

La vagotomía en el tratamiento de la úlcera de duodeno * **

Resultados obtenidos

Dres. WALTER R. SUIFFET y JUAN C. CASTIGLIONI BARRIERE

El tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal tiene como objetivo curar definitivamente la lesión, con las menores secuelas funcionales y el menor riesgo operatorio posibles. Ninguna intervención llena estas condiciones en su totalidad, lo que ha hecho decir a Colcock (4) que "no existe la operación ideal para la úlcera de duodeno".

Múltiples factores etiológicos intervienen en la aparición de una úlcera duodenal. Las posibilidades del cirujano para curarla se limitan sin embargo a lo que pueda hacer para lograr una reducción importante y mantenida de la secreción gástrica de HCl (18), sobre todo en el período interdigestivo (8). La operación clásica para obtenerla es la gastrectomía subtotal 75 %, que alcanza tal resultado mediante una gran reducción de la masa celular parietal acidosecretante.

Junto a ella han surgido en los últimos 25 años (6, 19), intervenciones que basan su efectividad en la denervación vagal del estómago asociada a un procedimiento de drenaje gástrico. Son conservadoras respecto a la gastrectomía subtotal, ya que mantienen el estómago anatómicamente íntegro. Su eficacia para reducir la secreción de HCl se debe en cambio a:

- 1) La abolición de su fase vagal, fundamental en el período interdigestivo (7) y cuya exageración estaría en la base de la patogenia de la úlcera duodenal (8).

- 2) El mantenimiento del antro gástrico en condiciones de mínima liberación de gastrina, al quedar denervado, sin estasis ni distensión y en continuidad con la mucosa acidosecretante (5).
- 3) La disminución de la reactividad de la masa celular parietal frente a todo tipo de estímulo, debido a su denervación (16).

Con tales fundamentos teóricos, se ha acumulado en la literatura una experiencia abultada y alentadora con el uso de estas intervenciones (2, 10, 12, 20), lo que ha hecho que ellas comenzaran a practicarse con frecuencia en nuestro medio (3, 13, 17).

Respecto a sus indicaciones, diversos puntos deben considerarse.

Las indicaciones quirúrgicas frente al ulceroso duodenal son las clásicas: hemorragia, obstrucción, perforación e intratabilidad.

Sin embargo, la introducción de un procedimiento más conservador y fisiológico y de menor riesgo quirúrgico, permite cierta liberalización de dichas indicaciones, sobre todo en algunos casos particulares como el del hombre muy joven, el sexo femenino y el enfermo de edad avanzada o con taras médicas importantes. Estos pacientes han sido clásicamente considerados como poco aptos para una gastrectomía 75 %, sea por el riesgo vital excesivo o por el riesgo de severas secuelas funcionales. En cambio pueden beneficiar de una operación más conservadora.

En otros casos, la vagotomía permite una decisión quirúrgica en etapas menos avanzadas de la enfermedad, frente a las limitaciones del tratamiento médico o su imposibilidad por razones sociales o eco-

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

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 14 de junio de 1967.

nómicas. Tal intervención precoz impide además la evolución de la lesión hacia estados anatómicos que por sí solos agregan un riesgo cierto a la cirugía de la úlcera duodenal (1).

Planteada la indicación quirúrgica, son diversas las posiciones sobre la selección de los pacientes a quienes se realizará una vagotomía con drenaje gástrico. Hay quien la practica en todas las úlceras de duodeno con buenos resultados (2). Otros indican la operación a realizar basándose en el estudio de la secreción gástrica de HCl en condiciones basales y en respuesta a la histamina (15), o lo que es mejor, en el resultado del test de la vagotomía médica (11), que permite prever las consecuencias de la vagotomía quirúrgica.

Este criterio, sin duda más científico, requiere una organización de laboratorio fuera de nuestro alcance en el medio hospitalario, por lo cual hemos practicado la vagotomía a todos los portadores de úlcera duodenal que se intervinieron desde fines de 1963 hasta el momento actual.

La vagotomía debe acompañarse forzosamente de una intervención de drenaje que asegure una buena evacuación gástrica o en su defecto, de una resección del antro. La antrectomía asociada a vagotomía ha probado ser la operación más eficaz para lograr la curación definitiva de la úlcera (9, 18). Sin embargo, subsisten en ella todos los problemas vinculados al manejo quirúrgico del duodeno ulceroso, que son obviados cuando se practica un simple drenaje gástrico. Por tal razón, hemos reservado la antrectomía para los casos en que la úlcera duodenal se asocia a una úlcera gástrica que es preciso reseccionar, y como recurso radical ante el fracaso de una vagotomía con drenaje gástrico.

