

# Análisis crítico del tratamiento quirúrgico de la úlcera gastroduodenal

Dres. Guillermo Piacenza<sup>1</sup>, Daniel Czarnevicz<sup>2</sup>, Carlos Ferreira<sup>3</sup>

## Resumen

Basados en un estudio sobre 1.200 casos de úlcera péptica gastroduodenal (UPGD) tratados en forma quirúrgica, los autores evalúan y comparan los resultados obtenidos con los diferentes procedimientos quirúrgicos. Se consideran tres grupos diferentes: procedimientos resectivos (649 pacientes, 54%), procedimientos denervativos (257, 21,4%), un grupo de "otros procedimientos" (293 enfermos 24,5%), donde se incluyen el cierre simple y la epiploplastia, la hemostasis directa, y la gastroyeyunostomía. La morbilidad fue diferente para cada uno de los tres grupos: 26,4% para los resectivos, 34,6% para los denervativos, y de 28,8% para el grupo de otros, siendo en todos los grupos las complicaciones infecciosas las más frecuentes. La recidiva ulcerosa fue de 11,5% para los procedimientos denervativos y de 2% para los resectivos ( $p < 0,05$ ), y mientras que la falla del tratamiento médico parece ser el factor de riesgo más importante en los primeros, la intervención de urgencia lo fue para los procedimientos resectivos. La mortalidad fue de 3,6% para el grupo de los resectivos, de 2,2% para el grupo de otros, y de 0% en los denervativos.

Los autores concluyen que los resultados de la cirugía del UPGD en nuestro medio son superponibles a los de otros centros, siendo necesario una correcta evaluación del enfermo para la elección del procedimiento, no siendo determinantes los factores de riesgo, sino solamente un elemento más de juicio.

**Palabras clave:** Úlcera péptica gástrica. Duodeno. Cirugía

## Summary

Based on a study of 1.200 cases of gastroduodenal peptic ulcer (GDPU) treated with surgery, the authors evaluate and compare the results obtained with different surgical procedures. Three different groups were

considered: resection procedures (649 patients, 54%), denervation procedures (257, 21,4%), and a group of "other procedures" (293 patients, 24,5%) including single closure and epiploplastia, direct hemostasis, and gastrojejunostomy. There was different morbidity for each group: 26,4% for the resection one, 34,6% for denervation, and 28,8% for the other one; infectious complications were the most frequent in all groups. Ulcer recidive was 11,5% for denervation procedures and 2% for resections ( $p < 0,05$ ). While medical treatment failure seems to be the most important risk factor for the first ones, urgent surgery is the most important for resections. Mortality was 3,6% for resections, 0% for denervations and 2,2% for the group of other procedures.

The authors arrive to the conclusion that results of GDPU surgery in our environment can be compared to those of other centers. A correct evaluation of the patient is necessary for election of the procedure; risk factors are not determinant, only another element to be considered.

## Introducción

El tratamiento óptimo de la enfermedad ulcerosa requiere estar familiarizado con varios procedimientos quirúrgicos diferentes, siendo necesaria la experiencia y un buen juicio clínico para elegir la táctica adecuada para cada caso. Sin perder los objetivos de la cirugía, es decir curar la diátesis ulcerosa con el menor número de complicaciones, se enfrentan los procedimientos resectivos y denervativos.

En nuestro país siempre nos referimos a series extranjeras, siendo éste el primer trabajo que compara los resultados obtenidos, en nuestro medio, de los diferentes procedimientos. En esta segunda parte del trabajo analizaremos en forma específica la morbimortalidad de cada uno de los procedimientos realizados en esta serie de 1.200 pacientes operados por úlcera gastroduodenal.

