

Operación de Pean - Billroth I en la úlcera gástrica

Dres. Artigas Aliano, Federico Schneeberger y Pablo Montandon

Comunicación preliminar sobre el estudio retrospectivo de las ventajas de la resección gástrica en "escalera" con restablecimiento del tránsito por la técnica de Pean - Billroth I en el tratamiento de la úlcera gástrica.

Análisis de las indicaciones y los resultados inmediatos en una pequeña serie de 16 casos.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Stomach ulcer / Gastrectomy.

INTRODUCCION

En esta presentación los autores pretenden realizar una comunicación preliminar del estudio prospectivo emprendido en la Clínica Quirúrgica "2" acerca de las ventajas que ofrece el tratamiento de la úlcera gástrica mediante resección gástrica "en gotiera" con restablecimiento del tránsito digestivo por la técnica de Péan - Billroth I.

A la luz de los modernos conocimientos de la patogenia de la úlcera gástrica surge que el tratamiento de elección de esta enfermedad es la resección gástrica. Estos conceptos fueron ampliamente expuestos en nuestro medio por Suiffet (4, 5) señalando que el reflujo duodenal, fundamentalmente de bilis, constituye el factor agresor de la mucosa antral, la que a través de un proceso de metaplasia intestinal culmina en la formación de la úlcera.

El paso siguiente consiste en la selección de un procedimiento seguro, efectivo, de baja morbimortalidad, con baja incidencia de efectos indeseables en la evolución alejada y aplicabilidad desde el punto de vista técnico para situaciones anatómicas específicas.

A tales efectos se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- 1) Ex ensión de la exéresis: a) Localización de la úlcera; b) Extensión del antro.
- 2) Tipo de reconstrucción.

Refiriéndonos al primer punto, de acuerdo a los estudios de Oi (1, 2, 3) la úlcera asienta en el límite antrorúndico teniendo en su sector proximal mucosa ácidosecretante fúndica.

Interesa conocer además la extensión de la mucosa antral ya que es ésta la afectada por

Clínica Quirúrgica "2" (Prof. L. Mérola). Hospital Múciel. Facultad de Medicina. Montevideo.

el factor patogénico causante de la úlcera y de su exéresis total depende la curación de la enfermedad. Su extensión anatómica es variable en los distintos individuos siendo más extensa, en sentido proximal, en el sector correspondiente a la pequeña curva. Como la úlcera asienta en la zona de transición antrorúndica, ella está señalando, cualquiera sea su altura, que ese límite y por tanto, toda exéresis que incluya la úlcera reseca el sector de antro correspondiente a la pequeña curva.

El ascenso del antro en el sector correspondiente a la gran curva es mucho menor y no plantea problemas en cuanto a su exéresis completa ya que siempre es más bajo que en la pequeña curva.

Con la base de estos principios anatomofisiológicos elegimos como procedimiento de exéresis la resección gástrica "en escalera" o "en gotiera", a cielo abierto, según la técnica de Kirschner, de fácil ejecución, que permite solucionar todas las situaciones, aún aquellas más complejas en que la úlcera tiene topografía muy alta en la pequeña curva.

Como ventaja adicional destacamos que este tipo de resección en que se conserva más estómago a expensas de su gran curvatura tiene mayor capacidad para actuar como reservorio de alimentos favoreciendo la mezcla de éstos con las secreciones salivales y gástricas (primer tiempo de la digestión). Ello evitaría, a su vez, el vaciamiento rápido del remanente gástrico con todas sus consecuencias.

En cuanto al tipo de reconstrucción digestiva, aspecto debatido desde los comienzos de esta cirugía, y aún no resuelto, nos inclinamos en estas situaciones por la anastomosis gastroduodenal tipo Péan - Billroth I, sin pretender solucionar la citada controversia.