El procedimiento de drenaje debe ser también elegido según el caso, siendo el de elección la piloroplastia. Ello conserva el tránsito duodenal y con él los mecanismos de inhibición de la secreción gástrica y de estimulación de las secreciones biliar y pancreática. Evita además el contacto del quimo ácido con la mucosa yeyunal, menos resistente que la duodenal, y conserva incambiada la anatomía de la región, lo que es ventajoso frente a una eventual futura resección gástrica. Por último, carece de las complicaciones propias

de la gastroenterostomía (torsión, hernia interna, etc.) y de sus problemas debidos a un emplazamiento incorrecto.

La gastroenterostomía es la alternativa cuando existen factores lesionales que contraindican la piloroplastia, los que según Weinberg (19) son:

- 1) Excesiva estrechez, esclerosis o importante edema inflamatorio del duodeno.
- 2) Estenosis duodenal distal al emplazamiento teórico de la piloroplastia.
- 3) Estómago dilatado y vencido por obstrucción inveterada.

Siguiendo las directivas enumeradas, hemos reunido 30 casos tratados mediante vagotomía. En esta serie se incluyen sólo los pacientes operados en frío, dejando de lado aquellos intervenidos de urgencia, en plena hemorragia o por una perforación, que serán motivo de otra comunicación. Todos los casos corresponden a pacientes de la Clínica Quirúrgica "I" del Hospital Pasteur. No se han incluido los enfermos tratados en otras instituciones por los cirujanos que integran dicha Clínica. Sólo diremos de ellos que los resultados han sido concordantes con los que aquí relataremos.

Los citados 30 casos incluyen 22 hombres y 8 mujeres. La edad oscila entre 20 y 78 años, con un promedio de 47. El tiempo de sufrimiento previo a la operación va de 6 meses a 30 años, con un promedio de 8 años. La historia ulcerosa típica estaba presente en 20 casos. Los 10 restantes sufrían de modo atípico. Las complicaciones mayores de la úlcera duodenal se presentaron en la mayoría de los pacientes: 16 habían sangrado en algún momento de su evolución, 7 habían tenido una perforación y 9 un síndrome pilórico previo en el momento de su ingreso. En 6 de ellos había ocurrido más de una complicación.

El estudio radiológico gastroduodenal, realizado en los 30 casos, mostró nicho duodenal típico en 13, bulbo deformado sospechoso de lesión ulcerosa en 13, obstrucción gastroduodenal total sin pasaje al duodeno en 2 y duodeno de aspecto normal en 2.

El quimismo gástrico se estudió siempre que fue posible, haciendo excepción los pacientes con hemorragia grave reciente o con obstrucción severa.

Debido a los limitados recursos a nuestro alcance, estudiamos sólo la secreción por estímulo histamínico standard y la secreción basal nocturna de HCl, sustituida más adelante por la secreción basal de 1 hora, de igual valor práctico y de más simple realización.

El estudio con histamina se efectuó en 20 casos, mostrando una hiperclorhidria en 15, normoclorhidria en 4 e hipoclorhidria en 1 paciente, en quien se asociaba una úlcera gástrica a la duodenal. El valor promedio de secreción de HCl en cifras absolutas fue de 24,3 mEq/hora.

La secreción basal se estudió en 17 casos. Mostró cifras de franca hiperclorhidria en 12 y una normoclorhidria en los 5 restantes. Los valores de secreción basal e histamínica fueron concordantes en todos los casos en que ambos estudios se realizaron.

La indicación operatoria se basó en el antecedente de hemorragia en 16 casos, en la obstrucción gastroduodenal en 6, en antecedentes de perforación seguida de sufrimiento persistente en 1, en intratabilidad por medios médicos en 6 y en la coexistencia de una litiasis vesicular en 1 caso.

Respecto al hallazgo operatorio, destacaremos dos hechos. No se halló lesión duodenal en 2 casos. En uno, la historia ulcerosa típica prolongada y la intensa hiperclorhidria (la mayor de la serie), justificaron a nuestro criterio la intervención efectuada. En el otro, el sufrimiento era atípico y la hiperclorhidria moderada, por lo que consideramos se trata de un caso de mala indicación operatoria.

En cuanto a lo que se denomina "duodeno difícil", fue encontrado en su máxima expresión en 6 de los 30 casos. En otros 11, sin llegar a tal extremo, el manejo del duodeno ofrecía dificultades ciertas.

De los 28 casos en que existía úlcera duodenal, en 11 asentaba en la cara anterior, en 9 en cara posterior y en 8 se trataba de una doble úlcera. En 2 enfermos se asociaba una úlcera de pequeña curva gástrica.

