

La ulcerectomía en el tratamiento del ulcus gástrico, asociada o no a vagotomía y operación de drenaje * **

Dres. JULIO MAÑANA,*** VLADIMIR GUICHEFF****
y ERIK POLLAK*****

NOTA PRELIMINAR

La conducta quirúrgica frente al ulcus gastroduodenal, todavía se encuentra lejos de resultarnos satisfactorios.

La enfermedad ulcerosa resulta de una lucha entre factores defensivos de la mucosa gástrica y factores agresivos a ésta.

Las causas que disminuyen la resistencia de la mucosa, así como los factores agresivos, son tan diversos, que el ulcus gastroduodenal podría considerarse como una enfermedad motivada por causas que pueden estar en dicho sector, o en otros de la economía.

Frente al ulcus gastroduodenal se debe insistir en que no existe enfermedad sino enfermos y que el tratamiento tiene que estar adecuado a cada caso. Como primera resultancia de lo dicho, cada vez somos menos reseccionistas.

La gastrectomía no ocupa en la actualidad la primacía en nuestro arsenal terapéutico, dirigido al ulcus duodenal.

Nuestra conducta frente al ulcus duodenal es por todos conocida; en él hacemos (como operación de elección) vagectomía y operación de drenaje.

En el ulcus prepilórico y el antral realizamos antrectomía, vagectomía y restablecemos la continuidad por un Billroth 1. La clásica gastrectomía la dejamos reservada para el ulcus mediogástrico, en el hombre de edad media. Poco a poco nos fuimos alejando de ella como operación de elección, para hacerla en determinadas

Hoy queremos referirnos exclusivamente circunstancias, adecuando la terapéutica quirúrgica a los pacientes que nos consultan.

o nos vamos a referir al tratamiento quirúrgico del ulcus gástrico, tema que será motivo de otra comunicación. a un grupo de pacientes seleccionados, a los cuales, como única intervención, hemos efectuado extirpación de la úlcera y en algunas oportunidades la hemos asociado con una vagotomía y/o piloroplastia. Entiéndasen bien, operaciones éstas de emergencia o electiva en determinados casos especiales.

El pensamiento que acabamos de resumir en los párrafos antedichos, es el resultado de la evolución cronológica de nuestra conducta quirúrgica frente al ulcus gastroduodenal, de 1959 a la fecha. No queremos decir con esto que tengamos definido el problema, puesto que este tema creemos que recién comienza a definirse.

Desde el trabajo de Caprio, de 1930, a la actualidad, hay más de 70 comunicaciones al seno de esta Sociedad, sobre úlcera gastroduodenal, gastrectomías y sus complicaciones.

Deberán agotarse los medios para saber la etiología en cada caso y poder así racionalizar el tratamiento.

NUESTRAS OBSERVACIONES

Presentamos 8 observaciones, en las cuales se ha realizado por distintas causas sólo la extirpación de la lesión ulcerosa gástrica, asociándole, en algunas oportunidades, una vagotomía y/o piloroplastia. Pertenecen a casos recogidos desde 1959 a la fecha.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "B" del Prof. J. A. Piquinela.

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 4 de setiembre de 1968.

*** Jefe de Sala de Cirugía.

**** Adjunto de Clínica Quirúrgica.

***** Adjunto de Clínica Quirúrgica.

Sexo: Cinco eran mujeres; tres eran hombres.

Edad: Osciló entre los 54 y los 88 años. Tres eran de la década del 50 al 60; una era de la década del 60 al 70; dos estaban entre los 70 y 80; dos entre los 80 y 90.

Localización de la lesión: Aclaremos que denominaremos *pequeña curva* a lo que se halla por encima del *sinus angularis*. Por debajo, lo denominaremos *sector antral*. En 3 casos la lesión se hallaba en *pequeña curva*. En 2 se hallaba sobre *cara posterior*. En 2 casos se hallaba en la *incisura angularis*. Una lesión era *subcardial*. Una en *pequeña curva alta*. Una era *antral*, casi *prepilórica*.

