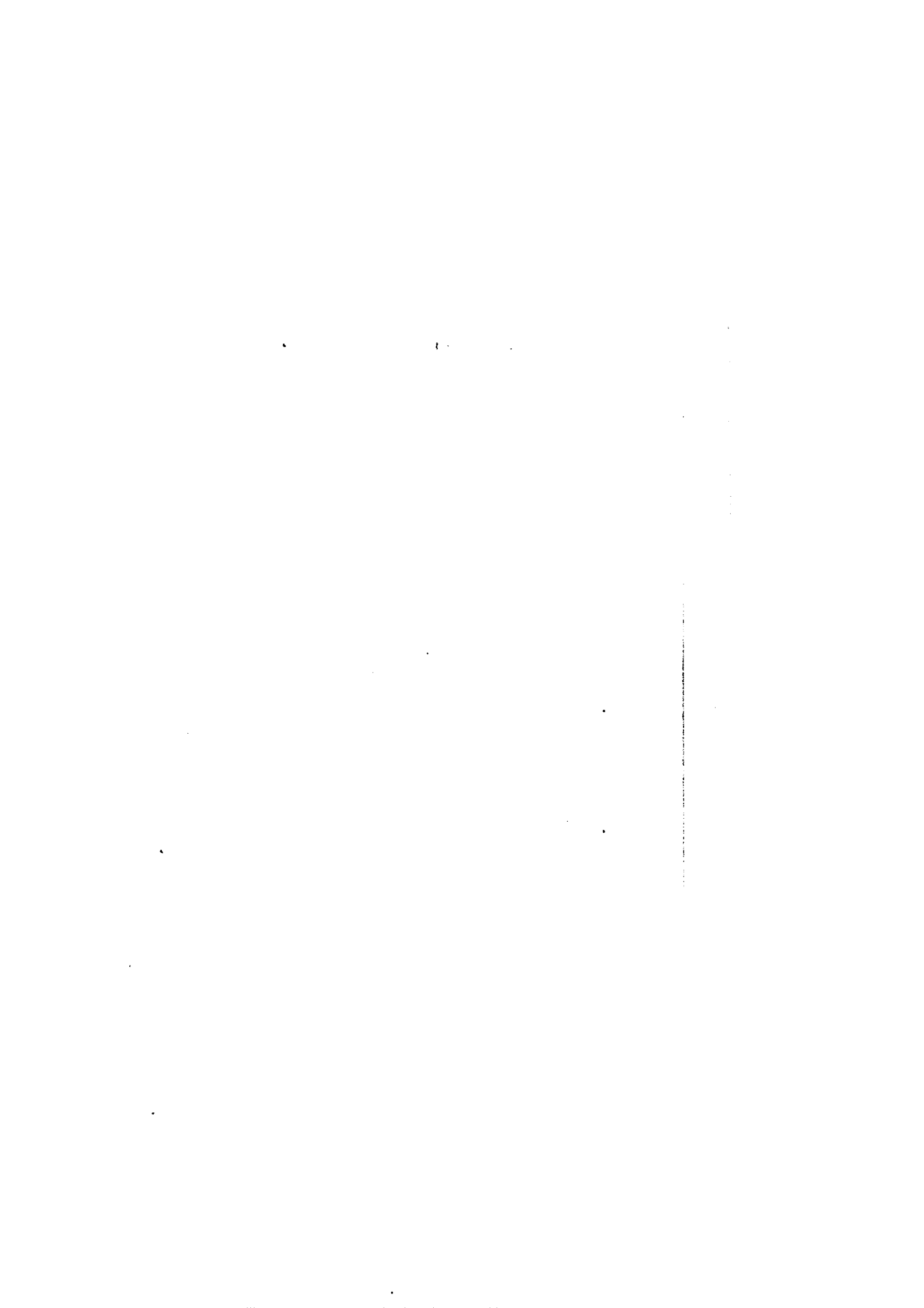
Ulcera pilórica gigante cavitada.



FOTO 48-II

Ulcera pilórica cavitaria -
reducida de --
profundidad.

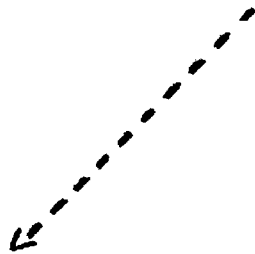
381 (v)





ULCERA DUODENAL

SUPERFICIAL



coagulos

382

FOTO 49-II

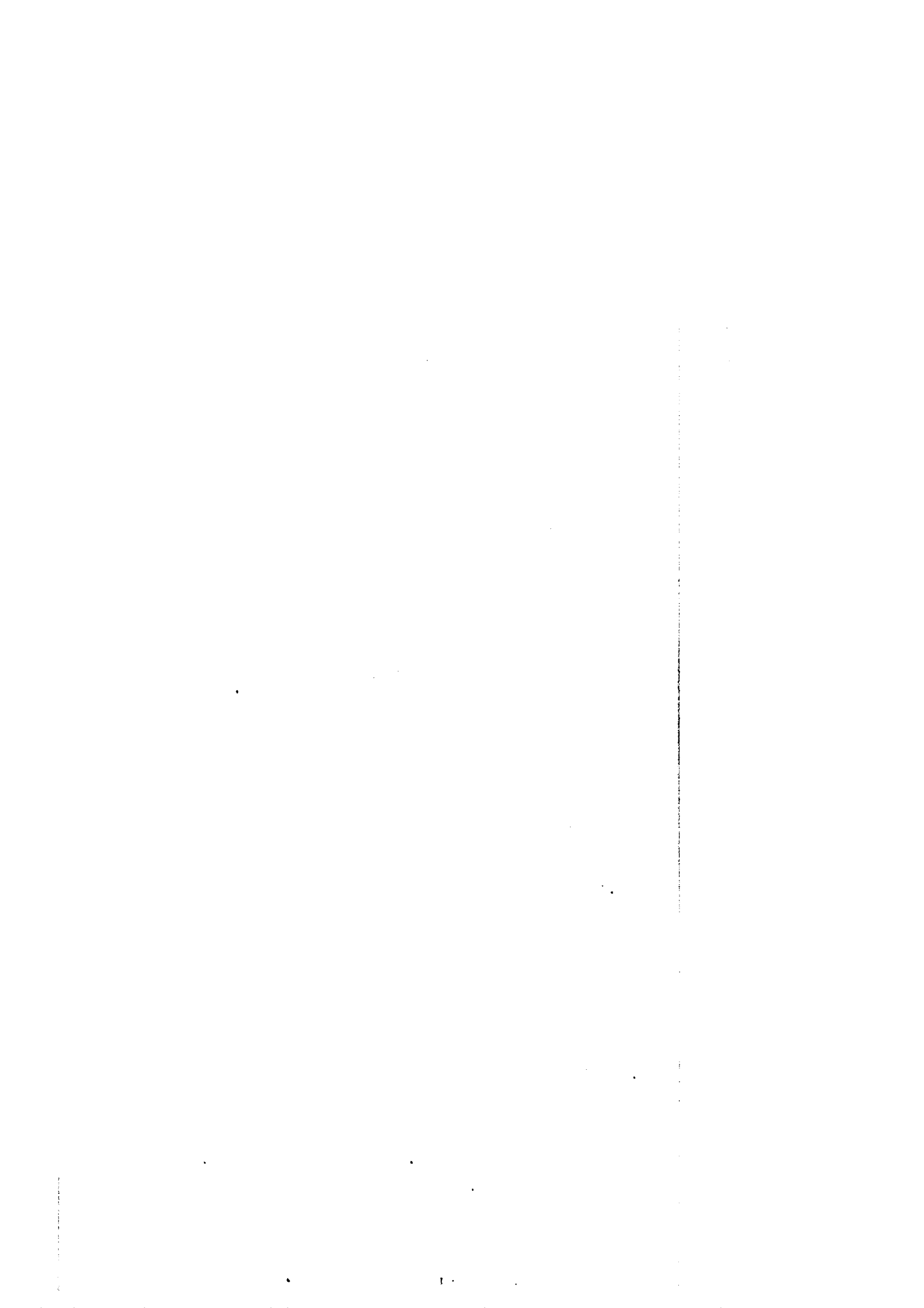
Cicatriz ulce-
rosa de un ul-
cus pilórico -
cavitario.



FOTO 50-II

Ulcera duode--
nal superficial
con coagulos en
su fondo.

382 (G)



