

FUNDAMENTOS FISIOPATOLOGICOS
DE LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS
BASADAS EN LA VAGOTOMIA
CON OPERACIONES DE DRENAJE
GASTRICO O ANTRECTOMIA *

Dr. JULIO MAÑANA

NOTA PREVIA

Trataremos de presentar ante Uds. los fundamentos fisiopatológicos de la vagotomía, de las operaciones de drenaje gástrico y de la antrectomía, en forma sucinta. Principalmente nos referiremos a las indicaciones de estos procedimientos, a los motivos que llevan a la elección de ellos, y a las exigencias que plantea el realizarlos. Si bien no haremos una manifestación escrita sobre estas técnicas quirúrgicas, el motivo conductor de esta comunicación, es el procedimiento técnico táctico frente a las distintas situaciones, que nos enfrentamos al encarar el tratamiento quirúrgico del paciente ulceroso duodenal. Presentaremos cuál es nuestra posición actual sobre el tema, y resumiremos nuestra experiencia de los años comprendidos entre 1959 y 1969.

LA ETIOLOGIA
DE LA ULCERA DUODENAL

La etiología de la úlcera duodenal es la hiperclorhidria, ya sea por un aumento real de ésta o una disminución de los elementos neutralizantes que segrega la mucosa gastroduodenal. El aumento real de la hiperclorhidria se debe: a actividad vagal, a acción antral, y a un aumento de la cantidad de las células parietales gástricas. La disminución de los elementos neutralizantes de la acidez gástrica, se debe a múltiples causales: a) *Anatómicas*: integridad absoluta de la mucosa gástrica, con correcto riego sanguíneo. b) *Fisiológicas*: adecuado funciona-

Trabajo de la Clínica del Prof. J. Piquinela.

miento e interrelación del estómago con los demás segmentos del tubo digestivo; funcionamiento equilibrado y armónico con el aparato neurovegetativo y el sistema endocrino, ambos regidos por el hipotálamo. c) *Patológicas*: toda alteración de función normal de la mucosa gástrica motivada por causas tóxicas, inflamatorias, traumáticas, tumorales, degenerativas, ya sea locales o generales, conllevan a una disminución de la resistencia de la mucosa gástrica, haciendo disminuir su resistencia frente a la agresión ácida.

El tratamiento del ulcus duodenal se debe encarar bajo este aspecto, pesando cuidadosamente cuando entra cada una de estas causales en la etiología del ulcus. El tratamiento quirúrgico del ulcus duodenal debe encararse como el tratamiento de la hiperclorhidria, ya fuese combatiendo su exceso o favoreciendo la acción de los elementos neutralizantes.

Pero si existen tres causas del momento real de la hiperclorhidria, digamos que no actúan independientemente, el aumento de unas de las causales conlleva al aumento de las otras dos.

De lo dicho más arriba se deducen tres conductas quirúrgicas que rigen el tratamiento del ulcus duodenal: la vagotomía, la antrectomía y la gastrectomía.

ELECCION DEL PROCEDIMIENTO

*Basado en el estudio de la clorhidria
de estos pacientes*

La actividad vagal se estudia por la acidez basal. La actividad antral por la excitación mecánica del antro o por la acción química sobre éste, histamina mínima o histamina máxima. Y la cantidad de células parietales con los valores de acidez total y la prueba de la histamina máxima.

Nos manejamos con estos tests, que podrán no resistir una crítica pormenorizada. Pero estos son los medios de que disponemos para el estudio de estos pacientes.

Podríamos resumir el encare del tratamiento en la siguiente forma:

- 1) Haremos vagotomía y piloroplastia en pacientes:
 - a) con acidez basal alta.
 - b) con acidez total por debajo de valores de 1.500 a 1.600 miligramos por litros.

- 2) Haremos vagotomías más antrectomías:
 - a) con acidez basal alta.
 - b) con acidez total en valores de 1.500 a 1.600 miligramos por litros.

- 3) Los defensores de la gastrectomía 75 % tendrían que hacer ésta, si se diesen estas circunstancias:
 - a) valores bajos de acidez basal.
 - b) con valores de acidez total por encima de 1.600 miligramos.

