

TERCERA SESION PLENARIA

MESA REDONDA

Jueves 11 de diciembre. Hora 15

TEMA:

**ESTADO ACTUAL
DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO
DE LA ULCERA DUODENAL ***

COORDINADOR:

Dr. JOSE A. PIQUINELA

PONENTES:

La gastrectomía en el tratamiento de la úlcera duodenal.
Dres. Javier Mendivil Herrera, Washington Liard, Oscar Balboa y Pablo Matteucci.

Vagotomía y operación de drenaje gástrico. Análisis estadístico. Resultados inmediatos y alejados. *Dres. José Luis Filgueira y Juan C. Castiglioni Barriere.*

DISCUSION

* Las otras presentaciones a esta Mesa Redonda han sido publicadas en el tomo I, pág. 5.

LA GASTRECTOMIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ULCERA DUODENAL *

Dres. JAVIER MENDIVIL HERRERA, WASHINGTON LIARD,
OSCAR BALBOA y PABLO MATTEUCCI

A) RESULTADOS ALEJADOS

Al entrar al análisis de los resultados alejados, haremos algunas puntualizaciones que están en relación a lo expresado en el capítulo V, pág. 93 del tomo I.

De los 63 pacientes que inicialmente constituían nuestra estadística, seis (6) fallecieron en el postoperatorio inmediato, siendo analizadas y tabuladas sus causas más arriba en el capítulo respectivo.

Posteriormente, se registran dos (2) fallecimientos más:

- a) *Historia N° 250.341.* Paciente etilista y antiguo bacilar, de 37 años, con frondosos antecedentes de perforación y hemorragias, con ocho años de evolución de su afección, que muere en caquexia en el curso de una psicosis grave que obliga a su internación en Sanatorio Psiquiátrico.
- b) *Historia N° 255.321.* Paciente de 63 años, intervenido luego de tres años de evolución de su afección, fallece a consecuencia de una supuración pulmonar; los datos recabados no permiten establecer ninguna relación directa entre la causa de su deceso y la gastrectomía practicada un año antes de su muerte.

De los cincuenta y cinco (55) pacientes para analizar los resultados, fueron citados cuarenta y tres (43); en los doce restantes se tropezó con los inconvenientes de cambio de domicilio, viajes al exterior, etc., en definitiva, la imposibilidad, por cualquier medio, de obtener información sobre su evolución.

De estos 43 pacientes, se encuestaron veintiocho (28) o sea el 50,7 % del total de los que sobreviven.

* Continuación del tomo I, págs. 71 a 108.

Previamente señalamos la metodología propuesta para el análisis de la casuística (tomo I, pág. 73), pero lamentablemente nuestro ambicioso plan de control, por medio de estudios complementarios más arriba mencionados, no pudo llevarse a cabo más que en un limitado número de pacientes, teniendo del resto sólo datos parciales.

En el análisis de los resultados damos gran valor al interrogatorio minucioso de sus sufrimientos, si los hay, y a un correcto examen clínico, teniendo en cuenta la discordancia que puede haber entre estas manifestaciones subjetivas, los datos del examen frente a los elementos aportados por el laboratorio y, aun mismo, por la radiología.

El objetivo y métodos de esta encuesta están definidos en la pág. 74, tomo I; para finalizar, queremos destacar la evidencia de que el tiempo transcurrido desde la intervención hasta su control, tiene fundamental importancia para valorar sus resultados, ya que no son comparables un "follow up" de seis años, con otro de pocos meses.

Habida cuenta de estas limitaciones, hacemos un estudio en detalle, en la medida de lo posible, de nuestros resultados.

En términos generales, nos guiaremos como criterio de clasificación, para la "evaluación de los resultados alejados postoperatorios".

a) *Síntomas digestivos*

Un número importante (relativo) de pacientes estaban libres de manifestaciones digestivas, en total 18 pacientes. Aquellos que presentaban las mismas fueron divididos en dos grupos para su mejor estadificación:

1) *Con síntomas menores*: aquellos que aparecen en forma fugaz y transitoria, pero que, en concreto, no son invalidantes para el individuo; en general, han desaparecido con ajustes dietéticos y/o ayuda medicamentosa.

