

SOBRE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ULCUS DUODENAL

Prof. D. PRAT

Tenía una deuda contraída con la Sociedad de Cirugía de Montevideo, deuda que vengo a saldar con la presentación de esta comunicación. Ante esta tribuna me he ocupado de la técnica quirúrgica gastroduodenal y habiendo prometido presentar mis resultados, me es grato cumplir hoy con dicha promesa.

Como no puedo presentar una estadística integral y completa de mi práctica hospitalaria, cosa difícil o imposible en nuestro medio, he desistido de hacerlo y he preferido presentar la modesta y limitada estadística de mi clientela particular de úlceras duodenales, tratadas en estos últimos quince años, estadística que puedo presentar casi completa en sus resultados.

El tratamiento de elección del ulcus duodenal, es hoy día, el método radical, o sea la resección amplia; en mi práctica, constato que en cambio, he empleado casi exclusivamente la gastro enterostomía y mi primer impresión, ha sido de temor de constituir la nota conservadora o discordante en la práctica de esta cirugía.

Reconfortado sin embargo, porque mi norma de conducta profesional, ha sido siempre la divisa de la Academia de Cirugía de París, "Verdad en la ciencia, moralidad en el arte", como mi experiencia se basa en hechos verdaderos que me han dado plena satisfacción, no he vacilado en presentarlos ante este tribunal que representa el más elevado exponente de la cirugía en nuestro país.

Nuestra estadística particular de úlceras duodenales y pépticas, en los últimos 15 años, se reduce a 33 casos que se descomponen así: 28 casos de ulcus duodenal (2 específicos).

1 caso tratado por gastrectomía amplia. Curado.

27 casos fueron tratados por gastro - enterostomía. 25 cura-

dos, 2 fallecidos. Curados operatoriamente 26 casos. Mortalidad de la G. E. 7,4 %.

Ulcus péptico por G. E., a los 11 años de operado, 1 caso. (Sifilítico). Porcentaje de ulcus péptico (1 en 27), 3,7 %.

Ulcus pépticos consecutivos a ulcus duodenal, tratados, 6 casos (1); 3 casos operados primitivamente por otros cirujanos y 3 por nosotros. De estos ulcus pépticos, 4 casos eran de localización yeyunal y dos gastro-yeyuno-cólico con fistulización en el colon transversal.

El tratamiento realizado en el ulcus péptico fué: Ulcus péptico tratado por una nueva G. E., 1 caso, curado.

Ulcus péptico tratados por desgastro enterostomía, 2 casos. Curados.

(Uno de estos dos casos desgastroenterostomizados, como siguiera sufriendo, se gastrectomizó, operación que lo curó).

Ulcus péptico tratados por gastrectomía, 3 casos, 2 curados, 1 fallecido.

6 casos de ulcus péptico, operados con 1 muerte. Mortalidad 16,66 %.

La gastrectomía en el ulcus péptico nos ha dado el porcentaje siguiente:

3 gastrectomías por úlcus péptico con 1 muerte. Mortalidad 33 por ciento.

Los resultados alejados del tratamiento quirúrgico han dado: en 20 casos tratados por G. E. los resultados tardíos que oscilan entre 3 y 15 años, pueden clasificarse como resultados buenos o muy buenos, lo que da un porcentaje de 71,40 % de éxitos.

Entre estos pacientes algunos han conseguido una cura radical ideal, pues no han tenido ningún trastorno ulterior. Otros han tenido algunas molestias y trastornos dispépticos y aun dolores después de violaciones del régimen alimenticio o excesos de alcohol, que han sido corregidos con la dieta o el régimen. En 4 casos los resultados fueron inferiores, lo que clasificamos como resultados regulares o mediocres y que representan el 14,8 %. Los trastornos están representados: dos casos tuvieron hemo-

(1) Incluimos en esta estadística de la clientela particular, que cuenta un sólo caso de ulcus péptico, cinco casos más que hemos operado particularmente o en los hospitales, porque, es el total de ulcus péptico tratados y porque conocemos su evolución total.

rragias en una sola ocasión, dos o tres años después de operados; un paciente era sifilítico. Los otros dos, en varias ocasiones tuvieron trastornos dispépticos y dolores, al extralimitarse en el régimen. Con el tratamiento médico siguieron bien y actualmente realizan una vida normal y corriente. Un resultado malo que fué el caso del ulcus péptico. En un caso no se pudo tener datos ulteriores. 3,57 %. El enfermo gastrectomizado (3,57 %) ha seguido bastante bien, aunque tiene también algunos trastornos con las violaciones del régimen.