El fundamento de tal actitud lo encontramos en los siguientes hechos:

A) Anatómicos

- 1) Indemnidad del duodeno. Nos encontramos con un duodeno sano, sin lesiones de ningún tipo, fácilmente movilizable, lo que constituye un requisito indispensable, pues creemos que pese a las ventajas de esta operación, sus indicaciones no deben ser forzadas. Son las úlceras gástricas tipo I de Johnston.

Presentado como Tema libre al 29º Congreso Uruguayo de Cirugía. Piriápolis, diciembre de 1978.

Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica, Asistente de Clínica Quirúrgica y Médico Auxiliar. Fac. Medicina. Montevideo.

Dirección: Gabriel A. Pereira Nº 2823, Montevideo (Dr. A. Aliano).

2) Mayor longitud de la gran curva: El tipo de resección "en escalera" con conservación de una mayor extensión de estómago en el sector de la gran curva.

3) Anastomosis fácil y segura. Ambos factores anteriores favorecen ampliamente la construcción de la anastomosis gastroduodenal término-terminal, de muy fácil ejecución, rápida y segura.

B) Fisiológicos

1) Vaciamiento gástrico. El vaciamiento del remanente gástrico, si bien no ha sido medido con los modernos métodos disponibles en otros medios, a la luz del comportamiento clínico, es mucho más efectivo y precoz en su reinstalación, siendo excepcional la retención postoperatoria.

2) Restablecimiento del circuito duodenal. Conocida la importancia fisiológica del tránsito duodenal en la regulación hormonal de la digestión creemos que el restablecimiento de este circuito, en las condiciones anatómicas descritas, no debe ser despreciado.

Dado el poco tiempo de seguimiento de nuestra serie no podemos hablar todavía de resultados alejados pero destacamos que en este corto lapso, como enseguida veremos, no hemos observado ningún fenómeno de dumping y muchos de los enfermos operados han aumentado de peso.

CASUÍSTICA

Material clínico

1) *Número de enfermos*: Se recogieron 16 gastrectomizados por úlcera gástrica con reconstrucción del tránsito tipo Péan - Billroth I correspondientes a los dos últimos años de la Clínica Quirúrgica "2".

2) *Edad*: La edad de estos pacientes estuvo comprendida entre la 3ª y 6ª décadas, con una frecuencia mayor y similar para las 4ª, 5ª y 6ª décadas. Las edades extremas oscilaron entre 33 y 66 años.

3) *Sexo*: Como se observa habitualmente en esta patología, existió un predominio franco del sexo masculino (12 casos) frente a 4 pacientes del sexo femenino.

4) Los *síntomas* se agruparon de acuerdo al siguiente cuadro:

Dispepsia hiperesténica	8 casos	(50 %)
Epigastralgia	9	(56,25 %)
Adelgazamiento	8	(50 %)
Hematemesis y/o melenas	8	(50 %)
Dispepsia hipoesténica	1	(6,25 %)
Dolor en flanco e hipocondrio izquierdo	7	(6,25 %)

El tiempo de evolución de los síntomas fue largo, de meses y años, en la gran mayoría de los casos (85 %), llegando a datar hasta de 30 años.

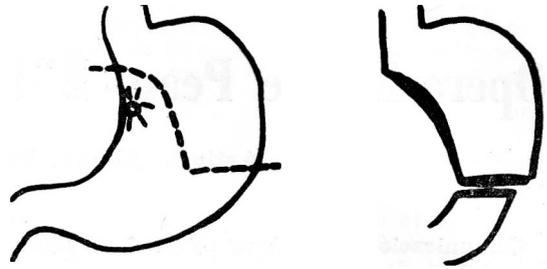


FIG. 1.— Gastrectomía "en gotera".
Gastroduodenostomía.

5) *Radiología*: Se realizó en 14 casos (87,5 %). Los dos casos en que se omitió fueron intervenidos de urgencia por hemorragia digestiva grave. Resultó eficaz en lo que se refiere a identificar la lesión en 12 de los casos, no visualizándose la lesión existente en los dos estudios restantes.

