

ESTADO ACTUAL DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ULCERA DUODENAL

Discusión

Dr. PIQUINELA.— Dr. Cottini, ¿qué consideraciones hace usted?

Dr. COTTINI.— La selección de los pacientes para ser sometidos a una vaguectomía requiere para mí unas consideraciones previas.

Estamos reunidos para evaluar el estado actual del tratamiento de la úlcera duodenal y a pesar de todos los progresos registrados hasta el presente, debemos reconocer que aún se ignora la etiopatogenia de la misma en muchos aspectos. Por lo tanto estimo que debemos ser muy prudentes antes de sentar conclusiones y que no debemos enfrentar dos tácticas quirúrgicas, pues cada una tiene sus indicaciones precisas. Tampoco podemos analizarlas sin ponerlas en un pie de igualdad, lo que sabemos cuál difícil es realizar. Considero que en la úlcera duodenal la operación se debe adecuar a las características de la enfermedad y a cada enfermo en particular.

Haré mención de una feliz frase que escuchara hace poco tiempo aquí, estimado amigo Dr. Morel: “en materia de operación en la úlcera duodenal, conviene que ella sea de medida y no de confección”. A lo que agregó: “que es imprescindible que quien tome las medidas y confeccione el traje, u operación, sea capaz y realice las cosas correctamente, pues de lo contrario el resultado será malo, pero no por el procedimiento en sí”.

Sabemos bien que las medidas o parámetros que investigamos para estudiar los niveles secretorios de un ulceroso, desgraciadamente no son todo lo exacto que deseamos y que no nos aseguran la realidad ni la esencia del problema del ulceroso. Es por lo tanto el tema que debatimos hoy, uno de los tantos que se hallan en evolución; prueba de ello es que sea motivo de relatos en Mesas Redondas y en Congresos con intervalo de dos años.

Reitero que la resección gástrica y la vaguectomía tienen sus indicaciones precisas y oportunas y que de ningún modo se excluyen.

La enseñanza que proporciona la experiencia adquirida y el análisis de los resultados obtenidos a través de varias décadas, son una guía inestimable para la decisión del cirujano. En lo que a mí respecta, educado en la escuela de Julio Diez, eminentemente reseccionista, el aval de una fabulosa cantidad de gastrectomía con buenos resultados hace muy difícil variar de orientación. No obstante, hacemos vaguectomías, pero en las indicaciones que corresponde.

La comparación entre gastrectomía y vaguectomía es difícil de establecer cuando se tabulan estadísticas de varias décadas atrás y en las que los parámetros eran muy distintos de los que se emplean en la actualidad.

La vaguectomía de Dragstedt, tan combatida, luego de un breve periodo de auge, se ha ubicado en el lugar que le corresponde, pero está muy lejos de excluir a la resección gástrica que desde hace más de 50 años ha resuelto el problema de la úlcera duodenal en forma definitiva y satisfactoria.

Para seleccionar los enfermos, y con ello respondo a la pregunta del señor Coordinador, recurrimos al estudio de los niveles secretorios, clinicorradiológicos y funcionales, que han sido expuestos con toda claridad en el curso de la Mesa Redonda. No desestimamos el estudio psicológico además del somático, y en los ancianos, con taras orgánicas, desnutridos, con imposibilidad de mantener la curva ponderal, en aquellos que tienen dificultades para poder seguir un régimen adecuado luego de una gastrectomía, o que por sus tareas constituyan un impedimento, consideramos a la vaguectomía como de indicación necesaria.

Por último, insisto que para comparar los resultados de ambas operaciones, gastrectomía o vaguectomía, tenemos que uniformar los métodos de estudio en el pre y en el postoperatorio; enfrentarnos es contraproducente. Cada vez que las opiniones se han dividido entre la elección de dos tácticas quirúrgicas, se ha establecido el "versus", tan perjudicial para el progreso de la cirugía y muchas veces para el enfermo, destinatario final de todas nuestras discusiones.

Dr. PIQUINELA.—Dr. Morel. ¿qué opinión le merece la vaguectomía?

Dr. MOREL.—Es evidente que en los últimos años se ha ido esclareciendo el problema relativo a las indicaciones y valor de las intervenciones quirúrgicas disponibles para solucionar el problema del úlcus duodenal.

En un principio mucho tiempo y esfuerzo se dedicaron a tratar de establecer cuál de ellas era la mejor. Así recuerdo que ya en 1952 la Asociación Gastroenterológica Americana realizó una amplia encuesta para comparar los resultados de la gastrectomía y de la vagotomía con avenamiento. En ella se comprobó que ambas operaciones proporcionaban cifras comparables de éxito, implicando la gastrectomía mayor morbimortalidad operatoria, mientras que la vagotomía originaba un número mayor de recidivas.

Pareciera, pues, ahora bien clara la necesidad de tratar de establecer bases objetivas y cuantitativas que permitan determinar en cada enfermo cuál es el procedimiento que pueda ofrecerle mejores perspectivas de curación con mínimo riesgo. Tal concepto nos ha llevado a decir, como gentilmente ha recordado el Dr. Cottini, que esta cirugía debe tratar de ser de medida y no de confección.

La importancia de establecer concretos criterios selectivos es también grande en el sentido de que sólo en esa forma se podría comparar experiencias y resultados de modo de llegar así a conclusiones valederas.

Luego se expusieron los criterios a los que nos hemos estado ajustando: de acuerdo a las condiciones generales, locales y de secreción gástrica.

PREGUNTA.— Llega una hemorragia masiva por úlcera de duodeno; ¿qué hace el Dr. Mendivil?

Dr. MENDIVIL.— Bueno, lo que hacemos nosotros se desprende un poco de la directiva doctrinaria que acabo de dar. Frente a la hemorragia masiva, por supuesto, podemos encontrar distintas situaciones; ya han sido calificadas universalmente; no tengo necesidad de volverlas a definir, todos nos atemos a la calificación de Dorton, frente a una hemorragia masiva de grado 3 por ejemplo o grado 4, es decir, aquellas que están en inminencia de shock o en shock habitualmente, la reposición masiva, total y completa tiene que ser hecha. Lo importante es seleccionar la oportunidad operatoria, las directivas técnicas y tácticas sabiendo que nuestro equipo es un equipo gastrectomizador aun mismo en esas situaciones hacemos la gastrectomía una vez obtenido los niveles del punto de vista vital que el paciente requiere. Las distintas situaciones no las puedo tipificar en este momento, pero nosotros hasta ahora hemos podido resolver las hemorragias digestivas de las cuales tenemos de 17 urgencias, 16 con hemorragias digestivas y la 17ª una perforación por medio de la gastrectomía a pesar de que en esos casos el índice de mortalidad evidentemente ha aumentado.

PREGUNTA.— ¿Qué hace el Dr. Mañana?

