

Nuestra experiencia en cirugía del ulcus gastroduodenal

Por los doctores A. F. LANDIVAR, R. GONZALEZ BOSCH y C. A. LEONI IPARRAGUIRRE
(de Buenos Aires)

Desde nuestro trabajo sobre pilorogastrectomía en las úlceras gastroduodenales presentado en el 2º Congreso Argentino de Cirugía (Sesión del 14 de Julio), hemos continuado prestando atención preferente a este tema médico - quirúrgico que, día a día, cobra mayor importancia por la frecuencia creciente de esta enfermedad, y es el fruto de nuestra experiencia en el asunto, el que traemos al seno de la prestigiosa Sociedad de Cirugía de Montevideo, para someterlo al juicio de los distinguidos colegas que la integran.

En el deseo de mejorar los resultados alcanzados hasta aquella fecha, analizamos las causas determinantes de algunos fracasos, lo que nos ha llevado a través de una serie de modificaciones que abarcan la preparación preoperatoria, el acto quirúrgico en sí y los cuidados post-operatorios, a adoptar la conducta actual, de la que nos consideramos satisfechos por el momento.

Seguimos fieles a la ectomía amplia en materia de úlcera gastroduodenal, operación que consideramos dentro de la oscuridad etiopatogénica del ulcus, como de elección desde el doble punto de vista de sus fundamentos y de los resultados alcanzados. Sólo reservamos para la operación menor, la gastroenteroanastomosis, aquellas úlceras complicadas, como las con pilorismo orgánico grave o las perforadas en las que el cierre de la perforación deja estenosis, y que por el estado del enfermo exigen una intervención breve que conjure la situación de urgencia.

Hemos extendido la indicación de la gastrectomía a ciertas gastritis crónicas graves, cuya evolución clínica y estudio histopatológico justificaron ampliamente tan radical conducta. Este criterio ha sido por idénticas razones adoptado por una serie de autores.

También la gastrectomía en nuestras manos ha subsanado muchos de los resultados deficientes de la gastroenteroanastomosis; en este

orden de ideas hemos intervenido úlceras pépticas, yeyunitis ulcerosas, estenosis del asa eferente por tumor inflamatorio, úlceras sangrantes pese a la gastroenteroanastomosis, etc.

Antes de pasar al análisis de nuestra conducta en los casos en que conceptuamos necesario operar, queremos dejar sentado que distamos de ser intervencionistas sistemáticos en el ulcus gastroduodenal. Consideramos que el tratamiento médico bien conducido, debe de intentarse en todo ulceroso simple, máxime cuando su enfermedad es reciente y, por ello, más fácil de curar médicamente. Sólo en presencia de un ulceroso cuya enfermedad recae repetidas veces a pesar del tratamiento o que no puede seguirlo por su condición social, que no le permite guardar regímenes determinados, nos creemos autorizados a someterlo a una intervención de la importancia de la que estamos tratando.

En los ulcerosos complicados (aparte de los perforados, cuya indicación quirúrgica no se discute), sea por hemorragias graves o por hemorragias repetidas, sea por trastornos mecánicos como la estenosis pilórica, la indicación operatoria se plantea en forma más perentoria. Otro tanto podemos decir de las viejas úlceras perforantes en las que la historia clínica salpicada de empujes evolutivos pregona manifiestamente la poca eficacia de los tratamientos médicos ensayados.

Dividiremos esta modesta contribución en tres partes: en la primera nos ocuparemos del preoperatorio de los futuros gastrectomizados; en la segunda, detallaremos la técnica que empleamos; y, en la tercera, esbozaremos los cuidados post-operatorios y las principales complicaciones que hemos observado, con los respectivos tratamientos que ponemos en acción para conjurarlas.

Asignamos a la buena preparación del enfermo para la intervención, una importancia igual, sino superior a la del mismo acto quirúrgico en sí, en la obtención de series blancas de operados; es por ello que creemos que el ulcus gastroduodenal constituye uno de los más hermosos ejemplos de la indispensable acción conjunta del cirujano y del internista.