coagulos



oo

flash



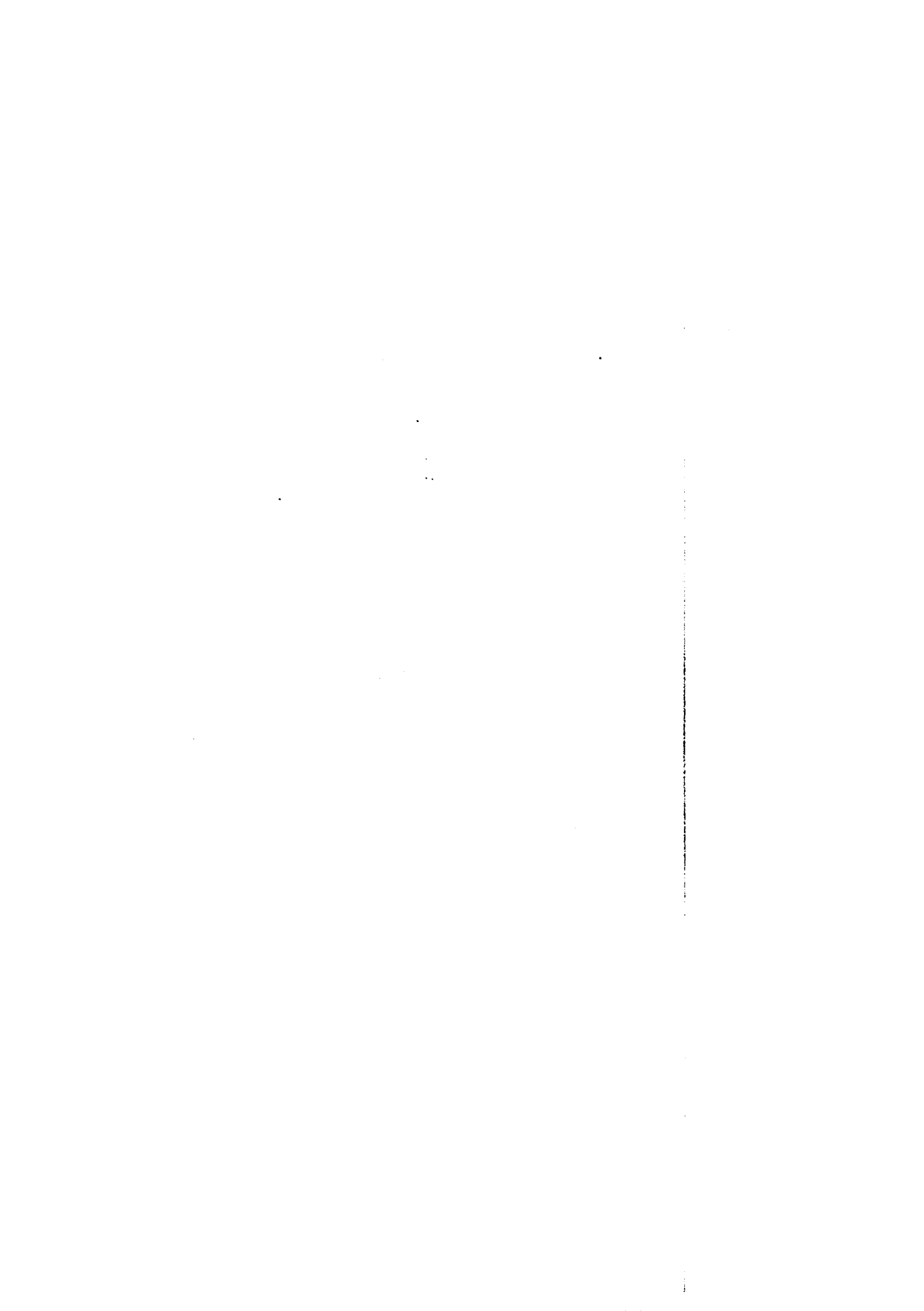




FOTO 51-II

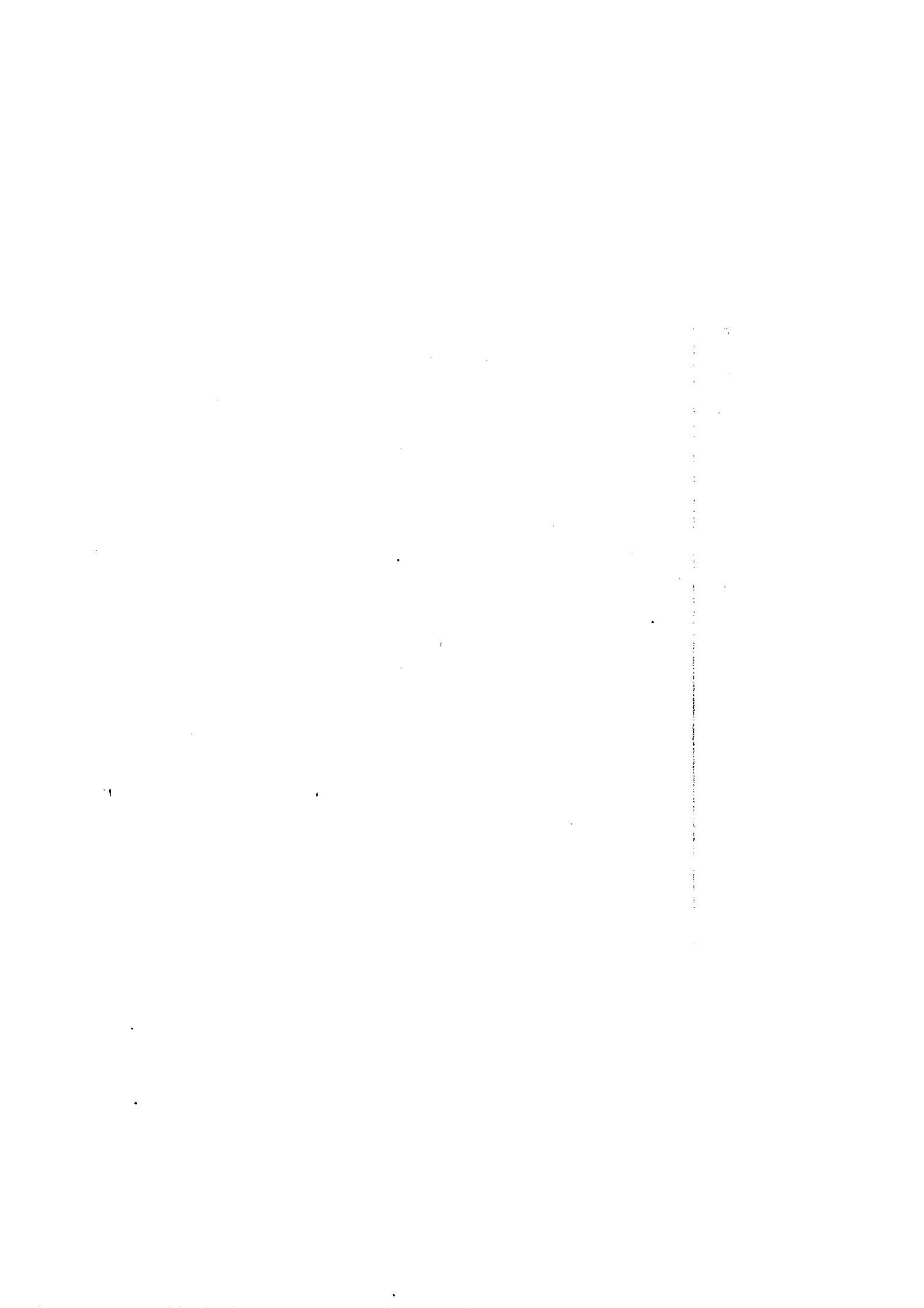
Ulcera duode--
nal superficial
reducida.



FOTO 52-II

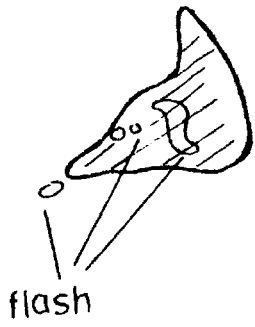
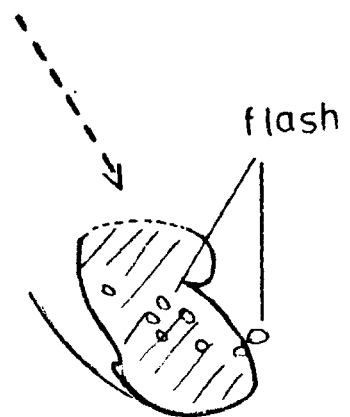
Ulcera duode--
nal superficial
cicatrizada.

383 (4)



u. duodenal

PROFUNDO



384



FOTO 53-II

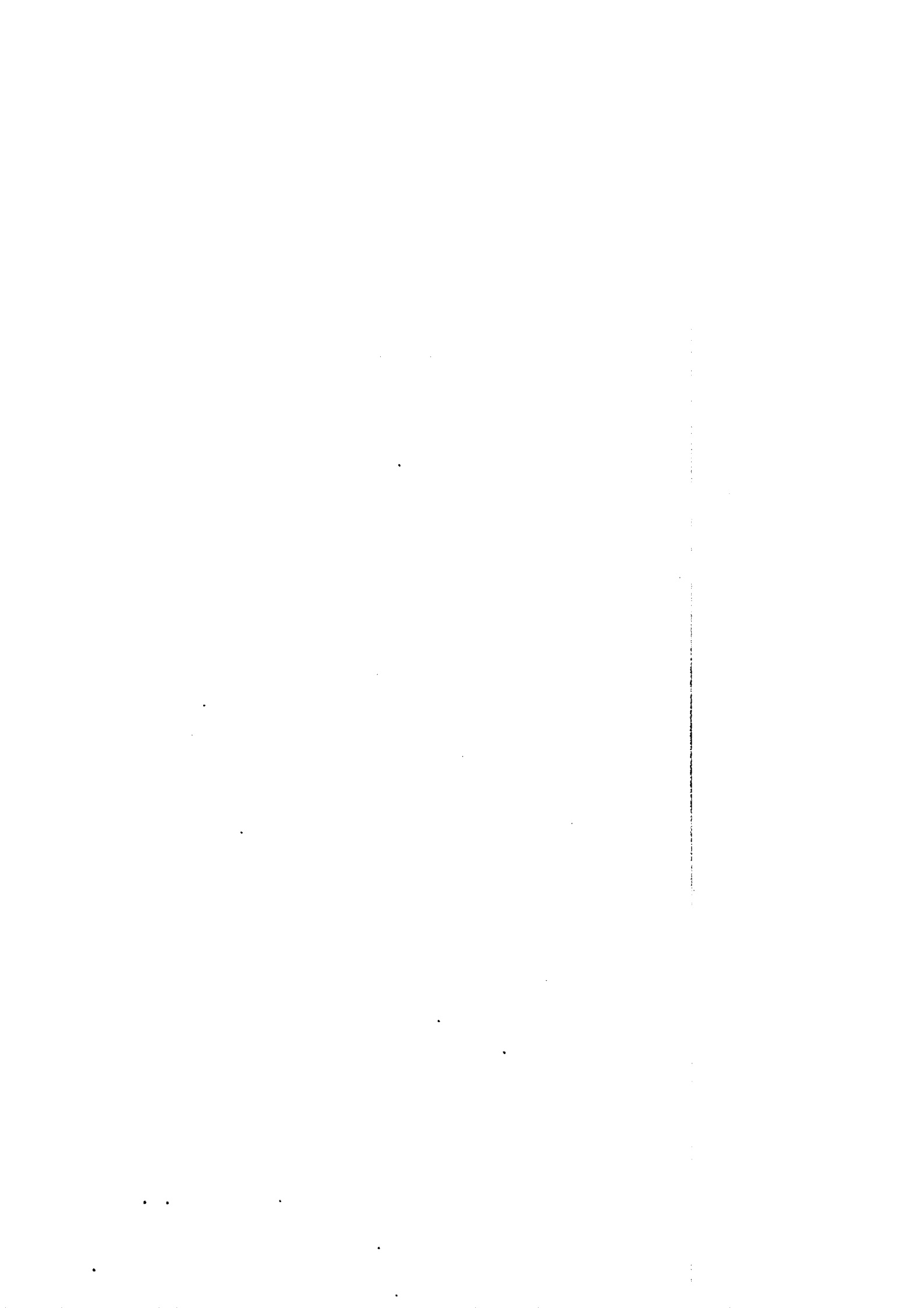
Ulcera duode--
nal profunda.

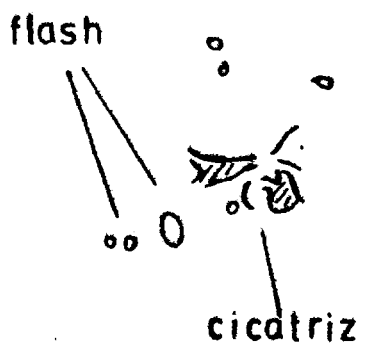


FOTO 54-II

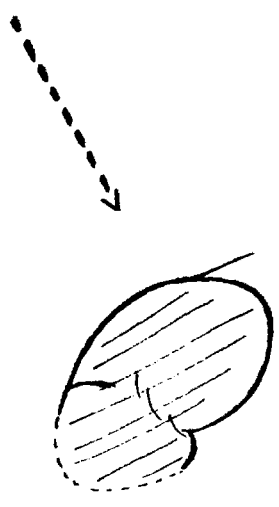
Ulcera duode--
nal profunda, -
reducida.

38261





uduodenal CAVITARIO





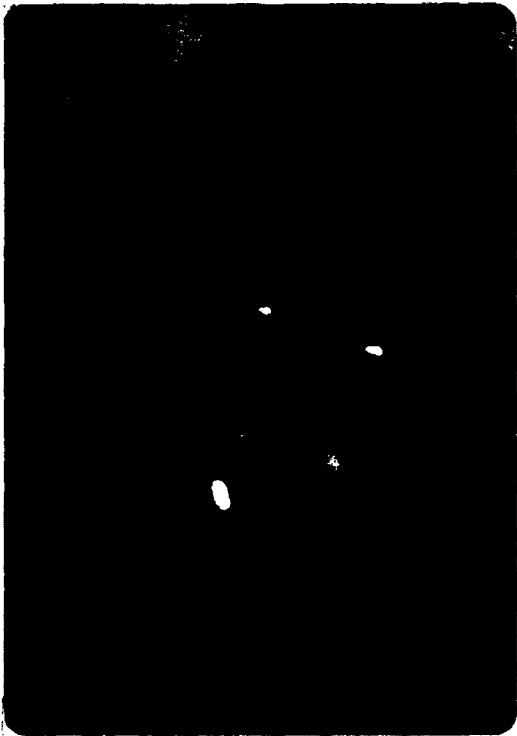


FOTO 55-II

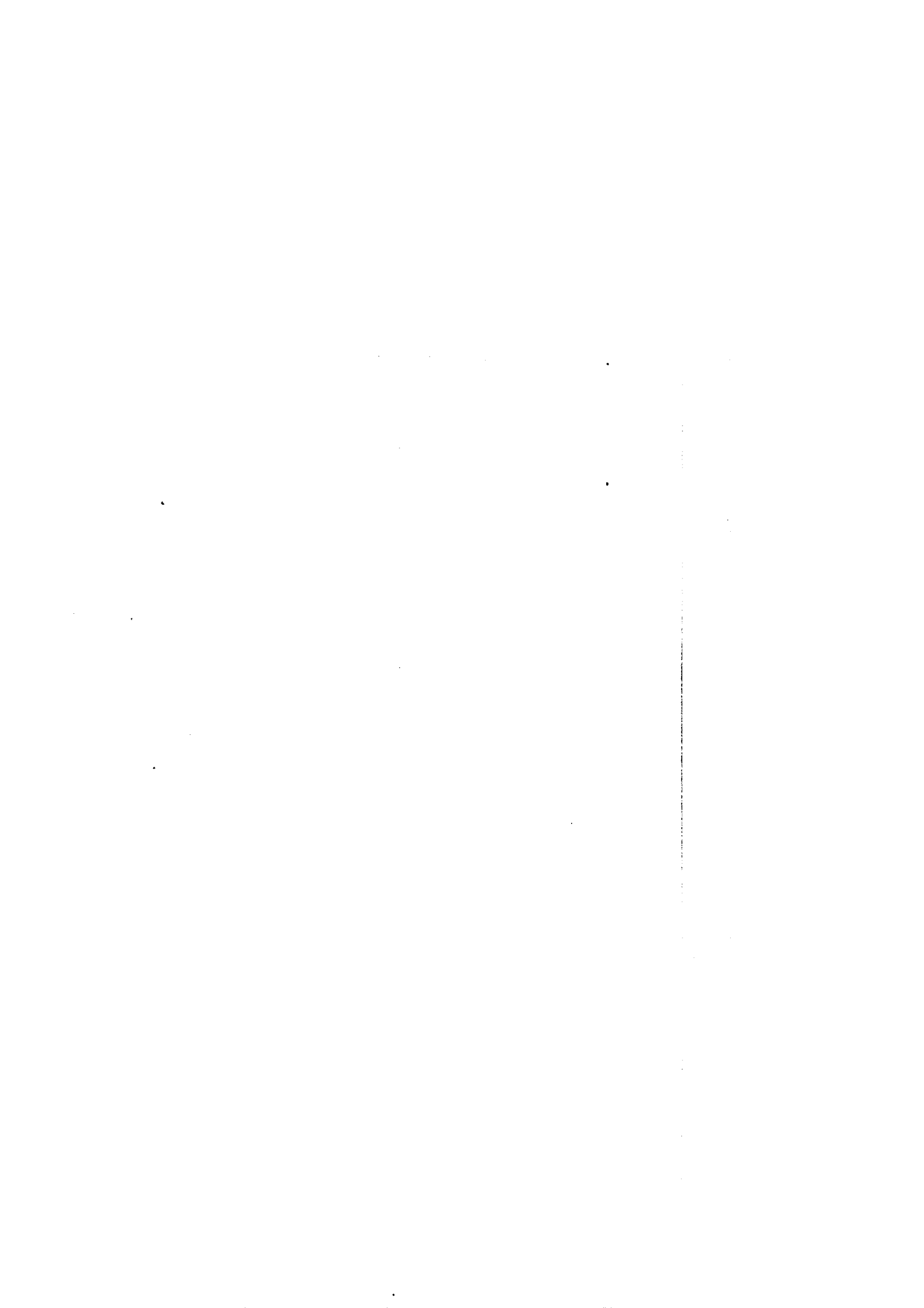
Cicatriz ulce-
rosa duodenal
de un ulcus --
profundo.