## Resultados

Los procedimientos quirúrgicos realizados (tabla 1) fueron divididos en 3 grupos: 1) *Pr. resectivos* donde incluimos la gastrectomía total, la subtotal, la

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "2", Prof. Dr. Celso Silva. Hospital Maciel. Facultad de Medicina. Presentado en el X Congreso Latinoamericano de Cirugía, Uruguay, 1993

1. Prof. Adj. Clínica Quirúrgica

2. Asistente Clínica Quirúrgica

3. Asistente Clínica Quirúrgica

**Correspondencia:** Dr. D. Czarnevicz. Gastón Ramón 2372. Montevideo CP 11600.

**Tabla 1.** Procedimientos realizados

Procedimientos	n	%
Resectivos	649	54.1
Denervativos	257	21.4
Otros	293	24.5

**Tabla 3.** Topografía de las lesiones

Topografía	Resectivos	Denervativos
Gástricas	66%	19%
Duodenales	23%	77%
Asociadas	8.6%	1.3%

**Tabla 5.** Relación de la morbilidad con la causa determinante de la cirugía.

	Resectivos	Denervativos
Falla tratamiento médico	23.7%	30%
Estenosis (*)	6.7%	42.9%
Hemorragia digestiva	38.2%	27.3%
Perforación (*)	14.3%	100%

(\*) Indica las causas estadísticamente significativas.

antrectomía, y la ulcerectomía, 2) *Pr. denervativos* vaguectomía supraselectiva, v. troncal más piloroplastia, y el procedimiento de Taylor; y 3) *Otros* donde se incluyen el cierre simple con epiploplastia, la hemostasis directa y la gastroyeyunostomía.

Del total de casos analizados, y comparando el grupo de procedimientos denervativos y resectivos, no hubo diferencias significativas en cuanto a la distribución por sexo, y en la oportunidad operatoria. Sí la hubo en la distribución etaria la que se observa en la tabla 2.

Analizando el procedimiento realizado y la topografía de la lesión ulcerada vemos, como era de esperar, mayor número de procedimientos resectivos en las úlceras gástricas (tabla 3).

Las causas que determinaron la cirugía en los grupos, son las que se observan en la tabla 4, donde debemos destacar la elevada proporción de casos en los cuales se desconoce el motivo de la intervención.

Dado las características de los procedimientos, incluidos en el grupo de "otros", y como era de esperar, existió un amplio predominio de pacientes ma-

**Tabla 2.** Distribución etaria

Edad	Resectivos	Denervativos
Menores 40 años	13%	23%
40-60 años	53%	60%
Mayores 60 años	32%	15%

**Tabla 4.** Causas determinantes de cirugía

	Resectivos	Denervativos
Falla de TM	19.3%	25.6%
Estenosis	7.6%	9%
H. digestiva	27.9%	43%
Perforación	3.6%	2.6%
Asociadas	3.6%	2.6%
Desconocidas	36.5%	17.9%

yores de 60 años así como de aquellos intervenidos de urgencia.

La morbilidad global de los procedimientos denervativos fue de 34.6% (89 pacientes), de 26.4% (171 pacientes) en los resectivos, y de 30.3% (89 pacientes) en el grupo de otros procedimientos; esta diferencia no es significativa. Considerando solamente la cirugía de elección, la morbilidad en los procedimientos denervativos fue de 33.3% y en los resectivos de 18.5%, lo que es estadísticamente significativo. Esta diferencia no se registró en la cirugía de urgencia, siendo la morbilidad de 38% y de 52% respectivamente. A pesar de este resultado, el análisis de la morbilidad y la causa que determinó la cirugía (tabla 5), nos muestra que frente a determinadas complicaciones no estarían indicados los procedimientos denervativos por su alto índice de complicaciones.

En todos los grupos las complicaciones más frecuentes fueron las vinculadas a la herida operatoria (tabla 6)

Analizando la recidiva ulcerosa, complicación de gran jerarquía por lo que implica, vemos que fue significativamente mayor en los procedimientos denervativos y en el grupo de otros, con respecto a los resectivos. No existieron diferencias al relacionar recidiva ulcerosa y oportunidad operatoria tanto en los procedimientos denervativos como en los resectivos. En el grupo de *otros*, la recidiva ulcerosa se presentó casi exclusivamente cuando el procedimiento realizado fue el cierre simple con epiploplastia. La relación recidiva ulcerosa y causa de cirugía se expresa en la tabla 7 y parecería claro que los procedimientos denervativos pierden su indicación

**Tabla 6.** Morbilidad específica de cada uno de los grupos.

	Resectivos	Denervativos	Otros
Hemorragia digestiva	3%	5.1%	4.4%
Hemorragia intraabdominal	1.5%	1.3%	
Infección intraabdominal	2.5%	2.6%	
Retención gástrica	1.5%	3.8%	
Funcionales *	0.5%	3.9%	
Falla de sutura	2%		
Recidiva	2%	11.5%	12.2%
Parietales	11.2%	12.9%	10.9%
Pulmonares	2.5%	1.3%	3.4%
Síndrome asa aferente	1%		
Patología neoboca **	3%		

\* Incluye diarrea, dumping y disfagia.