1. o) PREOPERATORIO

Difiere substancialmente según se trate de una úlcera gastroduodenal simple o de un ulcus complicado (úlcera sangrante, úlcera estenosante). Nos referiremos primero al caso típico, úlcera simple en brote o empuje evolutivo, en el que disponemos del tiempo necesario para preparar nuestro enfermo y llevarlo a la mesa operatoria en condiciones ideales, rodeado del máximo de garantías. Luego esboza-

remos brevemente la preparación preoperatoria de aquellos casos complicados en los que, en razón de la misma complicación, el cirujano ve forzada su mano a obrar rápidamente, quemándose etapas en la preparación del enfermo y debiéndose tomar medidas preoperatorias especiales, dictadas por el carácter de la complicación.

ULCERA SIMPLE

En general, se interna en la Sala en pleno brote evolutivo: pasará en el curso de su preoperatorio por tres etapas; una primera, etapa diagnóstica, comprende el estudio de su historia clínica y los exámenes complementarios (sangre en su aspecto etiológico y en su tenor ureico, grupo sanguíneo, Wassermann, jugo gástrico, examen radioscópico y radiográfico); en ella llegamos al diagnóstico de precisión de ulcus y ponemos de relieve los distintos déficits orgánicos o funcionales que acusa el paciente, en sus diversos órganos, particularmente corazón, pulmones, hígado y riñones. Si de este estudio surge la posibilidad de poner al ulceroso en condiciones operatorias óptimas, pasa a la segunda etapa, que podemos denominar etapa terapéutica, en la que lo sometemos a un tratamiento adecuado para su ulcus, confinándolo a la cama e indicándole régimen lácteo adicionado de crema, fraccionado cada dos horas, atropina inyectable, solución alcalina de Bourget y proteinoterapia (Aolan, Hiperteman, Pepsina, leche tindalizada, etc.), en una o varias series. Durante este mismo período tratamos los déficits orgánicos indicados por el examen de la etapa diagnóstica, prescribiendo tónicos cardíacos, si fuese cardíaco; glucosa, insulina y opoterapia, si fuese hepático; vacunas y gomenol, si fuese bronquial, etc. Los síntomas gástricos iniciales ceden rápidamente al régimen instituido, pasando a los pocos días el enfermo a un régimen más liberal, compuesto por comidas blandas a predominio de elementos grasos e hidrocarbonados, prosiguiéndose la proteinoterapia, alcalinos y atropina. Concorre al consultorio de Odontología y al de Otorinolaringología, donde examinan su dentadura, cavidad bucal, fauces, cavidad nasal y senos accesorios, para ponerlos en condiciones óptimas; bien conocidos son los riesgos de la sepsis faucial, capaz de generar graves complicaciones post-operatorias, para insistir sobre el punto. Desde entonces, y hasta el final del post-operatorio, practica el enfermo una higiene buco-dental minuciosa, tópicos amigdalinos diarios con solución de azul de metileno y gotas nasales gomenoladas. Durante este período se estudian sus tiempos de coagulación y de sangría, con el

objeto de corregirlos en caso de ser anormales, por las medicaciones pertinentes, en el preoperatorio inmediato o tercera etapa.

Sólo consideramos, llegado el momento de la intervención, cuando el proceso ulceroso ha entrado en completa acalmia; se ha "enfriado" adoptando la expresión consagrada por el uso. Consideramos el brote evolutivo como un episodio inflamatorio de la úlcera, del que debemos alejarnos en el momento operatorio. Dos índices nos señalan que el empuje infeccioso ha cesado: uno de ellos es el clínico, el enfermo deja de sufrir de su estómago; el otro, más preciso, es la fórmula leucocitaria y recuento de los elementos blancos, que nos arroja con frecuencia durante el brote infeccioso, leucocitosis con neutrofilia; en los sucesivos exámenes hemáticos de contralor, se van borrando ambos estigmas de infección, corroborándonos la mejoría local del proceso. Enfriado el ulcus y colocado el organismo en condiciones de resistencia que le permitan soportar la intervención, suprimidos los focos sépticos bucofauciales, tarea toda que nos ha llevado de veinte a treinta días de preparación, según el caso, pasamos, ya resuelta la intervención, a la tercera etapa o preoperatorio inmediato.