6) La endoscopia gástrica fibróptica se practicó en 9 pacientes (56,25 %) visualizándose la lesión siempre, incluso en uno de los casos en que la radiología no lo hizo.

La biopsia demostró en todos los casos ausencia de elementos neoplásicos, estudio fundamental para descartar la malignidad de la lesión, en cuyo caso no recomendamos el tratamiento propuesto.

7) *Operación*: Tres pacientes fueron operados de urgencia por hemorragia digestiva grave; el resto de la serie se operó de elección. La exploración quirúrgica permitió determinar los caracteres de la úlcera, su topografía, el estado del duodeno y decidir finalmente la aplicabilidad de la técnica elegida.

La úlcera gástrica estaba topografiada en la casi totalidad de los casos en la pequeña curva desglosándose de la siguiente manera: sector supraangular 5; sinus angularis 2; sector vertical 4, y horizontal 4.

La otra úlcera gástrica se localizaba en la cara anterior, a 7 cm. del cardias.

El duodeno se encontró uniformemente sano en todos los pacientes salvo en uno que presentó una cicatriz pequeña de un úlcus duodenal.

A este paciente se le asoció una vagotomía troncular bilateral.

8) Realizamos como procedimiento quirúrgico, como dijimos, la gastrectomía "en escalera", a cielo abierto, resecando más de pequeña curva que de gran curva, y reconstruyendo el tránsito mediante gastroduodenostomía tipo Péan - Billroth I (fig. 1).

9) Las complicaciones se pueden agrupar en: 1) intraoperatorias: citándose una esplenectomía por rotura accidental del bazo; 2) postoperatorias: respiratorias: en 3 casos: una bronquitis leve; una bronconeumopatía en un bronquítico crónico y un microtromboembolismo, mejorando todas con tratamiento médico.

Como complicaciones vinculadas directamente a la operación realizada se encontró: una

retención postoperatoria funcional leve en un caso; una hemorragia digestiva importante en un caso que motivó la reintervención del paciente y originada en un vaso de la línea anastomótica.

No hubieron fallas de suturas ni efectos secundarios siendo la mortalidad de la serie nula.

En 6 pacientes se logró un seguimiento aceptable aunque breve (2 a 6 meses) habiéndose comprobado aumento de peso, de varios kilos, en todos ellos.

RESUME

Opération de Pean - Billroth I dans l'ulcère gastrique

Communication préliminaire sur l'étude des avantages de la résection gastrique en "échelle" avec rétablissement du transit par la technique de Péan - Billroth I dans le traitement de l'ulcère gastrique.

Analyse des indications et les résultats immédiats dans 16 cas.

SUMMARY

Pean - Billroth I Gastrectomy for Gastric Ulcer

Preliminary report on prospective study of the advantages of "bit by bit" gastric resection in cases of gastric ulcers, reestablishing transit by Pean - Billroth I technique. The paper contains an analysis of indications and of immediate results in 16 patients.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OI M, OSHIDA K and SUGIMURAS S. The location of gastric ulcer. *Gastroenterol*, 36: 45, 1959.
2. OI M and SAKURAI Y. The location of duodenal ulcer. *Gastroenterol*, 36: 60, 1959.
3. OI M, ITO Y, KUMAGAY F, YOSHICA K, TANAKA Y, YOSHIKAWA K, MINO O, MASAMURA I. A possible dual control mechanism in the origin of peptic ulcer. *Gastroenterol*, 57: 280, 1969.
4. SUIFFET W, SOJO E e IRAOLA ML. Localización de la úlcera gástrica. *Cir Uruguay*, 47: 202, 1977.
5. SUIFFET W, SOJO E e IRAOLA ML. Alteraciones de la mucosa gástrica en la úlcera de estómago. *Cir Uruguay*, 47: 209, 1977.