

Úlcera de la línea de sutura por uso de material no reabsorbible en cirugía gástrica

A propósito de 4 observaciones

Dr. José L. Badano Repetto *

Se presentan 4 observaciones de esta entidad, 3 siguiendo a piloroplastias (sin vagotomías) efectuadas por hipertrofia pilórica y una consecutiva a una resección gástrica distal por úlcera, con reconstrucción tipo Billroth II.

Se manifestaron por dolor y en un caso por sangrado. Se solucionaron dos de ellas por gastrectomía; una tercera por vagotomía y nueva piloroplastia (Finney) y el enfermo ya gastrectomizado, por exéresis del hilo de sutura por gastrostomía. La histopatología mostró granulomas a cuerpo extraño, centrados por la sutura y ulcerados en la mucosa. Se discute la patogenicidad de esta lesión.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Peptic ulcer/surgery. Sutures/adverse effects.

Entendemos por úlcera de la línea de sutura al tipo de lesión ulcerosa que aparece en la cara mucosa de la zona operada del estómago, en la cual es posible reconocer material de sutura no reabsorbible, mucho tiempo después de la intervención realizada.

De acuerdo a los autores que se han ocupado del tema (1, 2, 3, 4) este tipo de lesión es de frecuencia baja. Teniendo en cuenta que su diagnóstico se hace fundamentalmente mediante el fibroscopio, seguramente su porcentaje aumentará con el mayor uso de este instrumento.

De las tres lesiones ulcerosas que pueden aparecer en el estómago operado, la úlcera marginal de la neo boca es la más frecuente (10 %), le sigue la úlcera gástrica y por último la úlcera de la línea de sutura con un porcentaje de 0,87 % (2, 3).

El objeto de esta comunicación es mostrar 4 observaciones clínicas bien documentadas sumándolas a los 18 casos encontrados en la bibliografía consultada (1, 3) y señalando a propósito de ellas, algunos hechos que creemos de interés.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 11 de setiembre de 1974.

* Docente Adscripto de Cirugía.

Dirección: Canelones 2384, Montevideo.

Instituto de Cirugía para Post-Graduados (Prof. Dr. Luis M. Bosch del Marco). Hospital Pasteur. Montevideo.

CASUÍSTICA

OBSERVACIÓN Nº 1.— V. F. 48 años. Consulta por distensión postprandial, epigastralgia, vómitos que la calman, adelgazamiento.

Antecedentes: Hace 6 meses piloroplastia (Heinecke-Mikulicz) sin vagotomía. Normoclorhidria. Hipertrofia pilórica (H. Pasteur).

Operación: 26-II-71. Vagotomía selectiva (hiperclorhidria). Resección de la antigua piloroplastia y nueva piloroplastia tipo Finney.

Hallazgo anatómico: Numerosos granulomas a cuerpo extraño (hilo) con ulceración de la mucosa a ese nivel.

Evolución: Controlado regularmente hasta julio de 1974. Paciente con buen estado general sin sintomatología subjetiva. Se realiza una gastrofibroscopía de control, que muestra úlcera de la zona anastomótica. Se biopsia.

El informe (Br. Iraola) dice: Similar a lo informado en marzo de 1971.

OBSERVACIÓN Nº 2.— C. M. de R. 56 años. Consulta por intolerancia gástrica, epigastralgia, adelgazamiento, mal estado general.

Antecedentes: Hace 4 meses piloroplastia (Heinecke-Mikulicz) sin vagotomía. Normoclorhidria. Úlcus duodenal (H. Maciel).

Operación: 21-II-72. Resección gástrica distal tipo Billroth II. Actualmente normoclorhidria.

Hallazgo anatómico: Úlcera de la línea de sutura. Evolución muy buena.

OBSERVACIÓN Nº 3.— H. R. 47 años. Consulta por distensión postprandial, dispepsia hiperesténica, epigastralgia.

Antecedentes: Hace 1 año y medio piloroplastia (Heinecke-Mikulicz) (julio 1974) sin vagotomía. Hipertrofia pilórica. Normoclorhidria (Mutualista).

Gastrofibroscopía: úlcera en cara anterior con material de sutura en el centro. Zona de la piloroplastia.

Operación: Resección gástrica distal tipo Billroth II.

