

SEGUNDA SESION PLENARIA

RELATO OFICIAL

Jueves 11 de diciembre. Hora 9 y 30

TRATAMIENTO QUIRURGICO
DE LA ULCERA GASTRICA *

RELADORES:

Dres. JORGE BURJEL, ARNOLDO LISCHINSKY,
WASHINGTON LANTERNA e ITALO MULATTIERI

CONTRIBUCION:

Algunos aspectos del tratamiento de la úlcera gástrica. La gastroduodenostomía. Las resecciones segmentarias atípicas, principalmente la ulcerectomía, acompañadas o no de vagotomía y operación de drenaje. *Dres. Julio Mañana y Vladimir Guicheff.*

* El Relato fue publicado en el tomo I, pág. 173.

ALGUNOS ASPECTOS DEL TRATAMIENTO DE LA ULCERA GASTRICA *

La gastroduodenostomía.
Las resecciones segmentarias atípicas,
principalmente la ulcerectomía,
acompañadas o no de vagotomía y operación de drenaje

Dres. JULIO MAÑANA y VLADIMIR GUICHEFF

NOTA PREVIA

Los comunicantes quieren referirse a dos aspectos del tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica: 1º) a la reconstrucción del tránsito digestivo por gastroduodenostomía terminoterminal; y 2º) a las resecciones segmentarias atípicas, principalmente a la ulcerectomía, acompañada o no de vagotomía y operación de drenaje. El primer considerando es una adquisición muy vieja en el campo de la terapéutica quirúrgica del ulcus gástrico, retomada por nosotros en los últimos tiempos; el segundo es un recurso utilizable en ciertos casos especiales del ulcus gástrico.

LA GASTRODUODENOSTOMIA TERMINOTERMINAL

Se basa esta contribución en la observación de 32 casos de resecciones gástricas, donde se restableció la continuidad por gastroduodenostomía terminoterminal, realizadas en los últimos 5 años, seguidos postoperatoriamente a través de toda su evolución.

Fundamentos

Somos partidarios de manera manifiesta de esta técnica, ya que un procedimiento quirúrgico que encara el tratamiento de

* Trabajo de la Clínica del Prof. Piquinela.

una afección benigna, tiene que conservar en lo posible la anatomía y fisiología normal de las vísceras sobre las que actúa.

Es necesario insistir sobre conocidos conceptos de la fisiología de la vía digestiva alta:

1) Antro, píloro y duodeno, constituyen una unidad anatómico-funcional: la bomba antral, que actúa a manera de marcapasos en la motilidad intestinal. Una resección gástrica al eliminar el antro, debe conservar en lo posible el funcionamiento duodenal.

2) La continuidad gastroduodenal es fundamental para evitar la evacuación rápida del estómago, ya que al llegar el alimento al duodeno despierta un reflejo que retarda la evacuación gástrica, permitiendo una mejor digestión a este nivel.

3) El circuito gastroduodenal es importante para mantener una correcta secreción externa del páncreas. Función que impide la degeneración grasa al hígado, las úlceras pépticas postoperatorias y permite a su vez una buena digestión intestinal.

4) Si pretendemos tratar una úlcera gástrica, debemos tratar la hipersecreción clorhidropéptica del estómago. Y la gastroduodenostomía al permitir la llegada del quimo gástrico al duodeno, despierta con éste la secreción de enterogastrona que disminuye la secreción ácida del estómago.

5) El tránsito gastroduodenal protege el buen funcionamiento de las glándulas de Brunner, necesarias para neutralizar la acidez gástrica.

6) El funcionamiento correcto de la vía biliar, se realiza en gran parte por la llegada del quimo ácido al duodeno, que despierta la secreción de colecistoquinina.

