

VALOR DE LA EXPLORACION QUIRURGICA EN LOS ULCUS GASTRODUODENALES (*)

Dres. R. García Capurro, F. Marín Sánchez, J. L. Miquelini y S. Pose

Hace dos años a propósito de una interesante comunicación del Dr. Lorenzo y Lozada tomé la palabra para hacer notar la difícil situación en que se halla el cirujano, que habiendo diagnosticado una úlcera gástrica o duodenal, no la encuentra en el momento de la operación.

El operar los enfermos más precozmente y la buena preparación pre-operatoria hacen que cada vez con más frecuencia el cirujano se encuentre en esas circunstancias.

Voy a comparar el valor de los diferentes métodos de diagnóstico con lo verificado en la operación y las comprobaciones macro y microscópicas en la pieza, para demostrar que en muchos casos, de todos estos medios de objetivar la úlcera, el de menos valor es la exploración operatoria.

He tomado algunos de los casos operados por nosotros este año que servirán para objetivar lo que quiero expresar. Hemos elegido especialmente casos con historia muy evidente de lesiones en actividad para acentuar más el contraste entre las lesiones diagnosticadas y lo que encontramos en la operación.

Con sideramos que el diagnóstico clínico es de gran valor, siendo su mayor importancia en la orientación del caso.

La competencia cada vez mayor de nuestros radiólogos, les permite hacer el diagnóstico correcto de lesión y de localización prácticamente en todos los casos. Este método de diagnóstico es muy exacto porque aprecia la función del estómago y esta modificación funcional permite apreciar o sospechar lesiones poco

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 5 de noviembre de 1952.

extendidas. El pequeño grumo de barita se detiene en el fondo de un pliegue frente a una zona alterada de mucosa gástrica, que la vista o el tacto no alcanzan a apreciar.

La gastroscopia la hacemos a veces, en determinadas indicaciones, pero ella no es capaz de solucionarnos el problema cuando la úlcera no se ve ni con la pieza abierta, como tampoco podemos pretender visualizar con ella las úlceras duodenales.

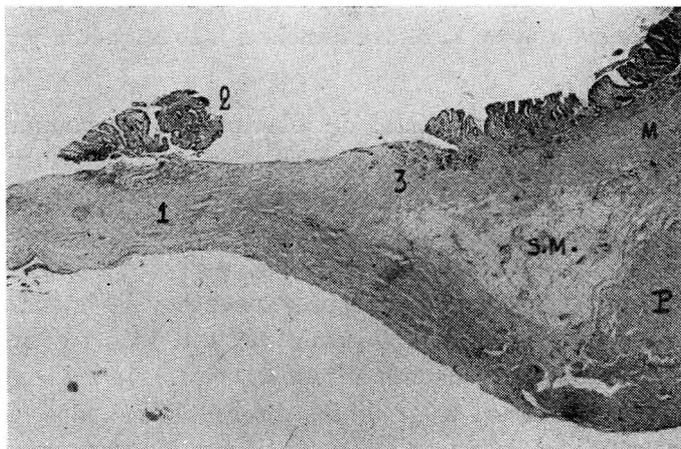


Fig. 1. — Detalle topográfico de la zona de pasaje piloro-duodenal y comienzo de la pared duodenal. **P** es el anillo muscular pilórico, **M** la terminación de la mucosa a nivel del anillo pilórico. (1) es la pared duodenal con proceso de reparación fibrosa a nivel de una porción donde la mucosa se ha regenerado de modo incompleto y la muscular propia casi ha desaparecido; (2) es un brote de mucosa que sólo en su parte inferior pertenece al fragmento, pues la porción superior pertenece a un plano más profundo; (3) es un foco de regeneración imperfecta de mucosa duodenal, en el límite de la zona reparada

Nos sucede hoy, muy frecuentemente que ni la vista ni el tacto son capaces de apreciar el lugar de la úlcera.

¿Qué hacer en esos casos? Ese es el problema que yo quería plantear en esta nota.

Gastrostomía. — Todos sabemos que es esta una maniobra engorrosa. Aun con una luz adentro del estómago y las mejores valvas, no podemos pretender ver en la cavidad de un estómago

arrugado una lesión que no se puede apreciar con el estómagoabierto después de la operación. Por ello hicimos un gastroscopio para usar por vía baja durante la operación con el estómago insuflado por vía nasal. Pero esto tampoco puede mostrarnos lesiones que como he dicho no pueden verse.

