

## ÚLCERA DUODENAL PENETRANTE (\*)

Dr. Tomás Clivio Durante

La forma penetrante de la úlcera constituye uno de los más arduos problemas que debe afrontar el cirujano en la terapéutica quirúrgica de la misma.

Entendemos por úlcera penetrante aquella ulceración que por la misma erosión de las tunicas duodenales ha invadido las formaciones vecinas realizando en ellas lesiones de intensidad variable que constituye un verdadero complejo anatómo-patológico.

En este trabajo analizaremos sucesivamente:

- I. — La anatomía quirúrgica operatoria.
- II. — Las técnicas operatorias generales.
- III. — La técnica de LAHEY.
- IV. — El caso clínico tratado.
- V. — El estudio crítico del procedimiento.

### CAPITULO I

#### ANATOMIA QUIRURGICA OPERATORIA

La úlcera duodenal se vuelve penetrante cuando se halla ubicada en su borde lateral o en su cara posterior.

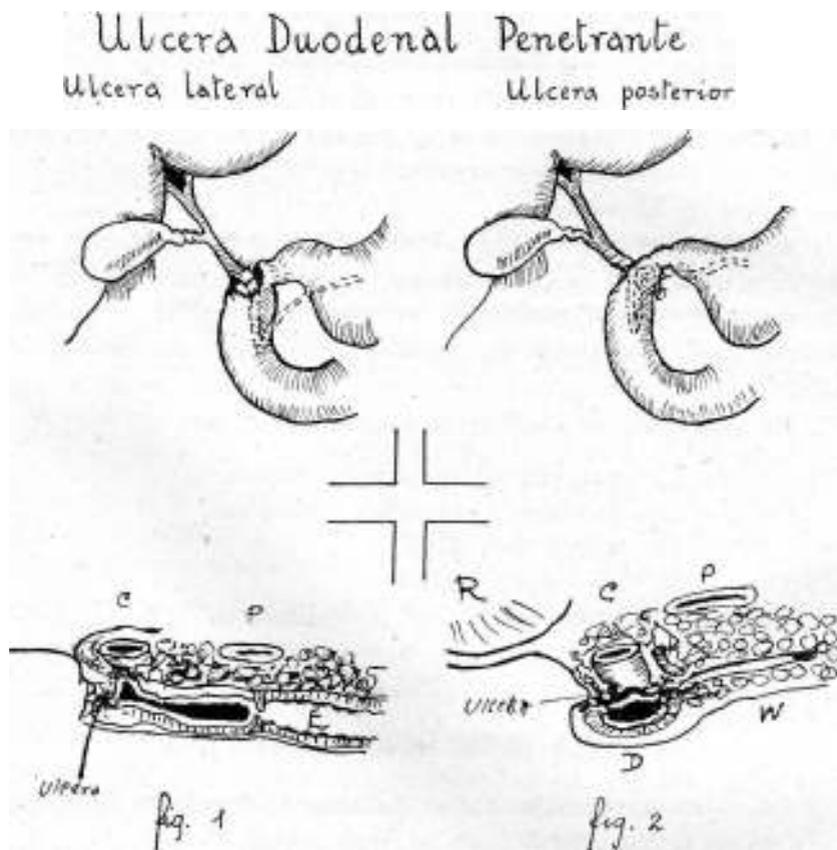
Dejando de lado el problema de las lesiones vasculares perulcerosas, que por sus características especiales constituye un capítulo aparte, nos ocuparemos en particular de las lesiones de los ductos biliares y pancreáticos y parénquima pancreático propiamente dicho.

---

(\*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 11 de octubre de 1950.

A) *Úlcera lateral.* (Fig. 1)

La úlcera lateral es la que se encuentra sobre el borde del bulbo duodenal en conexión con el pedículo hepático. Esta úlcera tiene una frecuencia de un 10 % y está constituida por un pequeño nicho erosivo que penetra en el ligamento hepato-duodenal. En el empuje agudo el proceso congestivo, edematoso y linfangí-



tico, vuelve succulento al meso, se comprime el ducto biliar, y el páncreas yuxta-bulbar presenta además un proceso intersticial de iguales caracteres que lo hace sangrar al menor trauma. En la fase crónica la fibrosis perilesional alcanza a la vía biliar realizando una estenosis extrínseca que disminuye y deforma al ducto, dificultando el tránsito en el mismo.

B) *Úlcera posterior.* (Fig. 2)

La úlcera posterior es la que ocupa la pared posterior del duodeno. El nicho tiene topografía variable; se le puede encontrar en la región del bulbo; en la unión del bulbo con la segunda porción; en la zona del confluente pancreático biliar; en la zona por debajo del confluente; esta última situación es absolutamente excepcional (1 %) y queda excluida de este trabajo.

El nicho de la ulceración posterior tiene ciertas particularidades: es un nicho infundibuliforme cuya base es menor que la boca, porque la reacción fibrosa que provoca en los tejidos per ulcerosos es intensa y la erosión es tórpida y lenta.

La vía biliar participa como en el caso anterior en este proceso y puede llegar el caso de salir bilis directamente en el fondo de la úlcera por hallarse esta vía perforada.

La papila de Vater puede participar también en el proceso y es necesario establecer que sus lesiones van desde el espasmo simple hasta la Odditis estenosante.

El Wirsung tiene una participación similar al colédoco.

El páncreas tiene también igual proceso que el descrito en la úlcera lateral, pero en una extensión mucho mayor y en una zona también de mayor importancia.

En la placa radiográfica (Fig. 3) puede verse la estrecha relación entre el colédoco, el Wirsung y la pared posterior de la primera y segunda porción duodenal. Las lesiones asociadas en este proceso son:

1. La estenosis del duodeno.
2. La fragilidad de la pared duodenal.
3. La dislocación de las relaciones anatómicas entre
  - a) el colédoco y la pared duodenal y
  - b) el Wirsung y el colédoco.
4. El acortamiento del segmento duodenal inter-úlcer-Vateriano por contractura de la pared muscular o retracción de la misma.

Estas lesiones anatómicas se presentan en el campo operatorio bajo tres situaciones:

1º No se ha liberado aun el gastro-duodeno y el complejo lesional anteriormente descrito constituye un tumor inflama-



Relaciones del duodeno-colédoco y Wirsung.

torio infiltrante y adherente, que en un análisis cuidadoso puede bloquearnos las soluciones radicales.