Dos fallecidos que representan el 7 % de mortalidad. En un caso se trataba de un hombre de 63 años, cardíaco y ya colecistectomizado, con abundantes hemorragias por ulcus duodenal y estado general malo. El otro enfermo joven, con hemorragias repetidas, muy debilitado y resistencias pobres.

De nuestros 26 enfermos, curados operatoriamente, sobreviven actualmente 25 casos; el que murió, falleció a los dos años de operado, de afección cardíaca.

De los seis casos de ulcus péptico, uno corresponde a nuestra serie particular (3,7 %), dos casos a nuestra clientela hospitalaria (porcentaje $\frac{1}{2}$ a 1 %), (calculando de 350 a 400 las G. E. de nuestra práctica hospitalaria). Los otros tres casos corresponden a otros cirujanos que habían realizado la G. E. De los tres casos gastrectomizados, dos están muy bien; el 3º falleció al 8º día del post operatorio (fístula gastro - yeyuno - cólica). Hicimos dos desgrastroenterostomías, una siguió bien; la otra continuó con trastornos y se curó con la gastrectomía. En un caso, hicimos una nueva gastro enterostomía entre la G. E. primitiva y el píloro, teniendo una evolución bastante buena, aunque ha tenido algunas molestias que no deben ser muy importantes puesto que el paciente está en trámite de casamiento (52 años).

El 6º y último caso de ulcus péptico, es un caso muy particular u original, pues me demostró *experimentalmente* la acción eficaz de la exclusión pilórica en la patogenia del ulcus péptico y constituyó para mí una gran enseñanza, para no realizar nunca más, la exclusión pilórica como complemento de la G. E. (año 1923).

Haremos a continuación de estos resultados, unos comentarios sintéticos de nuestra técnica personal.

ANESTESIA. — Empleamos la anestesia local de novocaína al $\frac{1}{2}$ % complementada con la anestesia crepuscular previa, con la fórmula personal de Sedargil 1 c.c., eucodal 0 gr. 01, y efetoina 0 gr. 025. Hemos descartado la escopolamina en nuestra práctica. A veces hemos tenido que complementar la anestesia local, con la general al éter, sobre todo al principio de nuestra práctica; con la experiencia de los años, el cirujano adquiere la casi seguridad de realizar la cirugía gastro duodenal solamente con anestesia local.

INCISIÓN. — Después de haber empleado variadas incisiones, usamos en la cirugía gastro duodenal, una incisión lateralizada de la línea media (1 a 2 cent.) que abre ambas hojas del recto, reclinando el músculo. Hoy día, estamos evolucionando hacia la incisión transrectal, izquierda o derecha, según localización de la lesión, duodenal o gástrica. No realizamos más la celiotomía mediana por la *frecuencia de las eventraciones*, no obstante haber recurrido a todos los recursos de la técnica para evitarla.

Dígase lo que se quiera, la celiotomía mediana supra - umbilical, será más simple y rápida, pero constituye una constante amenaza de eventración.

A continuación de una exploración intra abdominal completa de las lesiones, asesorada y completada por los datos biológicos, clínicos y radiológicos del caso; el cirujano estará en condiciones de establecer el tratamiento a realizar, vale decir, la indicación de la gastrectomía o de la G. E. No somos partidarios de ningún tratamiento sistemático del ulcus, seguimos en general el que nos parece resultar de la indicación clínica, sin embargo, en el pasado hemos tenido una preferencia marcada por la G. E., de ahí la realización casi exclusiva de esta operación, cuyas características fundamentales destacaremos.

Consideramos fundamental realizar la G. E. *lo más vecina posible al píloro y a la gran curvatura*, para que haga un drenaje gástrico completo y total; para esto creemos que es indispensable practicar el desprendimiento epiplo - cólico, sólo con esta amplia luz operatoria, se puede localizar con precisión el sitio de elección de la neo - boca. Asa yeyunal corta e isoperistáltica, transmesocólica, realizando la operación en el piso supra mesocólico.