2) *Con síntomas mayores*: aquellos que se han manifestado en forma persistente, por síntomas digestivos, traducidos o no, por síntomas generales que pueden provocar cierto grado de invalidez.

b) *Datos del estudio Rx. del muñón y neoboca*

De los quince (15) pacientes operados en que se realizó, doce (12) fueron normales. En los tres pacientes restantes se comprobó:

- 1) Paciente con ardores epigástricos; clínica y radiológicamente signos de yeyunitis, que cedieron con el ajuste de su régimen dietético y medicamentoso.

- 2) *Pac. Hist. N° 5.242*, con tres años de postoperatorio; Rx.: trastornos de evacuación del asa eferente; no ha llevado régimen dietético indicado; actualmente con ajuste del mismo y medicación se encuentra bien clínicamente y Rx. seriada muestra evidente mejoría.
- 3) *Pac. Hist. N° 213.577*, con cuatro años de postoperatorio; clínicamente: síntomas y signos de úlcus péptico postoperatorio; radiológicamente, yeyunitis con evacuación acelerada y sospecha de nicho ulceroso. No se confirmó en sucesivos estudios radiológicos; padece de muchos años atrás de asma, sometido a intenso tratamiento con esteroides; previo a su intervención tuvo siete internaciones por episodios de hemorragias, desembocando al final en un síndrome de estenosis pilórica, que obligó a su intervención.

c) *Quimismo del muñón gástrico residual*

Habida cuenta que una de las finalidades de la gastrectomía en la úlcera duodenal es obtener un muñón gástrico aquílico, es bien conocido el hecho de que, con el paso del tiempo, aumenta la tasa clorhídrica del mismo, en proporciones variables. No analizaremos las razones de esta modificación fisiopatológica postoperatoria; concurren a ella muchos factores, entre los cuales la técnica empleada, la magnitud de la resección, están en causa en relación directa a la intervención.

En nuestra estadística en un solo caso (*Hist. N° 115.113*) se comprobó hiperclorhidria del muñón residual, junto a otros síntomas digestivos y generales; es controlado estrictamente, no habiendo ningún factor que configure la posibilidad de una reintervención.

d) *Control ponderal*

Contra lo que habitualmente se sostiene, comprobamos que catorce (14) de veinticuatro (24) pacientes encuestados, presentaron aumento de peso que oscilaba entre 12 y 13 kgr. Los que adelgazaron oscilaron entre el cuadro de caquexia, en un psicópata, relatado más arriba, y un obeso, previamente al acto operatorio, actualmente libre de síntomas y con peso normal.

En general el adelgazamiento se intrinca con otros síntomas de la esfera digestiva o general, humoral o recurrencia de síntomas, etc.

e) *Control hematológico*

En ninguno de los pacientes encuestados, aun del sexo femenino, se comprobó anemia significativa con traducción clínica; una anemia moderada sólo en ocho (8) pacientes.

f) Régimen dietético

De veinticinco (25) pacientes interrogados desde este punto de vista, tienen régimen libre en 17 casos; en ocho (8) restantes deben mantener régimen dietético adecuado, el que, por otra parte, no les implica una invalidación, salvo en dos casos mencionados más arriba, en donde los resultados operatorios fueron sumados a otros factores, entre regular y malo.

B) EVALUACION DE LOS RESULTADOS ALEJADOS POSTOPERATORIOS

Muchas pautas o formas de clasificación, se han planteado en la bibliografía universal, a efectos de valorar los resultados de la gastrectomía subtotal en el tratamiento y/o curación de la úlcera duodenal; son todos discutibles o mejorables, adaptados a épocas, números, calidad e igualdad de situaciones y formas de resolverlas, etc.; quizá las directivas dadas por F. D. Moore sean las más completas, adaptables a estadísticas de series de cientos o miles; no es nuestra situación.

Seguimos un *criterio de clasificación* en base a cuatro parámetros para nosotros fundamentales, que surgen fácilmente de la lectura del cuadro que se resume a continuación:

1) Resultados muy buenos o excelentes:

- a) Paciente libre de síntomas ulcerosos o recidiva de los mismos.
- b) Id. libre de síntomas digestivos o generales.
- c) Id. con estudios radiológicos y humorales normales.
- d) Id. con correcta adaptación social y laboral.