Dr. MAÑANA.— Yo presenté la estadística de 7 casos de hemorragias masivas tratadas con el procedimiento de vagotomía. Primero que nada, antes de la vagotomía hacemos hemostasis directa del ulcus, usando, siguiendo en parte publicaciones anteriores, músculo, y hacemos una mioplastia del cráter ulceroso con la hemostasis directa del ulcus; hacemos una piloroplastia y completamos con vagotomía; en 7 casos presentados en esta estadística, no hemos tenido ningún fallecimiento, pero tenemos 3 casos más que son un poco distintos, porque no se completó el tratamiento total, y se hicieron procedimientos menores. En un enfermo muy grave que se le hizo una piloroplastia y una hemostasia directa con músculo y se le cerró con una piloroplastia y sin vagotomía, evolucionó bien hasta el momento actual; en otro enfermo que se le hizo una hemostasia directa con un punto en sobre la gastroduodenal y piloroplastia evolucionó bien y en otro enfermo más complicado, que había sido nefrectomizado por cáncer de riñón que se evisceró, que hizo una taquiarritmia y le dieron un bloqueador y tenía antecedente de ulcus duodenal; al bloqueador atribuyeron los médicos internistas la causa del sangrado; intervenido, en coma, con hemorragia, eviscerado, se trataba de un canceroso, nosotros lo intervenimos para ofrecerle una chance. Ese enfermo que no sangraba por la úlcera duodenal, sangraba por una gastritis hemorrágica; en ese mismo paciente le hicimos la esqueletización del antro y una mioplastia del cráter ulceroso y no sangró más; pero falleció al tercer día sin haber salido del coma operatorio.

Dr. PRADINES.— Tiempo atrás presentamos 15 casos que habíamos reunido de hemorragias masivas y en los mismos enfermos habíamos realizado también vaguectomía, piloroplastia, sutura, cierre del vaso sangrante. Esa estadística inicial de 15 enfermos eran realmente graves; tuvimos un solo muerto; en ese sentido los resultados fueron bastante satisfactorios. Seguimos practicando el método, sin embargo no tengo las cifras precisas por eso no les quiero dar, sé que tuvimos 2 ó 3 muertos más en un número que debe haber llegado al momento actual alrededor de 30 a 35 enfermos operados en esa situación aguda y siempre enfermos con hemorragias masivas.

PREGUNTA.— **Dr. Gilardoni,** usted que defendió la hemostasis, ¿considera que hay problemas en esto?

Dr. GILARDONI.— Yo creo que a veces pueden existir problemas en los casos aquellos en que uno practica, naturalmente por error técnico. un abordaje pequeño, una antropiloroduodenotomía, de poca longitud, cuando se encuentra por ejemplo una úlcera alejada de la incisión. Lo mismo no es sencillo y nosotros lo decimos en el trabajo hacer hemostasia directa de úlceras pequeñas escondidas en el borde superior o en el borde inferior y también hemos encontrado dificultades en la hemostasia directa cuando no se hace un decolamiento duodenopancreático. El decolamiento duodenopancreático, la ventaja que tiene (tampoco es sencillo de realizar, en muchos pacientes, en caso de duodeno difícil y con gran esclerosis) es que permite introducir un dedo por detrás de la propia lesión, anteriorizar la lesión al mismo tiempo librarse de los ayudantes uno mismo expone la lesión y tiene incluso una idea clara de a qué profundidad de los puntos hemostáticos —nosotros creemos que son capitales— del lecho ulceroso y no la hemostasia del reborde ulceroso, da una idea clarísima en ese sentido y nosotros lo hemos observado en algunos enfermos teniendo dificultades en otros.

Dr. COTTINI.— El índice que voy a presentar sobre úlcera duodenal hemorrágica es conjunta con un Jefe de Clínica, el **Dr. Siano Quiroga,** y comprende la experiencia que hemos acumulado en la práctica de la cirugía de urgencia cuando actuábamos en el Hospital Alvear. Nosotros tuvimos 72 hemorragias agudas por úlceras gastroduodenales, vamos a referirnos solamente a la duodenal en 34 oportunidades tuvimos que tratar hemorragias agudas, 31 masculinas y 6 del sexo femenino y las edades límites 24 y 69 años. La localización de la úlcera duodenal hemorrágica siempre fue a predominio posterior, 27 que son las más graves, en la cara posterior y 5 en la cara anterior. La evolutividad de la úlcera duodenal hemorrágica, al que operamos más precozmente llevaba 6 horas, y la otra más tardía 15 días por las preparaciones que tuvimos que efectuar hasta hacer una refrigeración, etc. La gravedad hemorrágica, como dijo hace un instante un colega, hemos tenido que intervenir en grado 3 y grado 2, 14, vale decir sobre 27, el 30 % eran hemorragias masivas.

Referente a lo que acaba de expresar el Dr. Gilardoni, acompañamos a él de la maniobra de la liberación del duodeno, efectuando el decolamiento duodenopancreático que es una maniobra imprescindible para tratar la úlcera duodenal hemorrágica. Sólo así el Dr. Siano casualmente, pudo solucionar un problema en una obesa de 108 kilos de peso con un cuadro de anemia aguda, de cuadro masivo en que no se halló nada en la gastrotomía y en que duodenotomía como debe ser ampliamente sin temor, sin timidez, ampliamente abierto el duodeno se encontró una lesión tan extremadamente rara que está descrita en la estadística mundial como 0,04 %, de los casos de hemorragia masiva y que si no hubiera sido explorada en esta oportunidad hubiera terminado con la paciente. Se trataba de un aneurisma de la arteria gastroduodenal, una cosa completamente excepcional y que solamente se puede hacer como dijo el Dr. Gilardoni, si se hace una amplia movilización y una amplia duodenotomía que son condiciones indispensables para tratar la úlcera duodenal hemorrágica.

Dr. MOREL.— Desde hace varios años hemos hecho referencia al empleo de una operación exploratoria de la zona que sangra, hemostasia del lecho ulceroso, piloroplastia y luego vagotomía. Para que ustedes tengan una idea, se presenta esta estadística de una experiencia conjunta que se realizó en una Mesa Redonda que tuvo lugar en las Jornadas de Cirujanos del año pasado en Mar del Plata. Ustedes pueden ver que de 73 casos reunidos por varios componentes de la Mesa, los resultados obtenidos con esa política habían sido muy satisfactorios y que la mortalidad había llegado a 4,1 %, 2 casos. Eso, a mi modo de ver, puede compararse muy positivamente y causativamente con la experiencia que ha mostrado hoy el Dr. Mendivil en el sentido de que una tasa de mortalidad por resección "en trance" en enfermos ulcerosos sangrantes, tiene no en manos del grupo del Dr. Mendivil sino en manos de muchos grupos del mundo una mortalidad que llega al 20 %. De tal manera que en ese sentido uno está muy convencido y cada vez más, que las operaciones de hemostasia directa, acompañada de vagotomía constituyen un notable adelanto en el tratamiento de este tipo de problemas que naturalmente son gravísimos en muchos casos. En este sentido en cuanto a la táctica, y acompañando lo que ha dicho el Dr. Gilardoni, nosotros somos también partidarios de efectuar exploraciones amplias y la duodenostomía todo lo amplia que sea necesario; eso nos ha permitido en dos enfermos efectuar la hemostasia en úlcera postbulbares en uno de ellos era yuxtabacteriana, de tal manera que si uno se limita equivocadamente a hacer una gastroduodenotomía demasiado económica corre el riesgo o de no ver la úlcera o de no poder hacer la hemostasia. Hay que tener en ese sentido bien presente, de que si bien es cierto que la piloroplastia constituye el acompañamiento aparentemente obligatorio, en ese tipo de intervenciones, en definitiva si uno lo piensa un poco no tiene por fuerza que ser así, si uno en caso de este tipo se ve obligado a hacer una una incisión longitudinal sumamente amplia que tome el antro, píloro, la primera porción de duodeno y hasta parte de la segunda, no hay ninguna razón, y entendemos nosotros y así lo hemos hecho en esos dos casos.

