

Gastrectomías por ulcus gastro - duodenal

Dres. Humberto Viola Núñez, Carlos Antúnez Da Graça,
Wilson Ramírez Pintos y Roberto Huelmo Ozano

Se analizan 78 gastrectomías por ulcus gastro-duodenal realizadas en los últimos 5 años en la Clínica Quirúrgica "1" del Hospital Pasteur y en el Departamento de Cirugía del Hospital Central de las FF.AA. de Montevideo.

Los enfermos se estudian según sexo, edad y topografía lesional, analizándose la indicación operatoria y el tratamiento quirúrgico efectuado.

Finalmente se enumeran las complicaciones y la mortalidad según los factores de riesgo.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS.
Peptic Ulcus / Surgery.

INTRODUCCION

La gastrectomía conserva su lugar en el tratamiento del ulcus gastro-duodenal, ya sea sola o asociada a vagotomía.

En el ulcus gástrico sigue siendo la gastrectomía la terapéutica quirúrgica de elección. Lo sucede esto en la úlcera de duodeno, donde ha sido desplazada por los diferentes tipos de vagotomía (10).

Es sin embargo la gastrectomía asociada a vagotomía, el procedimiento más seguro y efectivo para su tratamiento, con una tasa de recurrencia ulcerosa del 0,5 % y una mortalidad del 1,4 % en una serie de 3.697 operados (12).

Pretendemos hacer un análisis del procedimiento en la hora actual, con la vigencia de elementos que nos aporta el progreso científico; para su diagnóstico y control evolutivo, la fibroscopia; para su tratamiento: la cimetidina, los nuevos materiales de sutura y los centros de cuidados intensivos.

Varios autores nacionales se han ocupado del tema (2, 3, 4, 13, 14, 15).

MATERIAL DE ESTUDIO

Comprende el análisis de las gastrectomías realizada durante los últimos cinco años en la Clínica Quirúrgica "1" del Hospital Pasteur y en el Departamento de Cirugía del Hospital Central de las FF.AA. En ambos Servicios ac-

Clinica Quirúrgica "1" (Prof. A. Aguiar), Hospital Pasteur, y Departamento de Cirugía (Dr. B. Rinaldi). Hospital Central de las FF.AA.

túan cirujanos en etapa formativa, lo cual permite estudiar ambas series en común.

Se realizaron 78 gastrectomías por ulcus gastroduodenal en el lapso comprendido entre los años 1975 y 1979.

Hubo predominio del sexo masculino con 57 operados (73 %) sobre 21 mujeres (27 %), al igual que en otras series (13).

La edad osciló entre 35 y 75 años, con una media de 65.

Teniendo en cuenta la edad límite de los 60 años como mayor factor de riesgo, fueron intervenidos 48 menores de esa edad y 30 mayores, porcentajes similares a otras publicaciones (10).

CUADRO 1

78 GASTRECTOMIAS POR ULCUS GASTRODUODENAL EN 5 AÑOS

Sexo		Edad	
Masculino	73 %	Mayor 60 años	48
Femenino	27 %	Menor 60 años	30

La lesión asentaba en el estómago en 53 casos y en el duodeno en 25, correspondiendo a 68 % de úlceras gástricas y menos de la mitad (32 %) de duodenales. Esto confirma del número de gastrectomías por ulcus duodenal iniciado con el advenimiento de las diferentes técnicas de vagotomía, hecho que se repite en todos los trabajos publicados (10, 13).

Indicación operatoria

Se intervinieron 15 enfermos (19,2 %) de urgencia, en todos los casos por hemorragia grave, de las cuales cuatro correspondían a localización duodenal y once a localización gástrica, de lo cual resulta que sólo un 16 % de los ulcus duodenales motivaron cirugía de urgencia contra un 20,7 % de los gástricos.

Los restantes 63 casos (80,8 %) correspondieron a cirugía de elección, cifras comparables a la serie del Hospital de Clínicas.

La principal indicación de gastrectomía fue el fracaso en el tratamiento médico, corres-

Presentado como Tema libre al 30º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, noviembre de 1979.

Profesor Adjunto de Semiología Quirúrgica y Residentes de Cirugía.

Dirección: J. M^º Montero 3089, Montevideo (Dr. H. Viola Núñez).

pondiendo a 44 pacientes en nuestra serie (56,4 %).

Se incluyen dentro de esta causa una serie de factores, tales como imposibilidad en el cumplimiento del régimen dietético por situación económica o laboral, discontinuidad en el tratamiento o la ineffectividad del mismo. En todos los casos la cirugía fue de elección.

En orden de frecuencia le siguió la hemorragia digestiva, con 16 casos (20,5 %), de los cuales ya vimos que 15 se intervinieron de urgencia con los porcentajes anteriormente mencionados.

La estenosis gastro - duodenal representó el 15,1 % (11 casos) y la recidiva ulcerosa el 8,9 % (7 enfermos). En cuanto a esta última causa, la intervención primaria fue: en 5 enfermos se habían practicado vagotomías tronculares con piloroplastia, realizadas entre los 2 y 4 años previos a la gastrectomía; en otro, una ulcerectomía 18 meses antes y finalmente una gastroentero - anastomosis de 12 años de evolución.

