

SOBRE ÚLCERA GASTRODUODENAL EN LA MUJER

Antonio - M. HARÁN

En el año 1928, el Prof. Prat hacía una comunicación a esta Sociedad sobre "la poca frecuencia o rareza del ulcus gastro-duodenal en la mujer". Posteriormente, en 1929, en los Anales de la Facultad (Diciembre N° 12) publicaba "su primer caso indiscutible de ulcus gástrico operado en la mujer, después de 20 años de ejercicio profesional". El hecho de que en la próxima Reunión Uruguaya de Patología Regional, que se está organizando para 1937, figure entre los temas: "La morbilidad por úlcera gastroduodenal en el hombre y la mujer", nos ha decidido a comunicar a esta Sociedad nuestra modesta experiencia, sobre este tema.

Hemos tenido ocasión de ver 3 casos de úlcera en la mujer: todas duodenales y todas comprobadas operatoriamente. En 2 de ellos, hemos intervenido personalmente en la intervención: en el primero, como ayudantes del Dr. Mondino, en 1919: en el segundo, como cirujano y cuya observación relataremos.

Es bien conocida de nuestros cirujanos la rareza de la úlcera gastroduodenal en nuestras mujeres: quizá convenga más el título de rara que el de excepcional: su poca tendencia a la evolución callosa puede facilitar el que pasen desapercibidas si la exploración quirúrgica no es muy minuciosa: y recordamos un caso de una enferma cuya intervención presenciemos, en la que sólo una gastrotomía permitió ver una lesión que se aproximaba al ulcus linear, descripto por Lion, en su aspecto endogástrico, pero sin perigastritis: de igual modo, en el caso que relataremos, nos pasó desapercibida la lesión en la primera laparotomía. Pero si agregamos a ésto el estado de espíritu del cirujano, cimentado en la experiencia clínica y poco propicio a creer en la posibilidad del ulcus femenino, no creemos difícil que más de un caso pueda que-

Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía en la sesión del 28 de octubre de 1936.

dar ignorado y más aún, si tenemos en cuenta que ese factor revelador de muchas úlceras — la perforación — es prácticamente desconocido en la mujer en nuestro medio. Por eso tienen mayor significación las estadísticas anatómicas que las clínicas. Y no puede dejar de llamar la atención el que, entre las estadísticas que cita el Prof. Prat con cifras comparativas entre hombres y mujeres, la que establece un mayor porcentaje de úlceras en la mujer es la basada en las autopsias del Instituto de Anatomía Patológica del Rosario: en 30 úlceras, 3 en mujeres, es decir un 10 %: mientras que las cifras clínicas están en general muy por debajo (Pavlovsky, 2,9 %; Chutro, 5,5 %; Marotta, 7,8 %; Solé 2 %); y contrastando con estas cifras, Zeno da la cifra más alta, proveniente de 8 mujeres en 49 casos, es decir más de un 17 %, cifra excepcional y única.

De todos modos se trata de una lesión rara y ello justificaría la publicación de nuestra observación si no hubiera la apariencia de una perforación cubierta, más excepcional aún.

H. C., 36 años, soltera, nos consulta en 1930 por dolores epigástricos acompañados de ardores que sobrevienen 2 horas después de las comidas y vómitos alimenticios que la alivian. Todo data de 7 a 8 meses atrás.

El examen da: sensibilidad difusa epigástrica, más acentuada a dos dedos por debajo del reborde costal derecho, muy próximo al punto vesicular. No se palpa nada. Sospechando una afección vesicular, instituimos un régimen de hepática que parece mejorarla, pero meses después se agrava. No ha habido cólicos hepáticos.

Colecistografía (ingestión): "Vesícula excluida".

Radioscopia de estómago y duodeno: "Normal".

Exámenes orina, urea en el suero: "Normales".

Hacemos el diagnóstico de colecistitis y operamos.

Agosto 14/1930. Sprengel. No hay cálculos biliares. Periduodenitis intensa constituida por adherencias entre duodeno y cístico, algo acodado. Vesícula aparentemente normal de coloración: ni engrosada, ni distendida. Exploración rápida de estómago, negativa. Liberamos las adherencias. Cierre.

La enferma mejora notablemente hasta dar la impresión de una curación completa: las digestiones son normales: no sufre y aumenta de peso. Sin embargo, hacemos nuestras reservas en cuanto a la reproducción posible de las adherencias basados en la experiencia de otras periduodenitis operadas y recidivadas.