En ella lavamos el estómago diariamente en ayunas, empleando soluciones alcalinas, con el doble fin de mejorar, si cabe, el estado gástrico y de familiarizar al paciente con el sondaje, para que luego, en el post-operatorio pueda ser sondeado con facilidad. Le suministramos diez gotas de digitalina al uno por mil los tres días que preceden a la intervención; lo purgamos cuatro o cinco días antes de la fecha operatoria y en los subsiguientes días indicamos sólo enemas evacuadores; la dieta es hidrocarbonada preponderantemente y generosa hasta el almuerzo de la víspera inclusive, con el objeto de llevar un enfermo con buena reserva de glucógeno hepático a la mesa de operaciones.

Si el estudio de la coagulabilidad y tiempo de sangría (realizados en la etapa precedente), nos diesen cifras deficientes, prescribimos Coaguleno y Calcio inyectable. Enseñamos al enfermo a respirar profundamente, utilizando a fondo el diafragma (tarea a cargo del Kinesiólogo del Servicio), y le hacemos realizar dos o tres inhalaciones con Oxígeno Carbónico (O más CO_2 al 10 %), para habituarlo a este excelente excitante respiratorio.

No descuidamos sostener la moral del futuro operado, poniéndolo en contacto con los que ya lo han sido, que le transmitirán los beneficios alcanzados con la operación. Le explicamos, además, la necesidad de soportar la intervención con anestesia local. La mañana de la operación se lava a blanco el estómago con agua débilmente yodada; se

le pincelan las encías con tintura de yodo y se redoblan las precauciones de higiene nasal y bucal. Una hora antes de ir a la sala de operaciones recibe una inyección de 0.01 gr. de morfina.

ULCERA COMPLICADA CON ESTENOSIS

En las estenosis ligeras la preparación poco difiere de la indicada precedentemente para la úlcera simple; en las más serias y en las más graves, con gran estómago asistólico y deshidratación marcada, pérdida de cloruros y aumento de urea en suero, recurrimos en el preoperatorio, larga manu, al suero salino hipertónico endovenoso (solución al 20 %) y al suero fisiológico subcutáneo, para rechlorurar e hidratar al enfermo. Durante el mismo acto operatorio inyectamos en algunas de las venas epiploicas, suero hipertónico, y dejamos al cerrar el abdomen, un litro de suero fisiológico intraperitoneal. En los casos graves, por cerrada estenosis orgánica, sólo practicamos la gastroenteroanastomosis para salvar la situación a costa del mínimo del acto operatorio.

ULCERA COMPLICADA CON HEMORRAGIA

Las úlceras con pequeñas hemorragias repetidas exigen medicación antianémica (hígado inyectable) y en ocasiones una o dos pequeñas transfusiones, para levantar la tasa de hematíes y de hemoglobina. En las con gran hemorragia, si es única, esperamos para operar a levantar el estado del enfermo, suministrándole coagulantes y pequeñas transfusiones; si la hemorragia repite, a pesar de las medidas anteriores, transfundimos y operamos de urgencia, ejecutando gastrectomía.

2.0) TECNICA OPERATORIA

Ejecutamos en casi todos nuestros gastrectomizados la técnica de Reichel - Polya, con ligeras modificaciones, en la convicción de que es un excelente método operatorio; estamos ensayando en la actualidad la técnica de Pean - Billroth I^o, pero nuestra experiencia al respecto es reciente, por lo que nos concretamos a puntualizar el "modus operandi" del primero de estos métodos.

PILORO - GASTRECTOMIA SUBTOTAL

Procedimiento de Reichel - Polya

TECNICA OPERATORIA

ANESTESIA:

Una hora antes de la intervención, el paciente recibe una inyección de 0.01 gr. de clorhidrato de morfina.

La anestesia que siempre empleamos para este tipo de operación es la local, con solución de novocaína al 0.50 %, sin adrenalina o vasopresina.

Anestesia por infiltración, plano por plano, desde la capa dérmica hasta la subperitoneal, todo a largo de la línea mediana y en un ancho de dos centímetros, desde el apéndice xifoides hasta tres centímetros por debajo del ombligo.

Inmediatamente por fuera del borde externo de los músculos rectos mayores del abdomen, en la zona comprendida entre el apéndice xifoides y el ombligo, se practican, a la manera de Braun, cuatro puntos de infiltración superficial y profunda a fin de bloquear los ramos de los últimos nervios intercostales y primeros lumbares.

LAPAROTOMIA:

Incisión mediana xifumbilical que, generalmente, prolongamos unos dos centímetros por debajo e inmediatamente a la derecha del ombligo.

