

Vagotomía y operación de drenaje gástrico en casos seleccionados de úlcera duodenal perforada * **

Dres. JUAN C. CASTIGLIONI-BARRIERE,***

MARIO C. CAMAÑO **** y JORGE C. PRADINES *****

El tratamiento quirúrgico de urgencia de la úlcera duodenal perforada puede encasarse con distintos criterios.

Es posible tratar sólo la complicación, para lo cual el cierre simple de la perforación, asociado según las circunstancias al drenaje peritoneal, es la intervención adecuada.

Este procedimiento tiene como ventajas su sencillez, rapidez y bajo riesgo quirúrgico, cualidades de gran valor ante enfermos graves, para los cuales puede ser salvador.

Su principal inconveniente radica en que no actúa en absoluto sobre la enfermedad ulcerosa de fondo. Como consecuencia, un alto porcentaje de los enfermos así tratados sufre la recurrencia de los síntomas de la afección o tienen nuevas complicaciones inmediatas o alejadas (hemorragia, obstrucción, otra perforación), muchos deben someterse a una nueva operación tras un período variable de tiempo e incluso, algunos mueren a causa de su úlcera (5, 6, 7, 8, 16, 18).

Otra conducta posible ante la perforación consiste en intentar el tratamiento definitivo de la úlcera conjuntamente con el de la complicación. Este proceder resulta obligatorio en los casos en que una hemorragia importante se suma a la perforación, situación que no se resuelve por el simple cierre de ésta. En ausencia de esta grave asociación, la operación definitiva se plantea como medio de poner al paciente a cubierto de las eventualidades arriba señaladas.

Cualquiera sea la operación definitiva que se realice, se trata siempre de una intervención de mayor entidad que el cierre simple de la perforación e implica por lo tanto un mayor riesgo. Este debe balancearse con los beneficios que pueda aportar al enfermo el tratamiento definitivo de su úlcera, de lo cual surgirá la indicación del tipo de procedimiento a practicar en cada caso.

Creemos indispensable, para plantear cualquier intervención definitiva ante una úlcera duodenal perforada, tener razonable seguridad de que ella no agregará riesgo excesivo al tratamiento de la perforación. Esta condición fundamental se puede cumplir mediante una rigurosa selección de los pacientes (8, 10, 12, 13, 16), basada en el cumplimiento estricto de ciertos requerimientos:

- Debe tratarse de pacientes jóvenes, menores de 50-55 años, sin enfermedad concomitante importante.
- El estado general debe ser satisfactorio, no existiendo síndrome infeccioso severo ni síntomas de shock acompañando a la perforación.
- No debe existir una peritonitis bacteriana constituida, lo cual puede deducirse de un tiempo de evolución menor de 12 horas de la perforación y fundamentalmente de la cantidad y tipo del líquido peritoneal.

Algunos autores confieren importancia menor como limitación, a la edad (5) y al tiempo de evolución o la existencia de una franca peritonitis (7), llegando algunos (3) a plantear la operación definitiva en todos los casos de úlcera duodenal perforada. Por su parte, Pierandozzi y col. (13, 14), quienes reúnen la máxima experiencia so-

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Walter R. Suiffet.

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 4 de junio de 1969.

*** Asistente de Clínica Quirúrgica.

**** Asistente de Clínica Quirúrgica.

***** Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica.

bre el tema, han ido reduciendo sus exigencias respecto a la selección de los pacientes a medida que aumentaba el número de enfermos que constituían su serie.

Creemos sin embargo que en nuestro medio, si se desea no exponer a los enfermos a un riesgo indebido, las condiciones arriba establecidas deben exigirse rigurosamente.

Por último, el enfermo que va a ser sometido a una operación definitiva debe ser portador de una úlcera crónica (5, 7, 8). Las úlceras agudas también pueden perforarse y su evolución después del cierre simple es generalmente hacia la curación, por lo que una intervención mayor es evidentemente un exceso en tales casos.

La historia clínica prolongada y la anatomía patológica macroscópica sirven para certificar la cronicidad de la úlcera y llenar esta condición.

Decidida la operación definitiva, la elección se plantea entre la gastrectomía subtotal amplia y la vagotomía asociada a una operación de drenaje gástrico, piloroplastia preferentemente, o a una antrectomía.