Las operaciones realizadas fueron:

Vagotomía con piloroplastia tipo Heineke-Mikulicz . . .	21
Vagotomía con gastroenterostomía posterior	7
Vagotomía con antrectomía	2

Se practicó siempre una vagotomía troncular infradiaphragmática.

Las dos antrectomías corresponden a los casos de asociación de úlcera gástrica y duodenal.

La gastroenterostomía se efectuó cuando existían las contraindicaciones expuestas anteriormente para una piloroplastia. Destacaremos que su emplazamiento fue siempre yuxtapilórico, único modo de ponerse a cubierto de una retención gástrica secuelar en el postoperatorio alejado. La gastroenteroanastomosis fue en todos los casos transmésocólica, isoperistáltica y de unos 5 cm. de diámetro.

La piloroplastia ha sido el método de drenaje de elección. En los primeros tiempos se suturaba en 2 planos como garantía contra la falla de sutura, procedimiento que actualmente ha sido abandonado por no brindar seguridad en cuanto a una buena evacuación gástrica en el futuro. Se practica en el momento actual una sutura monoplano con puntos de Gambee de hilo no reabsorbible.

Los accidentes operatorios se reducen a una lesión de bazo que se resolvió por esplenectomía.

En el postoperatorio inmediato debemos destacar que la mortalidad fue NULA.

En 21 pacientes no se registró ninguna complicación. Las complicaciones principales fueron:

—Una evisceración debida a una intensa bronquitis, en ausencia de distensión abdominal. Reoperado, evolucionó bien.

—Dos casos de retención gástrica. El primero se debió a una estenosis mesobulbar que no fue solucionada por la piloroplastia. Se asoció a un íleo paralítico marcado y evolucionó bien con tratamiento médico. El segundo tuvo por causa un error de manejo postoperatorio, ya que a las 24 horas de la intervención se retiró la sonda gástrica y se realimentó por boca. Se solucionó también con tratamiento médico.

No registramos en cambio ningún caso de atonía gástrica postoperatoria grave, complicación poco frecuente, pero la más severa que puede seguir a una vagotomía (14).

—Las restantes complicaciones observadas fueron inespecíficas y de poca jerarquía: 4 casos de diarrea leve, 1 neumopatía aguda, 1 infección urinaria.

El manejo postoperatorio de estos enfermos tiene por fin principal evitar la distensión y retención gástricas y varía mucho según los autores. Algunos practican una gasotomía temporal sistemática (20) mientras que otros ni siquiera intuban al paciente (2). Habitualmente adoptamos una posición intermedia. Mantenemos operado con sonda gástrica los 3 ó 4 días que siguen a la intervención, e hidratación absoluta e hidratación parenteral.

El control postoperatorio alejado de otros pacientes se extiende entre 5 meses y 3 ½ años después de la operación y comprende a 23 de ellos, lo que hace un porcentaje no ideal, pero satisfactorio, de 75 % de casos vigilados después de su tratamiento.

Desde el punto de vista clínico, ninguno de los controlados presenta síntomas que hagan pensar en una recurrencia ulcerosa ni han tenido hemorragia digestiva después de operados.

Señalamos que el tiempo de control de la serie es aún corto para expedirse sobre la incidencia de recidivas.

En cuanto a las secuelas funcionales, están presentes en nuestra serie las dos más comunes de la vagotomía: la retención gástrica y la diarrea.

Una retención gástrica severa obligó a reoperar a un enfermo a los 2 años de la primera intervención. Su causa era una estenosis mesobulbar distal a la piloroplastia, que debió haber contraindicado este procedimiento de drenaje. Se solucionó la situación por una antrectomía.

En otros dos pacientes se registraron síntomas leves de retención gástrica confirmados por el estudio radiológico.

La diarrea persistente la encontramos en 3 de nuestros operados, pudiendo calificársela de moderada. En ningún caso observamos la diarrea severa e incapacitante que se encuentra citada en la literatura (2, 14). Cinco enfermos presentaron una diarrea leve en los primeros meses del postoperatorio, normalizándose luego su tránsito intestinal.

Por último, cinco de los operados acusaron síntomas dispépticos vagos y leves, que surgen sólo a un interrogatorio muy estricto y que no provocan ningún trastorno serio.

El estado de nutrición de los operados controlados fue en general muy satisfac-

torio. Nueve de ellos ganaron entre 2 y 7 kilos y 10 conservaron su peso. Los cuatro restantes perdieron entre 2 y 5 kilos. De ellos, 2 eran obesos antes de operarse y un tercero mantiene un buen estado de nutrición. Sólo el paciente que debió reoperarse por una retención gástrica importante mostró un estado nutricional deficiente.