Abierto el peritoneo, se completa la anestesia de la pared abdominal anterior por medio de la infiltración subserosa de la herida operatoria, en un ancho de unos tres a cuatro traveses de dedo de cada lado de la línea mediana.

Un separador, tipo Balfour, mantiene abierta la brecha parietal.

ANESTESIA VISCERAL:

Decidida la ectomía, después de una prolija exploración, procedemos a practicar la anestesia visceral por el método de la infiltración de los mesos, muy superior, a nuestra manera de ver, a la anestesia esplácnica de Finsterer.

Deben infiltrarse con solución de novocaína al 1.3 % los cuatro pedículos vasculares del estómago, pilórica, coronaria estomáquica, gastroepiploica derecha y epiplón gastroesplénico.

PÍLORO - GASTRECTOMIA:

El modus operandi de la píloro - gastrectomía difiere según el sitio de las lesiones ulcerosas.

Si la úlcera es duodenal, caso más frecuente, practicamos la píloro-gastrectomía, de izquierda a derecha, por sección primera del estómago; en cambio, si la úlcera es gástrica, la intervención es llevada a término, de derecha a izquierda, por sección primera del duodeno

Esta manera de proceder facilita enormemente la técnica operatoria.

A) PILORO - GASTRECTOMIA DE IZQUIERDA A DERECHA

(Úlcera duodenal)

Ligadura de la arteria gastroepiploica izquierda, en la vecindad de los vasos cortos. Liberación de la gran curvatura gástrica, teniendo especial cuidado en practicar la hemostasis de los numerosos vasos, con ligaduras separadas, llevadas a cabo por transfijión del ligamento gastrocólico.

Ligadura de la arteria coronaria estomáquica, a través de un ojal practicado en el pequeño epiplón, justo al ras de la pequeña curvatura y un poco por encima de la futura sección gástrica.

Liberación de la pequeña curvatura gástrica y hemostasis de la misma sección gástrica.

A unos dos centímetros a la derecha de las ligaduras de la coronaria estomáquica y gastroepiploica izquierda y en dirección perpendicular a la gran curvatura se abraza al estómago, de uno a otro borde, entre las dos ramas de una pinza grande de Payr. Una segunda pinza, semejante a la anterior y colocada paralelamente y a la derecha de ella, intercepta un segmento gástrico que apenas alcanza un centímetro de ancho y a nivel del cual se practica la sección del estómago por medio del radio-bisturí.

Las superficies de sección, fuertemente comprimidas por las ramas de las pinzas de Payr, son tocadas con tintura de yodo y en seguida recubiertas con una gruesa tira de gasa que se la fija con nudos de catgut.

Se evita así la posible infección del campo operatorio y se facilitan las demás maniobras quirúrgicas.

Mientras el ayudante tracciona suavemente hacia la derecha, la pinza que mantiene el segmento gastroduodenal a extirpar, se procede a completar su liberación, ligando en ese momento las arterias pilórica y gastroepiploica derecha, como también todas las pequeñas ramas de la arteria gastroduodenal.

La sección del duodeno se hace a radio-bisturí, lo más lejos posible de la lesión ulcerosa, entre una pequeña pinza de Payr y un clamp colocado en su porción yuxtapiilórica.

CIERRE DEL DUODENO:

Extirpado el segmento gastro-píloro duodenal, se procede al cierre del duodeno.

Si la liberación duodenal ha sido fácil y suficiente (duodeno amplio, escasa periduodenitis, etc.), sobre la superficie comprimida que deja la pinza de Payr, se hace con catgut cromado N° 0, una doble transfixión que, una vez anudada, determina la formación de un muñón que luego se invagina con una doble sutura en bolsa, seroserosa.

Si por el contrario, el duodeno es escaso y muy adherente al páncreas, se hace una sutura total continua sobre la porción compresora de la pinza de Payr, que una vez retirada y que el hilo de sutura ha sido estirado y anudado, deja una delgada superficie lineal, que luego de ser tocada con tintura de yodo es peritonizada a lo Willy - Mayer (sutura peritoneal duodeno-pancreática).

Es conveniente completar la peritonización con una epiploplastia.