Hemos dicho más arriba que el procedimiento debe de proteger al máximo la integridad de la mucosa gástrica, porque allí es el asiento de los fenómenos neutralizantes de la hiperclorhidria y es la que genera los medios protectores de la mucosa duodenal. La mejor defensa contra la agresión bacteriana, tóxica o clorhídrica, es la propia vitalidad de la mucosa gástrica, capacitada para segregar un buen mucus, con producción de enzimas suficientes y con función bicarbonatada y clorurada normal.

Por lo dicho defendemos la integridad de la mucosa gástrica, y somos contrarios a la resección de ésta, con la disculpa de reducir la acidez. Además nos resistimos a resecar un órgano sin lesiones malignas, para tratar una lesión de uno o dos centímetros ubicada en otra viscera.

A nuestra manera de entender, la vagotomía combinada a antrectomía o a una operación de drenaje gástrico, es el método de elección en el tratamiento del ulcus duodenal.

Partimos de la base que el tratamiento de la úlcera duodenal fuera de las complicaciones es patrimonio de la terapéutica médica. Deseo destacar en forma manifiesta que el tratamiento médico debe estar asistido de un tratamiento psiquiátrico; esta afección en última instancia se debe al comportamiento psicoafectivo del paciente. Residiendo la alteración en el sistema límbico, principalmente en el hipotálamo anterior y secundariamente en el hipotálamo posterior, y las interconexiones de éstos con los aparatos neurovegetativos y neuroendócrinos.

La asistencia psiquiátrica es fundamental, como la ingestión de medicamentos psicótrpos; estos elementos son incumbencia del especialista.

El tratamiento médico es caro y es lamentable que muchos de estos pacientes van a la cirugía por esta causal. Tenemos la firme convicción que estos pacientes se estudian mal. El tratamiento psiquiátrico falta en muchos de ellos, casi siempre carecemos de un estudio endócrino detallado, ya que altera-

ciones del páncreas, paratiroides, suprarrenal, etc., explican muchas úlceras de duodeno. Estudiar en el momento actual en el Uruguay a estos pacientes para poderlos clasificar y para elegir el tratamiento indicado, se torna cada vez más difícil. Sólo, no todas las veces, podemos realizarles un estudio de secreción basal y un quimismo gástrico. No realizamos en el preoperatorio la prueba de Hollander, porque creemos que es una excitación excesiva del vago y que en el enfermo no se dan nunca las circunstancias patológicas que crea esta prueba. Pero este "test" conserva todo su valor en el postoperatorio para valorar el grado de vagotomía realizada.

DE LA ANTRECTOMIA

Indicaciones

La selección de nuestros pacientes en vista de ser sometidos a una antrectomía se basa en el quimismo gástrico cuando la acidez total se sitúa por los alrededores o más de 1.500 a 1.600 mlg.

Limitaciones del procedimiento

La presencia de un duodeno difícil decide la elección entre antrectomía y operación de drenaje gástrico; a pesar de lo que aseguran algunos cirujanos la presencia de un duodeno difícil es una realidad. Entendemos por duodeno difícil: 1) la ubicación no habitual del ulcus duodenal, alejamiento de la topografía del cráter ulceroso de la región pilorobulbar; y 2) las adherencias patológicas y el duodeno inflamatorio.

No se debe hacer sistemáticamente antrectomía, ya que esto no es sólo una antroneurólisis, sino que la supresión del antro suprime la bomba antral con todas sus funciones.

CONCEPTO DE ANTRO GASTRICO

Seguimos aquí el concepto de Sacurai (18) basado en el examen de 300 antros.

El 22 % se extiende por la pequeña curva a veces hasta 10 cm. por encima de la incisura angular. Por la gran curva hasta el último vaso gástrico de la gastroepiploica derecha y se extiende de 1 a 2 cm. en el duodeno.

Inconveniente

La supresión del antro suprime la función inhibidora de éste, sobre la secreción clorhídrica. Pero esto sucede cuando el antro es bañado por una secreción ácida. En los pacientes que realizamos antrectomía, todos tienen valores altos de acidez total, por eso inferimos que esta función ya se encuentra abolida de antemano, configurando un antro patológico con pérdida de dicha función.