No fueron considerados como recidivas los ulcus perforados cuya solución quirúrgica primaria fue el cierre simple.

INDICACION OPERATORIA

A) Falla tratamiento médico	44	56,4 %
B) Hemorragia ...	16	20,6 %
C) Estenosis	11	14,1 %
D) Recidiva	7	8,9 %

Tratamiento quirúrgico

Los procedimientos realizados correspondieron a 14 antrectomías (17,9 %), 19 gastrectomías 50 % (24,3 %) y 45 gastrectomías 75 % (57,8 %).

De las 14 antrectomías, en 10 de ellas se asoció vagotomía troncular.

La restitución del tránsito digestivo se realizó en 62 casos (79,4 %) mediante gastro - yeyunostomía tipo Billroth II (Hoffmaister - Finsterer), y en el restante (20,6 %) 16 enfermos se efectuó una anastomosis tipo Pean - Billroth I, estos últimos correspondientes a ulcus de localización gástrica. En la mayoría de los casos las anastomosis se realizaron en 2 planos, empleando para ello lino o materiales reabsorbibles como Catgut crómico. En 5 oportunidades, todas correspondientes a anastomosis tipo Pean, se realizó monoplano extramucoso con Prolene. Destacamos que este último procedimiento correspondió a intervenciones realizadas en el presente año.

TECNICA QUIRURGICA

Antrectomía	14	—	17,9 %
(Vagotomía troncular en 10)			
Gastrectomía 50 %	19		24,3 %
Gastrectomía 75 % ..	45		57,8 %
Gastro - duodenostomía	16		20,6 %
Gastro - yeyunostomía ..	62		79,4 %

Complicaciones postoperatorias. Mortalidad

La mortalidad global en el postoperatorio inmediato, fue del 8,7 %, pero relacionando este hecho con el tipo de indicación operatoria, encontramos que la cirugía de urgencia estuvo gravada con una mortalidad del 37,5 % contra un 1,6 % en la cirugía de elección.

En relación con la edad y teniendo en cuenta, como ya dijimos, el límite de los 60 años, 6 pacientes superaban esta edad, lo cual significa una mortalidad del 20 % para los enfermos de este grupo etario. En cambio, entre los menores de 60 años, hubo un solo fallecido representando el 1,2 % de dicho grupo.

La mortalidad postoperatoria global es muy variable en otras publicaciones, yendo desde un 1,5 % hasta el 20 % (10, 14); mientras que en la gastrectomía intrahemorrágica la tasa de mortalidad supera esta cifra, estando el promedio alrededor del 20 % (6, 9, 10).

En cuanto a las complicaciones postoperatorias el 25,6 % del total de gastrectomizados sufrieron esta eventualidad, siendo las mismas de variada categoría; 5 de estos pacientes llegaron a tener más de una complicación.

Las más frecuentes fueron de origen respiratorio, con 9 casos, incluyendo neumopatías en su mayoría, TEP, y una neumonitis vinculada a aspiración durante la inducción anestésica (10, 14).

Le siguió en orden de frecuencia la supuración de la herida operatoria (7 casos) y luego la dehiscencia de la laparotomía (6 enfermos), siendo 3 de ellas contenidas y curadas por segunda intención.

De las complicaciones propias de la técnica realizada, destacamos:

- A) En 2 pacientes la presencia de hemorragia postoperatoria luego de Billroth II, y
- B) na falla de sutura en una gastro - yeyunoanastomosis, con cuadro de sepsis secundario y muerte. Configurando ambas complicaciones el 11,1 % del total de las mismas.

No encontramos fallas del muñón duodenal ni estenosis del asa aferente, citadas como frecuentes por otros autores (8, 10, 11, 13, 14).

Se señalan también, un caso de abscesos intraperitoneales múltiples debidos a perforación gástrica por la sonda de degravitación, y una fistula duodenal persistente por duodenostomía de necesidad.

Al igual que en otras series analizadas las complicaciones de la gastrectomía fueron mucho más frecuentes en los enfermos operados de urgencia que en aquellos de elección (10, 13, 14).

Mortalidad global	8,7 %
Urgencia	37,5 %
Elección	1,6 %
Mayores de 60 a.	20 %
Menores de 60 a.	1,2 %

COMENTARIO

No hay diferencias significativas con otras series publicadas, en lo que respecta a edad y sexo de los enfermos operados.

La gastrectomía sigue siendo un buen procedimiento para tratar el úlcus gástrico, cuya localización correspondió al 68 % de los enfermos intervenidos.

Sin embargo, apreciamos un claro descenso en los gastrectomizados por úlcera de duodeno (32 %), lo cual confirma la tendencia actual aquí y a ni el in ernacional por el empleo de técnicas con menor morbimortalidad.