2º La magnitud de las lesiones periulcerosas se hace aparente en el curso de la liberación del gastroduodeno y ésta debe ser sin embargo llevada adelante.

3º Las lesiones no son aparentes y como no se tomaron las precauciones del caso, ellas se manifiestan en la operación por:

- a) La salida evidente del líquido biliar amarillento que fácilmente la revela. (Sección del colédoco).
- b) La salida oculta del jugo pancreático tomado por simple serosidad. (Sección del Wirsung).
- c) La oclusión de los ductos total o parcial por ser tomados éstos en un punto de sutura, escapa completamente al control del operador.

Estas lesiones son importantes y complican el post-operatorio concluyendo frecuentemente con la vida del enfermo.

## CAPITULO II

### TECNICAS OPERATORIAS GENERALES

Las técnicas que se usan para resolver este problema son:

1. *Gastroenterostomía simple*, aplicable a la situación del úlcus considerado inextirpable.

2. *Gastrectomía con exclusión pilórica* (Finsterer), aplicable también en el caso de considerarse inextirpable la lesión. Se le asignan las siguientes desventajas:

- a) Persistencia de clorhidria alta en el estómago.
- b) Cámara gástrica en el muñón cerrado y a tensión, que hace posible la falla de la sutura.
- c) La ulceración de la neo-boca como secuela de la hiperclorhidria.
- d) La continuación de la actividad del úlcus duodenal, con sus manifestaciones dolorosas y hemorrágicas.

3. *Gastrectomía con liberación duodenal submucosa de Montenegro* (Fig. 4). Esta técnica es usada frecuentemente. Se penetra en el duodeno en la zona yuxta-ulcerosa por vía submucosa, liberando la pared para poder cerrarlo.

La base de la úlcera queda en la zona pancreática y este lecho puede ser incluido en el cierre de la cápsula pancreática o simplemente abandonado, técnica excelente y de amplia aplicación práctica.

4. *Gastrectomía con liberación duodenal (Técnica de Ce-*

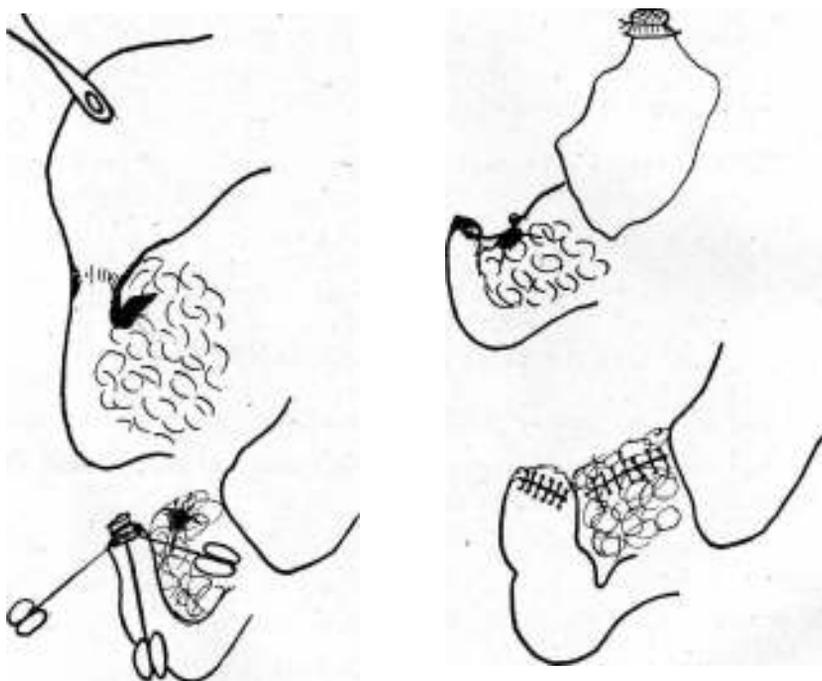


Fig. 4.

## Técnica Montenegro

*ballos - Gómez*) (Fig. 5). Esta técnica es factible cuando existe un considerable segmento duodenal inter-úlcero-Vateriano que permita el pasaje de una pinza en dicho espacio y realizar el desprendimiento de la úlcera de abajo hacia arriba, previa sección del duodeno.