Usamos sistemáticamente la pinza de Témoín, para el afron-

tamiento gastro-yeyunal. Las incisiones gástrica y yeyunal las hacemos del mismo tamaño (5 á 6 cent.), siempre a bisturí y tijera, nunca a termo o galvano cauterio. En la sutura hemos usado hilos no reabsorvibles, el lino; hoy día usamos sólo catgut, gastergut N° 0, en el surjet perforante y 1 en el sero seroso. Si hay mucha vascularización, ligamos algunos vasos aislados de la gran curvadura. El plano perforante se realiza afrontando perfectamente el peritoneo, gastro-yeyunal para lo cual la aguja entra por mucosa intestinal y sale por mucosa gástrica; adelante, la sutura se hace en dos tiempos. Adelante y atrás de la anastomosis colocamos ahora, por fuera de la sutura sero serosa, tres puntos sero serosos de sostén. Fijación cuidadosa de la anastomosis a la brecha del mesocólon, después de haber hecho deslizar aquella al vientre inferior y suturando el estómago al meso. Mucho se ha discutido sobre el uso de las suturas no reabsorvibles en la G. E. y su rol patogénico en la producción del ulcus; por nuestra parte tenemos opinión fundada sobre ese material. Creemos que intervienen directamente en la *producción del ulcus, cuando el hilo no ha sido eliminado de la sutura profunda o perforante*. En cambio, el hilo no reabsorbible, puede usarse sin ningún inconveniente si se le emplea con técnica correcta e impecable, vale decir, *que no se crucen los hilos del plano perforante y superficial*, porque entonces *no podría eliminarse aquel*; no hay que cruzar pues, ambas suturas entre sí, o lo mejor será hacer el plano profundo con catgut y el superficial con hilo no reabsorbible. Actualmente usamos sólo catgut.

Reconstitución muy cuidadosa de la pared en tres planos, uno profundo, vaina posterior del recto, con surjet, otro, de la aponeurosis, vaina anterior del recto, con puntos separados de catgut, cuidando tomar la aponeurosis distante de su borde. Crines en la piel. Puntos de sostén o capitones, en las paredes débiles o que hacen mucha fuerza.

El post operatorio es generalmente muy sencillo y simple, sin embargo hemos visto que en nuestra serie de 27 casos, tuvimos dos defunciones. La gran mayoría de los sufragios de la cirugía universal están en favor de la gastrectomía, en el tratamiento del ulcus duodenal que la han erigido en la operación de elección de esta afección. Se le considera como la operación ideal que realiza la triple finalidad de suprimir la lesión, hace des-

aparecer la hiperacidez y evitar el ulcus péptico, dándonos alrededor del 90 % de éxitos. La G. E., en cambio, no suprime la lesión orgánica, actúa indirectamente sobre el ulcus, alcalinizando el jugo gástrico y provocando la evacuación rápida y completa del estómago; tiene en su contra, el inconveniente de ocasionar el ulcus péptico del 2 al 5 %.

La gastrectomía da resultados más completos y definitivos, criterio que compartimos plenamente y por eso la terapéutica quirúrgica moderna la ha impuesto *sistemáticamente*, en el tratamiento del ulcus gástrico y duodenal, considerando que la G. E. es una operación deficiente y por lo tanto a desechar. En lo único que divergimos, que es casi fundamental, es que nosotros consideramos, que tanto la gastrectomía como la G. E., son dos buenas operaciones para el *tratamiento del ulcus duodenal*, reconociendo que la gastrectomía, es de resultados más seguros y definitivos, pero que ambas operaciones deben realizarse para tener éxito, *no sólo según su indicación precisa, sino también teniendo muy en cuenta otros factores técnicos inherentes a cada cirujano.*

Llamará la atención que convencidos como estamos de la superioridad de la gastrectomía sobre la G. E., hayamos practicado preferentemente esta última operación, en el ulcus duodenal, cosa que hicimos porque con la G. E., se pueden obtener también buenos resultados, empleando una operación con la que no hacíamos correr tan graves riesgos al paciente, como con la gastrectomía; razón de gran valor e importancia, sobre todo cuando uno no dominaba la técnica quirúrgica, con la experiencia que da la práctica del tiempo. Por otra parte, después de haber reconocido las ventajas de la gastrectomía, hay que establecer también que su superioridad no es tan absoluta como se ha preconizado.