En este intervalo de mejoría, debemos practicarle una histerectomía total por nódulo fibromatoso ístmico infectado y con piometra a repetición.

En el año 1931, a 7 meses de la primera intervención, vuelve a sufrir: pero esta vez es un estado de dolor continuo epigástrico, intolerancia alimenticia y fiebre: hay un estado de ligera defensa parietal sobre el recto derecho en su tercio superior y la palpación es difícil y dolorosa. El estado general se altera visiblemente: los sufrimientos son rebeldes a los sedantes. Decidimos reoperarla.

Noviembre 13|1931. Laparotomía paramediana derecha.

Nos encontramos con una formidable sínfisis gastro-hepática que oculta completamente la vesícula y la región pilórica: y otra sínfisis, hepato costal, extendida y sólida. No se puede explorar nada y menos, pensar en liberar los órganos adheridos. Hígado pálido, veteadado de arborizaciones blanquecinas.

Nuestro plan operatorio orientado hacia una estenosis extrínseca duodenal, no se altera ante lo que constatamos y practicamos una gastro-enterostomía posterior transmesocólica isoperistáltica a ansa corta. Cerramos el vientre pensando en una perivisceritis de origen bacilar: el aspecto del hígado parecía confirmarnos esa hipótesis: pero declaramos que no pensamos en úlcera.

Mejoría que llega a la curación completa, durante 3 años: se alimenta bien y aumenta 10 kilos de peso.

En 1934 vuelve a sufrir de dolores leves, pero tiene una pequeña eventración, como un huevo de gallina de la paramediana que la hace sufrir. Pero se va insinuando, al lado de ello, un cuadro gástrico con sensación de quemadura epigástrica, vómitos aislados y un poco de fiebre. Irradiación dolorosa al hombro izq. y columna vertebral. Recién entonces se nos ocurrió pensar en la posibilidad de una úlcera. Pedimos una radioscopia a domicilio y el examen del Dr. Menéndez dá: "Estómago normal, sin signos de sufrimiento. Casi seguro ulcus duodenal. La neo-boca, bien colocada, funciona perfectamente".

Días después, como si la clínica hubiera querido confirmar el diagnóstico radiológico, aparece una crisis de gastrosucorrea abundante. la enferma emite más de 300 gramos diarios de un jugo ácido que le quema el esófago y la faringe, todo acompañado de una gran salivación: al mismo tiempo tiene una hematemesis de 20 gramos de sangre roja. Fiebre: 38°.

Todo cede rápidamente a las inyecciones de atropina. Pasa tres días muy aliviada y al 4º día, otra pequeña hematemesis y una violenta puntada de costado en el hemitórax izquierdo, línea mamilar, 4º costilla, 40º de temperatura y ligero soplo suave en el 1/3 inf. pulmón izquierdo. En 3 días, todo desaparece.

Fué mejorando, no repitiéndole las crisis dolorosas gástricas, alimentándose mejor: y 5 meses después, le operamos su eventración.

Mayo 16|1935. Cura de la eventración. Aprovechamos para explorar ligeramente el estómago por la pequeña brecha que está al nivel del ombligo y notamos que toda la sínfisis gastro-hepato-costal ha desaparecido: todo está libre, vesícula, piloro, hígado y nos parece sentir una pequeña induración en la cara anterior piloro-duodenal.

Posteriormente, tuvo trastornos que la radioscopia mostró ser debidos a ligeras adherencias de dos ansas delgadas y que curaron con inyecciones de peruesterina.

Hemos visto a la enferma hace pocos días (setiembre 1936) y no ha sentido más molestias, alimentándose perfectamente.

Creemos que hay derecho a admitir la existencia de una úlcera en nuestra enferma: dejando aparte el examen radiológico, la pequeña induración duodenal constatada, la gastrosucorrea y las hematemesis son síntomas característicos: el beneficio de la gastroenterostomía y la evolución por empujes confirman el diagnóstico.

Pero creemos que ha habido un proceso perforativo tabicado por el hígado: no vemos manera de interpretar la sínfisis constatada en la 2ª intervención entre el hígado y el estómago: y por otra parte, su desaparición total constatada en la 3ª operación. Y ésto es algo excepcional en nuestro medio.

Vemos, pues, en nuestro caso, cómo ante una mujer con trastornos dispépticos y una vesícula que no se rellena, es necesario tener presente la posibilidad de una pericisto duodenitis de origen ulceroso, y en caso de que las lesiones constatadas en el árbol biliar no convenzan, *aunque sea una mujer*, explorar minuciosamente el estómago y el duodeno.