Ventajas

La antrectomía es una completa antroneurólisis, ya que extirpa todas las fibras parasimpáticas extravagales tronculares, que llegan por el plexo hepaticopilórico. Fibras que a veces hacen fracasar las vagotomías cardioesofágicas. Además, la antrectomía elimina el saco atónico del antro postvagotomía, suprimiendo la morbilidad postoperatoria por esta causal, permitiendo retirar precozmente la sonda nasogástrica y eliminando las gastrostomías de descarga.

DE LA OPERACION DE DRENAJE GASTRICO

Indicaciones

Lo hemos expresado más arriba. Cuando la acidez total se sitúa por debajo de 1.500 mlgs.

La elección entre piloroplastia y gastroenteroanastomosis.

Fundamentalmente la presencia de un duodeno difícil o/e inflamatorio. Los fundamentos que nos hacen preferir la gastroduodenostomía sobre la gastroyeyunostomía en la ejecución de las resecciones gástricas sirven para inclinarnos de manera manifiesta por la piloroplastia sobre la gastroyeyunostomía. Muchos de los fundamentos para preferir el Billroth I sirven para elegir la piloroplastia sobre la gastroenteroanastomosis.

Un procedimiento quirúrgico tiene que tener como principio básico conservar en lo posible las estructuras normales y la fisiología de los órganos sobre los que actúa.

A) *La bomba antral.* La unidad estructural motora que forman el antro gástrico, el píloro y la primera porción del duodeno, estructuras que componen lo que se denomina bomba antral. Actúan como un marcapasos en la motilidad gástrica-duodenal-yeyunoileal. La continuidad digestiva de esta zona es

fundamental; siempre tratamos de alterarla en lo menos posible. La bomba antral está interrumpida fisiológicamente por esfínteres, siendo el más importante el pilórico. Existen otros esfínteres, tales como el medio bulbar, el de la segunda porción del duodeno, etc. Estos esfínteres deben de ser investigados porque su contracción permanente o hipertrofia tiene el mismo significado que la hipertomía pilórica. En mi entender, estos esfínteres tienen relación con ciertos ulcus duodenales ubicados, alejados del bulbo duodenal. Los investigamos intraoperatoriamente por la inflación de un balón intraduodenal; de esta manera se visualizan los esfínteres como ligeras estructuras circunferenciales del duodeno. Si el esfínter medio bulbar está cerca del píloro lo incluimos en la sección de la duodenopílorotomía, que hacemos con el fin de confeccionar la píloroplastia, a esta píloroplastia la denominaremos píloroduodenoplastia.

B) *El retardo en la evacuación gástrica.* El alimento al llegar al antro, despierta una contracción de éste, con simultánea relajación del píloro, de esta manera pasa el bolo alimenticio al duodeno; al llegar éste, por un reflejo (enterogástrico) retiene el resto del alimento en el estómago, permitiendo realizar una correcta digestión gástrica. La continuidad gastroduodenal es un elemento motor fundamental en evitar la evacuación rápida del estómago (uno de los elementos etiogénicos del síndrome postgastrectomía).

C) *La secreción externa del páncreas.* El circuito normal gastroduodenal es un mecanismo importante en la secreción externa del páncreas, elemento primordial en disminuir el número de úlceras pépticas postoperatorias. Los alimentos retenidos en el estómago no producen estimulación de la secreción externa pancreática, por eso la gastroenteroanastomosis y las gastrectomías tipo Billroth 2 llevan a una disminución de la secreción externa del páncreas. El páncreas, igual que el estómago, tiene una etapa de secreción cefálica regida por el vago. El quimo intestinal, al llegar al duodeno, estimula la producción de secretina y pancreozimina, enzimas importantes en la secreción externa del páncreas. Es imprescindible una buena secreción externa de este órgano para disminuir el número de úlceras pépticas postoperatorias y además para prevenir la degeneración grasa del hígado (por intermedio del lipocaico o no).

D) *Inhibición de la secreción gástrica a partir del duodeno.* El tránsito gastroduodenal se necesita, ya que del quimo gástrico debido a su hiperosmolaridad excita la producción de enterogastrona en la mucosa duodenal. Enzima que inhibe la secreción gástrica.