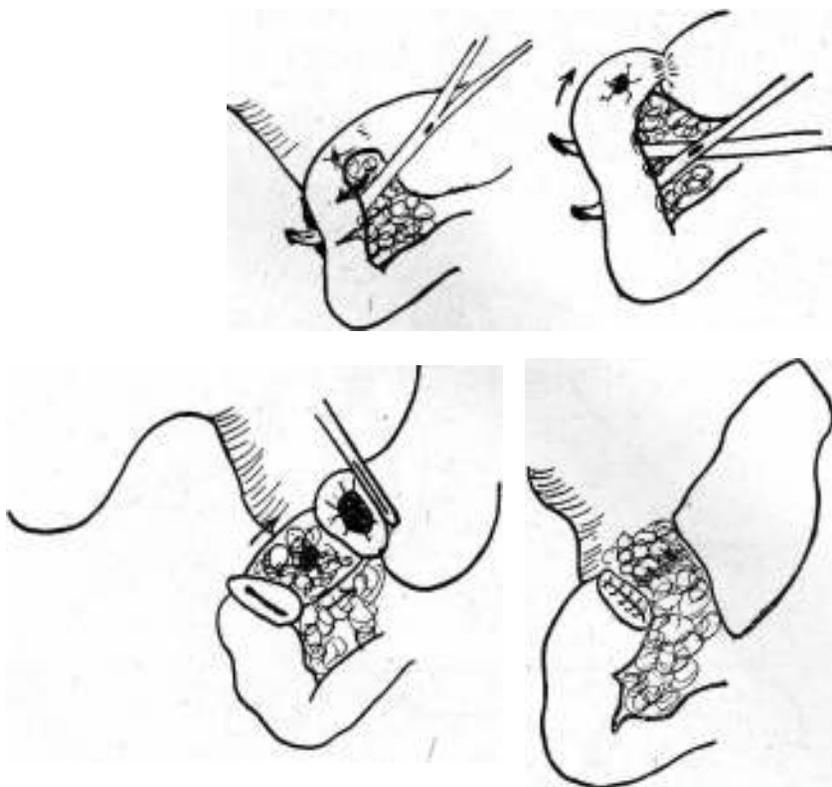


Fig. 5

Técnica Ceballos - Gomez ©

### CAPITULO III

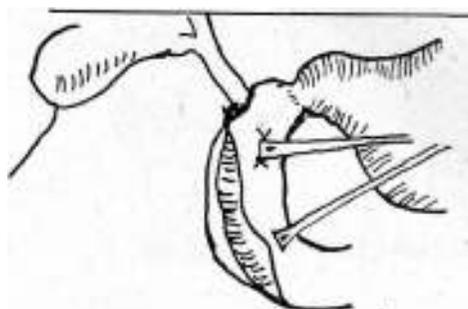
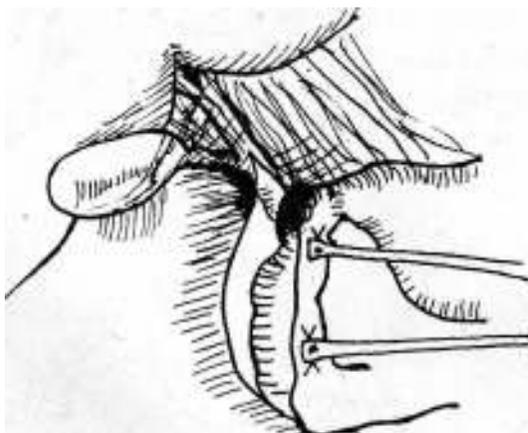
#### LA TECNICA DE LAHEY

Analizando los resultados obtenidos con las diferentes técnicas sobre el tratamiento del úlcus duodenal penetrante, LAHEY, Marshall y Cattell, llegaron a las siguientes conclusiones:

1º Que estaba resuelto en forma satisfactoria lo referente a la topografía de la resección; el tipo de sutura y sus materiales; el tipo de anastomosis; la manera de aislar el campo operatorio y prevenir las infecciones peritoneales.

# Técnica Operatoria de Lahey

(1) maniobra de movilización de Lahey



Maniobra de Kocher

2° Que el problema del cierre del duodeno en este tipo de ulcus era el factor de mayor morbilidad y mortalidad en el curso de toda la técnica.

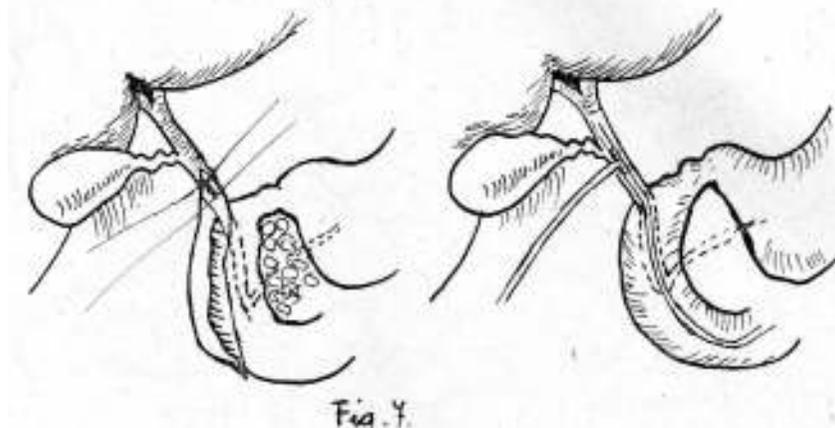
La técnica que vamos a describir tiene exactamente 8 años, en el curso de los cuales ha sido realizada en varios centenares de casos con resultados excelentes; nosotros por nuestra parte hemos tenido oportunidad de verlo realizar y seguir de cerca a 30 enfermos durante nuestra estadía en la Clínica LAHEY (años 1945 y 1949).

La técnica comienza con lo que llamamos maniobra de LAHEY: (Fig. 3)

Es en realidad la maniobra de movilización de la segunda porción duodenal (Kocher - Vautrin) ensanchada.

Esta consiste en hacer una incisión longitudinal sobre el peritoneo del borde derecho de la segunda porción del duodeno seguida de una disección roma que desprende el duodeno-páncreas de la facie de acolamiento; la maniobra de LAHEY prolonga la

### Coledocotomía previa con Tubo de Cattell.



incisión hacia el pedículo hepático, abre el peritoneo y expone el colédoco por encima del proceso.

Inmediatamente se practica una coledocotomía previa, la que es seguida de la exploración del mismo y de la papila de Vater (Fig. 7): Se comprueban sus lesiones las cuales son tratadas por los instrumentos correspondientes colocándose finalmente el tubo de Cattell. Este tubo que controla al ducto biliar, la papila y al duodeno, cumple importantísimas funciones a saber:

1. Realiza la topografía del colédoco en sus relaciones con el páncreas, yuxta-ulceroso, la papila y el duodeno.

2. Impide la hipertensión biliar post-operatoria inmediata de estos enfermos por edema regional.

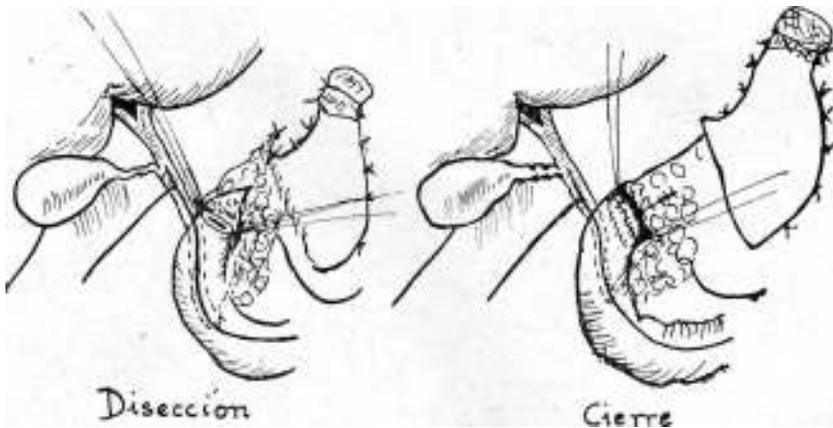
3. Controla la tensión del muñon en el post-operatorio.

4. Permite cumplir el proceso de cicatrización de dicho muñon duodenal sin dejar secuelas de la retracción fibrosa que disminuirían el calibre del ducto.