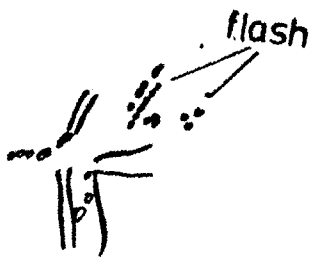
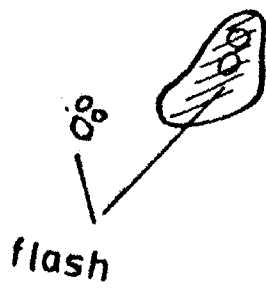
FOTO 56-II

Ulcera duode--
nal cavitaria.



385 (n)





386

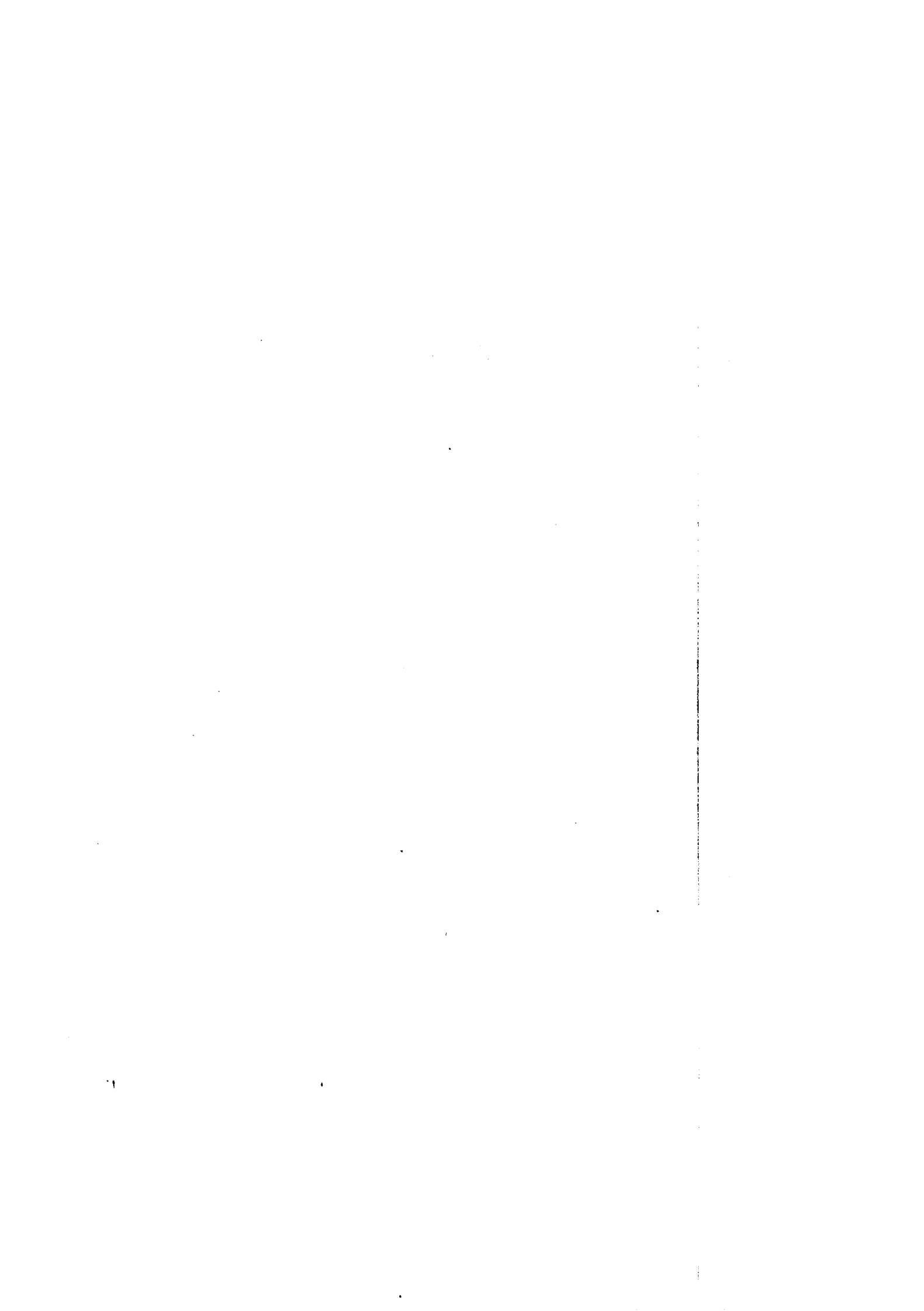


FOTO 57-II

Ulcus duode--
nal cavitario
disminuido de
profundidad.



FOTO 58-II

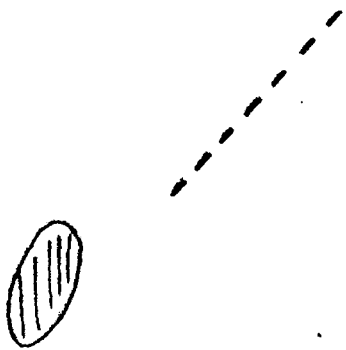
Ulcus duode--
nal cavitario
cicatrizado.



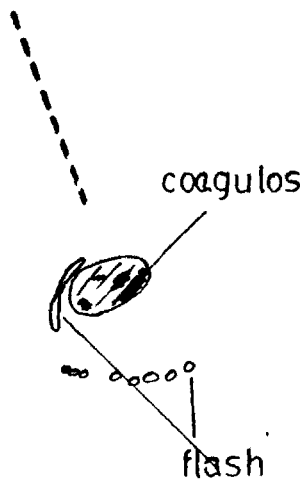
386 67

BORDES CONCRETOS

ulcera gastrica



ulcera pilorica





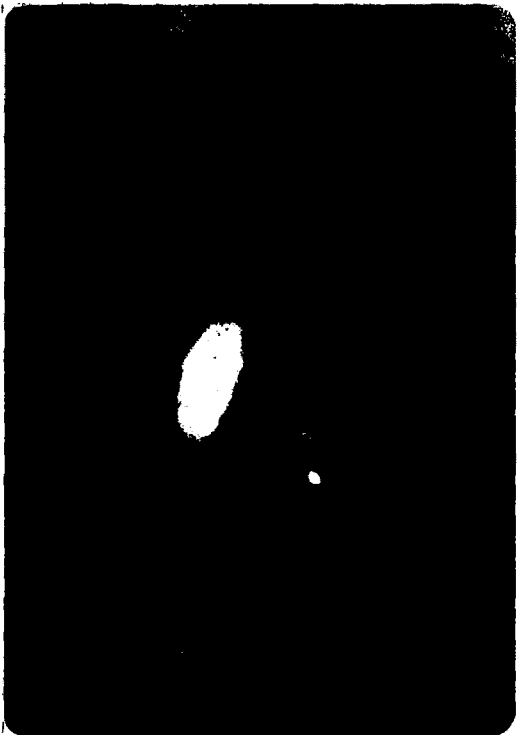


FOTO 59-II

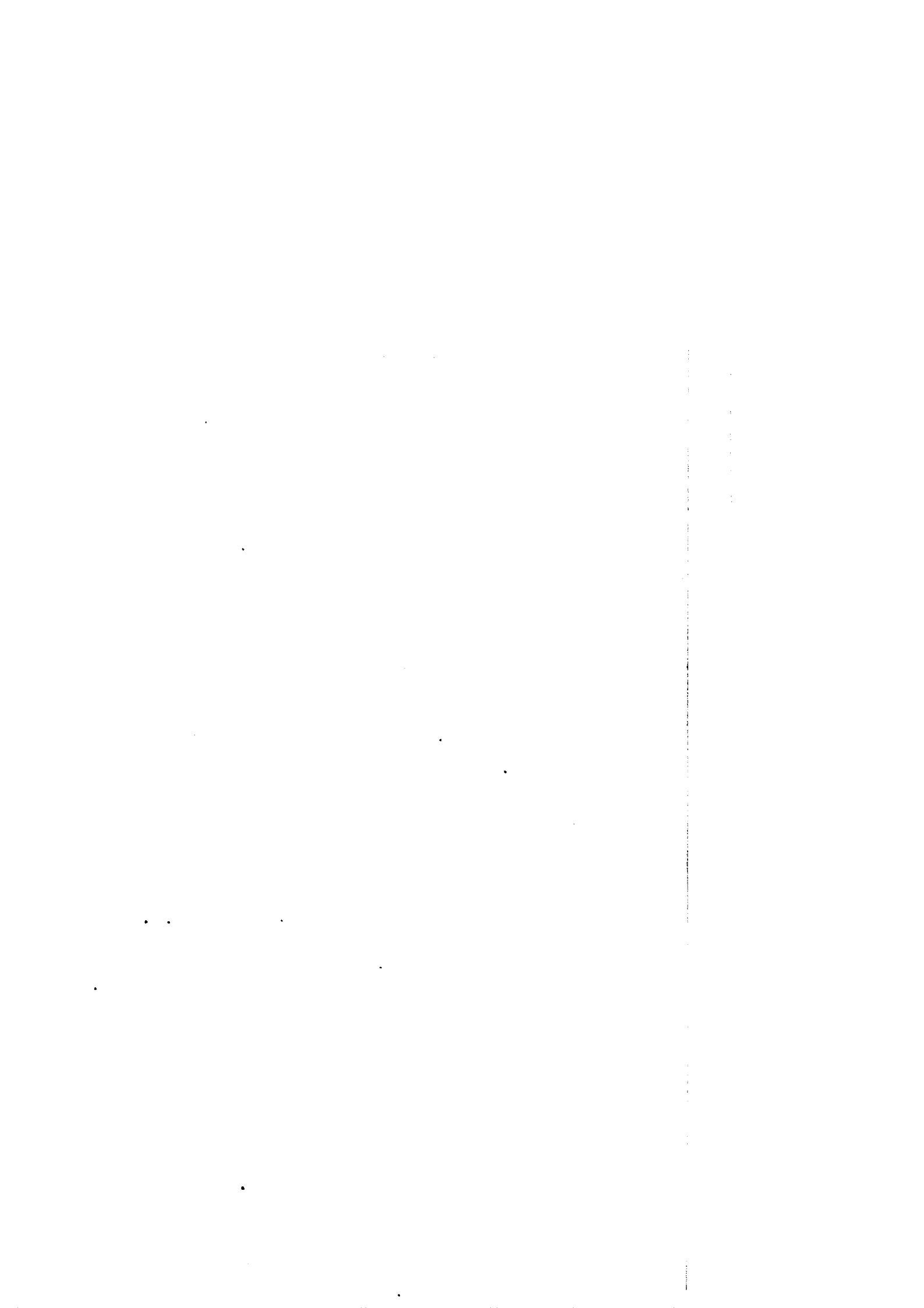
Úlcera gástri-
ca de bordes -
concretos.

FOTO 60-II

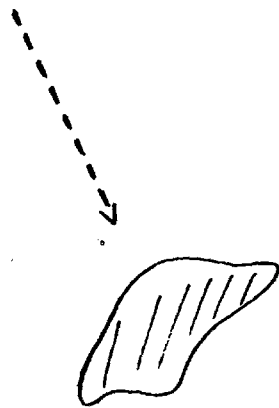
Úlcera pilóri-
ca de bordes
concretos.