A través de una brecha vertical de cinco centímetros, practicada en el mesocolon transversal y cuyo labio izquierdo ha sido suturado al estómago, se pasa la primera asa yeyunal que va a ser fijada por una sutura continua seroserosa a la cara posterior del estómago, de pequeña a gran curvatura, paralelamente y a una distancia de dos centímetros y medio de la pinza de Payr.

Se retira en seguida esta última y se la reemplaza por otra más pequeña, que sólo mantiene comprimidos los dos tercios inferiores de la sección gástrica. El tercio superior, una vez aspirado el contenido gástrico, es totalmente ocluido por una sutura de Connel (método de Reichel).

Retirada la pequeña pinza de Payr, se avivan por resección a tijera los labios comprimidos de los dos tercios inferiores de la sección gástrica y frente a ellos, sobre el asa yeyunal fijada, se hace una abertura a bisturí eléctrico y se practica la gastroyeyunostomía término-lateral a sutura perforante total.

Se termina la intervención con la sutura, a puntos separados, del labio derecho de la brecha mesocólica a la cara anterior del estómago.

B) PILORO - GASTRECTOMIA DE DERECHA A IZQUIERDA (Úlcera gástrica)

La técnica que seguimos para este tipo de intervención es muy semejante a la anteriormente descripta.

En un primer tiempo, se practica, previa ligadura de la pilórica

y de las ramas de la gastroduodenal, la liberación de la mitad izquierda de la primera porción del duodeno, sobre la cual se colocan en dirección perpendicular dos pinzas de Payr que interceptan un segmento duodenal de un centímetro de ancho, sobre el que se lleva la sección con radio-bisturí; la pinza que comprime el segmento yuxtapilórico se cubre con un rollo de gasa fijado con dos nudos de catgut.

CIERRE DEL DUODENO:

Se procede en seguida a la liberación del estómago, de derecha a izquierda, tanto más extendida cuanto más alta sea la localización de la lesión ulcerosa; la hemostasis, que debe ser cuidadosa, queda asegurada con la ligadura de la coronaria estomáquica y de la gastroepiploica izquierda con sus numerosas ramas.

A dos centímetros a la derecha del sitio de las ligaduras de estos dos troncos arteriales, se coloca una pinza grande de Payr, cuyas ramas abrazan y comprimen el estómago, de borde a borde y en dirección perpendicular a la gran curvatura.

Justo a este nivel se practica la sección gástrica con ayuda del radio - bisturí.

La fijación de la primera asa yeyunal y la neostomía (Richel-Polya) se efectúan según la técnica del procedimiento anterior.

Todas las suturas son practicadas con catgut: cromado en las perforantes, simple en las seroserosas.

Usamos siempre agujas finas de muy escasa curvatura, que manejamos con ayuda del portaagujas de Gentile.

Desde hace un año hemos suprimido sistemáticamente el drenaje.

3.0) POST - OPERATORIO INMEDIATO

La observación atenta del post-operatorio en los gastrectomizados, enseña la importancia de la adopción de una serie de medidas cuya omisión puede acarrear consecuencias desagradables.

Vamos a ocuparnos de las indicaciones post-operatorias inmediatas fundamentales, así como del breve análisis de sus motivos y luego, en capítulo aparte, haremos una somera referencia de las complicaciones que hemos observado en el post-operatorio inmediato y de los tratamientos efectuados.

Fuera de los cuidados comunes a cualquier otra operación abdominal de importancia, el futuro gastrectomizado exige una serie de

indicaciones que reputamos de singular valor, de acuerdo a los resultados de nuestra práctica. La analizaremos en sucesivos parágrafos.

1.o) LAVADO GASTRICO.

Recurrimos sistemáticamente al lavado gástrico desde las 12 horas de la intervención, exista o no indicación aparente del mismo. Esta medida está justificada por la observación constante de estasis gástrica post-operatoria, que en algunos casos se acompaña dentro de los dos primeros días de cuadros tóxicos a veces graves, caracterizados por: palidez, tinte terroso, deshidratación, sudores fríos profusos, facies ansiosa con rasgos afilados, taquicardia e hipotensión, adinamia, lengua seca y vómitos escasos o abundantes por rebalsamiento de líquido acetado, fétido. Esta sintomatología depende casi exclusivamente en nuestra opinión, de la retención gástrica o gastroduodenal de jugos digestivos mezclados con sangre proveniente del acto quirúrgico o de pequeñas hemorragias post-operatorias y de la repercusión humoral concomitante, desde que el cuadro del enfermo cede en forma teatral al vaciamiento gástrico seguido de lavado con soluciones bicarbonatadas calientes, realizadas por manos expertas.