5. Permite la curación de las lesiones que pudiera tener el ducto biliar por su vecindad con la úlcera.

Concluída la plastia de ductos se cierra el muñon duodenal y la cápsula pancreática en forma corriente. (Fig. 8)

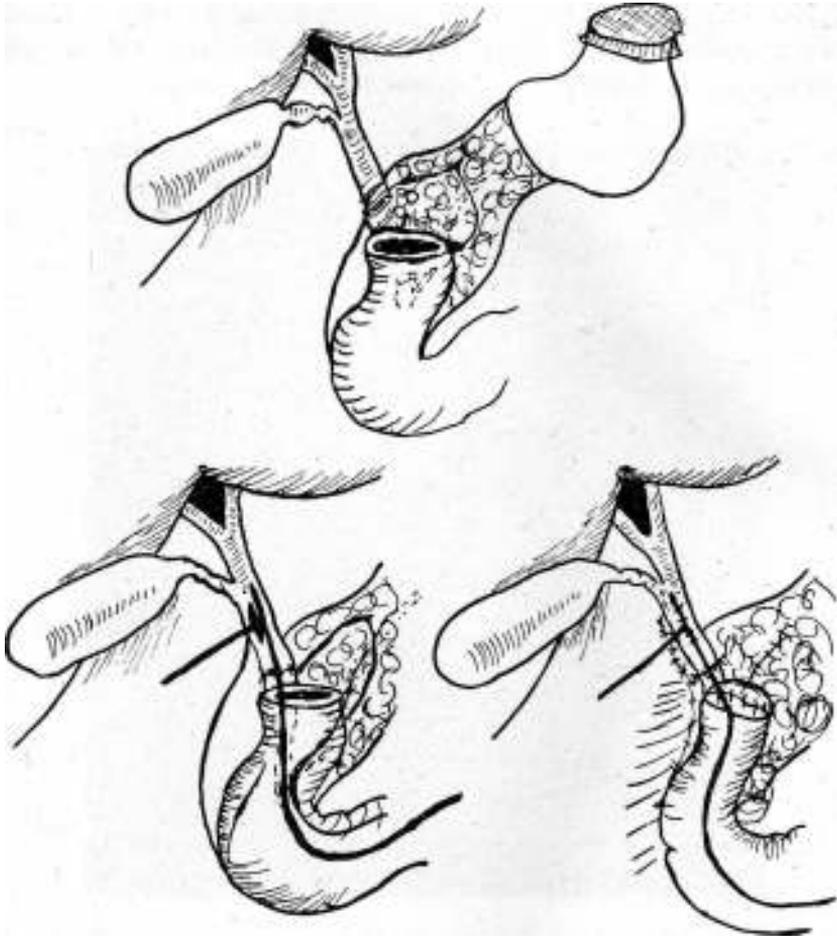
### Tratamiento del muñon duodenal



Si en el curso de la disección se tiene la fatalidad de herir los ductos se realizarán las siguientes plastias: (Fig. 9)

a) *Para el colédoco.* — Se introduce la rama corta del tubo de Cattell en el cabo superior del ducto biliar, teniendo especial cuidado que la rama longitudinal de la T salga por un orificio aparte que se ubica a una distancia de un centímetro como mínimo del punto de sección. Se cateteriza el cabo inferior con la rama larga, que será transpapilo-duodenal. Se suturará entonces la sección del ducto con puntos separados teniendo especial cuidado en la peritonización. Todas estas cuidadosas medidas han sido tomadas después de prolongados estudios experimentales y reconstrucciones de vías biliares seccionadas en el curso de ope-

## Técnica de Rahey para reparar la Sección de los ductos biliares



raciones biliares que debieron ser reparadas por estricturas de las mismas o fracasos de anastomosis bilio-digestivas.

b) *Para el Wirsung.* — Se debe buscar este ducto en el área pancreática próxima a la sección del colédoco. Su pequeño calibre y la zona vascular en que está situado hace que sea difícil identificarlo, pero no imposible; se cateteriza fácilmente con una

sonda filiforme que penetra 10 a 12 centímetros en el canal. A continuación se coloca un tubo, en general plástico, apropiado al calibre del conducto, se sutura cuidadosamente el páncreas y la cápsula pancreática alrededor de él. El extremo del tubo se introduce a través del cabo papilar y se sutura finalmente el muñón pancreático al duodeno por sutura anterior y posterior.



Fig. 10. — Radiografía de la estenosis pilórica.

#### CAPITULO IV

#### EL CASO CLINICO

M. G. de R. 63 años de edad, 25 años de síndrome dispéptico periódico, en el que se injerta hace tres años un síndrome pilórico funcional periódico con intensos dolores y enterorragias.

En enero del presente año el síndrome pilórico se instaló con carácter permanente hasta mayo en que fué intervenida.

En febrero tuvo una enterorragia masiva acompañada de una anemia aguda, de un poco más de un millón de glóbulos rojos que pusieron en grave riesgo la vida de la enferma.

Este episodio pudo ser vencido con medicación intensa y transfusiones, repercutiendo sin embargo sobre el estado general de la enferma, a lo cual

Caso Clínico N° 4130

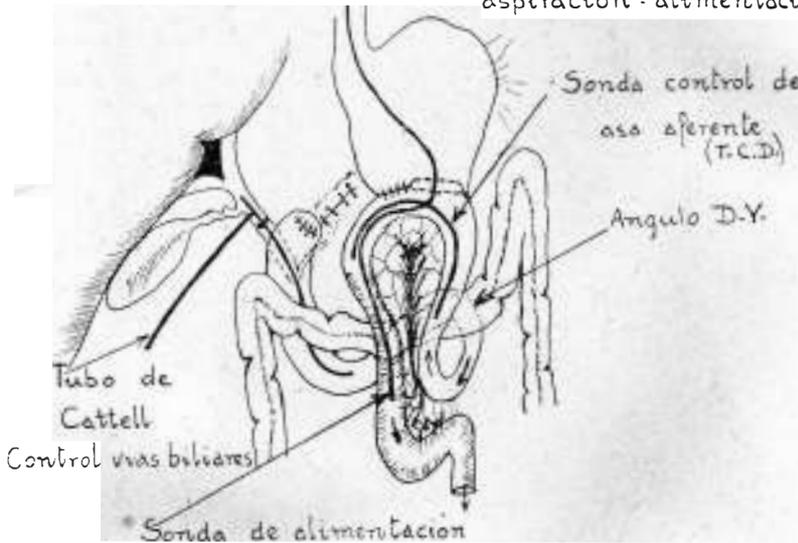
Operación N° 1450.