2) Resultados buenos:

- a) Id. igual al anterior.
- b) Id. con síntomas digestivos o generales menores.
- c) Id. con estudio radiológico normal y humoral con signos menores.
- d) Id. igual al anterior.

3) Resultados regulares:

- a) Id. igual a los dos anteriores.
- b) Id. con síntomas digestivos y/o generales mayores.
- c) Id. sin signos radiológicos directos de úlcera duodenal, pero sí otros; signos humorales variables.
- d) Id. con relativa adaptación social y/o laboral.

4) *Resultados malos:*

- a) Id. síntomas y signos clínicos de recidiva ulcerosa.
- d) Id. obviamente signos digestivos y generales presentes.
- c) Id. radiológicamente signos directos de recidiva ulcerosa o indirectos equivalentes; repercusión humoral y metabólica evidente.
- d) Id. inadaptado social y/o laboralmente, con cambios de vida y de trabajo.

Nuestros resultados, de acuerdo a estos conceptos, se detallan en el siguiente cuadro, de un número relativo de encuestados:

RESULTADOS ALEJADOS

Analizados por edades

	Pacientes
Muy buenos	10
3ª década	2
4ª década	2
5ª década	4
6ª década	2
Buenos	13
3ª década	3
4ª década	2
5ª década	6
6ª década	1
7ª década	1
Total	23
Regulares	3
2ª década	1
3ª década	1
4ª década	1
Malos	1
3ª década	1

Es dable destacar el hecho que entre los resultados buenos (24 pac.) a título informativo y sin otra discriminación, de ese número, 14 pac. están cursando o están aún por arriba de la quinta (5^a) década de vida; por el contrario, entre los resultados regulares o malos, priman los jóvenes.

C) CONCLUSIONES

Las conclusiones que surgen de nuestra contribución a esta Mesa Redonda sobre "La gastrectomía en el tratamiento de la úlcera duodenal", pueden llevarnos a múltiples disquisiciones, las que, por razones obvias, no tienen cabida en esta síntesis.

Pero a modo de conclusión, resumiremos lo que creemos más importante:

1) Reconocemos que la serie de pacientes estudiados, que forman el núcleo de esta comunicación, es relativamente exigua; que el tiempo de evolución de sus postoperatorios, es también relativamente corto, comprendidos entre meses y seis (6) años de evolución; se necesitarían por lo menos períodos de 10 años para extraer conclusiones estrictas y con rigor estadístico; que aun los estudiados no lo fueron a veces con la profundidad debida por factores ajenos a los autores.

2) Que esta serie pudo haber sido mucho más numerosa, si se le hubieran agregado observaciones personales de intervenciones realizadas en otros ambientes, o aun de otros Servicios de este Hospital de Clínicas. Pero esto hubiera hecho perder la cohesión, que sobre una base doctrinaria, directivas tácticas y una uniforme orientación técnica, tiene la serie que presentamos, hecho que juzgamos de real importancia; lo que no ofrecemos en cantidad, lo hacemos con unidad de criterio y posición definida frente al problema.

3) La gastrectomía subtotal en el tratamiento de la úlcera duodenal ha hecho la prueba del tiempo a través de tres cuartos de siglo de aplicación, conservando hoy su auténtica vigencia, frente a otras soluciones quirúrgicas que se plantean actualmente, tema de esta Mesa Redonda, y, es gracias a esta misma madurez, que con buenos y/o malos resultados, según los ambientes, haya sido el punto de partida de donde han surgido estas otras, más o menos nuevas soluciones quirúrgicas.

No oponemos procedimientos operatorios ni técnicas quirúrgicas distintas; creemos que, por el contrario, se complementan.

Ningún procedimiento quirúrgico para la úlcera duodenal tiene una eficacia curativa de un 100 %, ni están exentos de morbimortalidad apreciable. Si surgiera el procedimiento ideal, no dudaríamos en cambiar nuestra posición frente a esta afección.