Con respecto al tipo de úlcera: Seis eran *callosas*; una tenía dos úlceras en la región *prepilórica* de tipo *crónico*; una era de tipo *crónico*; cuatro de estos *ulcus* estaban *sangrando*, perteneciendo al grado 3 de la clasificación de Dorton; un caso era *sangrante*, pero pertenecía al grado 1 de dicha clasificación, es decir no estaba en *colapso* y el *ulcus* había dejado de *sangrar*.

Una observación sin *hemorragia* evidente, pero tenía una *anemia hipocrómica* manifiesta, con *Weber* positivo.

Otro caso tenía un *síndrome* de *hipersecreción* agregado a su *ulcus*, sin *síndrome* de *estenosis gastroduodenal*.

Una observación pertenecía a una paciente que presentaba un *ulcus* de *pequeña curva alta*, sin ninguna complicación.

En ninguno de estos pacientes se hizo estudio de *quimismo gástrico preoperatorio*.

Técnica y táctica quirúrgica.

Todos se operaron con *anestesia general*, menos uno que se intervino con *anestesia local*, éste era un paciente de 88 años con una *hemorragia digestiva* grado 3 de la clasificación de Dorton.

La *extirpación* de la *úlcera gástrica* se hizo como *única intervención* en 4 pacientes.

Ulcerectomía acompañada de *piloroplastia*, en un solo paciente.

Ulcerectomía con *despojamiento* de la *pequeña curva* hasta la *hoz* de la *coronaria*, *resección amplia* del *ulcus*, acompañando de *piloroplastia*, en un paciente.

Ulcerectomía, *vagotomía* y *piloroplastia*, en dos pacientes.

Evolución.

Todos tienen *vigilancia postoperatoria* alejada, menos un paciente; 0 % de *mortalidad*.

La observación más antigua data del año 1959 y se siguió *vigilando* hasta la fecha; esta paciente *esporádicamente* realiza *ardores epigástricos* e hizo en una oportunidad un *síndrome* de *hipersecreción* con *discreta hematemesis*. Es de destacar que siguió siempre un *estricto tratamiento antiulceroso*. Hace un año que la hemos dejado de observar.

Los demás pacientes han seguido *relativamente bien*, pero debemos decir que hay 4 pacientes que tienen muy poco tiempo de operados.

COMENTARIO

Con respecto al *sexo*, se puede apreciar que el 63 % de los casos pertenecen al *sexo femenino*. Es bien sabido lo mal que toleran las *gastrectomías* las mujeres, y es frente a ello que hemos tomado una *conducta especial* en el *tratamiento* de la *lesión ulcerosa*.

En 7 pacientes de *sexo femenino* en las cuales se realizó *gastrectomía subtotal*, *transmesocolónica* por *ulcus gástrico*, realizadas en el C.A.S.M.U., la *evolución* alejada no fue *satisfactoria*, dado que presentaron *sintomatología funcional* importante.

En 4 pacientes de *sexo femenino* en que se realizó *antrectomía* con *restablecimiento* de *continuidad*, según *técnica* de *Billroth 1*, la *evolución* fue *significativamente* muy buena.

La *ulcerectomía* como *única conducta*, asociada o no a *vagotomía* y/o *piloroplastia*, fue realizada en mujeres de *edad avanzada* y con una *complicación* presente: el *sangrado*.