M.G de R. 63 años

Ulcus penetrante duodenal

Técnica Operatoria realizada

Sonda .doble corriente  
aspiración .alimentación



Gastrectomía Subtotal

Anastomosis antecólica tipo Hoffmeister

fig 11

es necesario agregar la alimentación insuficiente y los dolores intensos que padecía hasta el momento de ser vista en mayo por nosotros.

El examen físico revelaba una enferma desnutrida, anémica, con los signos físicos de la estenosis pilórica sin tumor palpable.

El examen radiológico permitió demostrar como puede apreciarse en las placas que acompañamos la presencia de una estenosis pilórica duodenal muy marcada, que apenas permitía el tránsito de la comida opaca y gran dilatación del estómago.

El tubaje gástrico mostraba una retención en ayunas marcada (200 c.c.)



Fig. 12. Pieza operatoria.

y permitía reconocer alimentos ingeridos cuarenta y ocho y setenta y dos horas previamente.

La enferma es sometida a intensos tratamientos preoperatorios y es intervenida el 29 de mayo del corriente año.

Intervención quirúrgica realizada por Clivio, Tobler G. y Aguirre G.

Laparotomía paramediana derecha.

En la exploración se comprueba una úlcera duodenal penetrante. Se desarrolla la técnica de nuestro maestro Lahey que es realizada en forma

satisfactoria, controlándose el colédoco que estaba dilatado y en retención discreta por encima de la úlcera, estenosado y desviado en la porción yuxt-ulcerosa, es por consiguiente calibrado y cateterizado por el tubo de Cattell. Cierre del muñón duodenal; anastomosis antecólica tipo Hoffmeister. Control neo-boca por sonda nasal de doble corriente (aspiración, alimentación yeyunal); control del asa anastomótica por nuestro tubo (será objeto de un ulterior trabajo).

Post-operatorio normal; actualmente lleva tres meses de operada y en estos momentos se ha quitado el tubo de Cattell sin ninguna incidencia.

## CAPITULO V

### ESTUDIO CRITICO

Por primera vez tuvimos oportunidad de realizar esta técnica por nosotros mismos, y ésta nos era de interés particular porque constituía el nexo de unión entre nuestras investigaciones sobre presión biliar y el estudio del tránsito del asa anastomótica que desde hace 7 años aproximadamente estamos realizando y acumulando datos para la casuística.

Nuestro dispositivo para el estudio de la presión biliar nos permitió seguir en el post-operatorio las variantes tensionales experimentadas en el tubo de Cattell, cuyo polo superior estaba sometido a la presión biliar, y cuyo polo inferior estaba sometido a la presión del asa anastomótica.

El estudio crítico, pues, ha sido realizado desde cuatro puntos de vista:

- 1º Estudios tensionales.
- 2º Estudios radiológicos del tránsito biliar y del asa anastomótica.
- 3º Estudio bioquímico y bacteriológico de la bilis.
- 4º Estudio de la función hepática de acuerdo con los tests de laboratorio.

#### 1º Estudios tensionales.

*La presión biliar* registrada en el post-operatorio ha sido igual a la que hemos registrado en operados exclusivamente del árbol biliar, con la técnica de Cattell.

Esto nos dice que la presión que ejerce el tránsito alimen-

ticio del asa anastomótica realizada con esta técnica, se acerca a las condiciones fisiológicas.

La presión registrada era la coledociana mínima alrededor de 100 mm. de agua, desempeñando pues, el duodeno, la función de esfínter por su contracción tónica solamente, puesto que el

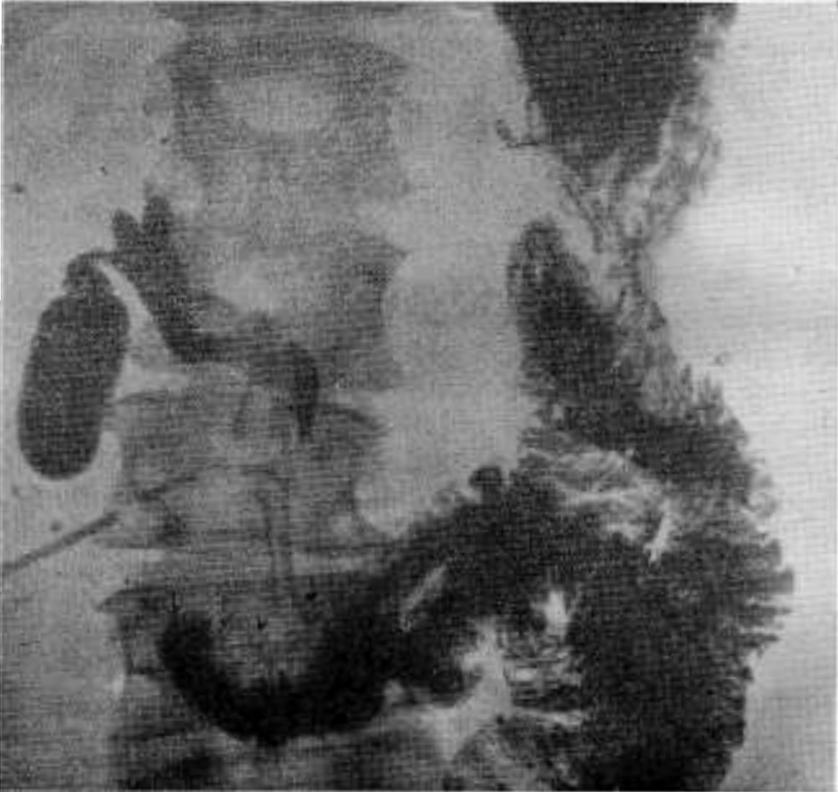


Fig. 13. — Repleción del sistema biliar y del gastro-yeyuno. (10 días post-operatorio).

Oddi queda funcionalmente excluido durante el tiempo de permanencia del tubo de Cattell "in situ".

Por sugestión del propio Cattell controlamos este hecho fisiopatológico. La presión biliar durante la permanencia del tubo trans-colédoco-duodenal, tiene valores equivalentes al normal, porque el duodeno con su tensión la mantiene; por consiguiente no se perturba el mecanismo fisiológico del funcionamiento hepático.