Hallazgo anatómico: Úlcera de la línea de sutura (2 hilos).

OBSERVACIÓN Nº 4.— M. R. 64 años. Consulta por hematemesis importante y reiterada.

Antecedentes: Dos meses antes se le practicó una resección gástrica distal tipo Billroth II, 70 % (en gotera) por úlcera.

Gastrofibroscopía (en plena hemorragia): Sobre la zona correspondiente a la sutura de la "gotera" una úlcera rellena de fibrina que al movilizarla cae, sangra y deja ver un hilo de sutura en el fondo.

Operación: Gastrotomía. Extracción del hilo. No sangró más.

ESTUDIOS ANATOMOPATOLOGICOS

Caso 1.—Pieza anatómica de 30x27x7 mm correspondiendo a la zona del gastroduodeno donde se realizó la piloroplastia.

La pieza está parcialmente desprovista de mucosa dejando ver tejidos del corion y submucosa de color gris traslúcido brillante.

Microscópicamente: Se observa la presencia de granulomas tipo cuerpo extraño, con focos que agrupan gran cantidad de células gigantes de tipo cuerpo extraño, en la proximidad de restos de hilos de sutura. También hay playas de células histiocitarias espumosas con citoplasma cargado de lípidos (Br. M. L. Iraola; marzo de 1971).

Caso 2.—Pieza de resección gástrica distal abierta por curvatura mayor. La mucosa gástrica de la zona del cuerpo tiene aspecto atrófico con áreas de hiperplasia varioliforme.

A nivel del pasaje antropiloro-duodenal se individualizan hilos de sutura sobre úlcera.

Microscópicamente: Se observa úlcera que se asienta sobre piloroplastia. La superficie de la misma presenta restos necróticos, fibrina y polimorfo nucleares. El fondo asienta directamente sobre tejido conectivo con infiltrados linfoplasmocelulares difusos. Superficialmente tejido de granulación joven. Los elementos vasculares presentan intensa hialinización parietal así como infiltrados inflamatorios en forma de manguito. Restos de hilos de sutura difusamente esparcidos con reacción gigantocelular de tipo cuerpo extraño (Dra. M. H. Chiossoni; 9-III-72).

Caso 3.—Pieza de resección gástrica distal abierta por la curvatura mayor.

Úlcera sobre la línea de sutura de una antigua piloroplastia. Mide 10x15 mm; es de forma redondeada, fondo con tendencia a superficializarse, borde no cortado a pico. Hilos de sutura macroscópicamente visibles en el fondo de la úlcera y hacia el extremo distal. La mucosa gástrica se presenta atrófica.

Microscópicamente: Se observa que la mucosa no tiene tendencia a cubrir la ulceración. Restos necróticos, fibrina y polimorfonucleares en la superficie de la úlcera. En el fondo de la misma granuloma a cuerpo extraño (hilo de sutura) con gran cantidad de células gigantes multinucleadas, escasas células epitelioideas, linfocitos y neoformación de vasos de paredes delgadas. Numerosos fibroblastos.

En suma: Granuloma a cuerpo extraño ulcerado. (Dra. Adela Pizzoli; 9-VIII-74).

EN RESUMEN

El estudio anatomopatológico de los 3 casos estudiados tiene de común:

1) Presencia de cuerpo extraño en la ulceración (hilo de algodón).

2) Elementos clásicos del granuloma a cuerpo extraño (célula gigante, células epitelioideas, linfocitos, etc., en todas las etapas evolutivas de proceso de desintegración del cuerpo extraño).

COMENTARIO

Los caracteres más comunes en las 22 observaciones analizadas fueron los siguientes:

—El lapso transcurrido entre el diagnóstico y la operación realizada fue de 2 meses el mínimo y 4 años el máximo.

—El diagnóstico preciso se realizó 16 veces con ayuda del fibroscopio, 5 con el estudio de la pieza anatómica (operatorio) y 1 en la necropsia.

—Los síntomas más prominentes fueron: dolor, hemorragia y vómito.

En todos los casos el material de sutura fue del tipo no reabsorbible (algodón, seda, lino).

—En la mayoría de los casos el estudio del quimismo gástrico reveló normoclorhidria o hipoclorhidria. En 6 de los casos de Small (3) el test de la histamina fue muy bajo.