La gastrectomía subtotal en agudo ha dado excelentes resultados en manos de Yudin (19), Jordan y De Bakey (11), etc.

La vagotomía con drenaje gástrico, a la cual nos referiremos exclusivamente, es

una operación de menor entidad que la gastrectomía subtotal y ha probado acompañarse de mínimo riesgo cuando se realiza en frío (1, 4, 17). En cuanto a sus resultados alejados, son comparables a los de la gastrectomía subtotal, a condición de que la vagotomía sea completa y el drenaje gástrico eficaz (1, 4).

y el otro era un enfermo en mal estado general, bronquítico crónico y portador de un síndrome pilórico severo.

Por último, Derom y col. (3) tienen 15 % de mortalidad sobre 20 casos, pero estos autores practicaron la intervención en una serie consecutivas de úlceras duodenales perforadas, sin ningún tipo de selección.

En cuanto a las complicaciones específicas a temer de esta operación, dos son las principales: la mediastinitis y la dehiscencia de la piloroplastia. La posibilidad de un absceso intraperitoneal es la misma que cuando se practica un cierre simple.

La experiencia existente respecto al riesgo quirúrgico de la vagotomía con drenaje gástrico, realizada para tratar una úlcera duodenal perforada, es satisfactoria aunque el número de casos es aun escaso.

Pierandozzi y col. (13) referían sólo una muerte en el postoperatorio inmediato en una serie de 75 casos y en un trabajo más

CUADRO I

Caso	Edad	Historia previa	Tiempo de evolución	Shock	Sindr. infec.	Anteced. patológicos
1 L. A. R.	39	10 años Típica	6 horas	No	No	—
2 A. B.	53	6 años Típica	4 horas	No	No	—
3 H. G.	40	1 ½ años Típica	7 horas	No	No	—
4 S. D.	50	2 años Dispepsia atípica	5 horas	No	No	Etilismo
5 E. S.	65	5 años Típica	12 horas	No	No	Enfisema Insuf. cardíaca leve
6 I. P. I.	47	4 años Típica	3 horas	No	No	—
7 A. G.	40	8 meses Típica S. pilórico	3 horas	No	No	—

reciente (14) señalan 2 muertes sobre 180 casos, lo que hace un 1,1 %. No hay mortalidad en las series de Harbrecht y Hamilton (7), Meillere y col. (12) y Raymond (15), que reúnen un número bajo de casos.

Hadfield y Watkin (5) refieren 3 muertes en 61 operados, lo que hace un 4,9 %. Dos de estos pacientes tenían 70 y 81 años, uno de ellos fue operado en estado de shock

La mediastinitis, posible por contaminación del espacio periesofágico, no ha sido observada en las series mayores que existen en la literatura (5, 7, 13, 14), aunque todos los autores se refieren a su posibilidad.

La dehiscencia de la piloroplastia fue causa seguramente de una muerte en la serie de Hadfield y Watkin (5), no ocurriendo en otras manos (7, 12, 13).

ANALISIS CLINICO

La experiencia que presentamos está representada por 7 casos de úlcera duodenal perforada en que se practicó vagotomía y drenaje pilórico en agudo.

En el cuadro I se agrupan los hechos más importantes de sus historias clínicas.

La edad promedio de los pacientes, todos ellos hombres, fue de 47 años.

El cuadro clínico al ingreso fue típico en todas las ocasiones, sin dejar lugar a dudas sobre el diagnóstico de úlcera perforada. El caso N° 7 sufrió la perforación estando internado para ser intervenido en frío.

El tiempo promedial que medió entre la perforación y la operación fue de 5 ½ horas.

En el cuadro II agrupamos los principales datos referentes al acto operatorio y la evolución de estos enfermos.

En todos los casos la lesión perforada tenía el aspecto macroscópico correspondiente a una úlcera crónica.

Desde el punto de vista técnico, se comenzó en 6 de los 7 casos por transformar la perforación duodenal en el equivalente de la gastroduodenotomía que constituye el primer tiempo de la piloroplastia. Para ello, dos maniobras son posibles, como ilustra la figura 1.