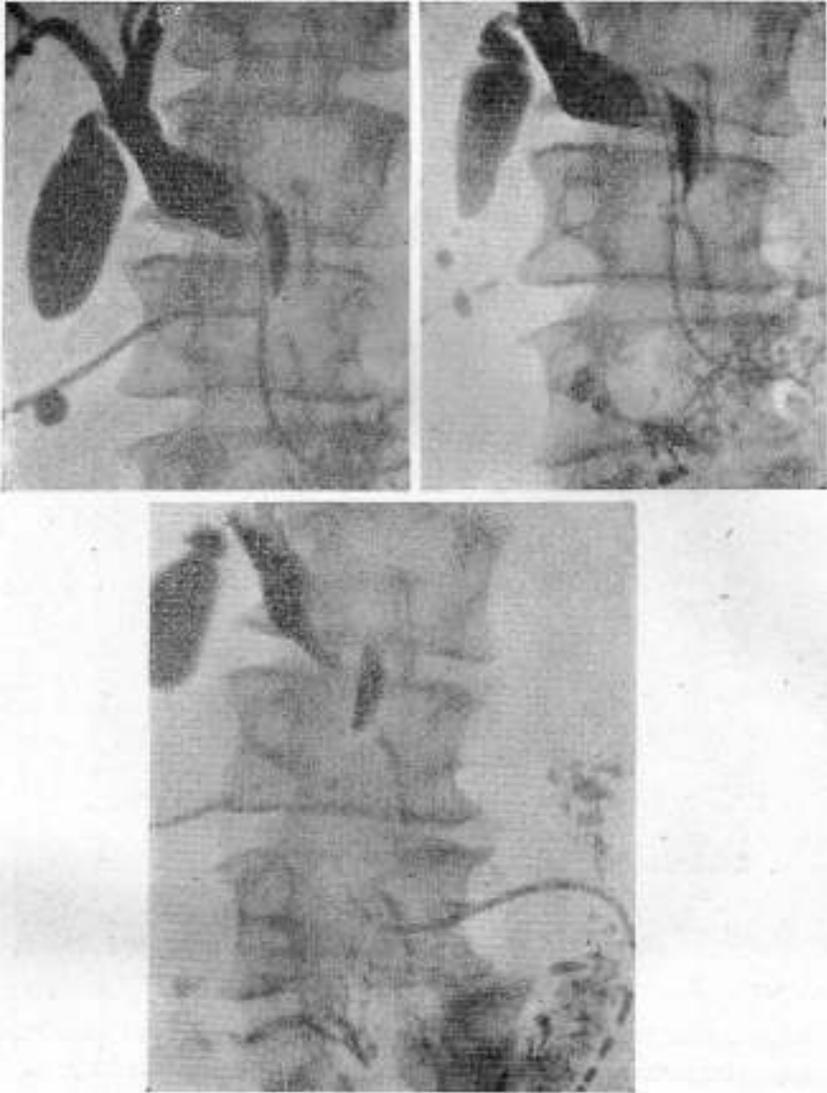


Fig. 14. — 1ª Colangiografía tensio-funcional (10 días post-oper.)

Es, pues, una de las razones importantes por lo que el tubo, permaneciendo el tiempo necesario para la evolución de la cicatriz conjuntiva de los ductos, es tan bien tolerada.

2º Estudios radiológicos.

Si inyectamos por el tubo de Cattell un medio de contraste del tipo Lipiodol a la presión coledociana máxima 200 mm. de agua, podemos observar como se rellena simultáneamente la vesícula biliar y el asa aferente duodenal, controlando las presiones,

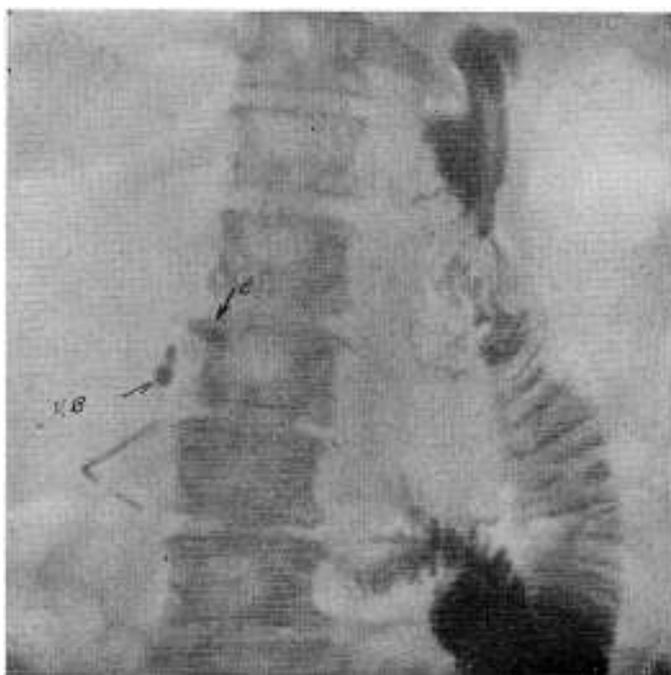


Fig. 15. — Radiografía de conjunto. Vía digestiva y biliar totalmente evacuada.

y simultáneamente radiografiando podemos seguir el funcionamiento sincrónico de la vesícula biliar y el asa anastomótica.

En la primera observación podemos ver los canales biliares dilatados. La vesícula se llena y se contrae bien.

En la observación última, tres meses después, podemos ver la recuperación de los mismos y el correcto funcionamiento de la vesícula biliar, a través de las colangiografías tensionales post-operatorias que realizamos.

3º Estudio de la bilis.

Acompañamos las gráficas de la bilis obtenida del tubo colecociano.

1º La composición química de la bilis ha mejorado en concentración en ayunas.