Estos fenómenos de estasis post-operatoria inmediata, se explican simplemente por edema de la neoboca al cual se agregan verosímelmente fenómenos inhibitorios de la fibra muscular gástrica, que predisponen a la dilatación atónica del saco gástrico remanente.

La estasis dista mucho de ser inócua, pues en realidad reproduce, en forma casi experimental, el cuadro del ocluido alto que, como bien lo han establecido los estudios modernos, se acompaña de una serie de fenómenos humorales, que explican satisfactoriamente el aspecto tóxico de gravedad variable al que antes aludimos.

Estas consideraciones nos llevan al segundo punto importante del post-operatorio inmediato, a saber: la hidratación y rechloruración.

2.o) HIDRATACION Y RECLORURACION.

Hidratamos generalmente a nuestros operados mediante gota a gota rectal de suero glucosado isotónico e hipodermoclinis con suero fisiológico. Suprimimos gradualmente la hidratación en relación a la cantidad de líquidos que se pueden administrar por vía oral.

De existir retención gástrica con cuadro tóxico o simplemente retención mantenida más allá del segundo día, como lo comprobamos por los sondajes gástricos repetidos y sistemáticos, echamos mano de la rechloruración con suero salino hipertónico, solución al 20 %, por vía endovenosa. Esta explicación surge de la fisiopatología de las estenosis

altas: expoliación de cloruros que no se reintegran en razón de la estenosis y uremia por hipoclorhemia.

3.o) REALIMENTACION LIQUIDA POR BOCA.

Sobre este punto existe una verdadera anarquía entre los diversos autores, que nosotros hemos resuelto con la siguiente fórmula: comenzar la realimentación líquida por vía oral cuando el sondaje gástrico nos demuestre que ya no hay estasis. Esto puede ocurrir al segundo, tercero o cuarto día.

4.o) PROFILAXIA DE LAS COMPLICACIONES POST - OPERATORIAS BRONCOPULMONARES.

La efectuamos desde la misma mesa operatoria con el excelente recurso de las inhalaciones de Oxígeno - Carbónico al 10 %. Despertamos al operado del breve sueño etéreo provocado para cerrar su pared abdominal, con inhalaciones de esa mezcla mediante el aparato de Roth-Dräger modificado y luego una vez en su cama continuamos las inhalaciones, a razón de 3 a 4 diarias, los primeros días, en cantidad de cuarenta litros por vez. No es esta la única ventaja del CO²; recordamos su acción antishock, antiemética y su valor cardiotónico entre otras.

COMPLICACIONES POST - OPERATORIAS INMEDIATAS

Vamos a ocuparnos únicamente de las que hemos tenido oportunidad de observar.

COMPLICACIONES BRONCOPULMONARES.

Son las que predominaron en nuestros operados, constituyendo alrededor de la mitad de las complicaciones observadas. Casi todas han revestido un carácter leve, apareciendo del 2º al 4º día y evolucionando favorablemente en 4 o 5 días. La única excepción la constituye la observación ficha N° 3781 (Hospital Argerich), que presentó un grave cuadro de bronconeumonía, el que puso en serio peligro la vida del paciente.

Entre las complicaciones leves observamos bronquitis difusas, acompañadas de escasa fiebre, particularmente en pacientes con antecedentes de labilidad bronquial. A estas siguieron las comúnmente catalogadas como congestiones pulmonares activas, frecuentemente bibá-

sicas, con elevación marcada de la temperatura y que evolucionan en 4 o 5 días, dando expectoración mucopurulenta y a veces hemoptoica.

No hemos observado la gran atelectasia pulmonar, pero sí creemos fundadamente que el proceso antes descrito se constituye sobre la base de un encharcamiento pulmonar, que, de su fase de simple obstáculo mecánico, pasa por exacerbación de virulencia de los gérmenes locales a una etapa inflamatoria que es, en suma, una broncoalveolitis.

No hemos observado tampoco, embolias sépticas, ni infartos pulmonares en este grupo de operados.