—Sobre la cara serosa de la lesión no fue posible observar el cuerpo extraño. En todos los casos nos impresionó como ulceraciones crónicas sobre un tejido de granulación con cuerpo extraño.

La hipótesis del mecanismo de la lesión es discutible.

Según Tanner (4) la sutura perforante colocada muy profundamente y realizada con material no reabsorbible, tiende a expulsarse hacia la luz del órgano. Como factores coadyuvantes actuarían la formación de microabscesos alrededor del material de sutura, la desvascularización, trauma por clamps, terreno, etc.

Otra interpretación sería la formación de una úlcera clásica que expondría los hilos de sutura.

Personalmente, pensamos que el material de sutura correctamente colocado en la seromuscular no es aceptado por el tejido, se forma un granuloma típico que luego, favorecido por las condiciones del medio, se ulcera para expulsar el cuerpo extraño.

La anatomía patológica de los casos estudiados es favorable a esta interpretación.

RÉSUMÉ

Ulcère de la ligne de suture dû à l'usage de matériel non résorbable en chirurgie gastrique.

Présentation de 4 observations de cette pathologie, 3 d'entre elles par suite de pyloroplasties (sans vagotomies) pour hypertrophie pylorique et une autre consécutive à une résection gastrique distale pour ulcère, du type Billroth II. Elles se manifestèrent par de la douleur et, dans un cas, par un saignement. Deux d'entre elles furent résolues par gastrectomie, une autre par vagotomie et une nouvelle pyloroplastie (Finney) et le malade déjà gastrectomisé, par excrèse du fil de suture par gastrostomie. L'histopathologie mit en évidence des granulomes à corps étranger centrés par la suture et ulcérés dans la muqueuse. Discussion sur la pathogénie de cette lésion.

SUMMARY

Suture-line ulcer after gastric surgery caused by non-absorbable suture material.

Four cases of this ailment are presented, 3 of them following pyloroplasties —without vagotomy— due to

pyloric hypertrophy, and the other one performed after distal gastric resection for ulcer, Billroth II type. They became evident through pain, and one of them through bleeding. Two of them were solved by gastrectomy, a third one was solved by vagotomy and a new pyloroplasty (Finney), and on the patient who had already been gastrectomized it was solved by excision of the suture thread by gastrotomy. Histopathology showed foreign body granulomas centered in the suture and ulcerated in the mucous lining. The pathogenesis of this lesion is discussed.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. GEAR MWL and DOWLING BL. Suture-line ulcer after gastric surgery caused by non-absorbable suture materials. *Br J Surg*, 57: 356, 1970.
2. SMALL WP. The recurrence of ulceration after surgery for duodenal ulcer. *J R Coll Surg Edinb*, 9: 255, 1964.
3. SMALL WP, SMITH AN, FALCONER CW, SIRCUS W and BRUCE J. Suture line ulcer after gastric surgery. *Am J Surg*, 115: 477, 1968.
4. TANNER NC. Operative methods in the treatment of peptic ulcer. *Edinb Med J*, 58: 279, 1951.

DISCUSION

DR. EDUARDO ANAVITARTE.—Yo quería decir que he realizado resecciones gástricas en perros, haciendo un plano total con lino a puntos separados y sacrificando al animal a los 15 días de operado.

En cada punto de sutura por lino, en la zona en que el hilo atraviesa la mucosa, hay un granuloma ulcerado. El ideal va a ser cuando no se usen más hilos de sutura, reabsorbibles o no reabsorbibles.

El año pasado en Río de Janeiro, el Dr. Echeverría, de México, presentó una película con los cementos de pegamiento que todos conocemos y mostró excelentes resultados.

De manera que creo que en esa vía va a estar la corrección de cuerpos extraños que dejamos y que debemos tratar de no dejar.

DR. ALBERTO VALLS.—Creo que es un trabajo muy interesante, pero quería insistir en un aspecto: por un lado está la patología que puede crear el hilo de sutura no reabsorbible y por el otro lado está la patología que puede crearse utilizando hilo reabsorbible en enfermos que están en hipoproteinemia, en enfermos hemorrágicos o en enfermos neoplásicos.