38761



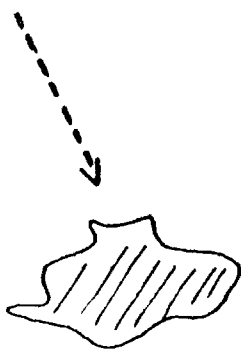


ulcera duodenal



BORDES IRREGULARES

u. gastrica



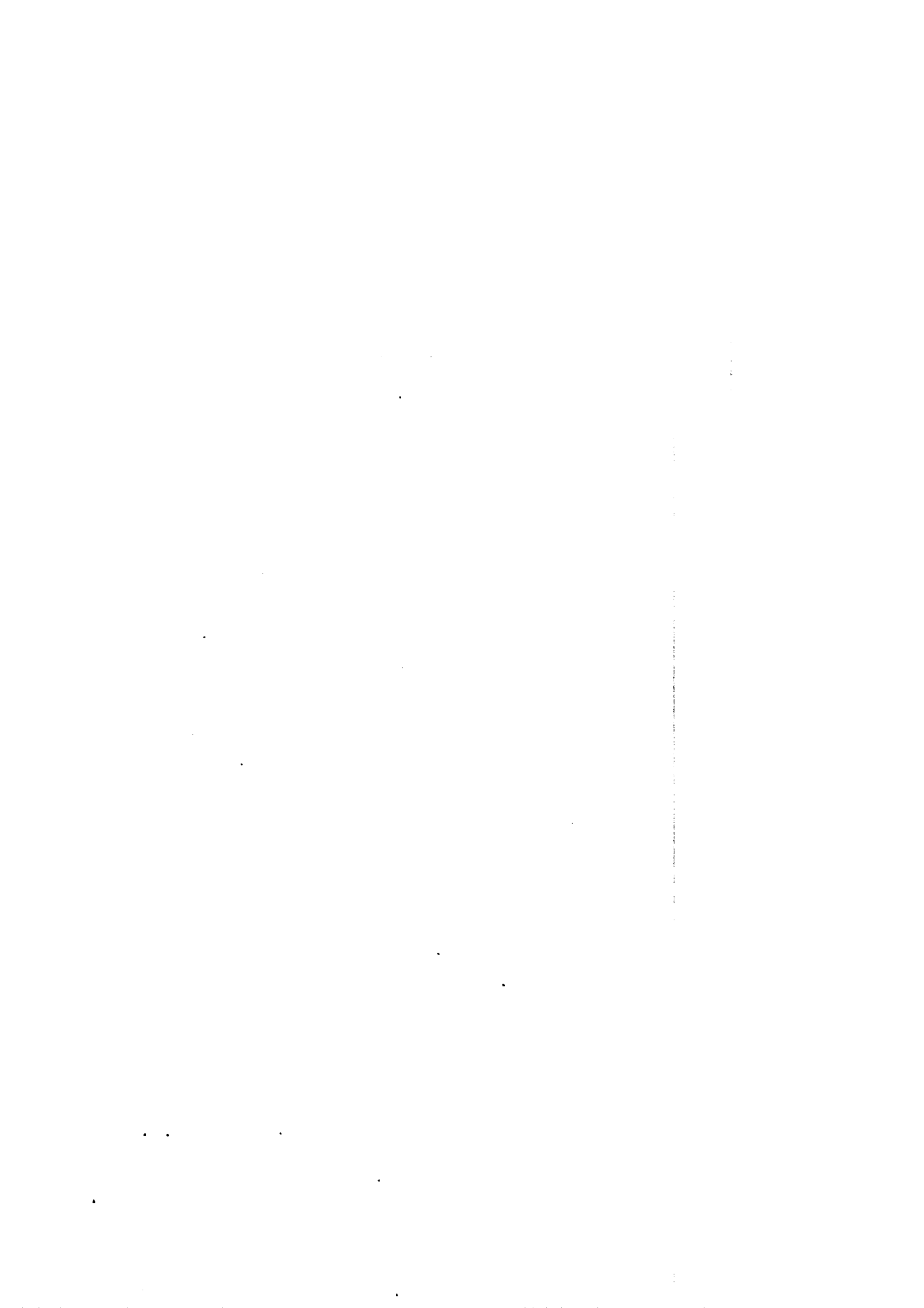


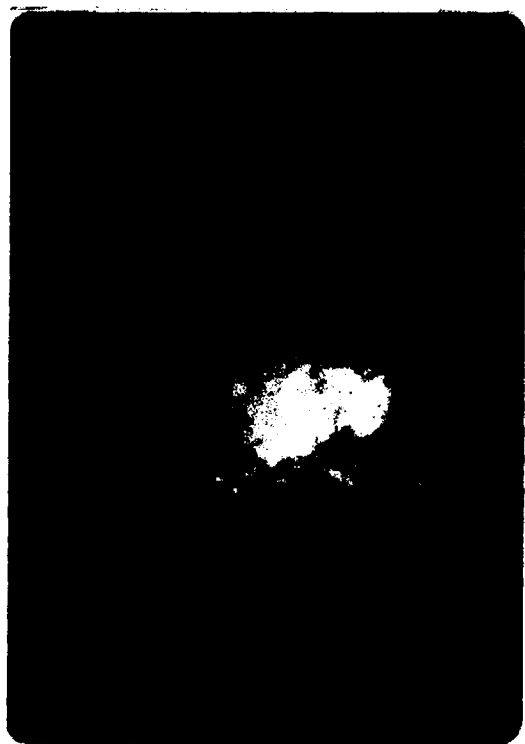
FOTO 61-II

Ulcera duode--
nal de bordes
concretos.

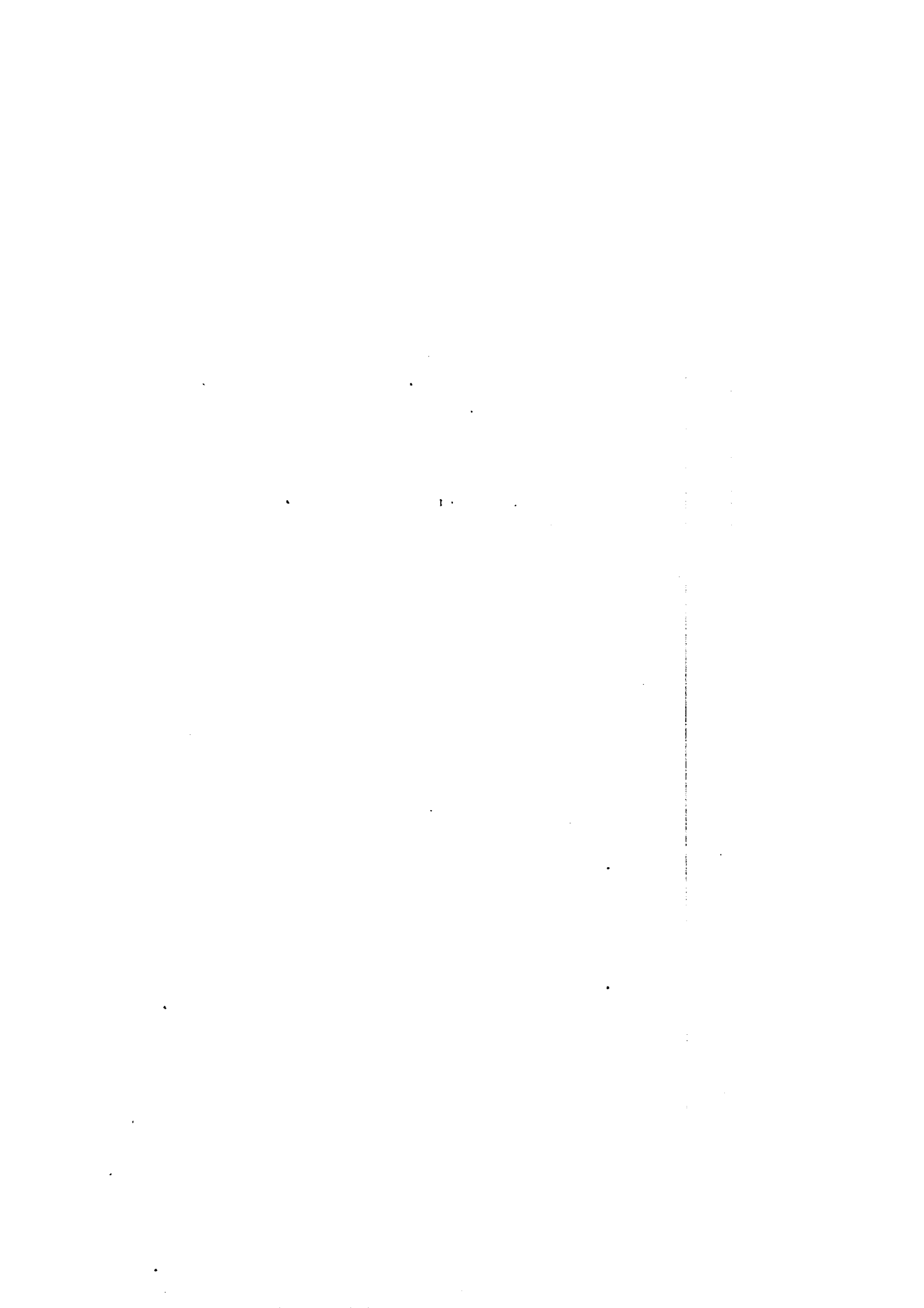


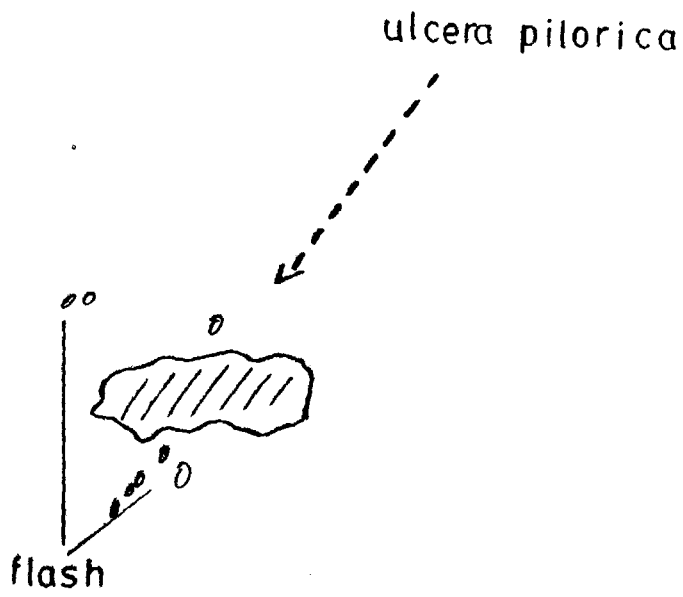
FOTO 62-II

Ulcera gástri-
ca con bordes
irregulares.

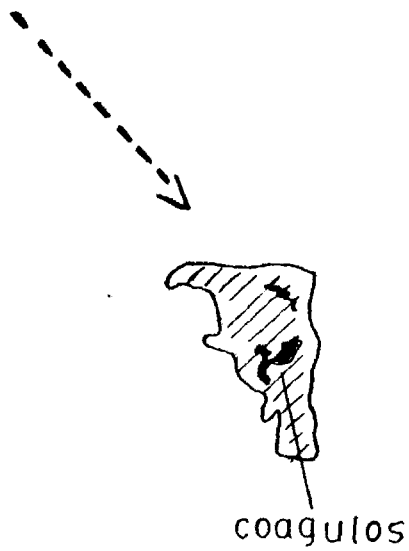


3886





ulcera duodenal



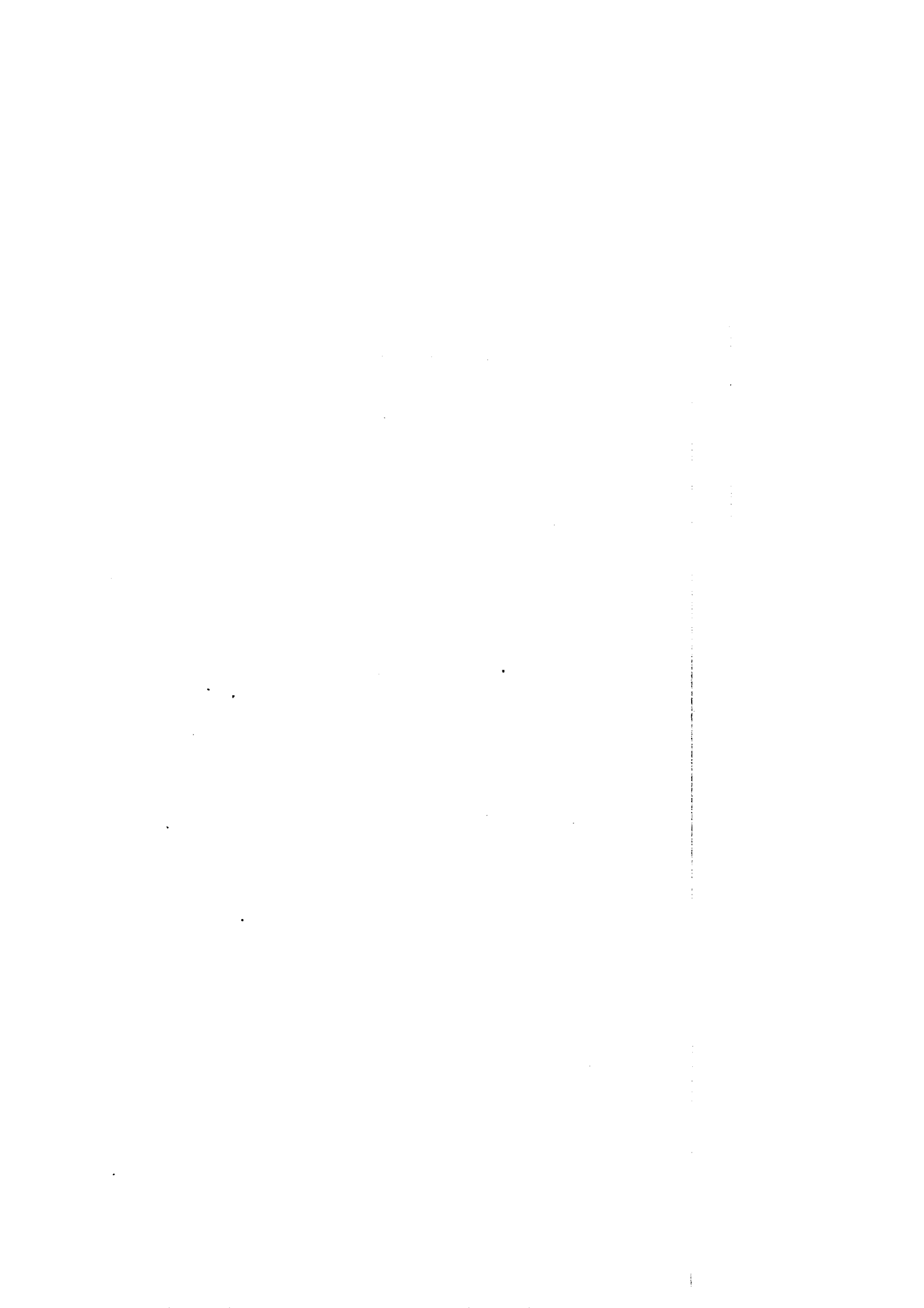




FOTO 63-II

Úlcera pilórica
ca con bordes
irregulares.