E) *El moco duodenal.* El tránsito gastroduodenal protege la integridad y el buen funcionamiento de las glándulas de Bruner que segregan moco que inhibe la acidez. Estas glándulas están bajo el control del vago.

F) *La secreción biliar.* La continuidad gastroduodenal es necesaria para un correcto funcionamiento de la vesícula biliar y el avenamiento de bilis al duodeno. Se sabe que el quimo ácido al llegar al duodeno produce la colecistoquinina, enzima que hace contraer a la vesícula biliar. Al contraerse la vesícula el esfínter de Oddi se relaja pasando la bilis al duodeno en el momento que es necesaria.

G) *El síndrome de asa aferente agudo o crónico (vómito bilioso), y la evacuación rápida del estómago en el asa yeyunal,* elementos patológicos de las gastroenteroanastomosis, se aprecian en bajo porcentaje en las piloroplastias y en las anastomosis tipo Billroth I.

La gastroenteroanastomosis tiene en su contra que, al producir la llegada de jugos alcalinos a la región antral, excita a éste para que se libere: gastrina.

H) *El contenido gástrico de alta osmolaridad que llega a las asas yeyunales, estimularía a las células cromafines* [Johsons-Sloop (9)]. Estas liberarían unas sustancias serotoninicas (que se segrega por aumento de la presión intraluminal; hipermotilidad intestinal; acidez intraluminal; las soluciones glucosadas hipertónicas; factores etiológicos que están presentes en el síndrome postgastrectomía). Esta sustancia serotoninica produciría: disminución de la secreción gástrica; reducción de la secreción pancreática; hipermotilidad intestinal con diarrea; vaso dilatación periférica con alteración de la presión arterial y pulso (mareos y lipotimias). Cuadro sintomatológico del síndrome postgastrectomía.

Por lo dicho preferimos la piloroplastia a la gastroenteroanastomosis, y la gastroduodenostomía a la gastroyeyunostomía.

FUNDAMENTOS PARA LA VAGOTOMIA SELECTIVA

A) *Anatómicos.* La principal inervación del estómago es dada por el vago anterior o izquierdo. Y moderada cantidad de filetes nerviosos del vago posterior. Es completada por filetes postplexo solar del vago posterior, que llegan al estómago por el plexo coronario, esplénico, y vía del nervio hepático, plexo-hepático, plexopilórico.

Muchas de estas fibras entran en lo que se denomina camino extravagal del parasimpático. No siempre seccionadas con la vagotomía troncular.

Exigencia del procedimiento

Una vagotomía selectiva total condiciona por lo dicho más arriba: la sección del vago anterior, con conservación del nervio hepático. La sección del pedículo coronario. Individualización de la unión esofagocardial, con sección de todos los filetes nerviosos. Y la antroneurólisis por cualquiera de sus técnicas. La antroneurólisis se puede lograr por: a) antrectomía; b) desconexión seromuscular-mucosa total, o parcial del borde superior del píloro; c) la ligadura de los vasos que da la arteria pilórica al antro, respetando el tronco de ésta que se anastomosa a las ramas terminales de las coronarias (esqueletización de la pequeña curva del antro); respetando todo vaso o filete al duodeno; d) también se puede realizar por una adventicectomía de las arterias coronarias y pilóricas. Esta técnica comporta sección de nervios simpáticos, hecho que produce una hiperhermia de la mucosa gastroduodenal, logrando mejorar las defensas de ésta.

La antroneurólisis no suprime la peristalsis de la muscular, pero sí la respuesta vagal Harkins (6).

La vagotomía troncular tiene en contra algunos problemas cuando se hace alta: se seccionan filetes esofagocardiales y esto motivaría las disfagias del postoperatorio.

El plano facial nervioso preesofágico debe ser diseado al nivel del cardias y no más allá. Se puede buscar el vago posterior y sólo seccionar las fibras que van al cardias y al estómago respetando la integridad troncular del vago.

Si bien la vagotomía selectiva es más tediosa, en los sujetos obesos resulta más fácil, pues se realiza del cardias hacia abajo y no disea el esófago abdominal.