La no extirpación de la lesión duodenal, no es tan capital como en el estómago; pues, es excepcional que aquella se transforme en cáncer. A veces la lesión no se puede extirpar por su gran proceso inflamatorio, por la invasión de los órganos vecinos o por invadir extensamente la 2ª porción. En un 25 % de los casos, la gastrectomía parece no modificar la hiperclorhidria (Lewinshon y Marx) y sin embargo los enfermos han curado.

Se afirmó que la enorme superioridad de la gastrectomía era el no dar ulcus péptico, como la G. E. y ahora que aquella se hace en gran escala se ha encontrado que el U. P. es una

complicación de la gastrectomía, del 0.9 % al 7 % y 13.5 %. (Starlinger, Finsterer, Berg y Mayo). La gastrectomía no es ya la operación de resultados radicales y absolutos que se creyó al suplantar a la G. E. La mortalidad de la gastrectomía y G. E. ha sido un asunto muy discutido; siempre se ha sostenido que la mortalidad de la G. E. era muy inferior al de la gastrectomía; ahora, por el progreso de la técnica y el entrenamiento constante, la mortalidad en ambas operaciones, se ha equiparado del 3 al 5 %. Esto puede llegar a ser una realidad en cirujanos de cualidades técnicas excepcionales, de gran especialización y de un extraordinario entrenamiento quirúrgico; pero de acuerdo con nuestra experiencia, *creemos que la gravedad operatoria de una y otra operación no son comparables*, aun cuando las estadísticas parezcan en ciertos casos, confirmar este hecho. Consideramos pues, que para obtener excelentes resultados con la gastrectomía, con mortalidad baja del 2 ó 3 %, se requiere una gran experiencia, un tecnicismo quirúrgico perfecto, sumados a un entrenamiento regular y continuado en esta cirugía especializada, lo que casi equivale a decir, que el tratamiento del ulcus duodenal por la gastrectomía, sólo se debe y se podrá realizar en los grandes centros quirúrgicos que cuenten con cirujanos especializados y bien entrenados.

En lo que nos es personal, declaramos, que es después de una práctica intensiva de la cirugía gastro duodenal, en los últimos años de nuestra carrera quirúrgica, que tenemos la seguridad de una perfecta anestesia local y de una técnica depurada, que nos permita realizar correctamente la gastrectomía con éxito, pero sin la *seguridad absoluta de obtener este éxito* en un porcentaje muy elevado o total de los casos. Lo dicho, que representa *mi verdad profesional*, me permite establecer que la gastrectomía como tratamiento del ulcus duodenal, puede ser la terapéutica de elección de los grandes centros quirúrgicos especializados, los que como nosotros, que a pesar de actuar en clínicas de relativa actividad y movimiento, en las que la cirugía gastro duodenal no es de práctica muy habitual y corriente, podremos regirnos por un criterio menos radical, aunque ceñido siempre al principio de la indicación clínica.

Haremos la gastrectomía cuando su indicación es terminante y perentoria; en las demás circunstancias, cuando el caso no es

apropiado para tal operación (enfermo obeso, pletórico, anémico, falta de resistencia o taras orgánicas); en esos casos, la G. E. practicada con una técnica precisa y correcta, puede dar buenos resultados con mortalidad muy baja.

Si el enfermo hiciera alguna de las complicaciones graves de la G. E. (ulcus péptico o hemorragias), la gastrectomía secundaria puede curarlo. Se nos objetará, ¿porqué curar a los enfermos con dos operaciones cuando esto se puede obtener con una sola y radical? Es posible, pero estamos seguros, que si hubiésemos adoptado esa conducta en nuestros enfermos de la clientela privada, operados de 15 años a la fecha, muchos de ellos no estarían vivos actualmente; en cambio, 24 de los 25 salvados, están en muy buenas condiciones, algunos con *ciertas molestias*, que no les impide para nada hacer una vida normal, contentos y satisfechos, como lo pone de relieve y en evidencia la correspondencia en que nos manifiestan su satisfacción y agradecimiento.