Cuando se practica la *incisión* longitudinal gastropiloroduodenal (como se hizo en el caso N° 6), los tejidos periulcerosos, in-

CUADRO II

Caso	Líquido peritoneal	Perforación	Operación	Drenaje	Evolución
1 Hosp. Clín. R. 071813	Abundante puriforme	5 mm. Yuxtapiórica	Resección Piloroplastia Vagotomía	Sí	Sin complicaciones Alta al 9º día
2 C.A.S.M.U. R. 144312	Escaso claro	5 mm. Yuxtapiórica	Resección Piloroplastia Vagotomía	No	Sin complicaciones Alta al 7º día
3 Hosp. Clín. R. 243788	Escaso claro	8 mm. Yuxtapiórica	Resección Piloroplastia Vagotomía	No	Neumopatía aguda Alta al 9º día
4 Hosp. Clín. R. 246371	Escaso claro	3 mm. Yuxtapiórica úlcera cara posterior	Resección Piloroplastia Vagotomía	No	Neumopatía aguda Alta al 14º día
5 Hosp. Clín. R. 224061	Abundante bilioso turbio	15 mm. Yuxtapiórica tapada	Resección Piloroplastia Vagotomía	Si	Evisceración parcial Infarto pulmón Alta al 36º día
6 Hospital Florida	Escaso claro	5 mm. Yuxtapiórica	Incisión Piloroplastia Vagotomía	Si	Sin complicaciones Alta al 8º día
7 H. Pasteur H. C. 25319	Escaso puriforme	10 mm. Lejos del píloro	Cierre Gastroyeyunostomía Vagotomía	Sí	Sin complicaciones Alta al 7º día

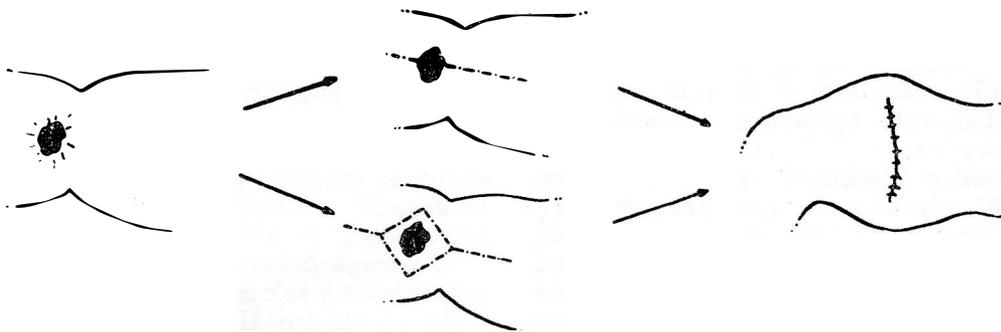


FIG. 1.—Métodos para transformar la perforación duodenal en una gastroduodenotomía, equivalente del primer tiempo de una piloroplastia. A) Incisión. B) Resección.

durados y malos para ser suturados, quedan en los extremos de la sutura de la piloroplastia. Estas zonas van a aproximarse sin tensión alguna. En cambio en la parte central de la sutura, que puede sufrir cierta tensión, quedan tejidos totalmente sanos.

La segunda eventualidad consiste en la *resección* de la pared duodenal que rodea la perforación en forma de rombo, cuyos extremos derecho e izquierdo se prolongan hacia el duodeno y el estómago. Con esta maniobra se eliminan los tejidos indeseables para suturar a que hacíamos referencia.

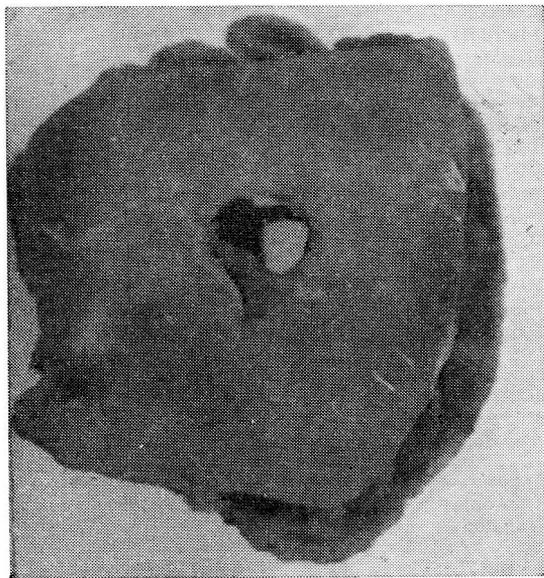


FIG. 2.—Fragmento de pared duodenal que rodea la perforación, resecaado en los 5 primeros casos de la serie.