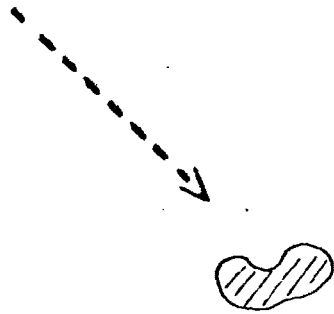
FOTO 64-II

Úlcera duodenal
ca con bordes
irregulares.

189 67

BORDES LISOS

ulcera gástrica



ulcera pilorica



390



FOTO 65-II

Ulcer gástri-
co de bordes
lisos.

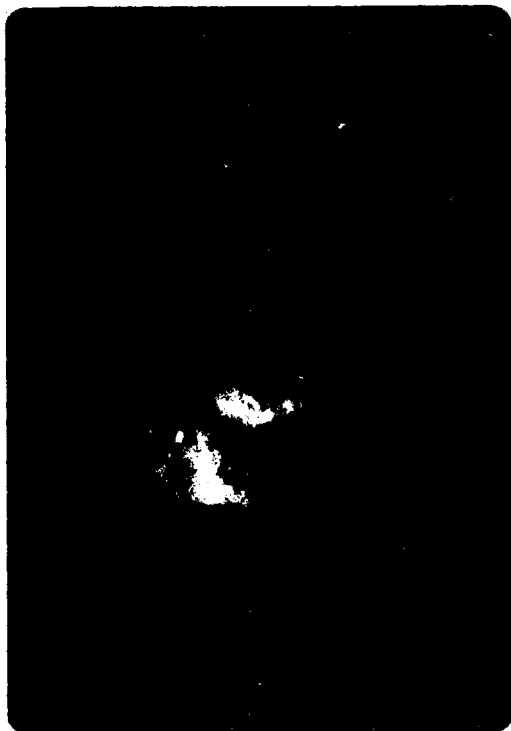
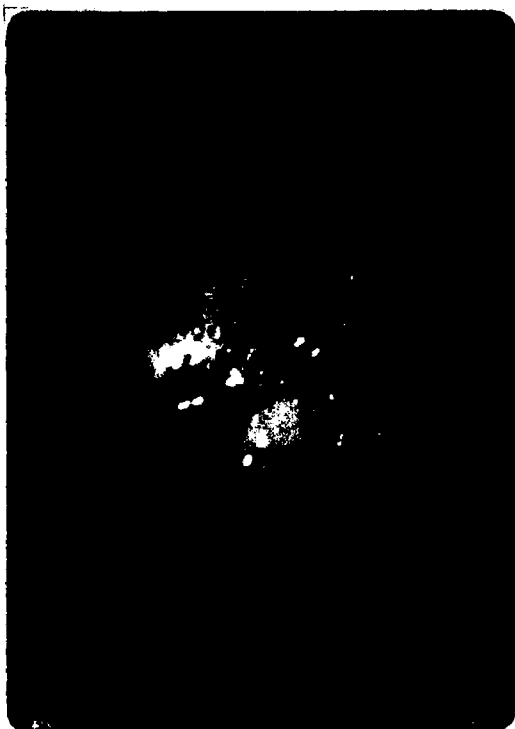


FOTO 66-II

Ulcera pilóri-
ca de bordes
lisos.

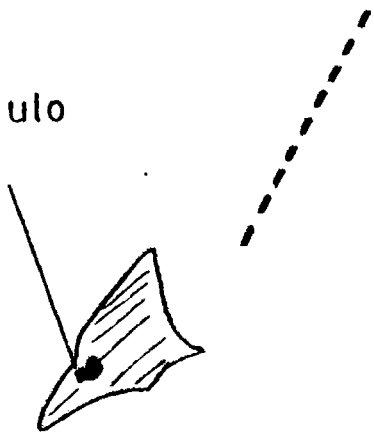


390 67



ulcera duodenal

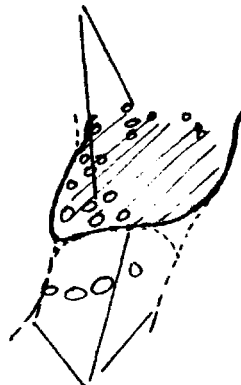
coagulo



BORDES ELEVADOS

u. gastrica

flash



bordes

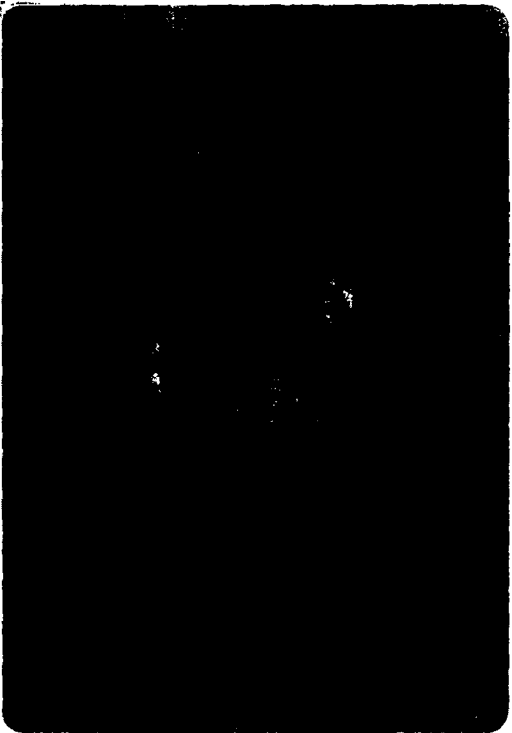


FOTO 67-II

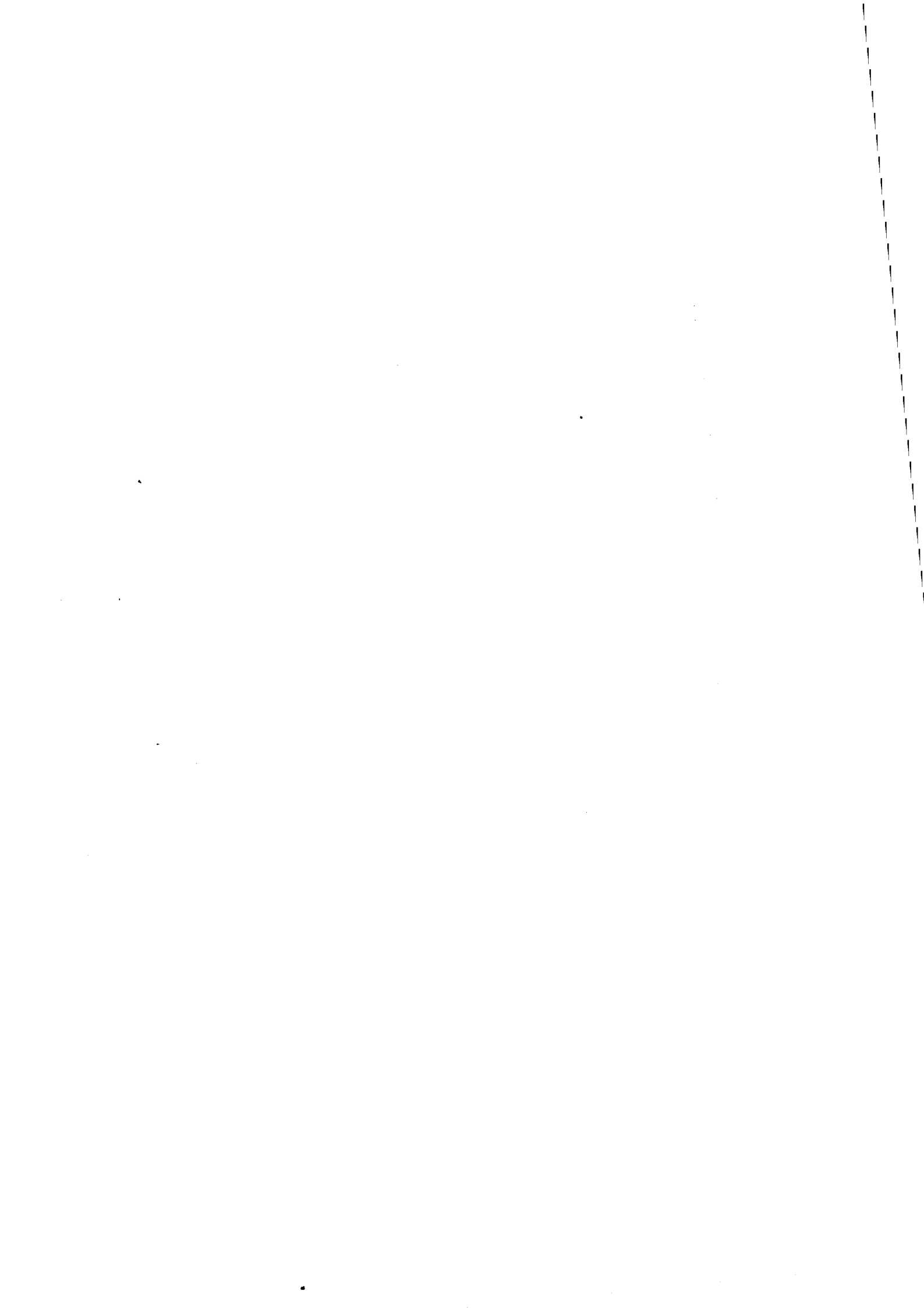
Úlcera duode--
nal de bordes
lisos.

FOTO 68-II

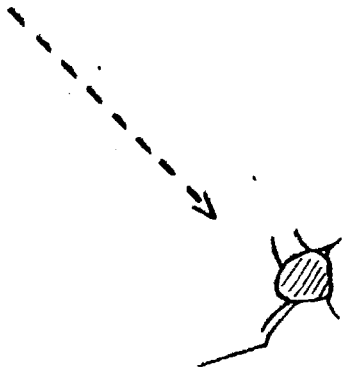
Úlcera gástri-
ca con bordes
elevados.

39162



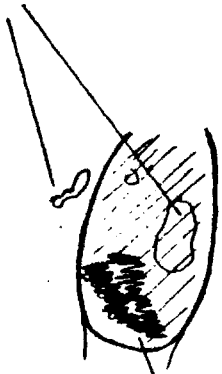


u. pilorico



u duodenal

flash



coagulos

392

FOTO 69-II

Úlcera pilórica
ca con bordes
elevados.



FOTO 70-II

Úlcera duode--
nal con bordes
elevados.