Nos cabe consignar que desde comienzos del año pasado, fecha en que introdujimos en el standard de nuestros gastrectomizados el empleo del oxígeno carbónico al 10 %, las complicaciones pulmonares de estos operados han descendido notablemente en su número y en su gravedad siendo el invierno pasado notablemente raras, aún en épocas de epidemia gripal. El oxígeno carbónico al 10 % lo utilizamos a título profiláctico de estas complicaciones, como un agente de una activa hiperpnea y también lo empleamos como un eficaz coadyuvante curativo una vez la complicación instaurada.

HEMORRAGIAS.

La pequeña hemorragia post-operatoria es prácticamente de rigor, tiñendo en todos los casos al contenido gástrico de color acafetado. La única hemorragia grave que hemos observado corresponde al paciente ficha Nº 4573, en el que se había practicado una desgastroenterostomía y píloro-gastrectomía subtotal a la Reichel-Polya, por úlcus péptico. Dicho enfermo presentó abundantes vómitos acafetados, con un grave cuadro tóxico, que no cedió al tratamiento instituido, falleciendo al 6º día. No se pudo practicar autopsia. Es el único muerto por gastrectomía en los últimos cincuenta operados.

SINDROME DE OCLUSION ALTA.

En nuestra observación ficha Nº 6207 tuvimos un caso típico desde el punto de vista clínico de la obstrucción alta, que alcanzó su acmé las 72 horas de operado y cedió a la reacloruración, lavajes gástricos e hidratación. Se trataba de una yeyunitis ulcerosa y tumor inflamatorio en un gastroenterostomizado en el que efectuamos una amplia resección del estómago, píloro, primera porción duodenal y unos veinte centímetros del yeyuno, reconstruyéndose el circuito por una neoboca

a la Reichel - Polya y una entero-entero-anastomosis que quedaba diez centímetros por debajo de la gastroenteroanastomosis.

El lavaje gástrico del 2º y 3.er día, dió abundante líquido de estasis hemático. El cuadro era grave; aspecto de profunda intoxicación, hipotensión, deshidratación. Al 4º día se extrajo por sondaje gástrico unos dos litros de líquido verdoso, escasamente sanguinolento y muy fétido. El abdomen se conservaba blando, indoloro, excluyéndose una reacción peritoneal.

Interpretamos el caso como una oclusión alta por probable edema de la entero-enteroanastomosis, en razón de la estancación en el estómago de una gran cantidad de líquido bilioso, que indicaba que el obstáculo radicaba por debajo de la neoboca. Recurrimos al cloruro de sodio hipertónico en inyección endovenosa en cantidad de 20 centímetros cúbicos cada cuatro horas, al suero fisiológico subcutáneo, a los tónicos cardíacos y estimulantes difusibles, asistiendo a una inmediata mejoría, que se consolidó en los días sucesivos, desapareciendo la estasis gastroduodenal.

FISTULAS DUODENALES.

Nuestra casuística comprende cinco casos. En todos, la liberación del duodeno fué laboriosa, así como el cierre del muñón duodenal, el que siempre fué realizado con tres planos de sutura. En dos casos se había dejado un drenaje en cigarrillo a nivel del muñón duodenal; en uno se drenó con guante de goma y en dos la pared fué cerrada sin dejar drenaje.

Las fístulas aparecieron del 7º al 13º día, siendo precedidas de marcado desmejoramiento orgánico, elevación de la temperatura hasta 38 y 38 ½ grados, empastamiento local del abdomen y a veces hipo.

El agotamiento de las fístulas se obtuvo en plazos de tiempo variables, que oscilaron entre quince días y un mes y veinte días, empleándose como único tratamiento el siguiente: dieta blanda fraccionada, inyección subcutánea de veinte unidades de insulina diarias y protección de la pared con sustancias grasas esterilizadas.

En el curso de esta complicación post-operatoria, llama la atención su gran repercusión sobre el estado general, la que se explicaría, según algunos autores, por desórdenes metabólicos, traducidos por alteraciones físico-químicas de la sangre.

Por nuestra parte, en tres de las observaciones realizamos la prueba de la hiperglucemia provocada, según la técnica de Escudero, obteniendo resultados interesantes.

