

Trabajo de la Clínica Quirúrgica F — Prof. P. Larghero Ybarz

VAGOTOMIA Y OPERACION DE PEAN - BILLROTH PARA ULCERA DEL DUODENO (*)

Dr. P. Larghero Ybarz

Presentamos a consideración de la Sociedad de Cirugía un caso de úlcera del duodeno, en un sujeto joven, de 24 años, que fué tratado con vagotomía y resección gástrica con anastomosis gastroduodenal de tipo Pean-Billroth I.

Es la única vagotomía que hemos practicado, porque en el tratamiento de la úlcera del estómago y del duodeno seguimos fieles a las normas que más de una vez hemos enunciado, y que son las siguientes:

1º. La úlcera del estómago debe ser tratada siempre por resección, salvo cuando aparece en un sujeto joven y cura rápidamente por el tratamiento médico bien instituido y persistente; entendemos por curación de una úlcera de la pequeña curvatura la coexistencia de tres elementos: a) desaparición completa de los síntomas; b) desaparición del nicho; c) recuperación de la flexibilidad de la pared gástrica y de las contracciones de la misma. En ausencia de estas condiciones y sobre todo cuando el sujeto tiene más de treinta años, toda úlcera de la pequeña curvatura o de la región pre-pilórica, debe ser resecada porque ella es rebelde al tratamiento médico, y porque en un porcentaje de casos que según nuestra experiencia está cerca del 20 %, ha su-

(*) Esta comunicación fué presentada el día 13 de setiembre de 1950.

frido la transformación neoplásica, sólo demostrable en algunos casos por el examen cuidadoso de la pieza. (1)

2º La úlcera del duodeno debe ser tratada médicamente y sólo sometida a la intervención quirúrgica cuando existen una o varias de estas condiciones: a) perforación; b) hemorragia; c) estenosis pilórica; d) sufrimiento persistente pese al régimen; e) úlcera de vieja evolución; f) perforación tratada por sutura simple y que vuelve a sufrir precozmente después de la operación, implica casi siempre estenosis por úlcera doble del duodeno y debe ser resecada también.

3º En la úlcera péptica de la neoboca el tratamiento de elección es la gastrectomía con o sin resección del yeyuno (2), operación benigna y que da excelentes resultados.

Consideramos que la vagotomía debe quedar reservada a los casos de úlcera péptica recidivante de la neoboca, que aparece después de una resección gástrica de extensión suficiente; o al tratamiento de los casos excepcionales de úlcera del duodeno en sujetos jóvenes, en los cuales, pese a la magnitud de la resección gástrica, la úlcera péptica de la anastomosis se producirá casi seguramente.

En este último caso la vagotomía, asociada a la resección gástrica, confiere a esta resección un suplemento de seguridad en cuanto a la cura definitiva y a la profilaxis de la úlcera péptica de la neoboca. Es sobre la base de esta última indicación que hemos tratado al enfermo que motiva esta observación.

E. S., 24 años. Historia clínica N° 6183.

Ingresa al Servicio el 3 de enero de 1949 enviado por el Dr. José González Mullin, con el diagnóstico de úlcera del duodeno. Su enfermedad evoluciona desde hace 4 años con los síntomas y la evolución típica de una úlcera del duodeno, confirmada radiológicamente el 12 de setiembre de 1945 por los Dres. Zerboni y Gorlero. Pese al tratamiento médico bien instituido, los sufrimientos han continuado y aunque no ha tenido hemorragias ni accidentes perforativos en el momento actual, los dolores persisten a despecho del reposo y de la medicación y de la dietética.

(1) P. Larghero Ybarz. — Diagnóstico precoz del cáncer del estómago. Publicaciones del Inst. de Radiología y de la A. U. de Lucha Contra el Cáncer. 1948.

(2) Dres. P. Larghero e I. Carrera. Úlcera péptica gastro-yeyunal y fistula gastro-yeyuno-cólica. 26 Observaciones. Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, Tomo XIX, N° 6, pp. 569-604.



12-IX-45.

El duodeno muestra un bulbo de dimensiones grandes, de contornos deformados, presentando en el seriograma una marcada irregularidad de sus pliegues y un pequeño depósito de bario, con las características de un nicho.



28-I-49. — El estómago aparece en el examen con repleción, con gran cantidad de líquido residual con su fondo dilatado, dando la imagen en palangana. No observamos pasaje a través del píloro; así como tampoco por la neoboca. Examinando nuevamente a la $\frac{1}{2}$ hora de la ingestión tampoco se observa evacuación del contenido gástrico.



Julio de 1949. — Buena evacuación gástrica y atonía de las asas delgadas.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

En 1946 y 1948 el examen radiológico mostró las lesiones duodenales en el mismo estado, y el examen practicado en el momento del ingreso confirma la persistencia del nicho y de un moderado grado de estenosis pilórica.

El tubaje gástrico revela una moderada hipersecreción, pero con tasa de ácido clorhídrico libre, de valores ligeramente inferior a lo normal. Este examen no fué repetido.

Ante la persistencia del sufrimiento y su rebeldía al tratamiento médico, se encara la intervención quirúrgica, pero en vista de la juventud del enfermo se considera que es el caso para hacer una vagotomía complementada por una operación de drenaje de tipo gastrectomía con anastomosis gastroduodenal.

OPERACION (enero 20 de 1949).

Anestesia raquídea.

Doble úlcera del duodeno; la posterior penetrante en páncreas. El píloro es permeable al dedo. Resección de ambos vagos sobre el esófago abdominal. Resección gastro-píloro duodenal y anastomosis del estómago con el duodeno. Cierre de la pared.

Evolución sin incidentes.

Control radiológico: enero y julio de 1949 (6 meses después de la operación). Dres. Zerboni y Gorlero.

Estado actual (9 de agosto de 1950): estado de nutrición bueno; aumento de peso 3 kilos; ningún trastorno. Régimen de comida amplio. Ha vuelto a sus actividades.

Tubaje gástrico (inyección de 1 miligramo de clorhidrato de histamina intramuscular).

	Volumen	acidez libre	acidez total
Residual	25 cc.	0	0 gr. 365
30'	70 cc.	0	0 gr. 511
45'	25 cc.	0	0 gr. 730
60'	15 cc.	0	0 gr. 365
75'	30 cc.	0	0 gr. 292

Los tres últimos tubos contienen sangre fresca.

(Dr. Emeric).

Estudio radiológico (Dres. Zerboni y Gorlero. Agosto de 1950).



Agosto de 1950. — El estómago se comporta como normal. Da la impresión de haber sido resecada una pequeña porción de antro, cosa que no podemos afirmar. El bulbo duodenal no se forma como tal, apareciendo en la zona del píloro, una imagen algo estrellada, que interpretamos como correspondiente a la anastomosis. El tránsito de la comida opaca se hace con facilidad no existiendo modificación en la forma del arco duodenal, el que es de calibre ligeramente mayor que lo corriente.