de cerrar la incisión longitudinal, y generalmente completar como procedimiento de avenamiento la vagotomía con una gastroentero. Al fin y al cabo lo que uno busca es resolver el avenamiento por la vagotomía y no porque no sea lógico cerrar longitudinalmente la herida, de tal manera que en ese sentido cualquier corteada en la exploración puede ser indudablemente letal para el enfermo. Y la última palabra para algo que también ha señalado el Dr. Gilardoni, que me parece importante citar de paso, fue la parte de los problemas que ellos han tenido, en la parte de su mortalidad. Han tenido lógicamente lugar en enfermos que fueron operados tardíamente, creo que ese es un punto que merece nuevamente insistir, por más que se viene insistiendo desde hace décadas, no es posible que se siga tratando médicamente una hemorragia digestiva luego de que los elementos clínicos y la evolución del enfermo van dando pruebas de que no va a ceder definitivamente con el tratamiento médico. En ese sentido, desde alrededor de 2 años, nosotros hemos empleado, ya lo hemos comunicado también en el Congreso de Cirujanos, un derivado de vasopresina que es la penivanalinoshecinavasopresina, que se llama habitualmente Utrapresina, tiene naturalmente su campo de aplicación en las hemorragias digestivas por hipertensión portal, ya que tiene una acción fundamental en inhibir el flujo de la mesentérica, de todas maneras ampliando sus indicaciones nosotros la hemos usado en una serie de alrededor de 20 casos, ya en hemorragias digestivas no debidas a hipertensión portal y le atribuimos el siguiente valor; la realizamos dos veces como seguramente todos ustedes conocen, se hace una inyección de 20 unidades durante 20 minutos y puede repetirse luego de 4 horas y si a la segunda administración de la Utrapresina. la hemorragia continúa, y uno eso lo puede ver por la sonda de Levin colocada en el estómago, prácticamente nosotros colocamos en la actualidad que este enfermo no va a responder al tratamiento médico y consideramos ya en ese momento concretamente la indicación quirúrgica.

Dr. MATTEUCCI.— En el trabajo que ustedes hablan de gastrectomía realizada de urgencia, brevemente ¿cuáles fueron las razones para hacerla? ¿qué porcentaje de mortalidad?

Dr. MENDIVIL.— Las gastrectomías realizadas por nuestra clínica, 15 fueron por elección y 17 por urgencia; 16 de éstas 17 gastrectomías fueron realizadas por hemorragias digestivas, todas ellas eran hemorragias digestivas graves; 3 de ellas presentaban importante decompensación hemodinámica y 3 de ellas no la habían tenido; tenemos un caso de un paciente de 63 años que estando internado en estudio por un síndrome pilórico, presentó en la misma mañana una hemorragia importante y luego una perforación en peritoneo libre, es decir que se asociaron en este enfermo las tres complicaciones de la úlcera duodenal. En cuanto a los resultados, de los 17 pacientes operados de urgencia, hubieron 4 muertes postoperatorias, lo que hace un porcentaje de 23% de la cirugía de urgencia. Ahora, las causas son las siguientes, un paciente de 33 años, pese a su edad era un vascular importante con una hemiplejía de 3 años de evolución y una hipertensión maligna; este paciente después de ser gastrectomizado por la hemorragia digestiva grave, falleció al

9º día de un edema agudo de pulmón. Un segundo paciente de 69 años, tiene una hemorragia digestiva grave que fallece por una complicación postoperatoria debido a una estenosis del asa cferente que motivó 3 reintervenciones; finalmente fallece de insuficiencia hepática y renal. Un enfermo de 55 años que también es intervenido por hemorragia digestiva, un psicópata y con una cirrosis hace un paro cardíaco en inducción anestésica; recuperado se gastrectomiza rápidamente, el tiempo operatorio fue 1 hora y media, pero repite a las 3 horas en sala un nuevo paro cardíaco falleciendo y el cuarto enfermo es un hombre de 45 años que en tratamiento por un hipertiroidismo hace una hemorragia digestiva grave que obliga a su intervención; en el postoperatorio inmediato hace una grave crisis hipertiroidea que continúa con una hemorragia que obliga a una reintervención postoperatoria por hemorragia en la línea de sutura; al 4º día hace una nueva crisis hipertiroidea y fallece con una peritonitis generalizada.

Dr. PIQUINELA.—Dr. Pradines: ¿cómo selecciona usted los enfermos con úlceras perforadas para la aplicación de vaguectomía y operación de drenaje?

Cuando uno se encuentra frente a un perforado gástrico en el Servicio de Puerta hospitalario, o en las instituciones de trabajo, tiene in mente una doble finalidad, tratar la complicación que se presenta en ese momento y tratar en lo posible la enfermedad de fondo. Se dispone en el momento actual de los métodos aquí enumerados; el cierre de la perforación que solamente trata la complicación que ha sufrido el paciente en ese momento. Es sabido y seguirá así, es el método que se emplea en el momento actual, más frecuentemente y con seguridad que va a seguir por mucho tiempo siendo así; sin embargo, también hay que saber que los enfermos tratados con el cierre simple de una perforación muchos de ellos tienen después una recidiva de su enfermedad o aparece la sintomatología y es que puede haber causa de muerte tardía por la enfermedad ulcerosa. Hubo un plan más ambicioso de tratar las dos situaciones, gastrectomía subtotal amplia es una posibilidad, vaguectomía o hemigastrectomía la otra o la vagotomía y drenaje gástrico es la última a señalar. Nos vamos a referir en un corto número de paciente que hemos tratado de esta forma, que son 8 enfermos; y respondiendo a la pregunta del Prof. Piquinela, cuál ha sido o cuáles han sido los elementos que nos han hecho seleccionar estos pacientes. El número significa que hemos sido bastante exigentes en la selección puesto que hemos reunido desde agosto 1965 hasta agosto del 69. Tenemos en cuenta el tiempo de la perforación, es importante, porque el enfermo en plena peritonitis, no podemos prolongar mucho estos tiempos, los hemos extendido hasta 12 horas como máximo, sabiendo que hay quienes operan a estos enfermos con plazos más breves y algunos con plazos más largos. Es una peritonitis especial en un hiperclorhídrico habitualmente con un componente bacteriano en general de aparición tardía, por lo cual el tiempo, en plazo de 12 ó 14 horas puede ser perfectamente aceptable. Tanto el tiempo de la perforación como el estado general del enfermo son los dos elementos importantes que tenemos que tener en cuenta, el estado general del paciente tiene que ser bueno, puesto que se va a someter a un