2º El examen bacteriológico demuestra que el tubo de Cat-

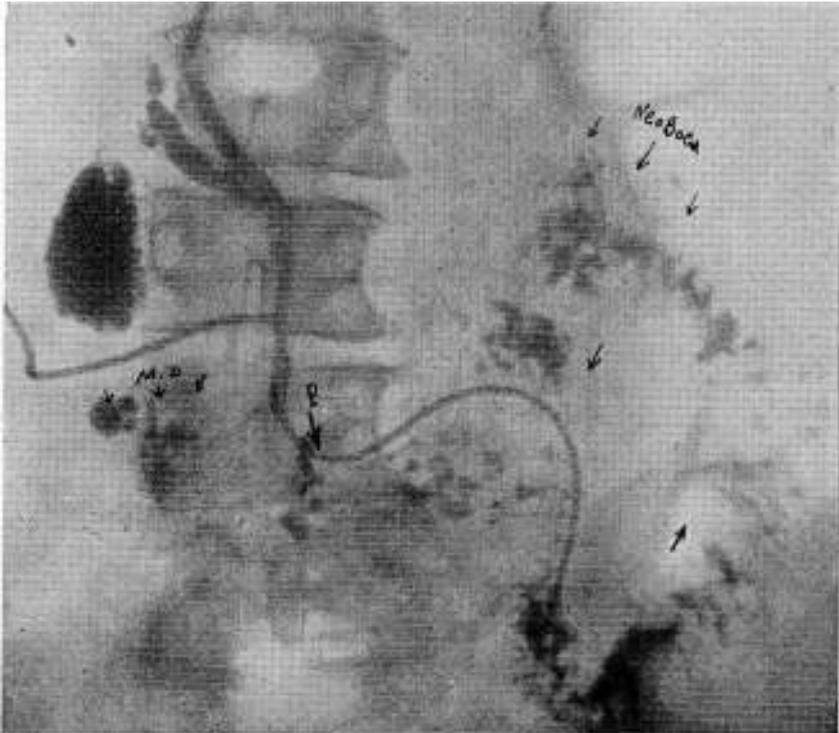


Fig. 16. — Colangiografía tensio-funcional. Presión colédoco-duodenal máxima. (95º día post-oper.)

tell es inocuo durante su permanencia a pesar de mantenerse el esfínter abierto no ha habido infección ascendente.

3º El estudio citológico de la bilis demuestra que la decamación es la corriente.

4º No se ha comprobado la presencia de alimentos en la bilis, a pesar de haber sido tomadas diez muestras en distintos períodos post-digestivos (ausencia de reflujo alimenticio).

5º La gráfica térmica y los demás signos generales demostraron la ausencia de colangitis.

4º Estudio de la función hepática.

Analizando las distintas reacciones que se han practicado en

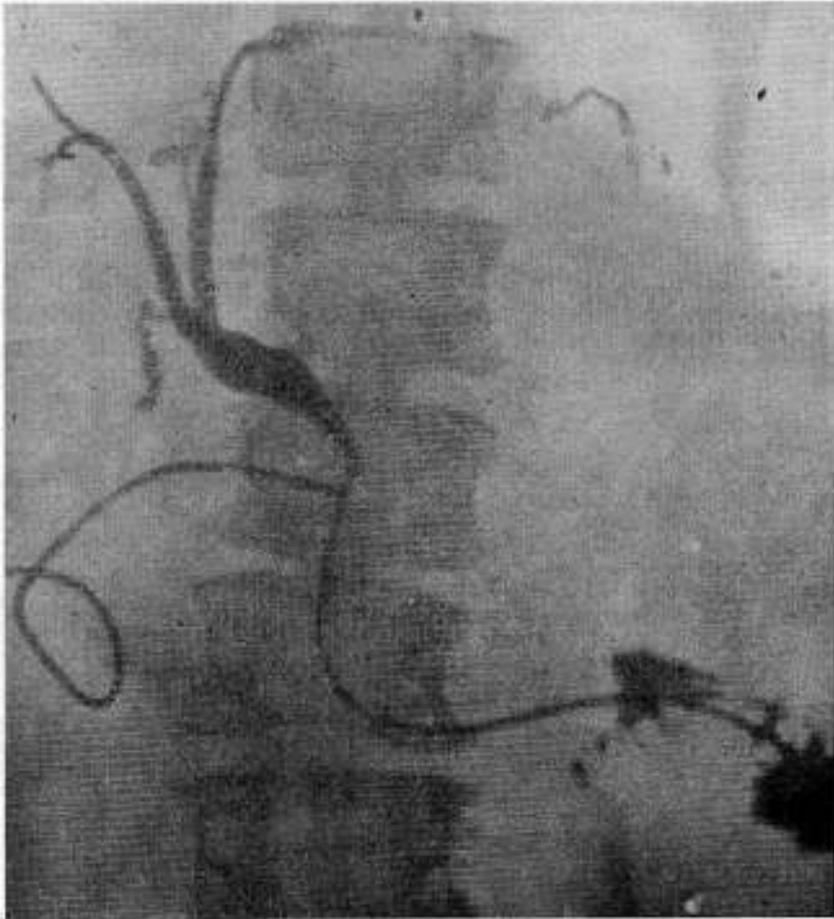


Fig. 17. — Colangiografía tensio-funcional. Presión colédoco-duodenal mínima.  
(95º día post-oper.)

el pre-operatorio y en el post-operatorio inmediato y tardío demuestra que ha habido una rápida recuperación del parénquima, cuya funcionalidad se encontraba seriamente afectada.

CONCLUSIONES

1º *Presentamos* en este trabajo la técnica de LAHEY, Marshall y Cattell para el tratamiento de la úlcera penetrante duodenal en sus dos aplicaciones:

- a) La técnica profiláctica de las lesiones de los ductos.
- b) La técnica de reparación de las secciones operatorias de los mismos.

2º *El estudio crítico* de la técnica realizado por el control.

- a) Presión biliar.
- b) La radiología funcional del árbol biliar y del asa anastomótica.
- c) El estudio bioquímico-bacteriológico de la bilis.
- d) El estudio de la capacidad funcional hepática.

3º *Los resultados* extraordinarios obtenidos por la técnica simplificada de los distinguidos cirujanos arriba nombrados, en este importante problema quirúrgico.

CONCLUSIONS

1. We present a work on the Lahey and ass. technic for the treatment of penetrating duodenal ulcer in two forms:

- a) Prophylactic technic of ducts lessions.
- b) Repair technics of the operative section of the ducts.

2. The critical study of the technic made upon the control.

- a) Biliary preasure.
- b) radiological functioning of the biliary tract and anastomotic loop.
- c) The biochemical and bacteriological study of the bile.
- d) The study of hepatic capacity of the liver function.

3. The good result obtained by this simplify technic, that cover an important surgical problem.

BIBLIOGRAFIA

- LAHEY-MARSHALL. — La técnica de la gastrectomía subtotal. S. G. & O. 69. 498. Oct. 1949.
- LAHEY. — Indicaciones de la cirugía en la úlcera péptica. Surgical Clinic of North America. Junio, 1937.