Por lo expuesto, resulta que con este tipo de reconstrucción, el enfermo obtiene un doble beneficio:

1) El síndrome postgastrectomía se aprecia en menor porcentaje. Johnsons-Sloop, demostraron que el duodeno está preparado para recibir contenidos intestinales de alta osmolaridad y el yeyuno no. Un quimo de alta osmolaridad al llegar a las asas yeyunales, estimularía a las células cromafínicas liberando por esta causal sustancias serotoninicas. Dichas sustancias son segregadas por aumento de la presión intraluminal, hipermotilidad intestinal y acidez intraluminal, elementos que se dan en las gastroyeyunostomías. Estas sustancias producirían disminución de la secreción gástrica y pancreática, hipermotilidad intestinal con diarrea, vasodilatación periférica con alteración de la presión arterial y pulso (mareos y lipotimias). síntomas del síndrome postgastrectomía.

2) Se elimina el tiempo de cierre del muñón duodenal y las complicaciones que se pueden originar por esta causa.

Inconvenientes

1º) El duodeno difícil; elemento que no está presente en el *ulcus gástrico*.

2º) Reducción en la resección gástrica. Al encontrarnos alineados en la manera de pensar de que la hiperclorhidria no se combate por la cantidad de células parietales que el cirujano sustrae en una resección gástrica, comienza a perder valor este argumento. Además cuando uno se familiariza con esta técnica, la resección gástrica no se ve limitada aunque la úlcera esté ubicada por encima de la *incisura angularis*.

Dos maniobras que bien ejecutadas permiten realizar cómodamente este tipo de anastomosis son: a) la movilización amplia del duodeno, horizontalizándolo y superficializándolo y no tratar de ascenderlo para evitar el dislocamiento de la vía biliar; b) el realizar las gastrectomías tipo de gotiera, que nos permite realizar las anastomosis sin tracción y sin malposiciones de la vía biliar.

Resultados

De los 32 casos de este tipo de anastomosis, 17 son antrectomías por úlceras pilóricas o duodenales, 5 casos son por úlceras antrales y 10 casos son por úlceras situadas entre la *incisura angularis* y el *cardias*.

La resección siempre la hemos realizado tipo gotiera, confeccionando un tubo gástrico cuyo orificio de salida tenga el mismo diámetro que el del duodeno. Y la anastomosis la hacemos tipo bi-plano, con un plano con material reabsorbible crónico en aguja engastada, mucoso-mucoso continuo e invaginante. Y otro plano con material irreabsorbible fino, musculoseroso-musculoseroso, a puntos separados invaginantes. Correcta hemostasis entre ambos planos. No hemos tenido incidentes intraoperatorios. No hemos tenido accidentes postoperatorios. Creemos que la morbilidad de la sonda nasogástrica es más corta ya que el reflujo biliar con esta técnica es muy poco. No hemos tenido complicaciones orificiales de la boca anastomótica. No hemos tenido mortalidad. Y con esta técnica no hemos apreciado síndrome postgastrectomía manifiesto, salvo en dos casos que se quejan de trastornos dispépticos vagos. Tenemos la firme convicción de que los enfermos aumentan de peso más rápidamente con esta técnica y que la evolución postoperatoria es más satisfactoria comparada con el de la gastroyeyunostomía.

RESECCIONES SEGMENTARIAS ATÍPICAS

Principalmente la *ulcerectomía*, acompañada o no de *vagotomía* y operación de drenaje.

Nota previa

Cuando empleamos el término de gastrectomía parcial atípica, nos referimos a las intervenciones quirúrgicas que se realizan con la idea de reseca la zona productora de ácido clorhídrico haciendo abstracción de la ubicuidad de la úlcera; como las fundicectomías o las regastrectomías de la gran curva y el fundus.

Nos referimos a una manera especial de enfocar el tratamiento del úlcus gástrico según el paciente en el cual asienta y tratamos de realizar la operación que más le convenga al enfermo. En estas gastrectomías segmentarias atípicas se incluye la úlcera en la pieza de resección. En el úlcus prepilórico y antral realizamos: antrectomías más vagotomía y restablecemos la continuidad con una gastroduodenostomía. En casos seleccionados y en determinadas operaciones de emergencia realizamos ulcerectomía acompañada o no de vagotomía y operación de drenaje gástrico, electivamente piloroplastia.