acto quirúrgico que, aunque sencillo es algo más complicado que el cierre simple de una perforación que sabemos que en la mayoría de los casos da buenos resultados. Otro factor a considerar es la edad. la edad hasta 50, 55 años sería la edad ideal, tenemos algún enfermo con 65 años de edad, es el máximo a que ha sido sometido un enfermo nuestro. Tiempo de enfermedad ulcerosa, es un elemento también que tiene valor; la evolución de la enfermedad ulcerosa, es un elemento también que tiene valor; la evolución de la enfermedad úlcera duodenal tiene que contar en la selección de estos enfermos. Creemos que no debemos operar todos, cuando la enfermedad ulcerosa de base es de pocos meses, en general en las úlceras aguda no se debe realizar, este método lo creemos y aconsejamos en las situaciones en las cuales el paciente presenta la enfermedad de tiempo atrás, una úlcera duodenal crónica. Aunque la técnica sea sencilla, los dos tiempos básicos de la misma tienen que ser cómodamente realizados, por lo menos con dos ayudantes, y un buen instrumental quirúrgico. Un tercer factor tenemos que considerar también, es la topografía cerca de la úlcera; quienes van a operar una úlcera perforada de la región antropiloroduodenal, muy a menudo se quedan en la duda y no pueden topografiar con exactitud el sitio de la úlcera; así nos sucedió en dos oportunidades, es decir que para realizar el método tenemos que estar seguros que la úlcera es duodenal. Bajo riesgo quirúrgico, es decir exponemos al enfermo, en fin, es un riesgo quirúrgico más elevado, que el cierre simple de la perforación, pero lo consideramos por debajo de todas las intervenciones de resección, es de una ejecución sencilla y los resultados de esta doble finalidad han sido hasta el momento actual bastante satisfactorios en nuestras manos, haciendo la salvedad que el tiempo de control de estos enfermos es relativamente corto, 8 casos de los cuales 5 personales y los otros cedidos por compañeros de trabajo, las edades un enfermo 65 años, todos los demás están por debajo de esas edades, entre 39 y 40, etc., y la historia previa en todos estos enfermos, salvo éste el N° 7 que tenía 8 meses de evolución todos los otros paraban los 2 años, hasta 10 años, 15 años. Del estado general, todos tenían buen estado general, incluso este enfermo de 65 años pese a que tenía antecedentes patológicos. Tiempo de evolución de la perforación, 12 horas en el enfermo de 65 años, y en todos los otros por debajo de ese plazo.

Otros elementos a tener presente, en estos casos, comprobaciones que realizamos en el acto operatorio, primera comprobación contenido peritoneal, abundante, puriforme, moderadamente abundante, puriforme, puriforme, moderadamente abundante. Es importante porque la técnica entre los elementos que debemos considerar, es la evacuación adecuada del contenido peritoneal. Perforación, yuxtapilórica, salvo una en el caso 7 encontramos una perforación alejada, que entonces hizo cambiar la técnica del drenaje gástrico, gastroenterostomía que es la única que tenemos realizada.

¿Qué hicimos en estos enfermos? Hicimos la resección romboidal de la lesión ulcerada, vaguectomía y agregamos de acuerdo a las necesidades de la situación existente, drenaje peritoneal clásico de Douglas o subhepático. En todos los casos hicimos resección romboidal de la úlcera, salvo en uno que hicimos la incisión longitudinal, antropiloroduodenal y el cierre transversal, junto a la plastia pilórica. La evolución de los casos fue buena en todos

ellos. Complicaciones: neumopatía aguda, neumopatía aguda, infarto pulmonar en el enfermo de 65 años, evisceración parcial; sin embargo después de 36 días de estar en el Hospital también fue dado de alta. Los resultados respecto a mortalidad han sido uniformemente buenos hasta el momento actual, de todos modos es una técnica que no debe entusiasmar y que debe ser bien pensada. Del plan operatorio es discutible en algunos aspectos; el abordaje lo hicimos siempre por incisión mediana, supraumbilical avanzando sobre el ángulo izquierdo, no tuvimos necesidad de reseca el apéndice xifoides y exploramos el abdomen como es habitual; la toilet peritoneal en este aspecto insisto, en lo frecuente, en lo común que es ver la fosa frénica izquierda llena de líquido, en estos pacientes perforados, y que a veces uno, en cualquier tipo de cirugía de cierre de la perforación, a veces la descuida, es causa de complicaciones operatorias tardías al colectarse y llegar a constituir un absceso. Interesa en esta técnica tener bien limpia la región supramesocólica porque este líquido puede ser origen de una mediastinitis que se han mencionado en algunos trabajos.

Drenaje gástrico, lo hicimos en todos como ya vimos por antropiloro-duodenotomía salvo uno, gastroenterostomía, drenaje peritoneal que realizamos en 4 de los casos presentados.

El tiempo esofagovagal creo que es un tiempo que se realiza fácil siempre y cuando se esté bien ayudado, con la colaboración de las valvas de García Capurro que retraen, llevan hacia afuera el reborde costal y dan una buena exposición, prácticamente nunca precisamos poner al enfermo en posición cambrada.

PREGUNTA.—¿Qué perspectiva le ve usted Dr. al futuro de esta técnica quirúrgica en el manejo de los perforadores?

Dr. PRADINES.—En fin, la respuesta es difícil, da la impresión en líneas generales que el método se va abriendo paso, o se va abriendo camino, paso a paso, pero creo firmemente que lo que se ha dicho acá es muy importante. La expresión del Dr. Morel, de la medida de la operación me parece que es lo más correcto, que es lo más justo en el método, tanto en la cirugía en frío como en la cirugía en agudo, el mismo problema que puede haber en frío se nos presenta en agudo, y es así que a veces uno se inclina por un cierre simple otras veces por una resección chica, más una vagotomía, otra vez, por una resección más amplia de acuerdo al criterio que se sustente o a los elementos clínicos o de laboratorio que a veces se posee en la cirugía de urgencia y que muy a menudo no existen, pero creo que para el futuro es un método para tener en cuenta y que puede andar.

Dr. COTTINI.—Una vez tenemos que tener una discrepancia, y esta vez es la primera, tal vez sea la única; yo discrepo en parte a lo sustentado por el Dr. Pradines, considero que un enfermo que llega a perforar su úlcera, llega a manos de un cirujano, habitualmente, a mí me ha sucedido siempre me ha llegado en momento agudo, con horas de evolución, mal puedo poner