\*\* Engloba úlcus y obstrucción de neoboca.

**Tabla 7.** Porcentaje de recidivas en los procedimientos denervativos y resectivos según la causa de cirugía

	Denervativos		Resectivos	
	N	%	N	%
Falla trat. médico *	66	25%	125	7.8%
Estenosis *	23	28.5	49	0%
Hemorragia	109	6%	181	3.6%

\* Indica las diferencias estadísticamente significativas.

frente a los resectivos ante determinadas complicaciones de la enfermedad ulcerosa.

El índice de reintervenciones fue de 5.1% (13 pacientes) para los denervativos, 4.1% (26 casos) en los resectivos y de 2.4% (7 casos) en el grupo de otros. Las causas de las reintervenciones, independientemente del procedimiento realizado fue en la mitad de los casos, 23, la hemorragia digestiva.

Como se ha expresado en el trabajo anterior la mortalidad global fue de 2.5%, correspondiendo a los denervativos 0%, a los resectivos 3.6% y al grupo de otros 2.2%. Dado que la mortalidad en el grupo de otros se vio exclusivamente cuando se realizó cierre simple y epiploplastía, depuramos la mortalidad en los procedimientos resectivos, considerando solamente los pacientes intervenidos por complicaciones perforativas y no encontramos una diferencia estadísticamente significativa.

## Comentario

Antes de comentar los resultados obtenidos queremos recordar nuevamente que éste es un estudio retrospectivo, y por lo tanto, las cifras expresadas representan el menor número de casos.

A pesar de los datos que se manejan habitualmente en la literatura internacional, en nuestro medio, y seguramente vinculado a una mayor experiencia en las resecciones, la cirugía denervativa presentó una morbilidad muy superior. Si bien existen varias publicaciones<sup>(1,2)</sup> que reconocen una mayor morbilidad, basada fundamentalmente en el índice de recidivas, vinculada al entrenamiento del equipo quirúrgico, otras no lo reconocen como tal<sup>(3)</sup>.

Desde la introducción de los procedimientos denervativos, y dada su baja mortalidad, se han utilizado para el tratamiento definitivo de la enfermedad ulcerosa en los casos con complicaciones; pero, ¿realmente logran el fin buscado?

La *hemorragia*, a pesar de que en 80% de los casos cesa espontáneamente, constituye hoy la principal causa de muerte en las úlceras gastroduodenales<sup>(4)</sup>. Dado que la mortalidad está vinculada a los episodios de resangrado<sup>(5)</sup>, parece lógico realizar, en los casos que llegan a la cirugía, un procedimiento pretendidamente curativo. En pacientes bien seleccionados, jóvenes, con buen terreno, sin shock, la vagotomía con antrectomía es quizás el procedimiento más apoyado, presentando cifras aceptables de morbimortalidad. Lamentablemente la mayoría de los pacientes que presentan esta complicación son añosos, con mal terreno quirúrgico, y por ende malos candidatos para este tipo de cirugía, de aquí que Johnston propusiera la realización de la vagotomía supraselectiva; la experiencia es aún limitada con cifras de mortalidad que alcanzan 15%. Al igual que otros autores nosotros creemos que este procedimiento no siempre puede utilizarse manteniendo plena vigencia la hemostasis directa con vagotomía troncal. Por último queremos recalcar que la mortalidad de esta complicación se vincula más a la oportunidad operatoria que al procedimiento realizado.