El control radiológico muestra en la mayoría de los casos una buena evacuación gástrica por la piloroplastia o la gastroenterostomía. Persiste en casi todos una deformación evidente del bulbo duodenal. En 3 casos observamos un retardo de la evacuación gástrica y en el paciente ya referido, una franca retención.

El estudio del quimismo gástrico muestra datos de gran interés. La secreción basal fue estudiada en el postoperatorio inmediato o alejado en 23 pacientes, mostrando lo siguiente:

—Aclorhidria basal en 17.

—Secreción basal de valores por debajo de lo normal en 4.

—Hiperclorhidria basal en 2. Ella hace pensar en una vagotomía incompleta, cosa que ya fue confirmada en uno de los casos por un test de Hollander positivo.

La secreción por estímulo histamínico se estudió en 14 de los operados. Mostró en todos ellos cifras de normo o hipoclorhidria. La secreción promedio postoperatoria fue de 6,9 mEq/hora, lo que indica una reducción evidente respecto al valor promedio preoperatorio.

RESUMEN

El análisis de nuestra serie de operados demuestra algunos hechos que coinciden con los observados en grandes estadísticas existentes en la literatura. Destacaremos:

1) Ausencia de mortalidad en nuestra serie.

2) Mínima morbilidad de la vagotomía con drenaje gástrico, tanto en lo referente al número como en lo que respecta a la entidad de las complicaciones.

3) Baja incidencia y escasa jerarquía de las secuelas funcionales en el postoperatorio alejado.

4) Eficacia para obtener una importante reducción de la secreción gástrica de HCl.

RÉSUMÉ

L'analyse de notre série d'interventions confirme les faits observés et relatés dans les grandes statistiques existantes dans la littérature:

- 1) Absence de mortalité dans notre série.
- 2) Minime morbilidad en nombre et entité des complications.
- 3) Faible incidence et rare hiérarchie des sequelles fonctionnelles dans le post-opératoire éloigné.
- 4) Efficacité pour obtenir une importante réduction de la sécrétion gastrique d'acide chlorhydrique.

SUMMARY

A survey of our series of surgical cases involves findings in agreement with those reported in the literature, i.e.

- 1) Absence of mortality.
- 2) Minimal morbidity and importance of complications.
- 3) Low incidence and scarce entity of functional sequelae in the long-term post-operative.
- 4) Effectiveness in obtaining an important reduction in the gastric secretion of HCl.

BIBLIOGRAFIA

1. BROOKS, J. R. and MOORE, F. D. Duodenal ulcer: The present status of definitive surgery, the selection and management of patients undergoing operation. *New England J. Med.*, 260: 1124, 1959.
2. BURGE, H. W. *Vagotomy*. Ed. Arnold Ltd. London, 1964.
3. CASTIGLIONI BARRIERE, J. C. *La vagotomía en el tratamiento de la úlcera de duodeno*. Tesis de Doctorado. Montevideo, 1966.
4. COLCOCK, B. P. The operation of choice for duodenal ulcer. *Surg. Clin. North America*, 44: 653, 1964.
5. CHAPMAN, N. D., HARKINS, H. N. and NYHUS, L. M. The antrum. Its role in the surgery of duodenal ulcer. *Arch. Surg.*, 81: 517, 1960.
6. DRAGSTEDT, L. R. and OWENS, F. M. (JR.). Supradiaphragmatic section of vagus nerves in treatment of duodenal ulcer. *Proc. Soc. Exper. Biol. Med.*, 53: 152, 1943.
7. DRAGSTEDT, L. R., WOODWARD, E. R., STORER, E. R., OBERHELMAN, H. A. (JR.) and SMITH, C. A. Quantitative studies on the mechanism of gastric secretion in health and disease. *Ann. Surg.*, 132: 626, 1950.
8. DRAGSTEDT, L. R. A concept of the etiology of gastric and duodenal ulcers. *Gastroenterology*, 30: 208, 1956.
9. EDWARDS, L. W., EDWARDS, W. H., SAWYERS, J. L., GOBBEL, W. G., HERRINGTON, J. L. and SCOTT, H. W. The surgical treatment of duodenal ulcer by vagotomy and antral resection. *Amer. J. Surg.*, 105: 352, 1963.
10. 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.
11. GILLESPIE, I. E. and KAY, A. W. Effect of medical and surgical vagotomy on the augmented histamine test. *Brit. M. J.*, 1: 1577, 1961.
12. HOLT, R. L. and LYTGOE, J. P. Ten year results of vagotomy and gastrojejunostomy in the treatment of chronic duodenal ulcer. *Brit. J. Surg.*, 49: 255, 1961.
13. MAÑANA, J. La vagotomía más una operación de drenaje gástrico en el duodeno ulceroso difícil. XXXIV Congr. Arg. Cir., 2: 534, 1963.
14. MIALARET, J. et EDELMANN, G. Accidents et sequelles de la vagotomie. *Acta Chir. Belga*, 61: 763, 1962.
15. ORR, I. M. Selective surgery for peptic ulcer. *Brit. J. Surg.*, 50: 121, 1962.
16. PAYNE, R. A. and KAY, A. W. The effect of vagotomy on the maximal acid secretory response to histamine in man. *Clin. Sci.*, 22: 373, 1962.
17. PIQUINELA, J. A. El tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal. Estado actual del problema. *Día Méd. Urug.*, 32: 699, 1965.
18. SMITHWICK, R. H., FARMER, D. A. and HARROWER, H. W. Some comments on recurrent ulceration after various operations for duodenal ulcer based upon the acidity and peptic activity of the gastric contents. *Amer. J. Surg.*, 105: 375, 1963.
19. WEINBERG, J. A., STEMPIEN, S. J., MOVIUS, H. J. and DAGRADI, A. E. Vagotomy and pyloroplasty in the treatment of duodenal ulcer. *Amer. J. Surg.*, 92: 202, 1956.
20. WEINBERG, J. A. Vagotomy and pyloroplasty in the treatment of duodenal ulcer. *Amer. J. Surg.*, 105: 347, 1963.