He tenido que reoperar enfermos gastrectomizados con falla de suturas en los cuales al reoperarlos me he encontrado con la falta de todo el catgut, como si nunca lo hubieran tenido, es decir que hubo una reabsorción masiva del catgut. Muchos de ellos hacen falla de sutura por ese mecanismo. Lo he visto en enfermos con hemorragias prolongadas, en enfermos ulcerosos o en neoplásicos. Por eso, teniendo miedo a esos enfermos, es que uso material de sutura no reabsorbible.

DR. WALTER SUIFFET.—Todas las consideraciones que se han hecho sobre el punto tratado son exactas. Lo interesante es hacer notar que no son hechos frecuentes. Utilizamos el hilo no reabsorbible en toda la cirugía y en particular en la cirugía digestiva. Hemos visto la eliminación de los hilos en la pared abdominal, pero en la cirugía gástrica no hemos tenido ningún problema ocasionado por el material no reabsorbible. En la práctica de la piloroplastia que realizamos desde hace 15 años con este material, no hemos ob-

servado ninguna complicación o contingencia desagradable. En la gastrectoma por cáncer también la utilizamos sin problemas. En la gastrectomía por ulcus usamos catgut en el plano total y no reabsorbible en la serosa. No hemos visto morbilidad originada por el material de sutura.

De las cuatro observaciones presentadas, tres fueron piloroplastias aisladas como tratamiento de hipertrofia pilórica o úlcera de duodeno. No fueron realizadas por el autor de la comunicación, pero se mencionó que existía normoclorhidria en el momento de la piloroplastia. Sin embargo uno de ellos, tenía luego hiperclorhidria. ¿Qué papel puede tener la piloroplastia realizada aislada, sin vagotomía, en un paciente con úlcera de duodeno? La hiperacidez persistente puede hacer persistir o recidivar el ulcus, aunque no haya hilo de sutura. Ahora bien: lo que se presenta ¿es una ulceración debido a hilo de sutura o un ulcus duodenal?

En el último caso hubo un manejo no adecuado del material de sutura no reabsorbible en la primera operación. La fotografía endoscópica y de la pieza operatoria, muestran que había un hilo excesivamente largo en la zona de la ulceración. Esto es consecuencia de manejo inadecuado del material de sutura y no de su naturaleza. En una de las fotos de las piezas de resección existía una úlcera prepilórica. Es interesante saber si la piloroplastia estaba bien confeccionada y si no había estenosis a su nivel. Es perfectamente conocido que pueden desencadenar la úlcera gástrica, la estenosis pilórica por úlcera de duodeno o la piloroplastia estrecha que conduce a una estenosis similar.

Por consiguiente, si bien es cierto que el material no reabsorbible puede ser el responsable de una ulceración a nivel de una sutura digestiva, no creemos que sea la única causa de las lesiones presentadas en los casos expuestos.

DR. JOSÉ L. BADANO REPETTO. (Cierra la discusión). Agradezco a los doctores Suiffet, Valls y Anavitarte el comentario vertido y contestaré o aclararé las preguntas formuladas en forma general.

Debo aclarar que el título del trabajo presentado dice específicamente "Úlcera de la línea de sutura por uso de material no reabsorbible, en cirugía gástrica". De manera que algunas de las observaciones comentadas no caben dentro de la denominación, y si son granulomas por cuerpo extraño que provocan situaciones distintas a las que yo he referido. En ningún caso de los analizados (22) la lesión se exteriorizó en peritoneo ni hacia los planos superficiales. Seguramente están en juego otros parámetros en los casos referidos.

El uso del Dexon, material de sutura reabsorbible muy lentamente (ácido poliglicólico), podría ser muy interesante para evitar estas lesiones, que creo son más frecuentes de lo que dice la estadística.

El Dr. Valls señalaba la patología del hilo versus la patología de la hipoproteinemia que obliga al uso de suturas no reabsorbibles. El uso de un material ideal sería la respuesta.

En cuanto a que estas lesiones sean úlceras pépticas como sugiere el Dr. Suiffet, señalo que casi todos los pacientes tenían normoclorhidria o hipoclorhidria y en los casos de Small el test de la histamina en 6 de ellos fue muy bajo. Los casos personales tenían una específica anatomía patológica, ya que en todos se pudo constatar la presencia de granulomas en el fondo de la ulceración, sin tendencia a exteriorizarse al peritoneo.