392 677

FONDO LISO

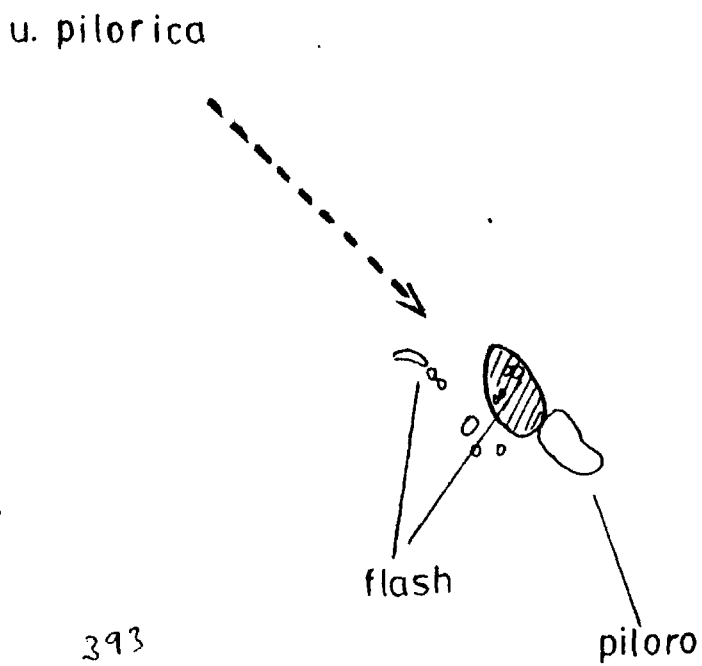
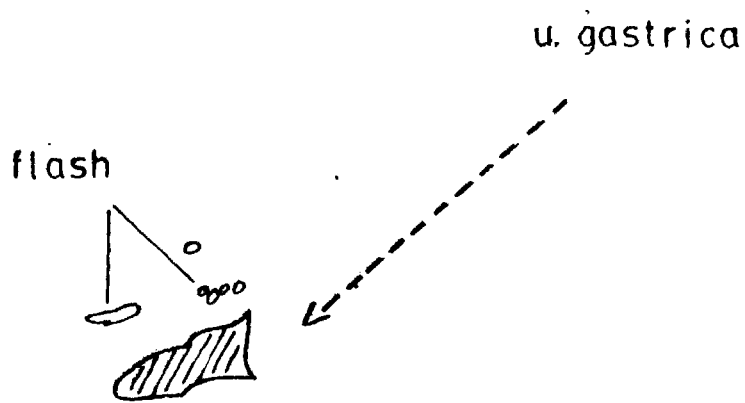




FOTO 71-II

Ulcera gástri
ca con fondo
liso.

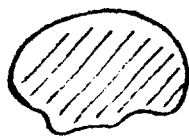
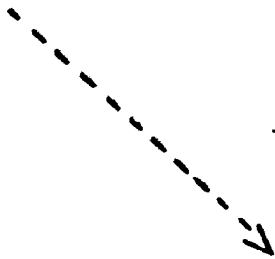


FOTO 72-II

Ulcera pilóri
ca con fondo
liso.

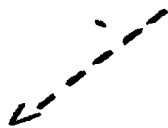
393 (R)

u. duodenal



FONDO NODULAR

u. gastrica



coagulos

FOTO 73-II

Ulcera duode--
nal con fondo
liso.



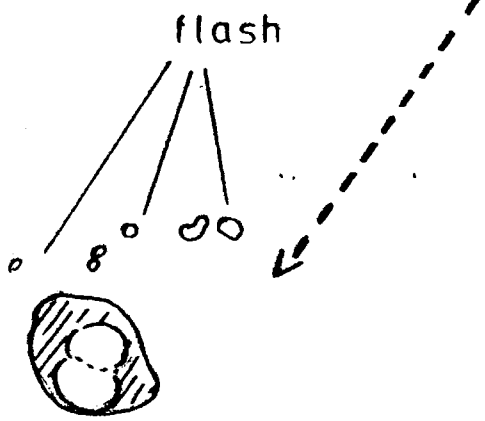
FOTO 74-II

Ulcera gástri-
ca con fondo
nodular.



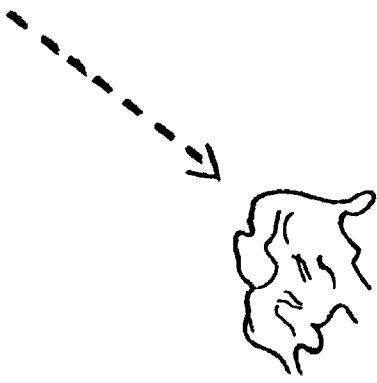
394 67

u. duodenal



FONDO BACON

u. gastrica



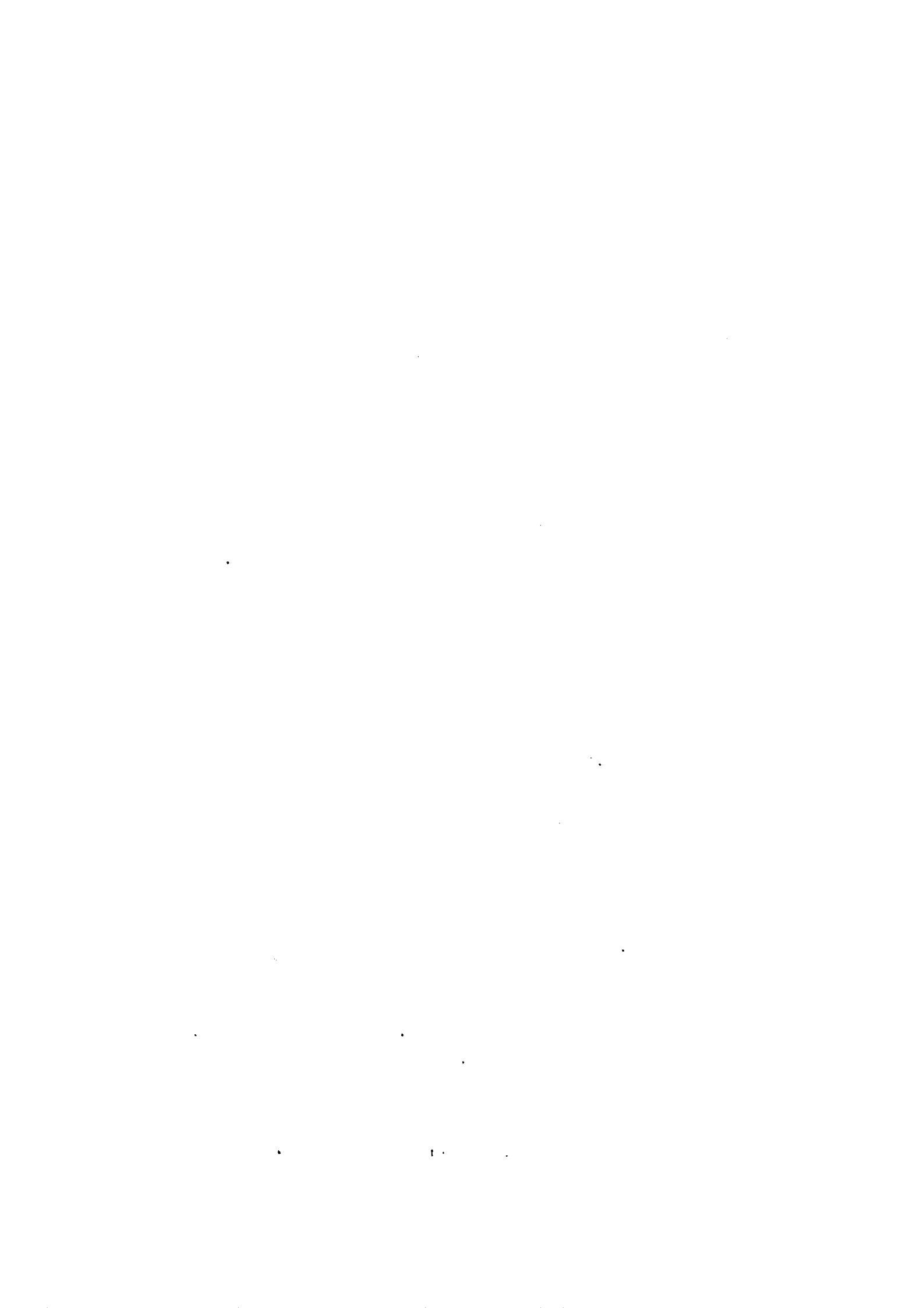




FOTO 75-II

Ulcera duode--
nal con fondo
nodular.

FOTO 76-II

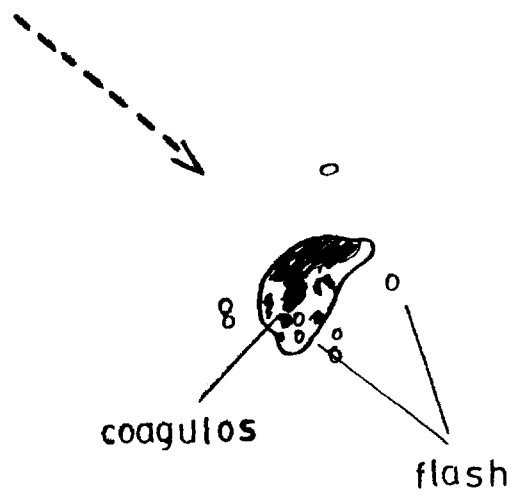
Ulcera gástri-
ca con fondo
en bacon.

395 677

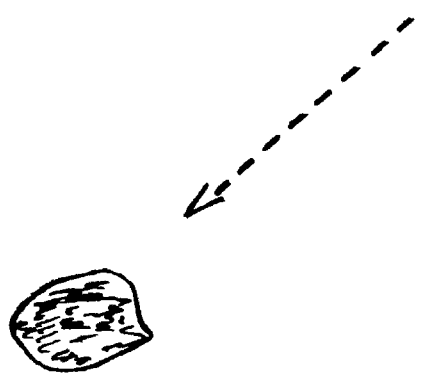


FONDO COAGULOS

u. gastrica



u. gastrico



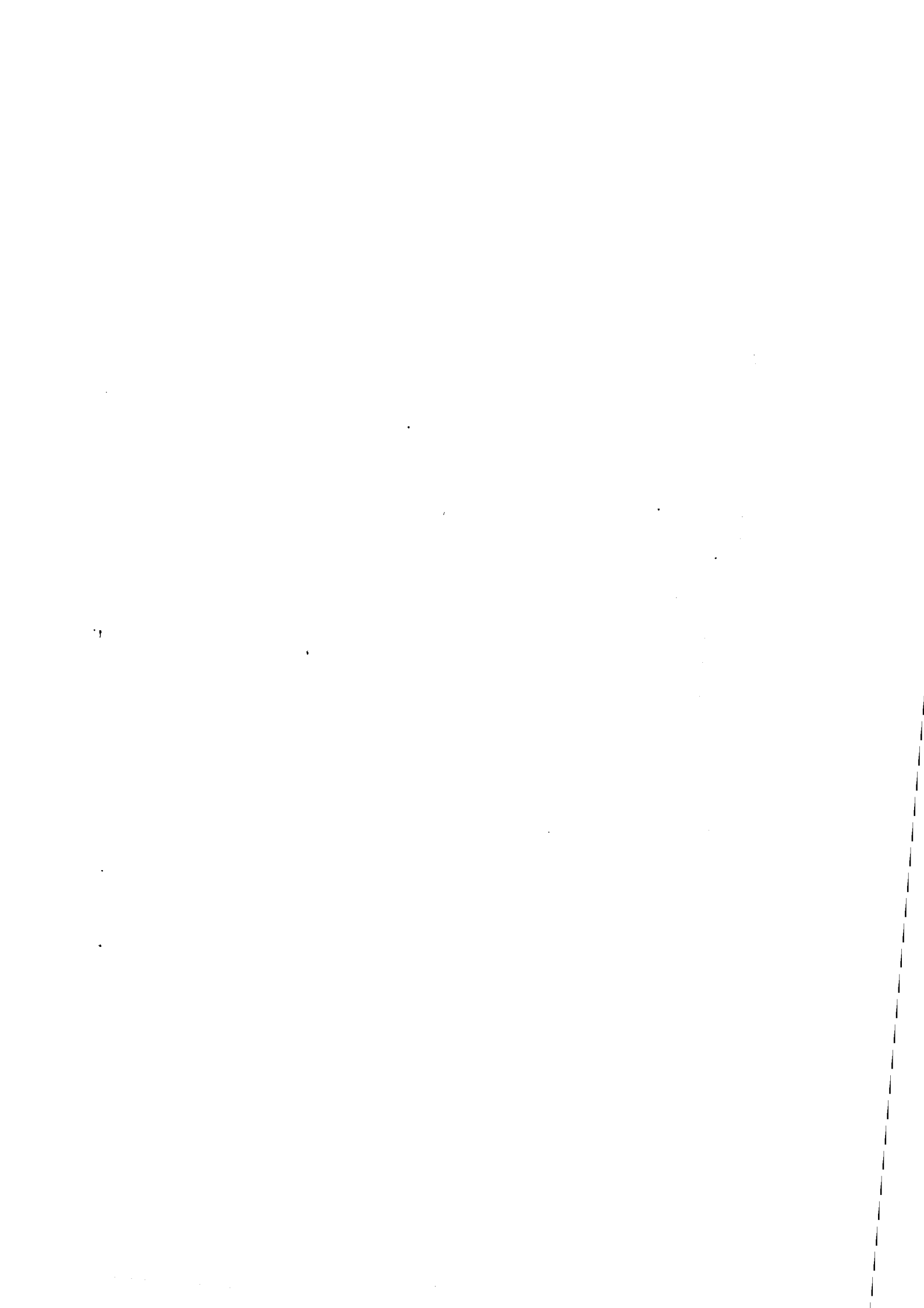


FOTO 77-II

Ulcera gástri
ca y fondo con
coagulos.