B) *Fisiológicos*. La vagotomía troncular produce los siguientes efectos: a) denerva la bomba antral, con la consiguiente liberación del automatismo del marcapaso intestinal; b) denerva parcialmente la vesícula biliar; c) secciona la fase cefálica de la secreción externa del páncreas; y d) produce una denervación parcial parasimpática del intestino delgado.

Esto condiciona los siguientes hechos patológicos:

a) La vía biliar entra en distonía, se produce éstasis biliar y se altera la composición química de la bilis, modificándose el equilibrio de los cristales predisponiendo a la precipitación de

ellos. Por ejemplo, en una vesícula atónica en la cual la bilis se estanca la proporción ácido biliares-colesterol, se modifica, pudiéndose producir la precipitación del colesterol.

Esto explica algunos de los trastornos postvagotomías tronculares que hay que imputarlo a la vía biliar.

b) Hemos visto anteriormente el concepto de bomba antral y su importancia. La alteración del marcapaso intestinal puede repercutir sobre la dinámica del intestino delgado. La liberación del duodeno puede hacer entrar en contracción los esfínteres duodenales, originando una éstasis en las primeras porciones del duodeno, como hemos apreciado en los estudios radiológicos postvagotomía troncular; esto produce retención antral.

c) La vagotomía troncular suprime la secreción cefálica del páncreas, sabemos lo importante que es ésta, para prevenir la úlcera gastroduodenal postoperatoria.

d) La denervación parcial del intestino delgado lleva a una atrofia de la mucosa, por disminución del flujo venoso de retorno (Ballinger) (1), fenómeno que no se produce en la vagotomía selectiva. Este hecho sugiere que la atrofia de la mucosa del intestino se deba a cambios en el flujo sanguíneo. La disminución del flujo comporta una hiposecreción glandular que, por ejemplo, en el duodeno se refleja en las glándulas de Bruner que segregan menos mocos, con descenso del pH del contenido intestinal. A nivel del delgado la atrofia de la mucosa no sólo disminuye la secreción intestinal sino la absorción, siendo ésta una de las causas de la diarrea intestinal no bacteriana que tienen estos pacientes. Esta diarrea de sobrevenir es rebelde.

e) La enterogastrona, según Griffith (5), es influida por la acción vagal segregándose menos en las vagotomías tronculares.

f) Otra hormona inhibida parece ser la secretina [Griffith (5)]. Conviene no alterar la secreción pancreática para que ésta se realice normalmente.

Por lo dicho preferimos la vagotomía selectiva sobre la vagotomía troncular.

RESULTADOS

La experiencia del autor es recogida a través de 10 años, donde se computaron 71 casos de úlcera de duodeno operados; en casi su totalidad pertenecen a la clientela mutual y particular, incluyendo 4 casos en el año 1960 de la clientela hospitalaria.

El resumen de nuestros casos se puede exponer de la siguiente manera:

Motivos de la intervención

Siete casos fueron intervenidos por hemorragia masiva, el resto fue cirugía de elección o casos en los cuales el episodio hemorrágico había pasado y la intervención fue diferida. En esta estadística no incluimos ningún caso de úlcera perforada. Los casos de estenosis que incluimos en esta serie, son aquellos en los cuales el estómago se presentaba normotónico o hipertónico, no incluimos los casos de estenosis pilórica con atonía gástrica, pues éstos los resolvemos con otros procedimientos. De este último tipo de pacientes hemos tenido dos casos, uno lo resolvimos con una piloroplastia y otro con gastroenteroanastomosis, sin vagotomía, los dos evolucionaron sin complicaciones.

En ningún paciente hemos realizado gastrostomía de degravitación.

Los 71 casos fueron solucionados de la siguiente manera:

Cuarenta y ocho por vagotomía y piloroplastia:

Piloroplastia tipo Finney	0
Piloroplastia tipo Judd	4
Piloroplastia tipo Heinecke Mickulicz	40
Piloroduodenoplastia (incluyendo el esfínter medio bulbar)	4

Seis vagotomías y gastroenteroanastomosis.

Todas las hicimos por duodeno difícil. Realizándolas en región prepilórica transmesocolónica, a asa corta y asa aferente a pequeña curva.