A nosotros (siempre) no nos resultó *satisfactorio* realizar *gastrectomías* en *lesiones ulcerosas* próximas al *cardias*, a pesar de realizar una *gastrectomía* en *gotiera*. El *pronóstico vital* y *funcional* no es el deseable frente a otra *localización* de la *lesión*. Más, si los pacientes son *añosos* y *pínicos* y/o *enfisematosos*, donde el *diámetro anteroposterior* del *tórax* es de *iguales* o *mayores dimensiones* que el *diámetro transversal*. En estos pacientes inclusive,

la vagectomía es una operación seria y por dicha causa la hemos sustituido por la vagectomía selectiva sobre la unión esofagogástrica, resecaando todo el peritoneo preesofagogástrico, esqueletizando la pequeña curva por encima y debajo del cayado de la coronaria estomáquica. Puede ser que sea una vagotomía incompleta; no tenemos suficiente experiencia sobre esta técnica; pero puede ser una vagotomía de emergencia cuando las condiciones operatorias sean dificultosas. No es de extrañar que partiendo de estas premisas, no hemos realizado gastrectomías en estos casos. Tal vez éstas no sean maneras ortodoxas del tratamiento de esta enfermedad, en el criterio de algunos cirujanos, pero dada la conformación anatómica de la región toracoabdominal, la topografía del ulcus y las condiciones de emergencia en que se realizan, es que nos inclinamos por esta técnica.

Cuatro de estos pacientes tenían una hemorragia grave, no yugulada, por el tratamiento médico y tenían que ser resueltos por una intervención de emergencia. Ninguno de los enfermos era ideal para practicarle una gastrectomía, creímos y así nos fue demostrado, que la extirpación del ulcus y hemostasis directa era suficiente. La vigilancia de una evolución alejada nos aclarará si estuvimos o no en lo acertado con nuestra conducta.

Una paciente tenía un ulcus calloso, de pequeña curva alta, que el gastroenterólogo le había realizado tratamiento de prueba sin haber logrado mejoría. Era una paciente delgada y neurótica, tipo de paciente en las cuales no nos satisface la gastrectomía. Nos resolvimos realizarle ulcerectomía, despojamiento de pequeña curva alta y terminando la operación por una piloroplastia. Por supuesto que le realizamos estudio anatomopatológico intraoperatorio para certificar la benignidad de la lesión. La paciente evolucionó bien.

CONCLUSIONES

Presentamos una conducta quirúrgica diferente a la clásica en el tratamiento de la úlcera gástrica. Esta conducta surge de la evolución desfavorable que presentan un elevado porcentaje de pacientes sometidos a la gastrectomía subtotal. Surge además, de un estudio detallado del paciente y de las circunstancias en que se presenta.

Debemos insistir que la ulcerectomía con o sin vaguectomía y operación de derivación, se ha realizado en un determinado número de personas que reunían condiciones particulares especiales. Estas condiciones particulares son: edad avanzada, localización poco frecuente de la lesión, con una complicación presente y grave del punto de vista general. Frente a ello y a otros elementos que se detallan en las observaciones, creemos que esta operación se adecúa más a este tipo de pacientes, que la clásica conducta reseccionista. No hubo mortalidad operatoria en este tipo de pacientes difíciles y graves. La evolución alejada nos hablará si fue acertado o no tomar tal decisión.

La gastrectomía sigue conservando su indicación máxima en determinado tipo de pacientes con lesión gástrica ulcerosa. Ello siempre lo tenemos presente. Pero también tenemos presente el alto tributo que han pagado pacientes sometidos a esta intervención, cuando creemos que podían haber sido solucionados con conductas quirúrgicas menores.

RESUMEN

Se presentan 8 casos de enfermos portadores de úlcera gástrica, a los cuales se les practicó una resección de la úlcera y se les asoció una vagotomía con operación de drenaje gástrico como tratamiento quirúrgico. Esta terapéutica se realizó como de necesidad y no de elección, motivada ya por la gravedad de los pacientes, por la ubicación del cráter ulceroso así como por la edad avanzada. La evolución postoperatoria fue buena. Creemos que es una conducta a tener presente en este tipo de pacientes.