DISCUSION

Dr. Chifflet: Como el tema en realidad involucra la terapéutica, es decir la indicación y la técnica, las complicaciones de la vaguotomía y el tratamiento de la úlcera, yo voy a hacer algunas consideraciones respecto a cual es nuestra posición en lo que se refiere en concreto al tratamiento de la úlcera gastroduodenal en general.

Dejando de lado experiencias hospitalarias y experiencias de otras épocas, y concretándonos a nuestra experiencia privada, tenemos 134 gastropilorectomías, 81 por úlcera duodenal, 45 por úlcera gástrica y 8 por úlcera yeyunal. De las 81 úlceras duodenales hay un fallecido, no hay ninguna úlcera yeyunal postoperatoria, alguna molestia digestiva discreta, y algunos

enfermos con adelgazamiento sin provocarles trastornos. Las úlceras gástricas son 45, de las cuales hay un fallecido. Es decir, en 134 enfermos operados, 2 fallecidos, uno gástrico y uno duodenal.

En lo que se refiere a las hemorragias graves que obligan a operar en el curso de la hemorragia, nosotros tenemos 13 enfermos, de los cuales 7 duodenales, 4 gástricos y 2 yeyunales. En los 13 enfermos, de los cuales han operado 4 médicos, se hizo en todos gastropilorectomía de urgencia con ningún fallecido, ninguna complicación. Completando esta información, yo diría que en la úlcera sangrante, en que de acuerdo con lo que decía el Dr. Suiffet no hay mortalidad, no hay complicaciones, probablemente no han venido a la Sociedad de Cirugía los números de todos los Centros donde se hace esa cirugía, porque yo sé personalmente por lo menos de 4 enfermos con úlcera duodenal sangrante que han fallecido después de piloroplastia y vaguectomía.

¿Cuál es mi posición en el momento actual? En el úlcus gástrico, indudablemente la gastropilorectomía; en el úlcus duodenal tuve siempre la impresión de que los enfermos se dividen entre los que no había que operar, es decir que eran de tratamiento médico, y los que había que operar y hacerles una gastropilorectomía. Quedaba entre esos dos grados un margen variable, en los cuales temía yo hacerle una gastropilorectomía y el enfermo no marchaba bien con el tratamiento médico. Ese grado intermedio es el que en el momento actual yo acepto como indicación: un tratamiento por piloroplastia y drenaje del estómago. Los cirujanos que a mí me seguían; reconozco que mi posición puede ser la consecuencia de un temperamento, de una formación, del temor no disimulado a lo nuevo cuando no llega a satisfacerme.

Segundo, creemos que debemos evitar, en el entusiasmo por la vaguectomía, un desplazamiento de este sector medio, llevando a hacer intervenciones quirúrgicas que, consideradas de poca jerarquía, pueden llevar a operar enfermos que no necesitan la intervención quirúrgica, y que es a expensas de ese grado que se puede estar multiplicando las intervenciones que se hacen en esos casos.

En tercer lugar, considero que se corre el riesgo de desplazar la vaguectomía hacia enfermos que tienen lesiones, no diré ya gástricas, pero mismo duodenales que requieren como única solución la extirpación del proceso patológico para terminar con la enfermedad.