Repito pues, lo que dije hace dos años. El cirujano debe tener al entrar toda la seguridad diagnóstica para poder seguir con la intervención aunque no encuentre nada en la exploración.

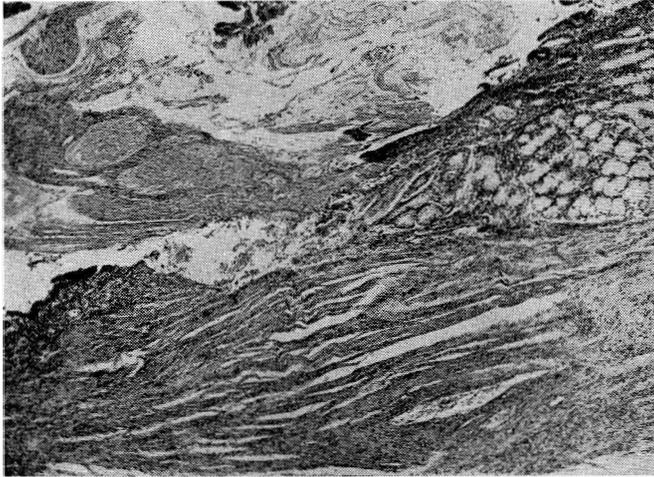


Fig. 2. — Detalle a mayor aumento de la zona de destrucción aguda hemorrágica en un borde de la úlcera reparada (cicatrizada) del duodeno. A la izquierda del lector es muy evidente el aspecto de regeneración imperfecta de la superficie mucosa. Coágulos fibrino-eritrocitarios adheridos a la superficie mucosa duodenal exulcerada

Para adquirir esta seguridad, el mejor medio de que disponemos en el momento, es la repetición de los exámenes radiológicos. Cuando un buen radiólogo ha comprobado la misma lesión en varios exámenes sucesivos las posibilidades de error son muy pequeñas. Si a esto se le suma el cuadro clínico muchas veces evidente, podremos adquirir la seguridad que necesitamos.

Pasemos ahora al examen de la pieza operatoria macroscópicamente. Con la pieza abierta resultaba en unos casos difícil y en otros imposible asegurar la existencia de una úlcera. Al-

gunos enfermos habían estado sangrando hasta pocos días antes pero la lesión se había cubierto por un deslizamiento de la mucosa dejando rastros tan poco evidentes que hacían dudar de la existencia de la úlcera. Un pequeño golpe de uña en la mucosa sólo dejaba adivinar el lugar. Abierta la mucosa en ese sitio, se podía apreciar un pequeño coágulo viejo en la sub-mucosa. Creo que la preparación pre-operatoria con antibióticos, vitaminas, transfusiones y proteínas en abundancia, influyen en esta rápida y buena cicatrización de la úlcera.

En los casos dudosos el examen anatómico-patológico ha comprobado como vemos, la existencia de la úlcera.

Casi todos los casos traídos son de úlceras gástricas. En las úlceras duodenales, el problema es aún más difícil, puesto que cuando no son perceptibles casi siempre quedarán en el cabo duodenal.

En la situación actual el peligro es que practiquemos una intervención inútil sacando un estómago sin necesidad. Debemos pensarlo antes de comenzar la operación, no hay que esperar que las comprobaciones intra-operatorias habrán de confirmar nuestro diagnóstico. Tenemos que llevar la certeza del diagnóstico para que ella nos empuje a la realización de la operación frente a una exploración negativa.

Dr. Etchegorry. — Señor presidente, el problema que plantea el doctor García Capurro, es sumamente interesante y por lo que él dice, veo que en su solución no se ha adelantado mucho de cuando comencé a estudiar Medicina. Justamente uno de los grandes méritos de mi maestro, el doctor Navarro, era insistir en estos casos, en una época donde los rayos X se hacían de una manera un poco pintoresca, y en la cual el valor radiológico del diagnóstico era poco apreciado. Estos enfermos quedaban etiquetados en general, como dispépticos, aunque clínicamente presentaban un síndrome ulceroso.