Esta técnica fue la adoptada en los primeros 5 casos, observándose en la figura 2 el fragmento resecaado en uno de ellos.

La piloroplastia fue cerrada en todas las ocasiones con sutura monoplano a puntos separados de hilo no reabsorbible.

En el caso N^o 7 la perforación estaba lejos del píloro, por lo que la técnica descrita ofrecía dificultades. Se solucionó la situación realizando el cierre simple de la perforación y una gastroyeyunostomía posterior como intervención de drenaje gástrico.

Terminado el tiempo descrito, se procedió en los 7 casos al lavado profuso y secado lo más completo posible de la cavidad peritoneal. Se cambió de guantes e instrumental antes de abordar el esófago abdominal. Se completó la intervención con una vagotomía troncular infradiaphragmática bilateral.

El drenaje peritoneal se omitió en 3 casos en que el líquido presente era escaso y claro. En los cuatro restantes se dejó un tubo de goma drenando el Douglas.

En el postoperatorio inmediato todos los enfermos fueron mantenidos en dieta absoluta y con sonda gástrica, entre 3 y 5 días. Esta degravitación gástrica la consideramos muy importante como profilaxis de la atonía gástrica e incluso de la dehiscencia de la piloroplastia.

La evolución cursó sin la menor complicación en 4 enfermos. En otros 2 se produjo una neumopatía aguda que cedió al tratamiento antibiótico y no interfirió mayormente en su recuperación. El promedio de internación postoperatoria de estos 6 pacientes fue de 8 ½ días. En el restante

caso (Nº 5) la evolución se complicó por una evisceración parcial y sobre todo por un infarto de pulmón, que demoró su salida del hospital hasta el 36º día.

La mortalidad fue *nula* y no se registraron las complicaciones específicas que señalábamos más arriba: mediastinitis y falla de la piloroplastia.

Respecto a la evolución alejada, el plazo transcurrido desde la intervención va de 20 a 45 meses. Controlamos periódicamente a 4 de los 7 enfermos operados, siendo el resultado clínico satisfactorio hasta el momento actual, ya que todos ellos se mantienen asintomáticos.

El quimismo gástrico se estudió después de la intervención en 5 de los 7 casos. Se comprobó una aclorhidria basal en 3 ocasiones, una hipoclorhidria marcada en otro caso y una secreción basal elevada (4,3 mEq por hora) en el restante. En este último enfermo es pues muy probable que la vagotomía realizada haya sido incompleta, por lo cual es de temer la recurrencia de la úlcera.

Parece pues que los resultados alejados son similares a los que se obtienen cuando la vagotomía con drenaje gástrico se practica en frío. Esta impresión concuerda con lo observado por los autores que tienen mayor experiencia con el procedimiento (5, 14), quienes señalan resultados alejados satisfactorios en el 85 a 90 % de sus operados.

RESUMEN

La vagotomía acompañada de piloroplastia o gastroyeyunostomía, puede ocupar en el momento actual un lugar cierto en el tratamiento de casos seleccionados de úlcera duodenal perforada.

Se analizan 7 observaciones clínicas y se precisan las indicaciones.

La valoración definitiva requiere una mayor experiencia.

RÉSUMÉ

La vagotomie, accompagnée de pyloroplastie ou de jéjunotomie, peut occuper à l'heure actuelle une place certaine dans le traitement de certains cas sélectionnés d'ulcère duodénal perforé.

Sept observations cliniques sont exposées, en précisant les indications.

On ne pourra émettre un jugement de valeur définitif qu'après un plus grand nombre d'expériences.

SUMMARY

Vagotomy, accompanied by piloroplastia or gastrojejunostomy, may at present be included in the treatment of selected cases of perforated duodenal ulcer.