4) Su objetivo es privar o disminuir en lo posible al muñón residual de su poder clorhidropéptico, por medio de una amplia resección, hecha fuera de empuje ulceroso, salvo complicación que obligue a actuar de urgencia. Preferimos la técnica de Hoffmeister-Finsterer, con algunas variantes, como ha sido descrito más arriba (tomo I, pág. 87-93), reconociendo la validez de otras técnicas, siempre que se cumpla el postulado fisiopatológico antedicho.

5) Reconocemos a la gastrectomía como una “intervención mayor”. El conocimiento de sus bases fisiopatológicas es de fundamental importancia, pero también requiere sin duda alguna, un gran entrenamiento quirúrgico para solucionar los problemas técnicos que puedan presentarse en distintas situaciones operatorias, lo que implica un intensivo ejercicio práctico.

La superación técnica (haciendo abstracción de otros factores) mejora los resultados operatorios, aumenta la eficacia curativa y disminuye los trastornos postoperatorios precoces o alejados.

6) Si bien esta capacitación técnica juega papel primordial, una vez superada ésta, es fundamental la *táctica*, con su indicación precisa en la selección del caso, fijar su oportunidad operatoria, la corrección médica de déficits preexistentes (salvo complicaciones de riesgo mortal que imponen emergencia), la instancia que tiene indiscutible importancia para el buen resultado de esta intervención.

7) Consideramos que la úlcera duodenal es una afección de indudable tratamiento médico; hemos precisado las indicaciones y contraindicaciones del tratamiento quirúrgico, pero también conceptuamos que la solución quirúrgica de muchos portadores de úlcera duodenal, debía haber sido tomada tiempo antes, sin esperar la temida complicación, que obliga a actuar de urgencia, con la correspondiente mayor tasa de morbimortalidad postoperatoria.

El tipo evolutivo de la misma, con múltiples recurrencias y complicaciones superadas con tratamiento médico, demuestra de por sí, la ineficacia del mismo (inoperante o mal realizado, que en definitiva es lo mismo), configurando la variedad clínica “progresiva o virulenta” (F. D. Moore) de la enfermedad ulce-

rosa duodenal; dicho en otra forma, actuar quirúrgicamente en aquellos casos, antes de que se hayan acumulado cantidad suficiente de fracasos terapéuticos médicos, como para justificar el término de "intratable".

8) La morbimortalidad postoperatoria, es de importancia como para tomarla en cuenta a los efectos de los resultados globales, aunque no se aparta mucho de los resultados de otros centros quirúrgicos extranjeros.

Creemos que en esta estadística influyen, entre otros, tres hechos:

a) Del número total de operados (63 pac.), 45 tienen edades por encima de la 4ª década de vida; los 18 restantes entre la 2ª y 3ª década, recordando la importancia de una intervención mayor, como tal, por encima de la edad media vital.

b) De ese número total, un 27 % corresponden a intervenciones de urgencia, habiendo demostrado como este hecho grava los índices de morbimortalidad operatoria. El resto, 73 %, corresponden a intervenciones planificadas.

c) Sin embargo, paradójicamente, los mejores resultados se obtienen en aquellos pacientes comprendidos entre la 5ª y 7ª década de vida, y, por el contrario, los pobres o malos resultados se dan en pacientes jóvenes. Por supuesto, esto es a simple título informativo, ya que sería necesario considerar otros factores para darle a este hecho real valor estadístico.

d) Que esta serie surge de la actuación en un Hospital Universitario, donde no hay selección previa de pacientes para dirigirlos a los distintos Servicios Quirúrgicos, salvo factores derivados de su propia organización interna.

9) A pesar de nuestros resultados, buenos o regulares, pensamos que la intervención quirúrgica no es el último gesto terapéutico, ya que debe ser complementada con régimen dietético racional, a veces también medicamentoso, así como de orientación laboral y de vida, para darle al procedimiento toda su eficacia curativa hasta el resto de sus días.

10) Hemos expuesto sinceramente nuestros resultados; permanen sin duda alguna, los buenos y muy buenos; en los casos que han sido pobres no excluimos, además de factores dependientes del mismo o de su tipo evolutivo, el hecho de una indicación a destiempo, errores técnicos o la suma de otros factores que incidieron, en definitiva, en este tipo de resultados.