en marcha todos esos parámetros que tenemos que estudiar para hacer una vagotomía, sobre todo que sabemos que con las vagotomías no lo resolvemos todo, hemos dicho que son poco los parámetros y que todavía falta mucho investigar para la etiopatogenia, cuando vemos una úlcera perforada, o una úlcera complicada. del enfermo sabemos cuando comenzó el accidente porque parámetros solamente que venga con algunos estudios previos, podríamos tener algo que nos indujera a pensar que ese enfermo con la vagotomía va a resolver el problema. Son muchos los problemas que pueden influir en la perforación de una úlcera y yo no dormiría tranquilo mi siesta, con esa sola y única operación. En nuestra experiencia con el Dr. Ciano, que es la experiencia de un día de guardia a la semana, nosotros tenemos 66 enfermos con úlceras perforadas, en los cuales practicamos la gran operación de siempre, de todos los años y de todas las décadas que es el cierre simple en 43 oportunidades, el cierre simple y vagotomía en una y la gastrectomía en 22. En el cierre simple que siempre es la que lleva la culpa de las observaciones alejadas en enfermo grave, fallecieron 7 en el postoperatorio inmediato y 36 tuvieron buena evolución. De esos 36 nosotros recibimos 10 de vuelta, vale decir, para hacer una gastrectomía en una segunda instancia, uno de ellos le hicimos una gastrectomía, una gastroentero y vagotomía y el otro una gastrectomía con vaguectomía en una oportunidad. El cierre simple y vagotomía curó. La gastrectomía, uno sólo se fistulizó, de una fistula duodenal, que curó y por lo tanto en 22 gastrectomía tenemos la suerte de tener el 0% de mortalidad. Respecto a la edad que ha dicho el Dr. Pradines, el enfermo de menor edad que hemos tenido es de 7 años, se trataba de una úlcera por corticoides, que fue motivo de una publicación y el de mayor edad fue una anciana de 82 años, una enferma que tuvo una evolución muy extraordinaria, porque se le hizo el cierre simple con buena evolución durante 7 días; al 8º día comenzó y entre el 9º y 10º día falleció. En la autopsia encontramos al lado de la úlcera suturada otra nueva en plena perforación, reciente como lo mostró la anatomía patológica, era una úlcera iterativa, indudablemente en esta paciente, en otra época, porque fue operada hace muchos años, posiblemente hubiéramos adoptado otra terapéutica y hubiéramos hecho, el cierre y la vagotomía. Quiero volver a expresar que el mejor tratamiento en la úlcera perforada cuando se puede hacer es el tratamiento de la complicación y de la enfermedad en sí, en el mismo acto quirúrgico.

Dr. PRADINES.—Creo que no hay discrepancia. lo más probable es que yo me haya expresado incorrectamente: frente a un enfermo perforado, uno elige el método y yo sigo haciendo cierre de perforaciones en gran cantidad de casos; estos casos que hemos seleccionado un poco por esos factores, dejando de lado todo lo que es posibilidad de estudio por supuesto, es imposible hacerlo. Ahora surge una pregunta de que cuando se hace una gastrectomía también esos parámetros o esos estudios no se pueden hacer y el mismo criterio podríamos aplicarlos frente a las hemorragias agudas, cuando se decía hacer una vagotomía y una plastia pilórica.

Dr. COTTINI.—En las dificultades que pueden haber en la vagotomía selectiva, sobre todo como está muy bien especificado en los estudios anatómicos que ha realizado el Prof. Casirogli en Buenos Aires, el transecurso intraparietal esofágico de algunos nervios vagos que hacen muy difícil, y uno no puede tener la seguridad absoluta de lo que está seccionando, si es la rama que uno desea hacerlo o si es realmente una vagotomía selectiva.

Dr. MOREL.—Sí, en ese sentido yo quería señalar una cosa, que sobre lo que se insistió mucho y en el punto fundamental de la operación, es efectuar una vagotomía por vía infradiafragmática, porque la vagotomía es torácica en realidad; uno baja el esófago, baja los troncos de los vagos y por lo tanto lo toma en una altura bastante elevada. Con el advenimiento de las técnicas de vagotomía selectiva, se vuelve un poco a la antigua técnica de Latarget, que en el año 22 realizaba la neurectomía del estómago y en cierto modo esa es la técnica que nos ha señalado el Dr. Mañana, uno tiene la impresión de que las posibilidades de vagotomía incompleta en esas condiciones son mayores, ya que naturalmente la posibilidad completa como lo ha señalado el Dr. Cottini, sobre la base del trabajo de Casirogli y de muchos otros anatomistas de que ramas vagales hayan ya entrado en la capa seromuscular en niveles altos hace que uno vea, con cierta prevención, la posibilidad de tener una vagotomía total con esas técnicas. Por otra parte, yo pediría al Coordinador un minuto para decir lo siguiente: si bien es cierto, y en eso no cabe duda, en que la experiencia de los países sajones, parece demostrar que con la vagotomía, troncular, se producen alteraciones importantes funcionales postoperatorias, diarreas importantes, alteraciones importantes del resto del aparato digestivo, yo suelo pensar que ocurre con eso un poco como ocurría con el Dumping después de la gastrectomía. Ellos tenían una alta incidencia de Dumping luego de la gastrectomía cosa que no ocurría en nuestros países y en verdad nosotros en la experiencia de vagotomías siempre las hemos hecho tronculares porque nos atrae, fundamentalmente la simplicidad de la operación y la rapidez con que uno puede realizarla, y quizás es el mayor atractivo, no hemos tenido diarreas ni trastornos funcionales, semejantes a los de Burghes, Harkins, etc.; de tal manera que uno se pregunta muy seriamente hasta qué punto dentro de nuestra patología en los enfermos nuestros es razonable extrapolar los resultados de los países sajones.

PREGUNTA.—Dr. Gardiol, la gastrostomía temporal tiene una indicación; en caso de tenerla, ¿cuál es la indicación más formal, más importante?

Dr. GARDIOL.—Respecto a la indicación de la gastrostomía asociada a la operación de vagotomía con operación de drenaje, distintos grupos de autores tienen opiniones distintas, algunos la realizan sistemáticamente, entre ellos el Dr. Morel, otros no la realizan nunca como Hendry y algunos como en la Clínica del Prof. Piquinela, en la actualidad, las realizamos con algunas indicaciones especiales, en un número determinado de enfermos que no llega al 10% de los pacientes operados, y obedece a un criterio de selección de pacientes que se va a proyectar en el primer diapositivo.

La indicación puede ser del tipo preventiva o del tipo curativo. En la indicación preventiva que consideramos más importante, en nuestra experiencia es la más importante, es cuando se resuelve hacer una vagotomía y derivación en un enfermo que tuvo síndrome pilórico previo reciente, en actividad, o que retrocedió en tratamiento médico en un plazo inferior a dos meses, anterior a la operación. Se sabe perfectamente que en esas condiciones el estómago está predispuesto a hacer una atonía, severa o grave en el postoperatorio, con retención grave con todas las consecuencias correspondientes. Hemos realizado con este criterio, 10 gastrostomías en los cuales no hemos tenido ninguna complicación. Tres de ellos hicieron una retención grave en el postoperatorio que gracias a la gastrostomía pudo ser manejada con toda comodidad sin ningún problema para el enfermo. La segunda indicación cuando se opera al paciente sangrando. Se insiste en la importancia de la absoluta vacuidad y reposo gástrico en el postoperatorio, absoluta vacuidad que se obtiene con mayor seguridad con una gastrostomía, que con una sonda nasogástrica. Por esto se aconseja en estos casos para evitar la retención que puede de por sí, desencadenar una nueva hemorragia, por el mecanismo de la congestión y de la excitación antral, estimulación clorhidropéptica; consideramos que es una segunda consideración a tener en cuenta. En tercer término se aconseja en los casos en que se demuestra la hipersecreción gástrica interdigestiva muy abundante, también hacer gastrostomía.