Seven clinical observations are analyzed and the procedures to be followed are indicated.

The final evaluation requires greater experience.

BIBLIOGRAFIA

1. BURGE, H. W. *Vagotomy*. Ed. Arnold, London, 1964.
2. CASTIGLIONI BARRIERE, J. C. *La vagotomie en el tratamiento de la úlcera de duodeno*. (Inédita.) Tesis de Doctorado. Montevideo, 1966.
3. DEROM, F., DEROM, E. et DE COCK, R. Operation de Dragstedt dans le traitement des perforations de l'ulcere duodenal. *Acta Chir. Belga*, 61: 700, 1962.
4. FEGGETER, G. Y. and PRINGLE, R. The long term results of bilateral vagotomy and gastrojejunostomy for chronic duodenal ulcer. *Surg. Gynec. Obst.*, 116: 175, 1963.
5. HADFIELD, J. I. H. and WATKIN, D. F. L. Vagotomy in the treatment of perforated duodenal ulcer. *Brit. M. J.*, 2: 12, 1964.
6. HAMILTON, J. E. and HARBRECHT, P. J. Growing indications for vagotomy in perforated peptic ulcer. *Surg. Gynec. Obst.*, 124: 61, 1967.
7. HARBRECHT, P. J. and HAMILTON, J. E. Reappraisal of simple suture of acute perforated peptic ulcer. Indications for definitive operation. *Ann. Surg.*, 152: 1044, 1960.
8. HARKINS, H. N. Acute perforation. En Harkins, H. N. and Nyhus, L. M. (Ed.): *Surgery of the stomach and duodenum*, pag. 646. Little, Brown & Co., Boston, 1962.
9. HERRINGTON, J. L. Can vagotomy be safely performed in conjunction with resection for the acute perforated duodenal ulcer? (Editorial). *Surgery*, 49: 827, 1961.
10. LAGROT, F., GRECO, J. et LAVERGNE, E. La place de la vagotomie dans le traitement d'urgence de l'ulcere duodenal perforé. *Mem. Acad. Chir. Paris*, 87: 753, 1961.
11. JORDAN, G. L., DE BAKEY, M. E. and COOLEY, D. A. The role of resective therapy in the management of acute gastroduodenal perforation. *Amer. J. Surg.*, 105: 396, 1963.
12. MEILLERE, J., AUROUSSEAU, R. et SAUVE, G. Cinq cas d'ulceres duodenopyloriques perforés, traités par suture, vagotomie et gastrojejunostomie. *Mem. Acad. Chir. Paris*, 87: 762, 1961.

13. PIERANDOZZI, J. S., HINSHAW, D. B. and STAFFORD, C. E. Vagotomy and pyloroplasty for acute perforated duodenal ulcer. *Amer. J. Surg.*, 100: 245, 1960.
14. PIERANDOZZI, J. S., HINSHAW, D. B., THOMPSON, R. J. (Jr.) and CARTER, R. Vagotomy and pyloroplasty for perforated duodenal ulcer. *Amer. J. Surg.*, 115: 173, 1968.
15. RAYMOND, J. L'operation de Judd associee a la vagotomie dans le traitement des ulceres duodenaux perfores. *Arch. Mal. App. Dig.*, 51: 1250, 1962.
16. SHEDD, D. P. and GOLDENBERG, I. S. Current concepts in management of the perforated peptic ulcer. *Surg. Clin. North America*, 46: 379, 1966.
17. SUIFFET, W. R. y CASTIGLIONI BARRIERE, J. C. La vagotomia en el tratamiento de la úlcera de duodeno. Resultados obtenidos. *Rev. Cir. Uruguay*, 38: 142, 1968.
18. THOMSON, F. B., Mc DOUGALL, E. P. and McINTYRE, D. I. Follow-up study of 500 patients with chronic duodenal ulcer admitted to a Veterans Hospital. *Surg. Gynec. Obst.*, 110: 51, 1960.
19. YUDIN, S. S. Partial gastrectomy in acute perforated peptic ulcer. Observations on diagnosis and treatment of 426 new cases. *Surg. Gynec. Obst.*, 64: 63, 1937.