En cuarto término, creo que es interesante que los que se ocupan de la vaguectomía separen las indicaciones de orden fisiológico, científico podríamos decir, de las llamadas vaguectomías por duodenos difíciles. El duodeno es difícil, pero el duodeno se puede tratar, no por dos técnicas, sino por todos los recursos que el que sabe manejar la primera porción del duodeno pone en juego cuando tiene que hacer un cierre del duodeno. Y en esas condiciones se puede hacer el cierre del duodeno prácticamente siempre.

Yo diría que hacer una operación de carácter funcional llevado por una razón de

orden técnico es condenarnos a tener que hacer algo porque no podemos hacer lo correcto, lo que hay que hacer.

En quinto lugar, creo que es prudente tener información alejada. En la gastroenterostomía simple que nosotros vimos hacer y que comenzamos a hacer hace 36 a 38 años, los resultados que se obtenían en el período inmediato eran altamente satisfactorios: los enfermos mejoraban el estado general, la sintomatología ulcerosa desaparecía, y todos nos sentíamos orgullosos de la úlcera de estómago que habíamos curado. En nuestros enfermos esos ocho enfermos que yo digo que habían sido gastroenterostomizados y los operamos con úlcera yeyunal, fuera de uno que vino a los 2 años que habían comenzado sus sufrimientos, los otros empezaron a sufrir a los 8 años, incluso uno a los 22 años de haber hecho una gastroenterostomía.

Es decir, que para saber lo que da una operación, no es suficiente con conformarse de 4, 5, 8 ó 10 años, que será el porvenir más alejado que va a decir si estos enfermos han curado o no han curado de su lesión ulcerosa.

Y llegando al problema de la vaguectomía, la vaguectomía comenzó por ser una vaguectomía simple y después fue vaguectomía con gastroenterostomía y después fue vaguectomía con piloroplastia y en el momento actual se va a la vaguectomía con antrectomía y las estadísticas de algunos autores muestran en la vaguectomía con gastroenterostomía hasta un porcentaje del 13% de úlceras yeyunales postoperatorias después de 10 años de practicadas. No se tiene experiencia con las operaciones últimas con piloroplastia y con antrectomía, suficiente para haber discutido la posibilidad de que a plazo largo puedan aparecer, como en la gastroenterostomía, úlceras yeyunales. Creo que cuando se razona sobre una operación en tubo digestivo, sobre los fundamentos fisiológicos, hay que ser muy cautos. En primer lugar, creo que es imperioso el estudio del enfermo desde el punto de vista fisiológico, o antes de ofrecerle una operación fisiológica y saber que el enfermo tiene un determinado tipo de hiperclorhidria, de determinada causa. En segundo lugar, no hay que olvidar que en nuestro organismo felizmente existen fenómenos de adaptación y de coordinación entre las funciones alternadas que hacen que con el pasar del tiempo aparezcan nuevas maneras de funcionar esos órganos con posibilidades de que se creen las mismas situaciones en que antes de la operación. Para más, yo agregaría que la secreción de la gastrina no depende de tal o cual factor, sino de la imperiosa necesidad de un equilibrio y que factores opuestos pueden conducir a la misma secreción de gastrina. De fondo hemos aprendido que la alcalinidad del jugo duodenal y biliar no actúa sobre la acidez gástrica por el mecanismo simple de una neutralización de ácido con álcalis, sino que se constituye una función tampón donde la acidez y la alcalinidad juegan una parte muy secundaria dentro de esta neutralización.

Para terminar, yo creo que debemos recibir con satisfacción todos los resultados reales, honestos, desapasionados, que permitan ofrecer a los enfermos ulcerosos un mejor tratamiento.

Dr. García Capurro: Ya que en realidad tenemos mucha experiencia en cirugía gástrica, me veo obligado a dar una opinión también.

En el ambiente donde yo trabajo, las primeras operaciones gástricas de resección se hicieron en 1904. Durante esos 63 años, la gastrectomía se fue poniendo a punto hasta llegar a ser una operación perfectamente reglada que evoluciona exactamente igual y en la cual realmente no tenemos mortalidad desde hace tantos años que hemos perdido un poco la noción al respecto. Por lo tanto, dado que teníamos enorme cantidad de enfermos que marchaban perfectamente bien con la gastrectomía, todavía en parte seguimos apegados a la gastrectomía. Esto no quiere decir que no hayamos hecho muchas vagotomías con una indicación especial. El enfermo que ha tenido en su vida buen peso o sea que es un hombre que asimila bien, a esa persona si le hacemos la gastrectomía marcha perfectamente bien.