En cuarto término cuando la sutura de la piloroplastia o gastroenterotomía no es satisfactoria por hacerse en un ambiente inflamatorio, escleroso, con mala circulación, con edema, etc., la absoluta vacuidad y el reposo gástrico son necesarios; una gastrostomía da más tranquilidad. En quinto término en pacientes que no toleran la sonda nasogástrica, como por ejemplo en ancianos, en donde la ausencia de reflejo tusígeno hace que sea posible la aspiración brónquica y la producción de bronconeumonías. El paciente nervioso, neurótico, que por experiencia anterior no tolera la sonda nasogástrica, y en enfermos cardíacos y respiratorios.

En segundo término como indicación que podíamos llamar curativa, pero que no lo es, cuando se resuelve reoperar al enfermo con una retención gástrica grave y se encuentra que lo único que existe es una atonía sin obstáculo mecánico o cuando existe obstáculo mecánico, el cual se corrige, pero el estómago ha luchado en los días previos, también la protección con una gastrostomía está indicada.

La técnica en los conceptos fundamentales que están expuestos aquí es un procedimiento breve difícilmente prolonga más de 10 minutos el acto quirúrgico, debe utilizar e dos sondas, una gruesa para drenaje gástrico y una fina, enhebrada en duodeno y yeyuno para alimentación; mejor si se dispone de una sonda doble prefabricada tipo Puestow Hollander. Lo fundamental es la elasticidad de la sutura gastroparietal peritubular y la colocación correcta de ambas sondas.

En el número uno y dos, se esquematiza, en el número uno sondas tipo Puestow-Hollander doble que en general no disponemos de ella, pero que es muy útil; nosotros utilizamos corrientemente una sonda tipo Nelaton cuya

luz sea superior a 3 ó 4 milímetros o un tubo de goma común en cuyo extremo se hacen 2 ó 3 orificios a lo cual adicionamos un tubo pequeño fino de alimentación cuya luz no es necesario que sea superior a 2 mm. Se inicia el acto de la gastrostomía en la operación de vagotomía con operación de drenaje, antes de cerrar la operación de drenaje en ese caso la piloroplastia; se hace la incisión en la cara anterior del estómago donde la parte vertical se une con la porción horizontal a 2 ó 3 cm. de la gran curva de 1 a 2 cm. como máximo de diámetro, para permitir el pase justo de los tubos; se coloca entonces el tubo gástrico, teniendo en cuenta dos factores. que debe estar bien metido en el estómago y que el extremo distal no vaya a aspirar el duodeno, es decir que no llegue hasta el duodeno, y el orificio proximal no se acerque al trayecto transparietal. El tubo fino debe hacerse llegar hasta la iniciación del asa yeyunal y debe fijarse a la pared posterior de la piloroplastia, luego se cierra la piloroplastia, se hace una jareta. Tal vez se pueda prescindir de ésta si los tubos están bien ajustados por el pequeño orificio; luego se hace una contraincisión en hipocondrio izquierdo donde se exteriorizan los tubos. Y viene el tiempo más importante en lo que se refiere a seguridad de la técnica, que es la fijación gastroparietal peritubular, con puntos no reabsorbibles preferiblemente; si es posible proteger con un collarete de ciplón para mayor seguridad. Terminada la operación, antes de cerrar, es necesario verificar la colocación correcta de los tubos, luego fijarlos en esa posición con dos riendas tractoras a nivel de la piel. Debe hacerse aspiración continua en las primeras 24 horas, luego conexión simple a bocal declive. Debe comprobarse la permeabilidad de las sondas, medir lo drenado cada 24 horas. Si hay retención, conviene filtrar y reintroducir el líquido según su pH con la sonda fina yeyunal. Al 4º ó 5º día, o al disminuir la retención, hacer obturación progresiva. La alimentación por la sonda fina se comienza a hacer a las 24 horas cosa que el peristaltismo intestinal se recupere precozmente; y la alimentación por boca, al cesar la retención gástrica. Las sondas se deben retirar entre la segunda y tercera semana, con el criterio que tenemos en el Servicio si no hubo retención. Si existe retención, se retira después de corregida la causa de la misma.

Complicaciones no hemos tenido, no se producen si la técnica se realiza en forma correcta. La más importante es la peritonitis por filtración, solamente se produce por error de técnica.

Dr. MOREL.— Este problema de la gastrostomía temporaria nos ha ocupado durante algún tiempo; en definitiva nosotros hemos tratado de simplificar el procedimiento en lo más posible y así es como dejamos de usar las sondas prefabricadas de dos o de tres luces, para utilizar dos sondas separadas, de plástico, una de la escala de K10 y otra K30, que tienen la ventaja no solamente de ser fácilmente disponibles sino que además uno puede hacerlas un poco también, en el sentido de las necesidades del tamaño del estómago. El principio es exactamente el que ha señalado el Dr. Gardiol, recién en su exposición, pero esto es la posición de la sonda que ustedes pueden ver, como ya lo señaló el Dr. Gardiol.

Eso como sale por contraabertura las dos sondas; son dos sondas independientes que se unen nada más que con un punto afuera.

El punto fundamental por eso le pedí al Dr. Piquinela que me dejara hablar un minuto ahora, es algunas investigaciones que hemos hecho a propósito del comportamiento de la motilidad del intestino, en el postoperatorio inmediato luego de vagotomía. Esta es una radiografía obtenida con Hypaque 5 minutos después de la operación. Se inyecta Hypaque por la sonda

A las 3 horas de la operación, uno encuentra que el Hypaque inyectado por la sonda gruesa del estómago permanece detenido en el estómago, mientras que el Hypaque que había sido inyectado en el intestino, prácticamente ya ha llegado al ceco ascendente. Esto tiene para nosotros gran importancia porque demuestra por una parte, que la fisiopatología del clásico íleo postoperatorio no implica de modo alguno incapacidad motora del intestino delgado; el intestino delgado no presenta movimientos peristálticos prácticamente porque está vacío, si uno lo llena de líquido como en este caso, de líquido opaco, la contracción intestinal se despierta y el peristaltismo es tan eficaz que a las 3 horas el delgado se ha vaciado del Hypaque que había llegado a la primera asa yeyunal. Lo que ocurre, es que, si hay retención gástrica, esa retención gástrica se debe a que el estómago es mucho más dependiente del delgado que de la inervación vagal, por lo tanto la vagotomía hace una atonía casi completa del estómago, a su vez el colon se paraliza, y eso porque tiene una importante dependencia del simpático, en cambio el delgado ignora olímpicamente la sección vagal y también el traumatismo operatorio siempre y cuando naturalmente éste no sea excesivo.

Ustedes pueden ver que a las 6 horas se repite la imagen, lo que estaba en el estómago sigue estando, lo que estaba en el colon sigue estando y el delgado está vacío y aquí se ve la imagen de las sombras.

A las 9 horas la situación es la misma.

Lo mismo pasa en el caso de una gastroentero, inyectado en el estómago por la sonda gruesa y por la sonda fina, la primera asa yeyunal.