La *estenosis gastroduodenal* constituye la indicación quirúrgica en aproximadamente 10% de los casos de úlcera, y a pesar del entusiasmo inicial en el uso de los procedimientos denervativos frente a esta complicación, los elevados índices de recidivas y reestenosis los convierten en prohibitivos. Pollard<sup>(6)</sup> refiere 10% de reestenosis y 13% de recidivas.

La mayoría de los autores están de acuerdo que frente a la *perforación*, es necesario, cuando es posible, realizar un tratamiento definitivo de la enfermedad ulcerosa. Esto se basa en el hecho de que el cierre simple presenta una recidiva que supera la mitad de los casos; en nuestra serie fue de 55%. Lo discutible es cuál es el procedimiento que debe utilizarse. Boey y Wong son partidarios de los procedimientos denervativos, y reconocen tres factores de riesgo frente a los que no deben realizarse: el shock preoperatorio, perforación con más de 24 horas de evolución y el mal terreno quirúrgico. La mortalidad en ausencia de estos factores fue de 0.4%, de 4% con un factor, 40% con dos y de 87% cuando se presentan los tres. Somos de la opinión que estos factores de riesgo deben considerarse no sólo en las denervaciones, sino como limitantes para embarcarnos en un tratamiento definitivo independientemente de cual sea. En nuestra serie y al igual que los resultados globales, presentaron mayor morbilidad los procedimientos denervativos.

En la serie analizada la recidiva ulcerosa fue mayor en los procedimientos denervativos que en los

resectivos cuando la causa de cirugía fue la *falla del tratamiento médico*. Estos resultados concuerdan con los de otros autores<sup>(7,9)</sup>, aunque diversos estudios prospectivos no han podido demostrar que la falla del tratamiento médico sea una contraindicación de denervación<sup>(3)</sup>.

## Conclusiones

La cirugía del úlcus gastroduodenal en nuestro medio presenta resultados globales comparables con otras series, si bien los mejores resultados se vieron con la cirugía resectiva.

La cirugía de denervación presentó en esta serie resultados prohibitivos.

Frente a una estenosis o una perforación pierden su indicación los procedimientos denervativos.

La perforación fue en nuestra serie la complicación que más influyó en la mortalidad.

La hemorragia digestiva presentó una baja mortalidad lo cual evidencia un buen manejo de esta complicación.

La úlcera gastroduodenal es una patología benigna, al decir de Goligher "*una sola muerte posoperatoria pesa mucho más que varias recidivas*". Dado que los procedimientos denervativos logran un intervalo libre de enfermedad de más de 10 años en cerca de 80% de los pacientes, curando o mejorando la sintomatología de 90% de los casos, ¿son realmente malos los resultados?

## Bibliografía

1. Choi S, Boey J, Alagaratnam TT et al. Proximal gastric vagotomy in emergency peptic ulcer perforation. *Surg Gynecol Obstet* 1986; 163: 531.
2. Enskog L, Rydberg B, Adami HO et al. Clinical results 1–10 years after highly selective vagotomy in 306 patients with prepyloric and duodenal ulcer disease. *Br J Surg* 1986; 73: 357.
3. Mac Intyre IM, Millar A, Smith AN et al. Highly selective vagotomy 5–15 years on. *Br J Surg* 1990; 77: 65.
4. Allan RN, Dykes PA. A study of the factors influencing mortality rates in gastrointestinal haemorrhage. *Q J Med* 1976; 45: 533.
5. Clason AE, Macleod DA, Elton RA. Clinical factors in the prediction of further haemorrhage or mortality in acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Br J Surg* 1986; 73: 986.
6. Pollard SG, Friend PJ, Dunn DC et al. Highly selective vagotomy with duodenal dilatation in patients with duodenal ulceration and gastric outlet obstruction. *Br J Surg* 1990; 77: 1365.
7. Boey J, Wong J. Perforated duodenal ulcers. *World J Surg* 1987; 11: 319.
8. Hoffman J, Olesen A, Jensen HE. Prospective 14–18 years follow-up study after parietal cell vagotomy. *Br J Surg* 1987; 74: 156.
9. Primrose JN, Axon A, Johnston D. Highly selective vagotomy and duodenal ulcers that fail to respond to H2 antagonists. *Br Med J* 1988; 296: 1031.