Diecisiete vagotomías y antrectomías.

Entendemos por antro: sobre pequeña curva; hasta la hoz de la coronaria, de allí, resecamos pequeña curva, incluyendo dos o tres centímetros de ambas caras gástricas hasta la incisura angularis; por gran curva, incluimos en la resección hasta los últimos vasos de la gastroepiploica derecha; y en duodeno hacemos la sección a uno o dos centímetros del píloro.

El restablecimiento del tránsito siempre lo hacemos por gastroduodenostomía término terminal.

La antroneurólisis en los casos de vagotomías selectivas la hicimos en 4 casos, siempre por la esqueletización de la pequeña curva del antro.

Vagotomías selectivas, 14 casos, hemos adoptado esta conducta en los últimos dos años de nuestra experiencia.

Pasivo del procedimiento

Basado en que el 100 % de los pacientes se siguen en el transcurso del primer año, el 75 % en el segundo año, para a los 10 años tener conocimiento sólo de un 25 % de los enfermos.

La vagotomía es difícil en los enfermos obesos, de ángulo xifoideo cerrado y de diámetro anteroposterior amplio. Siempre resecamos el apéndice xifoides. Ultimamente en los enfermos obesos, realizamos vagotomía selectiva, que aunque más laboriosa, presenta menos dificultades pues no disecciona el esófago abdominal.

Complicaciones intraoperatorias

Tiempo vagal:

Heridas de hígado	0
Heridas de bazo	0

Hemorragias periesofágicas, discretas. Pero no hacemos disección roma, sino disección aguda, previa ligadura de todo elemento vascular.

No tuvimos dificultades en individualización de los vagos.

Roturas de esófago	0
--------------------------	---

(No diseccionamos el esófago torácico y no realizamos tracción sobre el esófago, tratamos de realizar la vagotomía "in situ".)

De la piloroplastia

Las dificultades nacen del lado duodenal, nunca del lado gástrico.

Las hemos subsanado con movilización amplia del duodeno, para horizontalizar y superficializar la región piloroduodenal. El cierre de la piloroplastia lo hacemos biplano, uno de mucoso-mucoso, invaginante con sutura continua de gastergud crónico 0. y otro seromuscular evaginante a puntos separados de lino 70. Hemostasis complementaria siempre de todo vaso importante de la submucosa.

Hematomas de la línea de sutura	0
---------------------------------	---

De la antrectomía

Siempre la realizamos en duodenos fáciles. Nunca en difíciles.

Operación sencilla. No hemos tenido complicaciones.

Postoperatorias

Mortalidad 0

Inmediatas. Insuficiencia respiratoria: 1 caso, requirió respiración asistida por 24 horas.

Infecciones de las heridas	9
Bronconeumonía	0
Flebitis	1

Retención gástrica exagerada. Ningún caso. Aspiramos el estómago cada hora y comenzamos a realimentar al paciente al cuarto día, tratamos siempre de realimentarlo luego que se haya restablecido el tránsito.

Evisceraciones postoperatorias inmediatas .	0
Ileo	0
Hemorragia de origen gastroduodenal importante	0
Retención de orina	4
Dificultad en la micción urinaria	2

Hemos comprobado que la vagotomía crea dificultades en la función de la vejiga urinaria.

Adelgazamiento en la primera semana; en todos en forma manifiesta.

Complicaciones tardías

Recidiva de la úlcera comprobados	0
Recidiva de la úlcera sospechados	3

Un enfermo que fue intervenido de urgencia por hemorragia de úlcera gastroduodenal y se le realizó vagotomía selectiva y antrectomía, sangró nuevamente al año y requirió una gastrectomía, pero en la pieza se comprobó una gastroduodenitis hemorrágica.

Dos pacientes tuvieron melenas postoperatorias, entre 6 a 9 meses.

No se comprobó recidiva de úlcera, luego evolucionaron bien.

Dumping

1 caso

Enfermo con vagotomía y gastroenteroanastomosis, previamente había sido colecistostomizado, con tratamiento médico se yugularon sus parecimientos, pero nunca aumentó de peso.