Esto es inmediatamente después de la operación, a las 3 horas pueden ver que todo el delgado está lleno, el estómago retiene el líquido, y a las 6 horas prácticamente sigue el líquido en el estómago, y todo el que fue inyectado en el delgado, está otra vez en el colon. Esto nos ha llevado a utilizar la gastrostomía temporaria no solamente como manera de asegurar la evacuación del estómago, sino aprovechar esa virtud, en el sentido de que el delgado mantiene el peristaltismo para luego de las primeras 24 horas, cuando el contenido gástrico, ya viene sin sangre y presenta caracteres bastante normales, reintroducir lo que sale por la sonda gruesa y por la sonda fina por goteo. Esto tiene dos ventajas fundamentales, por una parte nos evita recurrir a administración parenteral de líquidos, es decir, nosotros inyectamos líquidos parenterales únicamente en las primeras 24 horas; a partir de ellas, en lugar de suero glucosado endovenoso, administramos agua con azúcar, isotónica por goteo intrayeyunal y se va además reincorporando dentro del circuito todo el contenido gastroduodeno, pancreático que indudablemente tiene una cantidad de compuesto que hace mucho la recuperación más rápida

de los enfermos. Por último consideramos que la gastrostomía temporaria tiene una cantidad de compuesto que hace mucho más rápida la recuperación nosotros hemos podido realizar, pruebas de secreción gástrica postoperatoria en todos los enfermos, es decir la prueba de Hollander y de histamina máxima; todos nosotros sabemos cuán difícil es conseguir en un enfermo operado se preste a que trate de hacer prueba de secreción gástrica sobre todo si anda bien, que es lo que siempre pasa en nuestros enfermos.

Prof. PIQUINELA.—El Dr. Marella pregunta lo siguiente: en el ulceroso duodenal con diarrea, ¿qué técnica aconseja?

Dr. MAÑANA.—Esta es una pregunta muy interesante; yo he tenido casos como los que señala; a pesar de ser infrecuente los casos de ulcerosos duodenal con diarrea, pero he tenido dos pacientes, a consecuencia de (apareció el año pasado un trabajo) una hipersecreción de gastrina al parecer, que a su vez produce la úlcera duodenal y produce la diarrea porque parece que la gastrina tiene una repercusión sobre el intestino delgado de retardar la absorción acuosa, habiendo más volumen en el intestino delgado, y es por ese motivo que produce la diarrea.

Es una indicación precisa en estos casos la antrectomía. De los dos pacientes que yo tenía de úlcera duodenal que en el preoperatorio presentaban diarrea, uno de ellos le hicimos una vaguetectomía troncular y una piloplastia y siguió con la diarrea, pero al otro paciente que se le hizo una vagotomía selectiva, con una antrectomía, ese mejoró totalmente y no tuvo más diarrea, parecería que este caso llega a confirmar, a pesar de ser uno sólo que se debe a una hipersecreción de gastrina la diarrea en el ulceroso duodenal.

Dr. COTTINI.—Coincido con el Dr. que la pregunta formulada por el Dr. Marella es sumamente interesante. En esos casos yo seguiría el consejo de Mialaret de jamás hacer una vagotomía a un colítico o a un ulcerocolítico o a un diarreico. Justamente esto me da motivo para desarrollar un tema que ha aparecido en el último "Journal de Chirurgie" de muy pocos días el N° 97, en que Dubois y Darrieau, publican un caso muy interesante de una diarrea fulminante mortal después de vagotomía a las 48 horas de operado. Traigo a colación este interesante artículo para que los cirujanos jóvenes presentes no se introduzcan en el campo de la vagotomía sin antes hacer un meditado estudio y capacitarse sobre la palabra de sus mayores; en la literatura francesa y anglosajona hay 18 casos que han sido publicados por Palumbo, Patel, por Grinson, tiene 3, Burgues, tiene 2 y hasta tiene un capítulo en su libro sobre las diarreas postvagotomía, harnot tiene 1, Rive tiene uno, en una palabra 28 casos con 12 diarreas mortales. Diarreas precoces, aparecen dentro de las 48 a 72 horas de la operación, con fiebre con 3 ó 4 deposiciones que se aumentan a 10. 15 deposiciones diarias con pérdida en un caso de a 10 litros de líquido diario, con hiperazoemia, hipocalemia, acidosis, alcalosis metabólica y con una pululación de estafilococo áureo patógeno y salmonelosis, que los antibióticos no hacen absolutamente nada, y mueren en coma y en colapso.

Hay lesiones parietales de intestino que las ha puntualizado uno de los ponentes, hay una atrofia de las vellosidades, y estas atrofas traen un aplanaamiento de las células epiteliales que tarda meses en curar y todas éstas en menor flujo mesentérico, que hace que haya una disminución de las propias defensas del intestino, el intestino queda desensibilizado, sucede un caso que se llama fenómeno de Ca y Roseblit una sensibilización a la alserina igual que sucede en los arteriales, que simpatisectomizado quedan sensibilizados a la adrenalina. El caso es que en un colítico o en un enfermo con antecedentes diarreicos, se debe renunciar a la vagotomía, y otra cosa que no se debe hacer y se hace desgraciadamente es el tratamiento con antibióticos auspicioso de cobertura preoperatorio, en los vagotomizados, pueden ser el que despierte la diarrea severa en el postoperatorio inmediato. Nosotros hemos visto a través de las ponencias, que sabemos positivamente que Morel tiene diarreas en sus enfermos 15 % entre leves y medianas, pero hemos visto hoy 22 casos diarreas sobre 70 casos, son cifras que obligan a pensar, hay que renunciar digo al tratamiento antibiótico de cobertura y asegurar el excelente drenaje gástrico como ha dicho el Dr. Morel y otra cosa más; se puede polemizar que eso sucede en la vagotomía troncular, sucede también en la vagotomía selectiva como lo ha dicho Goliguer y Sauer, no es solamente en la vagotomía troncular. En casos de úlcera duodenal y diarrea, me decido por la gastrectomía clásica habitual que hemos realizado siempre y le diría al Dr. Marella, hay que averiguar porque el enfermo es un colítico o un enterocolítico en el preoperatorio, porque no todos los colíticos tienen la misma etiología, pero jamás le haría una vagotomía a un colítico.

Dr. MARELLA.— El Dr. Mañana ha dicho que en los casos esos él haría una antrectomía, la pregunta que le hago es la siguiente, el restablecimiento de la continuidad, la hace por la técnica de Pean y Riggel o la hace por el Billroth II, y al Dr. Cottini, usted no hace la vagotomía, en ese caso que técnica usa. Pean y Riggel o Billroth II.

Dr. MAÑANA.— Billroth II.

Dr. COTTINI.— Billroth II.

El Dr. Vals pregunta: ¿hay diferencia en gastrectomía por hemorragia y la gastrectomía de elección?

Dr. MENDIVIL.— Quisiera que el Dr. Vals precisara en qué aspecto se diferencia, en la solución, en la técnica, de orden táctico? Previas a las medidas médicas preoperatorias que ya hablamos de restitución del enfermo, el primer gesto quirúrgico en el acto operatorio es ir a tratar la hemorragia y si es posible en ese minuto cohibirla de la manera que sea, después seguir en un segundo tiempo con el resto de la intervención, pero en definitiva son las mismas tácticas, preconizadas como directrices para la gastrectomía fuera de la hemorragia.