Por el contrario, en aquellos enfermos muy jóvenes, sobre todo los muy chicos y muy flacos, son enfermos en que dudábamos hacerles una gastrectomía porque sabríamos que quedaría disminuido en su capacidad. A ese enfermo es al que le hacemos una vagotomía y una piloroplastia o una gastroenterostomía. A mí me pasa con cierta frecuencia que el píloro, cuando hay una úlcera duodenal que está sangrando o que se ha perforado o que ha tenido una lesión importante, no es un tejido en que uno gusta mucho de operar. Yo prefiero hacer la gastroenterostomía, con la cual yo en realidad no he tenido ningún inconveniente. Es lo que quería decir.

Dr. Del Campo: En primer lugar, voy a felicitar a todos los que contribuyeron a este tema por los trabajos presentados, cualquiera que sea el resultado final que, como decía el Prof. Chifflet, necesitarán años para saberse exactamente lo que dan.

Entusiasmo más grande provocó la gastroenterostomía y entusiasmo más grande provocó la gastrectomía a su debido tiempo, que el que provoca esta operación actualmente; pero todos estos trabajos han sido hechos minuciosamente, tratando de ver exactamente qué pasaba, dedicando tiempo, y esos son aportes positivos.

Yo puedo decir que he tenido la satisfacción de presidir estas reuniones y de oír estas comunicaciones.

En segundo lugar, si se me pregunta cuál es mi opinión, les diría que firmaría las afirmaciones del Prof. Chifflet junto con él. Quizás alguien dijera: son de la edad de la gastrectomía y entonces prefieren algo que aprendieron en un momento dado a hacerlo y que lo primero que piensan cuando estamos frente a una lesión de esta categoría es en aquello que tuvieron mucho afecto.

Lo que a mí me sorprendió más cuando pasé de la gastroenterostomía a la gastrectomía, y que conste que se afirmó siempre que los malos resultados de la gastroenterostomía eran más malos resultados de los gastroenterostomizadores que de la gastroenterostomía en sí, es que el gastroenterostomizado sigue teniendo

la noción de que tiene una lesión, de que tiene un estómago que no funciona bien y el gastrectomizado en general se sentía absolutamente libre de todo trastorno.

Después vinieron otras cosas; ustedes saben que los primeros artículos contra los resultados que se consideraban estupendos de la gastrectomía, en nuestro país, fueron hechos por mí.

En lo que respecta a la vaguectomía, creo que la hice estudiar hace muchos años por el Dr. Otero, y yo la practiqué hace muchos años. La aplicaba cuando consideraba que la gastrectomía no estaba indicada o que ofrecía un riesgo muy grande al enfermo; son indicaciones perfectamente señaladas de edad, posibilidad de herir el pedículo biliar, el pedículo hepático o de herir el páncreas, todas situaciones perfectamente definidas.

La tercer cosa es que en el último año, en noviembre, tuve la suerte de asistir a una sesión del American College of Surgery con proyección de films; uno sobre vagotomía y piloroplastia por úlcera duodenal, otro de vagotomía y antrectomía por úlcera duodenal, y otro de vagotomía y elección del sitio de drenaje. Después de la explicación de estos films, serían discutidos.

El número de casos en el cual se basaban era enormemente superior a los nuestros.

Esta diversidad demuestra que es un hecho que no está terminado; allí hay gente que está sumamente preocupada con las diarreas de aquellas personas a las que se les hace vaguectomía.

Como conclusión, es necesario una evolución mayor de estos enfermos para precisar las indicaciones de la vagotomía y en especial, su generalización en el tratamiento de la úlcera de duodeno.

Dr. Piquinela: Nosotros estamos haciendo este procedimiento que proponen los comunicantes desde el año 1960, época en que el Prof. Suiffet nos honraba integrando nuestro Servicio. Ya lo defendimos en el relato al Congreso Uruguayo de Cirugía en el año 1962 y a partir de ahí nos hemos referido a él y hemos empezado a publicar algunos resultados en varios Cursos de Graduados que hemos hecho en el Hospital de Clínicas y en algunos realizados en el Interior de la República.

En el momento actual se están realizando los resultados alejados, alejados en el sentido de que hay algunos operados de 5, 6 y 7 años.

Si se habla o se piensa solamente en recurrencia ulcerosa, evidentemente, el mejor procedimiento, según la experiencia ajena que es muy superior a la nuestra, parece ser la antrectomía con vaguectomía. Pero si se tiene en cuenta, cosa que nosotros creemos que debe tenerse en cuenta, además de la recurrencia ulcerosa, la morbilidad, la mortalidad postoperatoria y los resultados alejados, este procedimiento que defienden los comunicantes es un excelente procedimiento. Especialmente en todos aquellos casos en que razones de índole general, local o regional, hacen de la persona un riesgo quirúrgico grave.