RÉSUMÉ

Il s'agit de 8 cas de malades atteints d'ulcère gastrique sur lesquels on a pratiqué une résection de l'ulcère en y associant une vagotomie avec opération de drainage gastrique, en tant que traitement chirurgical. Cette thérapeutique n'a pas été l'objet d'un choix mais imposée par la nécessité, soit à cause de la gravité des cas, de l'emplacement du cratère ulcéreux

ou de l'âge avancé des malades. L'évolution postopératoire a été bonne. Nous croyons que c'est une méthode dont il faut tenir compte pour ce type de malades.

SUMMARY

Eight cases of patients suffering from gastric ulcer are presented. They underwent resection of the ulcer to which was associated vagotomy with gastric drainage operation, as surgical treatment. This procedure was not adopted from choice, but became necessary due either to the serious condition of the patients, to the location of the ulcerous crater, or the patients advanced age. Postoperative evolution was good. We believe this procedure is worth considerations for this type of patient.

BIBLIOGRAFIA

1. CARRUTHERS, R. K., GILES, C. R., CLARK, C. G. and COLIGHER, J. C. Conservative surgery for bleeding peptic ulcer. *Brit. M. J.*, 1: 80, 1967.
2. LARGIADER, F. Wangenstein segmental gastric resection for gastroduodenal ulcer Langenbeck. *Arch. Klin. Chir.*, 319: 351, 1967. *Surg. Gynec. and Obst. Abstracts*, 127, 2: 426, 1968.
3. STREICHER, J. H. Massime gastrointestinal bleeding duo to solitary simple. Gastric erosion (of dieu lafog). *Germ. M. Month*, 11: 448, 1966. *Surg. Gynec. and Obst. Abstracts*, 125, 3: 662, 1967.
4. TETSUO MAKI, TSUNEO SHIRATORI and KYOJI SUGAWARA. Pylorus preservings gastrectomy as and improved operations for gastric ulcer. *Surgery*, 61: 838, 1967.
5. THOMERET, G., DEBESSE, B. and MOCQUET, Y. A propos du traitement des hemorrhagies gastroduodénales massives. *Mem. Acad. Chir. Paris*, 92: 711, 1966.

DISCUSION

Dr. Aguiar: El trabajo que se acaba de presentar, enfoca una terapéutica quirúrgica muy particular en el tratamiento de las úlceras gástricas.

Nosotros creemos que esta técnica, la ulcerectomía, con o sin vagectomía, con o sin operación de drenaje, puede sí, lógicamente, ser una intervención de urgencia, de emergencia en determinadas circunstancias. Sin embargo, no nos satisface como tratamiento conceptual de la úlcera de estómago y vamos a explicarnos porqué. Radicalmente, para nosotros, el problema de úlcera gástrica y de úlcera duodenal, es completamente distinto. En una lesión ulcerada de estómago creemos que no hay ningún método de diagnóstico, ni clínico ni radiológico, ni examen macroscópico, ni aun de

biopsia extemporánea, que pueda o sea capaz de ponerle radicalmente el rótulo de lesión ulcerada benigna a una lesión de este tipo.

En ese sentido recordamos al Prof. Del Campo que enseñaba que para él una lesión ulcerada de estómago era eso y nada más hasta que la histología correctamente hecha demuestre que realmente es así. De manera que nos preocupa una úlcera gástrica fundamentalmente desde el punto de vista de su etiología o de su naturaleza. Y decíamos que aun la biopsia extemporánea puede fracasar, o un estudio histológico a veces, hecho sobre una pieza fijada puede todavía no ser suficiente, porque hay ejemplo todos los días, y los conocemos y los vemos, en los cuales al lado de un neoplasma ulcerado hay una digestión péptica de la mucosa, hay una úlcera de estómago. Yo diría que ni aun la propia evolución alejada, controlada radiológicamente de una úlcera de estómago, demuestra categóricamente que es una úlcera crónica simple, porque como decía el Dr. Mañana, existe la posibilidad de cancerización en el tiempo, y ésta puede aparecer en cualquier momento.