¿Cuándo y en quiénes efectuamos este tipo de intervención? Especialmente en mujeres, ya que sabemos que toleran mal la gastrectomía, principalmente si son neuróticas y de edad avanzada o si han sangrado. En enfermos de sexo masculino añosos con taras orgánicas y si están sangrando. En la úlcera gástrica hemorrágica del cirrótico. En la úlcera subcardial. En pacientes con mal estado general que no toleran una resección gástrica típica. Es decir que el procedimiento se nutre de las indicaciones discutibles de la gastrectomía.

Nuestra experiencia se basa en 11 casos, 5 mujeres y 6 hombres, cuyas edades oscilan entre 54 a 88 años, el 75 % tenía más de 60 años. Todos tenían úlceras gástricas anatomopatológicamente demostradas. El 55 % habían presentado hemorragia masiva. Tenemos una muerte. Se trataba de un paciente de 70 años, con una úlcera hemorrágica de incisura angularis, anémico, crónico y sangrado a blanco. A este paciente se le realizó con anestesia local una ulcerectomía en silla de montar, yugulando en esta forma la hemorragia. Falleció al 10º día por evisceración y peritonitis. La ulcerectomía se efectuó como única operación en 7 pacientes, acompañada de piloroplastia en 1 paciente, con vagotomía troncular y piloroplastia en 2 pacientes, y de vagotomía selectiva y piloroplastia en 1 paciente. Los pacientes han evolucionado satisfactoriamente bien.

COMENTARIO

Debemos insistir en que esta operación la efectuamos en casos de excepción donde pesamos cuidadosamente los inconvenientes de la gastrectomía típica. En mujeres generalmente año-

sas y neuróticas. En ulcus subcardiales. En los ulcus con hemorragia masiva. En pacientes que son sometidos a esta operación de emergencia y que presentan taras orgánicas importantes, como arteriosclerosis de grado avanzado con repercusión en otros parénquimas, cirróticos, obesos, enfisematosos con insuficiencia respiratoria, en pacientes donde la anestesia general está contraindicada.

Generalmente hacemos este tipo de intervención cuando se suman varios de estos factores. De realizarla, lo ideal es siempre acompañarla de una vagotomía y piloroplastia. Pero ya vimos que en determinadas circunstancias dada la gravedad del paciente nos hemos conformado sólo con la resección atípica. La gastrectomía sigue conservando su indicación en la mayoría de los pacientes con ulcus gástrico. Pero debemos tener presente las cifras de mortalidad operatoria de esta intervención. Creemos que una conducta menor como la propuesta, contribuye a solucionar el problema del enfermo, sin que se exponga al mismo a un grave riesgo quirúrgico.

RESUMEN

1º) Se presentan 32 casos de resecciones gástricas por ulcus, donde la continuidad digestiva se restableció por gastro-duodenostomía.

2º) Se establecen los principales fundamentos de esta intervención, así como sus inconvenientes.

3º) Se hace ligera referencia a la técnica quirúrgica.

4º) Se presentan los resultados.

5º) Se hacen consideraciones de lo que entendemos por resecciones gástricas atípicas y ulcerectomías.

6º) Se analiza en qué tipo de enfermos se efectúa esta intervención.

7º) Se presentan 11 casos y se analizan sumariamente.

8º) Se hace un comentario para situar este tipo de intervención en el arsenal terapéutico del ulcus gástrico.

BIBLIOGRAFIA

1. HARKINS, H. N. and NYHUS, M. II.—“Surgery of the stomach and duodenum”. Little Brown. Boston, 1963.
2. JOHNSON, LI. P.; SLOOP, R. D.; JESSEPH, E. J. and HARKINS, H. N.—“Serotonin antagonist in experimental and clinical Dumping”. “Ann. Surg.”, 156: 537; 1962.
3. MAÑANA, J. y GUICHEFF, V.—“La ulcerectomía en el tratamiento del ulcus gástrico”. Soc. Cir. Urug., 13-IX-67.