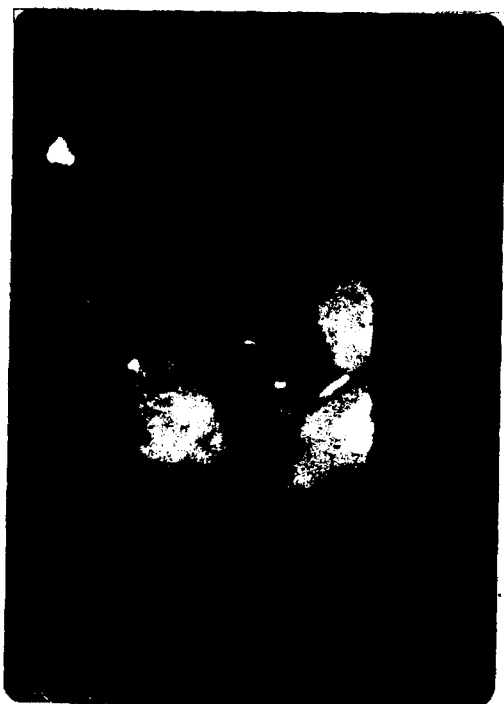
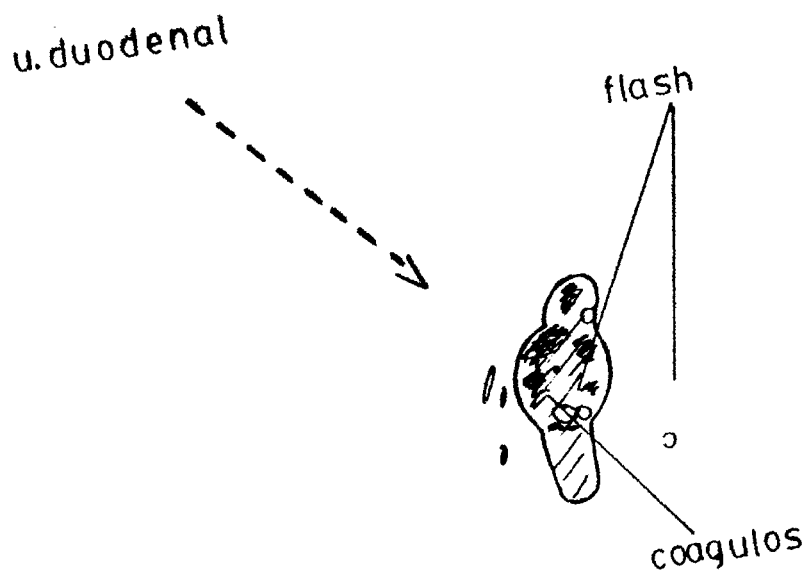
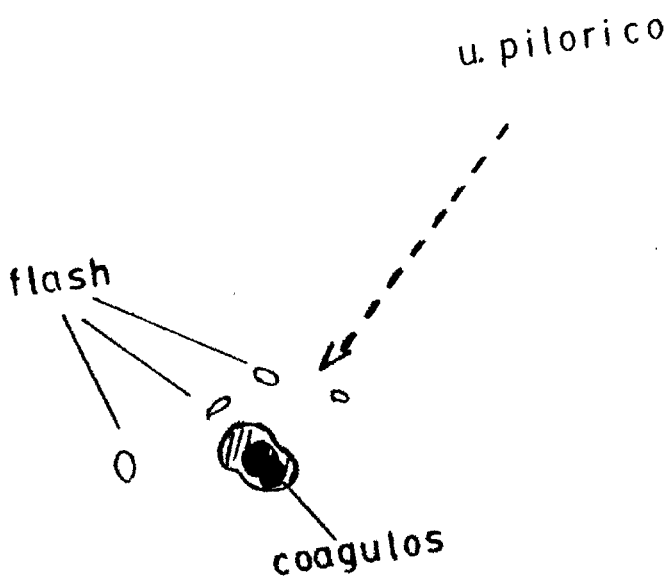


FOTO 78-II

Ulcera gástri
ca sangrante.

396 673



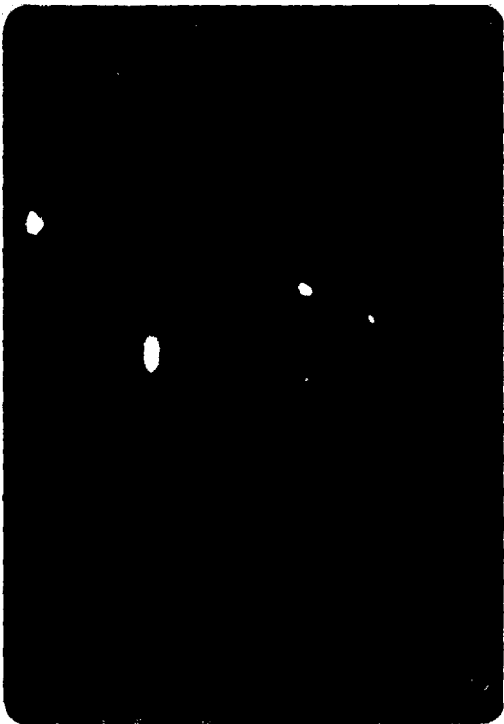


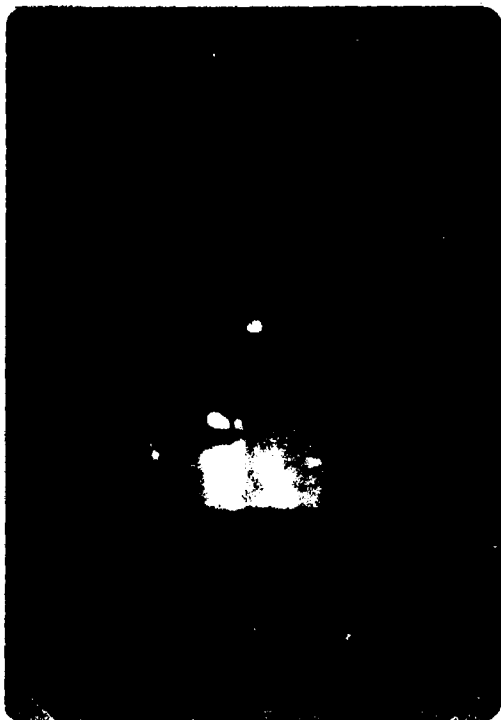
FOTO 29-II

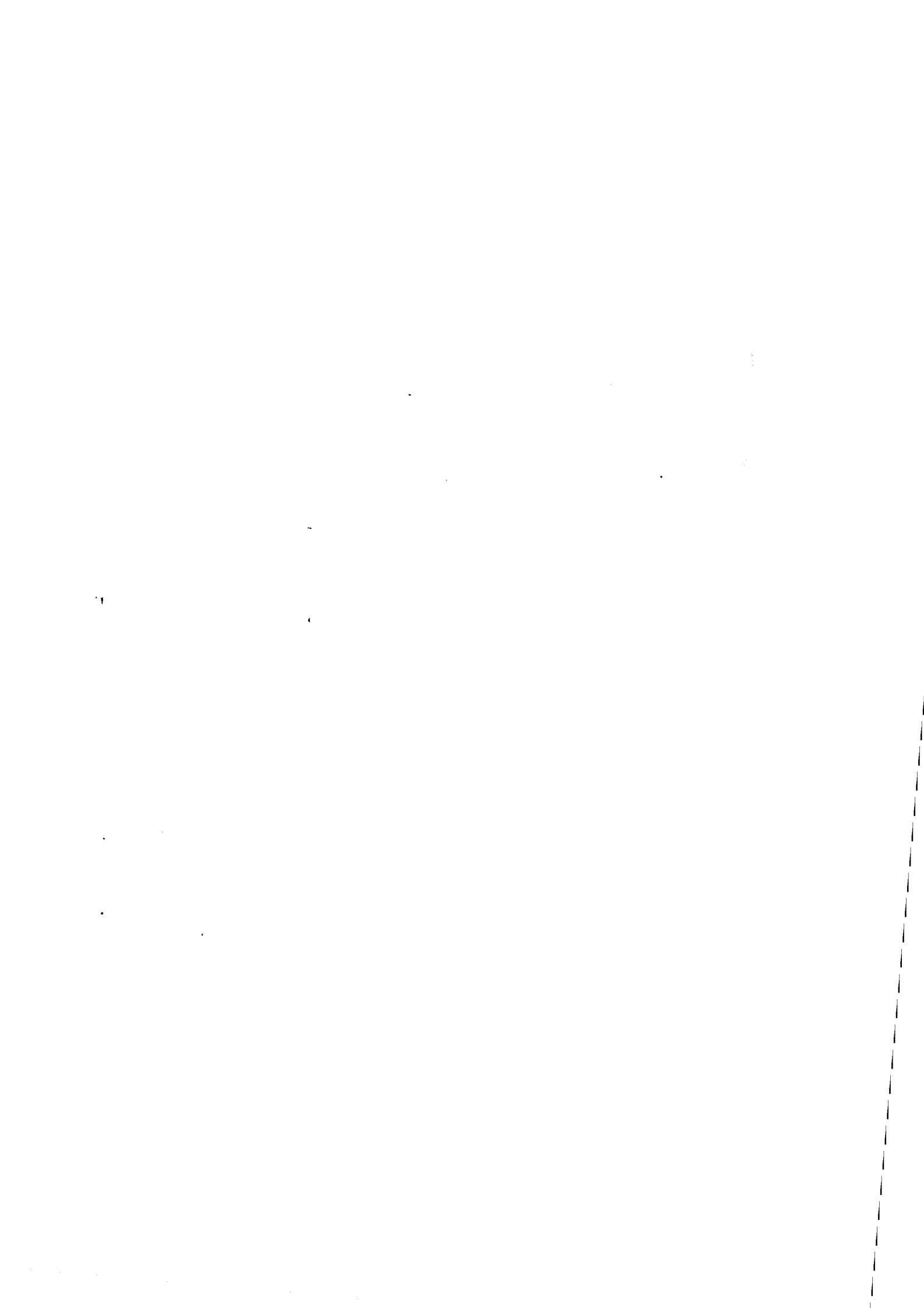
Ulcus pilóri-
con con coagu-
los en su fondo

FOTO 30-II

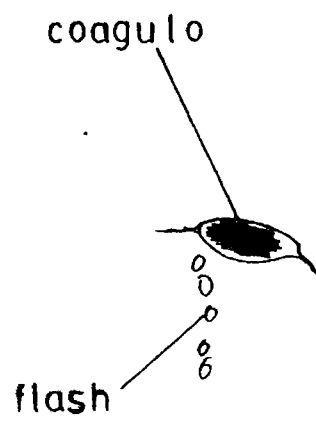
Ulcus duode--
nal con coagu-
los.

39767





u. duodenal



u. gastrico



398

FOTO 81-II

Ulcera duode--
nal con un --
gran coagulo.

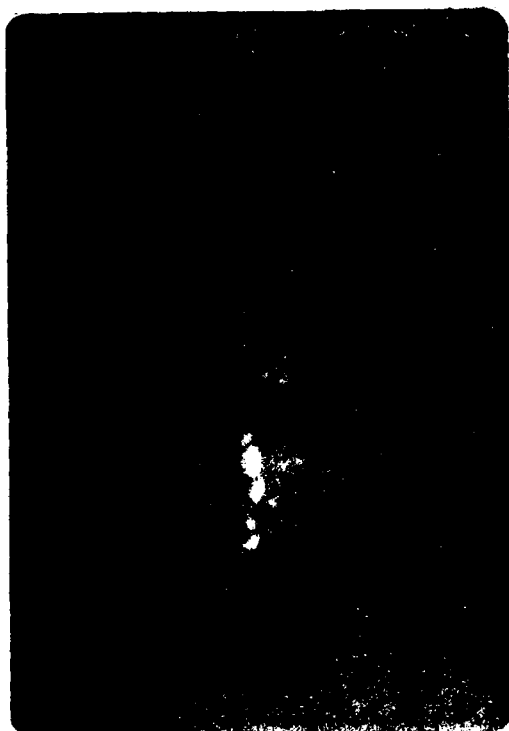
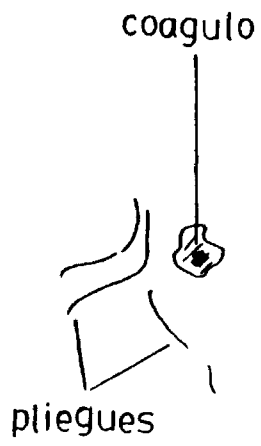
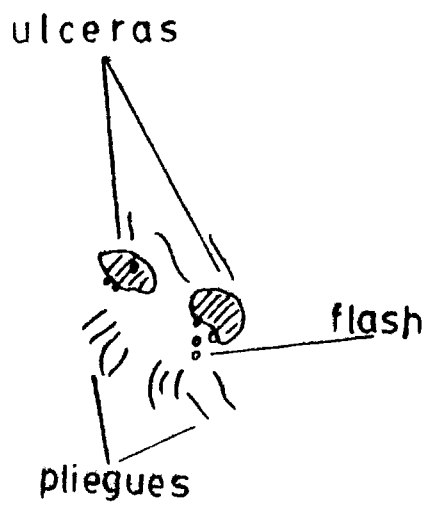


FOTO 82-II

Ulcera gástri-
ca en el momen-
to de la biop-
sia visualizan-
dose la piúza.



