

LA RESECCION FUNDO CORPORAL DEL ESTOMAGO EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERCLORHIDRIA (*)

(A propósito de dos observaciones)

Dr. José Luis Badano Repetto

La presentación de estas dos observaciones a la Sociedad de Cirugía son un aporte previo de un trabajo que traeré a esta Sociedad cuando el número de casos sea mayor y el tiempo transcurrido permita sacar consideraciones más firmes.

La evolución clínica, de laboratorio y radiológica tan favorable de estos dos pacientes me impulsan a traerlos.

Pretendiendo disminuir la hiperclorhidria en el tratamiento del ulcus duodenal, los cirujanos, han intentado suprimir los distintos estímulos (nerviosos, antrales, etc.) que excitan la secreción ácida del estómago.

La diversidad de las fuentes de estímulo (hipotálamo, antro, páncreas, intestino y otras zonas que desconocemos) hacen bastante frecuente las recidivas (7 %).

Por otra parte la gastrectomía en el tratamiento del ulcus duodenal no es una operación fisiológica, creando a veces alteraciones difíciles de solucionar. Un criterio más fisiológico y sencillo sería disminuir la superficie ácida del estómago.

De manera que frente a la persistencia de los estímulos, la disminución de la superficie receptora, reaccionare en menor volumen.

La radioterapia lo ha intentado, pero es procedimiento peligroso e inconstante, ya que después de unos meses de la aplicación reaparece la hiperacidez. La recidiva se explica porque no hubo destrucción sino "mal de rayos".

(*) Trabajo presentado en la ½ hora previa en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el día 11 de octubre de 1961.

Se necesitan dosis muy altas para destruir tejido sano y si se consigue esto es a expensas de lesiones de vecindad graves.

La resección de la porción fúndica del estómago junto con parte de la curvatura mayor, es una operación sencilla y disminuye notablemente la cantidad de células parietales de acuerdo con las zonas a que hacemos referencia en nuestro trabajo (1).

La vía abdominal es suficiente. La sutura se hace en dos planos, teniendo cuidado de no dejar estrecha la corredera que continúa al esófago por la pequeña curva.

El mantenimiento de la intubación por 72 horas nos parece fundamental, salvo que se realice una piloroplastia (sección de ramas vagues).

OBSERVACION N° 1. — A. M., 35 años. Uruguayo, chacarero. — Dispepsia hiperesténica diagnosticada hace años. Ha hecho un tratamiento en forma irregular. En distintas ocasiones se ha visualizado un nicho en cara posterior del bulbo duodenal. En 1958 melenas. Lo envía médico para gastrectomizar. El estudio del quimismo gástrico muestra una marcada hiperclorhidria. La radiología muestra una imagen de nicho en cara posterior del bulbo duodenal. Clínicamente hiperacidez post-prandial.

Operación: 20/IV/61. Mediana supraumbilical. Se comprueba lesión del bulbo duodenal. Resto S/P. Resección del fondo gástrico y 2/3 aproximadamente de la curvatura mayor. La pieza operatoria mide aproximadamente 20 cms. por 10. El estudio histológico no reveló alteraciones dignas de mencionar. El conteo de células parietales se informa en el trabajo correspondiente.

Evolución favorable. Se mantuvo la intubación hasta el tercer día. Alimentación líquida, los primeros días; luego progresivamente, inicia un régimen blando. Alta 8° día.

1er. control. 13/V/61. (23 días post-operatorio): Clínicamente S/P. subjetivamente bien, hace régimen blando. Radiológicamente: buena evolución. Quimismo gástrico (30/VI/61). Discreta hipoclorhidria.

2º control. 1/VIII/61. (4 meses de operado): Radiografías 5,5. Quimismo gástrico. **Hipoclorhidria** (setiembre 6/1961). Clínicamente no siente ninguna molestia. Alimentación normal. No ha sentido más acidez.

3er control: Quimismo gástrico: Hipoclorhidria marcada (3/V/61). Clínicamente S/P.

(1) La información que hemos obtenido de investigadores como Miyagawa Sther, Berger y las propias (material operatorio y necropsias) nos ha permitido formar criterio sobre la topografía de las células parietales. Los detalles sobre el método de trabajo y resultados concretos aparecerán al publicarse el trabajo completo.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

OBSERVACION N° 2. — I. P. de 38 años, sexo femenino. Labores. Hace 6 años se le diagnosticó ulcus duodenal. Ha hecho tratamiento médico en forma regular. Controles radiológicos frecuentes. En varias ocasiones crisis agudas de epigastrio motivaron internación. Existe una **hiperclorhidria muy marcada** y los últimos controles radiológicos señalan la presencia de un ulcus duodenal.

Operación: 5/VII/61. Mediana supraumbilical. Ulcus duodenal cara anterior. Resto S/P. Resección del fundus gástrico y gran curva. Sutura en dos planos. Pieza operatoria de 20 cms. por 10.

El estudio histológico no revela lesiones de mencionar. El conteo de células parietales se informará con el trabajo correspondiente.

Evolución favorable. Se desintuba al tercer día.

Alta al 8 día.

1er control. 27/IX/61: Radiográfico. Quimismo gástrico: 30/IX/61 Anaclorhidria. Clínicamente S/P.

Dr. Badano Repetto. — Agradezco al Prof. Chifflet las palabras que ha tenido para comentar este trabajo; como él se ha referido a estadísticas de autores extranjeros le recuerdo que el Prof. Ignacio González, de Concepción, Chile, sostiene que en el tratamiento de la hiperclorhidria la gastrectomía proximal puede tener indicaciones. El hace gastrectomía proximal, no hace resección, es decir que es mucha más operación, muchísima más operación. Presenta 12 pacientes que viene controlando desde el año 1952 en los que la clorhidria fue negativa después de la intervención, es decir que no hubo recidiva. Creo que la resección fundo corporal es menos operación y respeta más la fisiología del órgano que la pilorogastrectomía.