Antes de los rayos X, aquel genial Cirujano, charlatán, que se llamó Doyen, operaba estos enfermos, haciéndoles una gastroenterostomía; eran los dispépticos curados a veces por tal operación. Insisto: Doyen trabajaba antes que Röntgen hubiera realizado su descubrimiento. Muchos años después, cuando entré al Hospital, el problema se encontraba en los mismos términos señalados; Navarro seguía haciendo la gastroenterostomía en estos "dispépticos" en realidad ulcerosos mal etiquetados; recién más tarde, a raíz de la operación a un colega, recuerdo que Navarro, volviendo sobre sus pasos dijo: "Estos enfermos que operamos

como dispépticos, son en realidad ulcerosos en los que no vemos la úlcera; por eso curan su dispepsia." Ahora, la operación que hacía Navarro era la gastroenterostomía y no la gastrectomía. Se verá por qué hago la diferencia.

Del otro lado del Río de la Plata, un cirujano muy distinguido, pero un poco más radical, hombre habilísimo, opera estas dispepsias y hace lo que se llamó la gastrectomía profiláctica. Siempre pensé que ese radicalismo era perjudicial en esos casos en que no se comprueba la lesión, pues si bien la gastroenterostomía predispone más al úlcus péptico, deja a los órganos in-situ y siempre es posible restablecer la normalidad. La ectomía en cambio, dista mucho de ser tan benigna como se la quiere presentar.

Por o creo que debemos aguzar en lo posible el diagnóstico radiológico o cualquier otro antes de ir al acto operatorio; en eso estoy completamente de acuerdo con el doctor García Capurro. Pero con el solo argumento de que los enfermos se han curado, ¿había derecho en esos casos a sacarles el estómago? Es una pregunta que cada uno se la contestará de acuerdo con su experiencia y según como le haya ido, pero sin disputa ninguna me parece que debe llamarse la atención frente a los cirujanos jóvenes, cuyo entusiasmo puede llevarlos a realizar una operación radical, de ese tipo, cuyas consecuencias, repito e insisto, no son tan inocuas como aparecen a través de la lectura de los libros.

Debemos escapar a la sorna de los internistas que nos critican nuestro afán de ectomizar con cualquier pretexto, y que dicen irónicamente que la única contraindicación gastrectomía por úlcera duodenal es cuando la sufre un cirujano.

Dr. García Capurro. — Evidentemente que no me debo haber expresado bien, porque no entiendo cómo pude haber dado la impresión de que estas operaciones fueron poco meditadas. Los seis casos que yo he traído aquí, uno es un muchacho que estaba en plena hemorragia gástrica, había llegado a dos millones y que hubo que reponer en el hospital, un mes después se hicieron exámenes radiológicos.

El segundo es una dispepsia de cuatro años, con estudio durante ese tiempo repetidos y de comprobaciones de la úlcera varias veces.

El otro que sigue es un síndrome pre perforativo; el cuarto es una intensa melena que también exigía transfusión; el quinto es después de tres años, con una intensísima lesión de tiempo antes de la operación.

El sexto es una dispepsia de siete años, también, con varios exámenes radiológicos.

Yo dije, que había traído casos en que las lesiones eran muy evidentes para hacer el contraste de lo evidente de la lesión en el estudio del enfermo y la no evidencia de la lesión en el momento de la operación y elegí casos así, aunque en todos siguiendo la tradición de mi padre, operamos de las úlceras las complicaciones y las úlceras del estómago que persisten y que operamos para evitar el neoplasma.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

En cuanto al doctor Karlem, está bien lo que dice, pero nosotros estábamos refiriéndonos a los casos en que no se encuentra la úlcera ni aun con la gastrostomía. Ya sé que en muchos casos se encuentra.

El doctor Miqueo, a pesar que dijo que iba a discrepar, en algo, creo que no discrepamos en nada.

El doctor Zubiaurre me entendió perfectamente cuál era la posición que yo quería plantear porque lo que le ha pasado al doctor Miqueo he oído que le ha pasado a otros.

Eso es lo que yo quería, tratar de evitar, quería tratar que siempre que el cirujano vaya a la intervención por úlcera del estómago, tenga el convencimiento de lo que es que va a hacer, y que pueda proseguir con su operación, sin necesidad de confirmarlo en el momento operatorio, pero esto no quiere decir que vaya a la ligera, de ninguna manera, sino que en esas precisas circunstancias de que no pueda encontrarla, sepa lo que tiene que hacer.