3986»



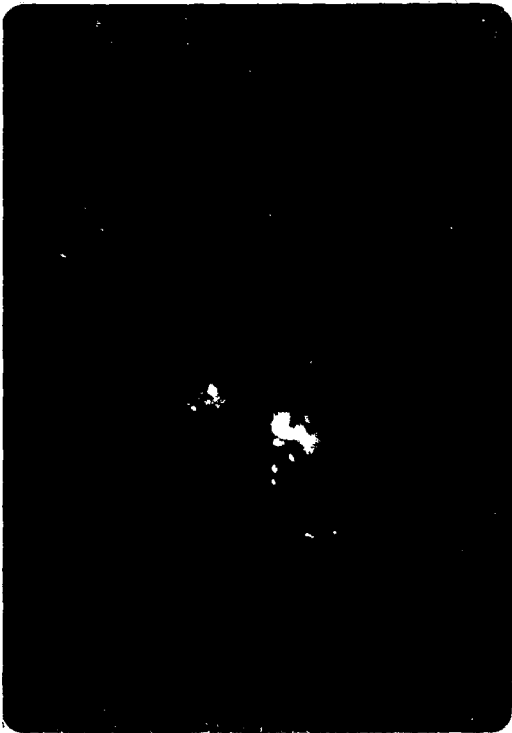


FOTO 63-II

Úlcera gástri-
ca múltiple.

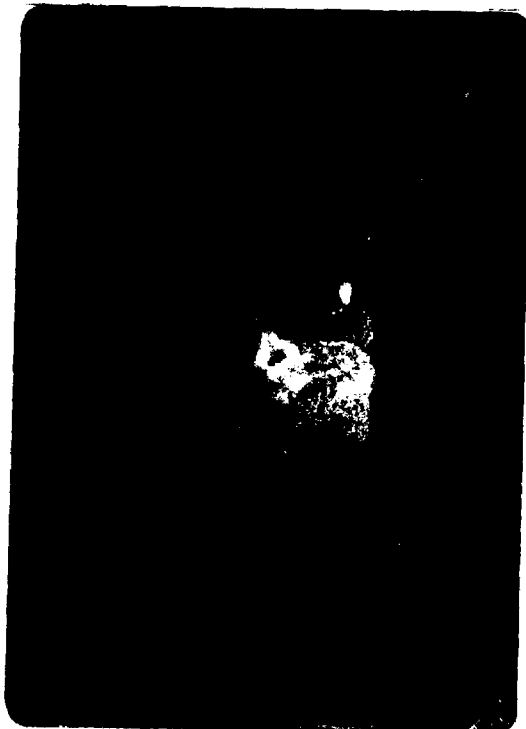
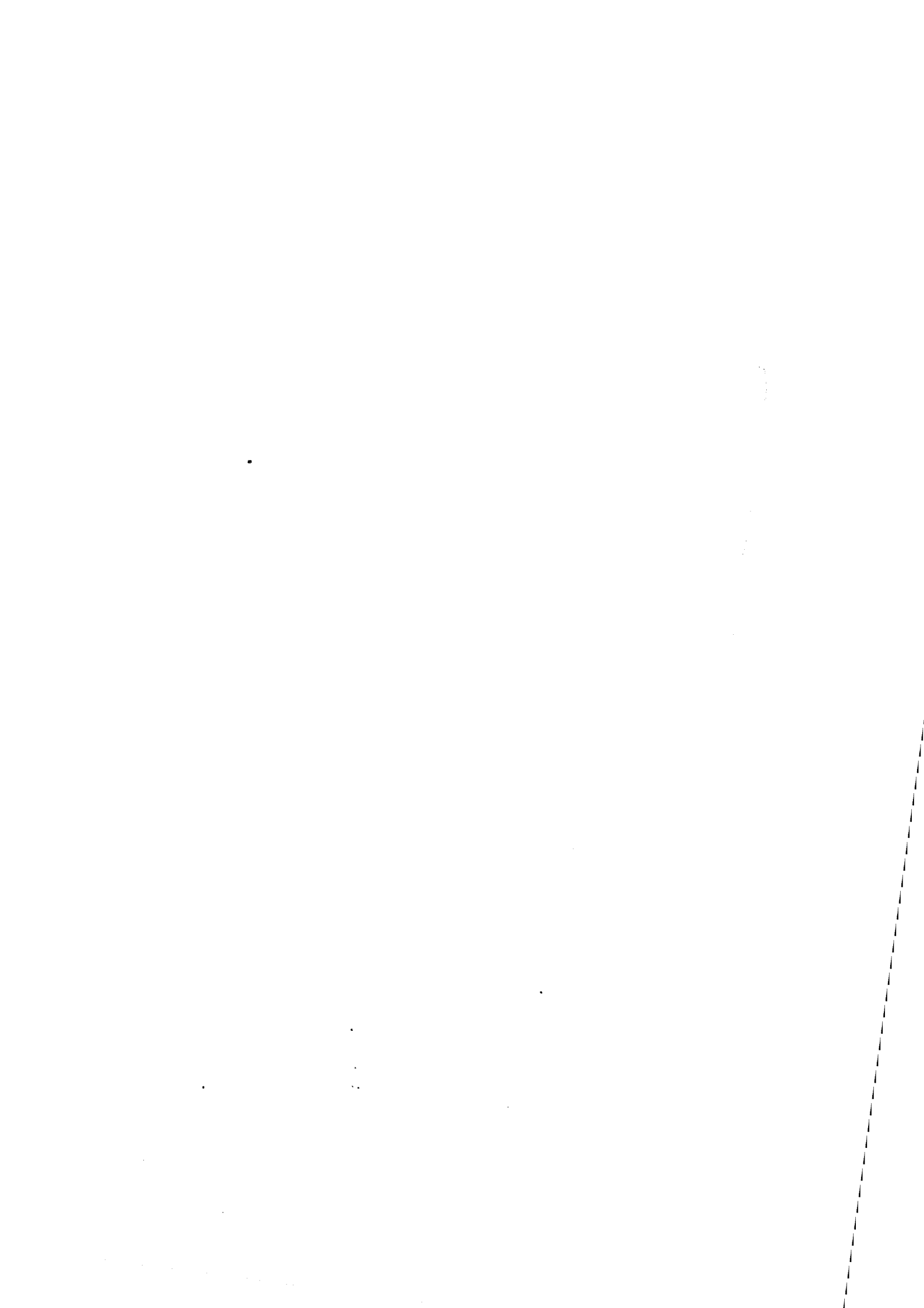
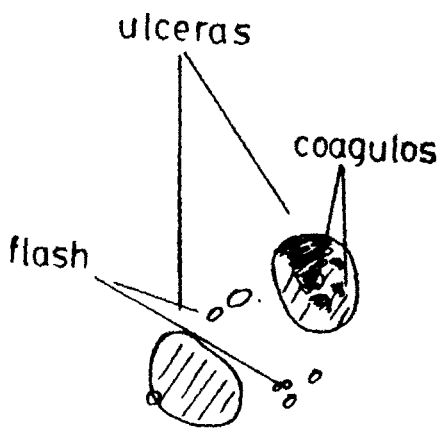
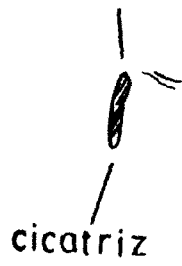


FOTO 64-II

Úlcera aguda -
con coágulos -
en su fondo.

39967





400

FOTO 85-II

Cicatriz ulce-
rosa lineal.

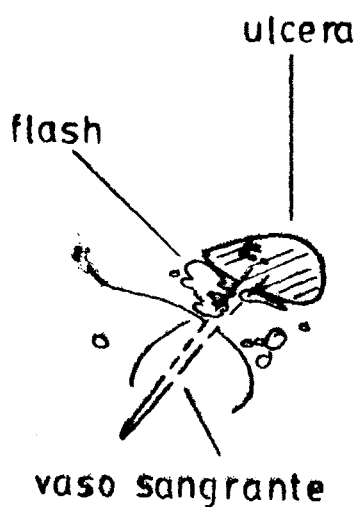


FOTO 86-II

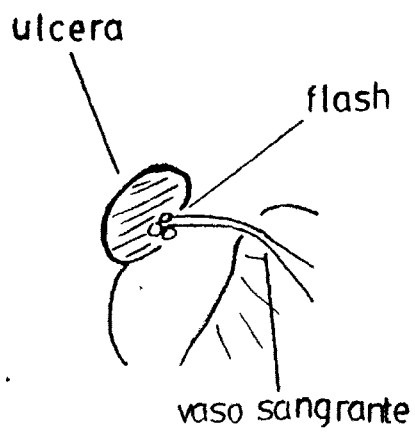
Ulcus gástri-
co doble, uno
de ellos con
coágulos.

40067

u.gastrica



u. duodenal



401

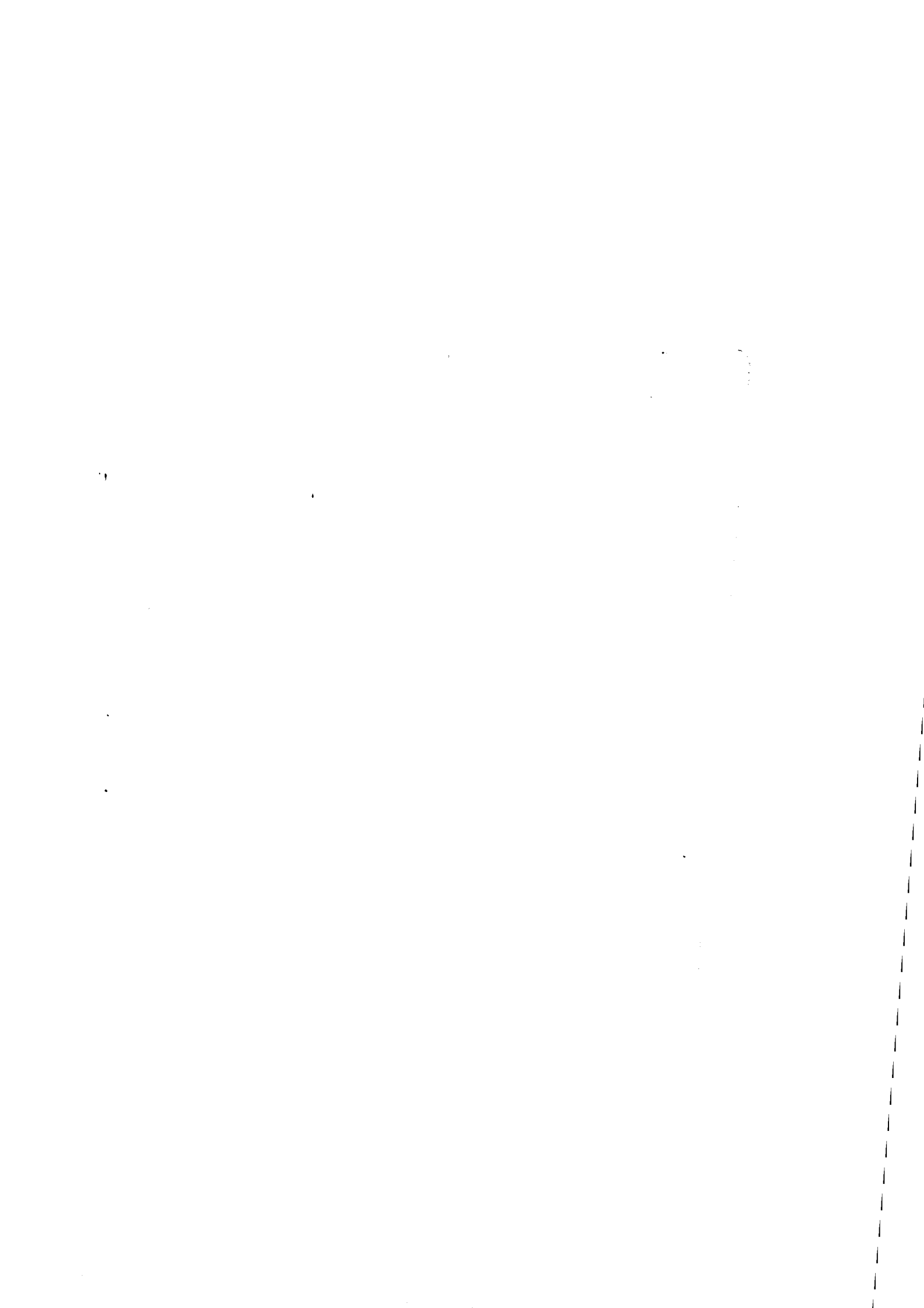




FOTO 87-II

Úlcera gástri-
ca con vaso -
arterial san-
grante.



FOTO 88-II

Úlcera duode--
nal con vaso -
arterial san--
grante.

401 (63)



BIBLIOTECA