De modo que nos preocupa el porvenir de un enfermo a quien como tratamiento de elección se le pueda hacer una ulcerectomía, con o sin otra operación, vagectomía, etc., eso ya es secundario para lo que tratamos. Se le puede hacer una ulcerectomía y el estudio histológico de esa pieza revela que se trata de un neoplasma de estómago. Creemos que ese es un enfermo perdido, por cuanto la siembra que se debe haber hecho de territorios lináticos y de corte de vía de drenaje tumorales, evidentemente lo ponen fuera de toda posibilidad quirúrgica ulterior.

De manera que, en lo que nos es personal, creemos que la ulcerectomía es una intervención que ocupa un lugar de emergencia en el tratamiento de alguna complicación como la hemorragia grave, en enfermos muy graves y en circunstancias muy excepcionales. Lo que de ningún modo acompañamos es que pueda ser considerada como un tratamiento de elección de una lesión ulcerada de estómago que, repito, para mí una lesión ulcerada de estómago adquiere el rótulo de "úlcera crónica" cuando se ha hecho un correctísimo estudio histológico, y es entonces que recién estamos en condiciones de rotular definitivamente esa lesión.

Dr. Mañana: Agradezco a los Dres. Aguiar, Karlen, Valls y Cosco, que se han preocupado en la discusión de este tema.

En la discusión se tocaron dos puntos: una, que es como lo expresaron los autores, es la indicación de ulcerectomía en determinado tipo de pacientes, técnica más adecuada que una resección gástrica; y el otro punto lo dice también el trabajo, que las terapéuticas reseccionistas encuentran su máximo apoyo en el proceso ulcerativo canceroso del estómago o el cáncer ulcerado; como lo acaba de mostrar el Dr. Valls, la cancerización puede estar más allá de la úlcera.

Yo quisiera resumir cual es mi posición frente a este problema; cuando abordo a un paciente de esta índole de emergencia, no tengo

en mente que voy a realizar una gastrectomía, porque cuando el cirujano aborda un paciente de la gravedad que dice el Dr. Cosco, es peligroso que vaya con la idea de hacer una gastrectomía en el paciente. Creo que esta intervención no debe ser condenada, es una medida de salida y de salida con vida para los pacientes de esta gravedad. Esto para mí es el aspecto más importante que tiene la intervención propuesta.

No quiero decir que en un futuro cercano o lejano esta terapéutica de ulcerectomía acompañada de vaguectomía y operaciones de drenaje, sea practicada como tratamiento de elección en la úlcera gástrica. Y digo que no estoy de acuerdo, porque he dedicado diez años de estudio de la fisiopatología del ulcus gastroduodenal, y llego a la conclusión que no sé la fisiopatología del ulcus gástrico, porque después de haber leído comunicaciones y trabajos experimentales, encuentro que no hay una base fisiopatológica clara para la etiología del ulcus gástrico, y últimamente con los últimos estudios que se han hecho sobre esta materia,

más grande es el confucionismo sobre la etiología del ulcus gástrico.

Debería adecuarse el tratamiento de la enfermedad a la causa que lo produce, pero las causas que producen ulcus gástrico son muy variadas; un ulcus gástrico que se debe a adenomas de paratiroides, debería tratarse por la extirpación del adenoma de paratiroides; ulcus gástricos que se deben a adenomas de las suprarrenales o pancreáticos, deberían tratarse por la resección pancreática o suprarrenales. Y así sucesivamente podríamos citar una serie de casos con respecto a la etiología del ulcus gástrico.

Por eso quiero dejar establecido que no estoy por la ulcerectomía en el tratamiento del ulcus gástrico como operación de elección; no quiero decir que más adelante me encuentre en ese camino. Creo que hay que estudiar el tema mucho más, encontrar las verdaderas causas etiológicas en cada uno de estos pacientes, que son muchas, y tratar de racionalizar el tratamiento.