Diarreas. Severa, un caso. Curado por psiquiatra. Moderada, dos casos, curada con tratamiento médico. Algunos pacientes realizan dos deposiciones líquidas en la mañana y el resto del día pasan bien. Con el tiempo se curaron 3 casos. Total: 6 casos (8 %).

Disfagia 0

Hernia hiatal; con sintomatología, 0; estudios radiológico postoperatorio no se realizó a todos, pero en la mayoría de los pacientes hemos realizado estudio de control entre los 3 y 6 meses y no hemos comprobado hernia hiatal.

Padecimientos de las vías biliares postintervención 0

Pero hemos realizado junto a la operación gástrica dos colecistomías y una colecistostomía.

Insuficiencia pancreática sintomológica o comprobada 0
 Flatulencia y distensión epigástrica 7 casos (9,8 %)

Persistencias de síntomas vagos supraumbilicales a veces en relación con las comidas sin configurar cuadros dolorosos ni dispépticos.

Cuatro casos, que inclusive hasta el momento actual requieren medicación diversa, pasando períodos de tiempo bien; estos pacientes no tienen síntomas radiológicos ni de laboratorio de sufrimientos digestivos.

Eventraciones 3 casos
 Queloides 1 caso
 Oclusión postoperatoria por Bridas .. 1 caso

Vómitos. Excluyendo el del Dumping (2 casos); uno que tiene vómitos biliosos esporádicamente en la mañana, y otro que se encuentra en tratamiento actualmente, pero en el cual se comprobó una colecistopatía.

Comparación entre piloroplastia y antrectomía

La comparación entre este grupo de enfermos es desigual ya que tenemos pocas antrectomías realizadas, encontrándose en el momento actual este tópico en estudio.

Parece ser que la diarrea, flatulencia, pirosis es francamente menor en los enfermos con antrectomía.

Los pacientes en los cuales se les realizó una vagotomía más antrectomía, consultan menos en el postoperatorio, y aparentemente evolucionan mejor. Creemos que de estar indicada esta operación a nuestro entender sería la ideal.

La vagotomía más operación de drenaje descinde la hiperclorhidria realmente por un período de 3 a 5 años. Luego tiende a normalizarse la secreción clorhidriapéptica, tal como hemos podido documentar en 3 casos nuestros. Actualmente estamos estudiando en nuestros pacientes este hecho.

CONCLUSIONES

El hecho fundamental que quiero expresar luego de la exposición de este trabajo, es que en el momento actual, la resección gástrica 75 % en el tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal no se justifica.

Sabemos la importancia que encierra esta aseveración, ya que estamos refiriéndonos a una intervención con una historia de más de medio siglo, perfectamente reglada, ampliamente difundida y aceptada en el ámbito quirúrgico.

La gastrectomía subtotal debe dejar paso a las vagotomías con antrectomías u operaciones de drenaje gástrico, en el tratamiento de esta afección. Dentro de estas intervenciones quirúrgicas, hay que elegir la que el paciente necesita, la que tenga menos mortalidad y morbilidad y la que lo ponga a cubierto de las recidivas. Tal vez no se ha llegado a este estado ideal de cosas. Si tuviera que inclinarme por una de la intervenciones más arriba ennumeradas, mi elección recaería: sobre la vagotomía selectiva con antrectomía y reconstitución del tránsito digestivo por gastroduodenostomía. De tener que realizar una vagotomía y operación de drenaje gástrico, haría una vagotomía selectiva, con antroneurólisis por esqueletización de la pequeña curva antral, con piloroplastia de Heinecke Mickulick. Pero comprendo que las otras variantes que hemos descrito, tienen su aplicación según las circunstancias.

Para terminar, deseo expresar que el tratamiento de la úlcera duodenal, es de incumbencia del gastroenterólogo, endocrinólogo y psiquiatra.

Día llegará que tengamos los medios para un correcto estudio de estos pacientes y que todos tengan las posibilidades de tratarse correctamente.

RESUMEN

1º) Se encara el tratamiento de la úlcera duodenal de acuerdo al estado actual de los conocimientos etiológicos sobre esta enfermedad.

2º) Basados en el estudio del paciente y del quimismo gástrico se elige el procedimiento quirúrgico a seguir. Teniendo como operación de elección, la vagotomía con antrectomía o una operación de drenaje gástrico.