Es así que nosotros creemos, y es el criterio que seguimos en el momento actual, que hay

un número de indicaciones que el procedimiento puede defender para sí: edad avanzada, mal estado general, que él sea imputable a la evolución de la úlcera o que sea imputable a una enfermedad asociada; deo de lado las complicaciones que los comunicantes no tratan. Es el procedimiento a emplear en la mujer siempre que se pueda, aun los reseccionistas más decididos consideran que hay dos o tres circunstancias en las cuales la resección, mismo limitada, debe ser sustituida por la vaguectomía con procedimiento de drenaje. Las dos o tres situaciones son la úlcera duodenal en la mujer, el sujeto delgado o muy adelgazado y todos aquellos duodenales en los que el componente psíquico alcance una situación predominante.

Ahora, si se debe aplicar a todos los casos de úlcera duodenal o a determinados casos, nosotros necesitaríamos para poder opinar, una experiencia muy superior a la que tenemos, que entre todos los integrantes del Servicio alcanza a un poco más de 100 casos. En ese sentido, nosotros estamos impresionados de los trabajos de la escuela inglesa que sostiene que desde el momento que la úlcera duodenal no tiene un patrón secretorio único, variable de un enfermo a otro, hay que adecuar a cada enfermo el procedimiento operatorio. De cualquier manera este procedimiento puede reclamar para sí dos grandes ventajas que lo hacen, a mi modo de ver, indicado en las circunstancias en que es mencionado y también en alguna otra que se me escape. En primer lugar, su bajísima mortalidad; nosotros, al igual que los comunicantes, tenemos en la serie hospitalaria 0 % de mortalidad.

Pero el procedimiento tiene, a mi modo de ver, una ventaja que debe ser destacada: que es un procedimiento que no cierra el camino a una operación ulterior, mismo de resección, si la evolución del enfermo lo hace necesario. En ese sentido nosotros, al igual que los comunicantes, creemos que el hecho tiene importancia.

De cualquier manera yo felicito al Dr. Suiffet y al Dr. Casigliani por haber traído este asunto a la Sociedad de Cirugía, porque es de interés y está ocupando en este momento la atención, en todas partes del mundo, de los cirujanos que se dedican a este problema. Nada más.

Dr. Valls: Yo lamento no haber podido estar en las comunicaciones, pero como he tratado algún enfermo en condición de Cirujano de Urgencia del Hospital de Clínicas he decidido presentarlo. Hace un mes, una persona de edad vino con una hemorragia digestiva

muy intensa, con hematemesis y melena, con un estado general muy grave. La operamos y nos encontramos que tenía una úlcera de duodeno enorme, que llegaba desde el píloro, pasaba a la rodilla superior del duodeno y llegaba hasta la segunda porción, que formaba cuerpo con el páncreas, que era un páncreas hipertrófico. A esa enferma se le abrió la cara anterior del duodeno y del estómago, vi una enorme úlcera que estaba sangrando por sus bordes, estaba dando chorros de sangre arterial, aunque no era la gastroduodenal que se veía en el fondo, intacta, e hice la hemostasis de esos vasos, hice el cierre en sentido transversal y una piloroplastia. Nos cambiamos de guantes e instrumental y le hicimos una vaguectomía, y esa enferma tuvo una evolución muy satisfactoria. Con respecto al peligro que decía el Prof. Suiffet, al hacer la hemostasis de la gastroduodenal de herir el colédoco, nosotros presentamos hace años por indicación del Prof. Del Campo una pieza del Instituto de Anatomía donde había una úlcera del duodeno que se veía y la gastroduodenal con una perforación tapada por un pequeño trombo e inmediatamente detrás, pegado a él se veía el colédoco formando cuerpo a través de una lámina muy delgadita de páncreas. De tal manera que era muy fácil, en ese enfermo que la hemostasis hubiera comprometido al colédoco.

Dr. Suiffet: Queríamos agradecer al Prof. Piquinela su contribución al modestísimo aporte que hemos hecho a la Sociedad de Cirugía, además de los conceptos vertidos en el momento oportuno.

Nosotros realizamos la primer vaguectomía y drenaje en el año 1957 en un hombre de 22 años que portaba una úlcera de duodeno y que había tenido cuatro hemorragias importantes, una de ellas masiva, y que presentaba una estenosis pilórica. El resultado inmediato fue excelente. Ese paciente fue perdido de vista a pesar de reiteradas solicitudes. El enfermo por razones circunstanciales de su vida estuvo procesado y detenido durante dos años.

A este enfermo lo encontramos casualmente en la calle y conversamos con él, se resiste a estudios ulteriores porque desde que fue operado está curado. Come de todo, no siente nada, y está perfectamente bien.

Nuestra experiencia coincide, desde luego, con la que ya habíamos adquirido en la Clínica del Dr. Piquinela y es una modestísima colaboración frente a la magnitud de la producción mundial.