PREGUNTA.—¿Qué riesgo representa el colédoco en la hemostasis directa?

Dr. GILARDONI. Bueno, siendo conocida la anatomía quirúrgica regional, es indiscutible que hay un riesgo potencial, de herida del colédoco sobre todo si no existe tubérculo pancreático superior, donde la proximidad del colédoco a la pared posterior del duodeno y lo vincula estrechamente. Nosotros decíamos hace un momento que la maniobra de decolamiento duodenopancreático, permite precisar este punto tan importante que es la hemostasia; la ligadura del vaso que sangra permite precisar la profundidad a donde se dan los puntos. Con respecto a la pregunta concreta, voy a decir lo siguiente, nosotros no tenemos en primer lugar ninguna observación de accidente, en ese sentido, es más, no tenemos incluso información concreta sobre trabajos extranjeros que seccionen la vía biliar principal, pero en vista de que ese riesgo existe, hay que tomar todas las medidas como las mencionamos.

Dr. MENDIVIL.— Comparto lo que acaba de decir el Dr. Gilardoni, pero creo que cuando los riesgos del colédoco, hay que discriminar distintas situaciones, una es la gastrectomía, en el caso nuestro por ejemplo, en frío, natural que hay que valorar las distintas anomalías, variaciones anatómicas del colédoco, que a veces desemboca en el ángulo uno dos; ante la más mínima duda, de esa posibilidad, creo que la cateterización del colédoco o la radiología previa contrastada, para saber donde está la papila es de fundamental importancia. Un segundo punto es en los problemas agudos o de urgencia, es decir, que puede ir desde un simple tumor inflamatorio, donde engloba todas las estructuras vecinas, hasta cosa, que yo he visto, que está descrito, una verdadera fístula biliodigestiva, en donde se transforma la úlcera duodenal en más que una úlcera penetrada, una verdadera fístula, más una angiocolitis, más una cantidad de problemas distintos, la solución allí probablemente, sea hacer una derivación de la vía biliar para ver en un segundo tiempo qué se puede hacer.

Dr. VALLS. La pregunta la hice porque hace unos años presenté en la Soc. de Cirugía una pieza anatómica, de un enfermo que había fallecido por una hemorragia digestiva, y se veía una úlcera de cara posterior de duodeno que había perforado la gastroduodenal, el páncreas formaba a ese nivel una lámina papirácea y detrás estaba el colédoco, y ya Lahey describió la posibilidad de que cuando se hacía la hemostasis de la gastroduodenal con hilo, se pudiera comprometer el colédoco; y hacía el cateterismo del colédoco para evitar la herida del mismo.

El Dr. Orlando Pereira le pregunta al Dr. Mañana: ¿en el postoperatorio el criterio sobre los resultados, lo basa en estudios de la acidez, en la radiología, en manifestaciones del paciente de otros signos?

Dr. MAÑANA.—Es muy importante esta pregunta, evidentemente se tendría que basar en todos los resultados, en los tres criterios, los auxiliares del diagnóstico, como estudio del quimismo gástrico, principalmente aquí si tiene indicación la prueba de Hollander, que no tiene a nuestro criterio en el preoperatorio, en el estudio clínico del paciente y en el estudio radiológico. El estudio radiológico tenemos de todos, estudios clínicos de todos, pero la prueba de Hollander, no, porque no la aceptan todos los pacientes, principalmente en la primera época que nosotros hacíamos en el preoperatorio, para estudiar si había una hiperfunción vagal, después abandonada, es una prueba cómoda de hacer y desagradable para el paciente, principalmente. Cuando el test, lleva la glicemia a 40 ó 50, el enfermo tiene profusos sudores, mareos, trastornos y algún paciente con todos los estudios de laboratorio han entrado en coma hipoglucémico, por eso cabe desearse hacer la prueba Hollander, pero consideramos que es una prueba desagradable: pero lo lógico es basarse en esas tres técnicas.

El Dr. Pereira pregunta al Dr. Gilardoni si siempre practica la piloro-plastia según la misma técnica.

Dr. GILARDONI.—En los pacientes que se han operado se ha realizado en la mayoría de ellos, Heinecke-Mikulicz, pero como ya se dijo acá, que la hemostasia directa es un elemento en la técnica tan importante, que debe realizarse incluso al precio de la estenosis de duodeno 1. Cuando en las situaciones como esas nos hemos visto nosotros, hemos cerrado la antropiloro-tomía en el sentido longitudinal y hemos practicado gastroenteroanastomosis, pero está la otra solución, que es practicar una amplia incisión como decía el Dr. Morel y realizar un Finney que permite además de la amplia exposición, un amplio drenaje, gastroduodenal.

PREGUNTA.—Los resultados de la vaguectomía, ¿son transitorios o definitivos?

Dr. MOREL.—Ya con este problema de las operaciones gástricas, pasa al revés con lo que ocurre con el resto de los asuntos mundiales, es decir que en lugar de ir acelerándose el tiempo, sigue teniendo una longitud normal. Aunque parezca mentira esta nueva operación, ya cumplió 25 años, de modo que es una nueva operación comparada con la gastrectomía o con las viejas operaciones, en verdad, esos 25 años han dado prueba fehaciente de que los resultados no son de modo alguno transitorios sino sin ninguna duda definitivos, incluso existen pruebas experimentales al respecto. Recuerdo que en el Laboratorio de Dragstedt había perros a quienes se había realizado vagotomía, incluso aplastamiento de los vagos, que tenían bolsas, y que habían sido seguidos por 3 ó 4 años sincrónicamente y que la regeneración vagal no se había producido. Cuando se producen manifestaciones de tipo recidiva, en la actualidad uno se encuentra con dos problemas; si uno tiene certeza de que la sección vagal ha sido completa al principio (lamentablemente eso no siempre

ocurre porque la prueba de Hollander no se puede realizar en la forma sistemática que uno pensaría debiera realizarse) ya que naturalmente en la conducta del cirujano cuando tiene certeza de vagotomía completa, debe ser distinta cuando no la tiene, por eso el enfermo que uno sabe que tiene una vagotomía completa por un Hollander positivo, requiere otro tipo de cuidados. desde el punto de vista higiénico-dietético, de tratamiento, etc., que cuando uno sabe que tiene una vagotomía completa, pero de todas maneras, la recidiva en general nunca ocurre cuando el Hollander había sido primariamente negativo; todas las recidivas aparecen en enfermos con Hollander positivos. Por otra parte si aparece alguna recidiva en algún Hollander negativo, lo más probable que deba su existencia no a su regeneración sino a vías extravagales que no a la reneurotización de los nervios vagos que en el hombre están muy lejos de tener una base anatómica ni patológica.

Prof. PIQUINELA. Bueno, señores, en homenaje al Prof. Mainetti, que debe a continuación dictar una Conferencia, suprimimos las consideraciones finales a cargo del Coordinador. Les agradecemos la atención prestada.

Aplausos.