Gran mayoría de enfermos fueron operados en frío y sólo la hemorragia digestiva grave motivó la gastrectomía de urgencia.

Se llama la atención, el número de pacientes que se operó por falla del tratamiento médico (56,4 %), cifra en desacuerdo con todas las series consultadas. Le siguen en orden de frecuencia la hemorragia, la estenosis y la recurrencia ulcerosa, complicaciones e indicaciones operatorias clásicas de la gastrectomía.

La técnica más empleada fue la gastrectomía 75 % con anastomosis gastroyeyunal según técnica de Hoffmaister - Finsterer.

Destacamos el incremento del procedimiento de Peán - Billroth I para restituir el tránsito digestivo, tendencia que se da en casi todas las series. Comprobamos el resurgimiento de una técnica que para algunos es considerada como la más fisiológica y satisfactoria para el tratamiento del úlcus gástrico (7, 16).

Hubo un 25,6 % de complicaciones por gastrectomía, ocupando las respiratorias el primer lugar. Dentro de las inherentes propiamente a la técnica, sólo hubo 2 casos de hemorragia postoperatoria y 1 falla de la anastomosis gastroyeyunal. Estas complicaciones no tienen en nuestra serie la incidencia encontrada en otras publicaciones (7).

La mortalidad operatoria global fue del 8,9 %, aceptable para este tipo de cirugía. En la misma existe franco predominio para la gastrectomía intrahemorrágica de urgencia y para los mayores de 60 años, factores de gravedad reconocidos por todos los autores.

RESUME

Gastrectomies par l'ulcère gastroduodenale

On analyse 78 gastrectomies par ulcère gastroduodenale, réalisées lors des cinq dernières années, dans la Clinique Chirurgicale "1" de l'Hôpital Central des Forces Armées de Montevideo.

Les malades ont été étudiés selon le sexe, l'âge et la topographie lésionnelle, en analysant l'indication opératoire et le traitement chirurgical effectué.

Finalement, on énumère les complications et la mortalité selon les facteurs de risque.

SUMMARY

Gastrectomies for Gastroduodenal Ulcus

Case material consists of 78 gastrectomies performed in cases of gastroduodenal ulcus, within the last 5 years, in Surgical Clinic N. 1 of Pasteur Hospital and in the Surgery Department of the Armed Forces Central Hospital of Montevideo.

Patients are classified by sex, age and lesional topography; operatory indication is analyzed and surgical treatment described.

Finally, complications and fatality rate are classified as per risk factors involved.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ADSON M, AKWARI O. Tratamiento de la disfunción gastro-intestinal después de la cirugía gástrica. *Surg Clin North Am*, 51: 915, 1971.
- ARDAO H. Comunicación personal.
- BERMUDEZ O. Importancia de la técnica en los resultados de la gastro-pilorectomía por úlcus. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 8º, 1: 230, 1957.
- CHIFFLET A. Cirugía del estómago. Montevideo. Rosgal, 1962.
- DODSWORTH JM & FISCHER JE. Surgical therapy of chronic peptic ulcer. *Surg Clin North Am*, 54: 529, 1974.
- ESSELSTYN C. Surgical of actively bleeding duodenal ulcer. *Surg Clin North Am*, 65: 1387, 1976.
- GOLLIGHER JL. Comunicación personal. *Congreso Latinoamericano de Cirugía*, 4º, Chile, 1979.
- GUENIN P, DE FOS H, FARAH A, DUPUY P. Complications des gastrectomies pour ulcères gastro-duodénaux. *Ann Chir*, 25: 561, 1971.
- HARVEY H. Twenty four years of experience with elective gastric resection, for duodenal ulcer. *Surg Gynecol Obstet*, 112: 203, 1961.
- KHOLMANN G, NATHAN G, LARGIER A, JACOB M, TERQUEM J, VEYRIERES M, FLABEAU F. La gastrectomie dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux. Sa place actuelle a la luer de la mortalité opératoire et de la gravité imminente. *Ann Chir*, 28: 35, 1974.
- LATASTE J et BISMUT H. Chirurgie des complications de la gastrectomie partielle inférieure. *Enc Med Chir (Tech Chir)*, 1, 40350.
- LYNWOOD - HERRINGTON J. Truncal vagotomy with antrectomy. *Surg Clin North Am*, 56: 1335, 1976.
- MATTEUCCI P. Análisis estadístico de 1.000 gastrectomías por úlcus realizada en el Hospital de Clínicas. *Cir Uruguay*, 44: 145, 1974.
- MENDIVIL - HERRERA J, LIARD W, BALBOA O, MATTEUCCI P. La gastrectomía en el tratamiento de la úlcera duodenal. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 20º, 1969, p. 71.
- PEREIRA O. Indicaciones quirúrgicas y resultados de la gastropilorectomía en el úlcus gastroduodenal. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 8º, 1957, p. 155.
- TANNER N. Personal observations and experiences in the diagnosis and management of ulcer disease and disabilities that follow peptic ulcer operations. *Surg Clin North Am*, 56: 1349, 1976.