- MONTENEGRO. — Congreso Argentino de Cirugía. Año 1937.
- OSCAR GOMEZ. — Congreso Argentino de Cirugía. Año 1937.
- OGILVIE (W. H.). — The approach to gastric surgery. Lancet. 1938.
- FINSTERER (H.). — Result of repeated operation on stomach. S. G. & O. 68. 334. 1939.
- BOCKUS. — Gastroenterology. Año 1948.
- LAHEY - MARSHALL. — Surgical management of complicated peptic ulcer. S. G. & O. 76. 941. 1943.
- WILKINSON (A.). — The obstructed peptic ulcer. American Journal. Digest. D. 9. 321. 1942.
- LAHEY. — Medical management of peptic ulcers. Surgical Clinic of North America J. 1941. Clinic Bulletin.
- LAHEY. — Surgery of duodenu. New England J. of Med. 222. 441. 1940.
- LAHEY. — Dificultades técnicas de la gastrectomía. Surgical Clinic of N. A. 1937.
- LAHEY. — Lesiones inflamatorias de estómago y duodeno. J.A.M.A. 127-1030. 1945.
- CATTELL. — A new tipe of T tube for Surgery of biliary tract. Lahey Clinic Bulletin. V. 4. 1946.
- LAHEY. — Operative Management of strictures of Bile Ducts. Julio de 1950. S. G. & O. V. 91-31.
- PFEIFFER. — Surgery of the stomach. Enciclopedy of Medicine. Philadelphia, 1939.

**Dr. Chifflet.** — Deseo recordar el planteamiento del Dr. Clivio en el en el sentido de las posibilidades con que el cirujano puede resolver su conducta frente a las lesiones que él nos ha mostrado.

Indudablemente que con la enferma que nos mostraron: una mujer; un síndrome de estenosis pilórica; y de más de sesenta años, si yo hubiese pensado que iba a tener esas dificultades de la región coledociana no hubiese hecho una gastrectomía; la gastro-enterostomía no es el tratamiento de la úlcera duodenal, pero la gastro-enterostomía tiene algunas aplicaciones y en este caso se reúnen probablemente las tres indicaciones que puede tener una gastroenterostomía: ser estenosis pilórica, mujer y más de 60 años.

(Ahora, abocado al problema de hacer la resección gástrica el Dr. Clivio plantea un problema de fondo, fuera de todas las otras pequeñas cosas que pueda haber en el asunto, que es interesante y que obliga a meditar y es el fruto de una escuela que se ha caracterizado en todos los campos de la cirugía por buscar en el acto operatorio donde está el peligro y reconocerlo para tratarlo previamente y no esperar que aparezca la complicación después, que pase inadvertida y el cirujano tenga que vérselas con una complicación grave.

El Dr. Lahey ha sostenido en todos los campos de la cirugía, la necesidad de reconocer previamente en cualquier acto operatorio el elemento que pueda ser de riesgo y sistemáticamente descubre los recur-

tes en la tiroidectomía y limpia y mira el colédoco en toda gastrectomía que pueda llevar a una herida del colédoco. Me parece que el asunto es interesante por principio y que cuando uno va a actuar en un terreno difícil y con las dificultades impuestas por las variaciones de la anatomía que surgen del proceso patológico, es beneficioso hacer la búsqueda previa.

Es muy interesante decir que probablemente uno puede ver por distintas técnicas sacadas muchas primeras porciones de duodeno sin haber tenido nunca herida de colédoco y entonces uno puede hacer estadísticas pero nuestras estadísticas son cortas, y alguno de nosotros, yo, por ejemplo, tengo que lamentar heridas de colédoco efectuadas en el curso de resecciones de duodeno y hechas por la técnica de venir de la parte sana a la parte enferma y lo mismo el colédoco se hiere, mismo que se venga de duodeno a estómago. Si la úlcera está perforada en el colédoco lo mismo el colédoco se va a herir y uno va a tener el desagrado de encontrarse frente a una herida coledociana después de haber hecho resección y habrá que buscar en ese momento y en malas condiciones un recurso terapéutico.

Queda un pequeño problema en pie para mí, que fué el punto por el cual se me murió el enfermo de gastrectomía. Pude subsanar perfectamente bien los inconvenientes de la herida coledociana reconocida en el acto operatorio, pero quedó abierto indudablemente el wirsung. El reconocimiento de la herida del wirsung en el curso de la intervención y el tratamiento correspondiente no es simple.

**Dr. García Capurro.** — Creo que debe dejarse dicho muy claramente que cuando se encuentra uno frente a una úlcera duodenal, antes de comenzar la resección del duodeno, debemos decidir si la vamos a hacer o no; la vamos a hacer porque el dejar una úlcera de duodeno y hacer una resección más alta, aun dejando un trocito de estómago, es un recurso que puede dar muy buenos resultados. El querer insistir en sacar una lesión duodenal que se encuentra adherente a los diferentes elementos entre ellos a los elementos pancreáticos y duodenales, debe inspirarnos serio respeto.

En una estadística que he leído recientemente, de 130 y tantos enfermos, en 40 y tantos había sido dejada una úlcera intencionadamente. Creo que debe reservarse todo lo que nos ha dicho el Dr. Clivio, que me ha interesado mucho, para los casos aquellos en que los que creemos que existe una participación de las vías biliares que también tenemos que corregir.

En este momento, tengo un enfermo con una clara historia de úlcera con hemorragia y que ahora tiene una ictericia. Probablemente me encontraré en el caso, de que todo lo que dijo el Dr. Clivio Durante me resulte de mucha utilidad, pero reservaría todo esto para los casos muy excepcionales en que las vías bilio-pancreáticas puedan estar comprometidas.

**Dr. Clivio:** Pensábamos hacer la gastroenterostomía, pero como la enferma tuvo hemorragias intensas y signos de sufrimiento biliar, pensando que con la gastroenterostomía seguiría sangrando. Casos análogos tuvimos oportunidad de seguir, alrededor de 25, en la Clínica Lahey y pudimos comprobar que con la técnica de ellos, la intervención no se

agravaba en lo más mínimo con control de los ductos previos. Por aquella razón y por esta experiencia seguimos la conducta que hemos expuesto.

**Dr. Clivio:** Le agradezco lo que ha dicho. Hay muchas maneras de hacer las cosas bien, y creo que ésta es una de ellas. La hemos aprendido de cirujanos que son maestros en el tema, hemos podido controlar y seguir los resultados.

Y Uds. ven: la enferma ha tenido una evolución perfecta. Marcha muy bien. Si hubiésemos seguido otra conducta, el problema de estenosis biliar que habría quedado sin solución vaya a saber uno qué rumbo habría tomado.

**Tomás Clivio Durante**  
Juan M. Blanes 1286 - Montevideo

---