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE MONTEVIDEO

En la observación correspondiente a la ficha N° 4174, la prueba de la hiperglucemia provocada realizada a los 44 días de la intervención, estando el paciente con su fístula duodenal, nos dió el siguiente resultado:

Glucemia en ayunas	0 gr.	91 ⁰ / ₁₀₀
a los 15 minutos de ingerir 140 gra-		
mos de glucosa pura	1 gr.	83 ⁰ / ₁₀₀
a las 2 horas	2 grs.	50 ⁰ / ₁₀₀
Glucemia a los 30 minutos	2 grs.	43 ⁰ / ₁₀₀
a los 60 minutos	2 grs.	50 ⁰ / ₁₀₀
a las 3 horas	2 grs.	0 ⁰ / ₁₀₀

Repetida la prueba a los 21 días de agotada la fístula duodenal nos dió este otro resultado:

Glucemia en ayunas	0 gr.	98 ⁰ / ₁₀₀
a los 15 minutos de ingerir 140 gra-		
mos de glucosa pura	1 gr.	25 ⁰ / ₁₀₀
Glucemia a los 30 minutos	1 gr.	80 ⁰ / ₁₀₀
a los 60 minutos	1 gr.	53 ⁰ / ₁₀₀
a las 2 horas	0 gr.	72 ⁰ / ₁₀₀

En consecuencia, la prueba de la hiperglucemia provocada que era francamente positiva a los 44 días de la intervención, estando el enfermo con su fístula duodenal, fué negativa a los 21 días de curada dicha complicación.

En otro caso, correspondiente al enfermo ficha N° 5606, la misma prueba fué positiva, estando el paciente con su fístula duodenal, haciéndose negativa una vez curada la complicación.

En un tercer caso, la prueba fué positiva, estando el enfermo con su fístula duodenal, continuando positiva a los ocho días de agotada la fístula, perdiéndose luego de vista al paciente, razón por la cual no fué posible repetir la prueba en una fecha más alejada.

Estos resultados nos permiten aceptar, en las dos primeras observaciones, un trastorno transitorio del metabolismo hidrocarbonado en los pacientes con fístula duodenal post-operatoria, desapareciendo al curarse la complicación. En el tercer caso lamentamos no haber podido repetir la prueba en una fecha más tardía al agotamiento de la fístula, así como no tener el control previo a la intervención, sin los cuales no podemos sacar conclusiones, pero lo señalamos ya que, como en los

dos precedentes. obtuvimos una prueba positiva de hiperglucemia provocada.

FLEBITIS.

Anotamos esta complicación en un solo caso. Se trató de una flebitis del miembro inferior derecho.

4.o) POST - OPERATORIO ALEJADO

Sólo llegaron a nuestro conocimiento dos casos en los cuales la operación no llevó a la curación a los pacientes.

Uno de ellos es el correspondiente a la ficha N° 3847, píloro - gastrectomizado por una gastritis crónica, con perigastritis y periduodenitis, cuyas molestias acusadas en el post-operatorio alejado eran producidas por una perivisceritis del abdomen superior.

El otro corresponde a la observación ficha N° 3996, que al año de la intervención (píloro - gastrectomía por úlceras duodenales), comenzó a presentar trastornos gástricos. Se descubrió la existencia de un apéndice enfermo, efectuándose la apendicectomía, que permitió confirmar el diagnóstico. A pesar de ello el enfermo continuó sufriendo, estando en la actualidad en estudio para determinar la causa de sus molestias

Nuestras investigaciones en el post-operatorio alejado, nos han permitido confirmar la hipoquilla o aquilia gástrica señalada por los autores. En estos casos, después del régimen de Schmidt - Strasburger, hemos hallado siempre una insuficiencia de la digestión del tejido conjuntivo.

La adaptación del organismo a esta nueva situación se realiza en la inmensa mayoría de los casos sin inconvenientes. En una sola de nuestras observaciones se presentó durante algunos meses una diarrea de tipo gastrógeno, que cedió al tratamiento médico.

En algunos operados hemos comprobado la persistencia de una discreta disminución de los hematíes.

En el post-operatorio exigimos de cuatro a seis meses de régimen dietético, en consonancia con el déficit funcional determinado por la intervención.

Señores colegas: He aquí expuesta nuestra experiencia en cirugía gastroduodenal por ulcus, que ponemos a la consideración de ustedes y cuya severa crítica sería para nosotros altamente instructiva, dada la vasta experiencia de los colegas uruguayos sobre el tema.