3º) Se hace referencia a la importancia de un estudio correcto de estos pacientes y a la conducción de un buen tratamiento médico.

4º) Antrectomía. De sus indicaciones. Concepto de antro gástrico, antroneurólisis.

5º) De las operaciones de drenaje gástrico; elección entre piloroplastia y gastroenteroanastomosis. Duodeno difícil. Pilo-roduodenoplastia. Fundamentos de estas intervenciones.

6º) Vagotomía troncular y selectiva. Fundamentos de su elección. Bomba antral y antroneurólisis.

7º) Resultados de 71 casos operados por el autor.

BIBLIOGRAFIA

1. BALLINGER, W. F.; PADULA, R. T. and CAMISHION, R. C. "Mesenteric blood flow following total and selective vagotomy." "Surgery", 57: 409; 1965.
2. CHAPMAN, N. D.; NYHUS, M. LL.; DEVITO, R. D.; CONOON, E. R. and HARKINS, H. N.—Experimental evaluation of the concept of antrum exclusion for surgical treatment of duodenal ulcer. "Surgery", 51: 378; 1962.
3. CHAPMAN, N. D.; HARKINS, H. N. and NYHUS, M. LL. —The Antrum. "Arch. of Surg.", 81: 517; 1960.
4. DRAGSTEDT, L. R. Pathogenesis of gastroduodenal ulcer. "Arch. of Surg.", 44: 438; 1942.
5. GRIFFITH, C. A. and HARKINS, H. N. Selective gastric vagotomy. Physiologica basis and Technique. "Surg. Clin. North Am.", 42: 1431; 1962.
6. HARKINS, H. N. and NYHUS, M. LL. "Surgery of Stomach and Duodenum". Little Brown and Company. Boston, 1963.
7. HOLLANDER, F. and MAGE, S. Statical method for evaluating results the treatment for peptic ulcer. "Surg. Gynec. and Obst.", 76: 533; 1943.
8. HOLMES, W. T. An evaluation of celiac ganglionectomy in prevention of experimental peptic ulcer. "Annals of Surg.", 13 : 240; 1953.

9. JOHNSON, L. P.; SLOOP, R. D.; JESSEPH, E. J. and HARKINS, H. N.
Serotonin antagonist in experimental and clinical Dumping. "Ann Surg.", 156: 537; 1962.
10. MAÑANA, J. Técnica de vagotomía y piloroplastia. "Bol. Soc. Cir.", 3-4: 220; 1962.
11. MAÑANA, J.—"Las vagotomías infradiafragmáticas sus bases fisiopatológicas". 4 Tesis de Adscripción. Fac. de Med. Montevideo, 1962.
12. MAÑANA, J.—La vagotomía combinada a una operación de drenaje gástrico en el úlcus duodenal difícil. "XIII Congr. Urug. de Cir."
13. MAÑANA, J.—La vagotomía combinada a una operación de drenaje gástrico en el manejo del úlcus duodenal. "XXXIV Congr. Arg. de Cir.", t. II: 534; 1963.
14. MAÑANA, J. "Patología del estómago operado, úlcera duodenal, su tratamiento por la vagotomía y drenaje gástrico". Reunión conjunta de las Sociedades de Gastroenterología de Montevideo y Buenos Aires. Hospital de Clínicas, Montevideo, octubre de 1964.
15. MAÑANA, J.; GILARDONI, F. y GICHEFF, W.—El tratamiento del úlcus duodenal hemorrágico. "Soc. de Cir. del Urug.", 1967. (En prensa.)
16. NICOLOFF, D. M.; PETER, E. T.; STONE, H. N. and WANGENSTEEN, O. H.—Effect of catecholamines on gastric secretion and blood flow. "Ann. Surg.", 159: 32; 1964.
17. REY, A. M.—Estado actual del tratamiento de la úlcera duodenal. "XXXIV Cong. Arg. de Cir.", t. I: Buenos Aires, 1963.
18. SACURAI.—Citado por Harkins.
19. STATE, D.—Gastrointestinal Hormones in the production of peptic ulcer "J. A. M. A.", 17: 410; 1964.