

La vagotomía en el tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal. Cinco años de experiencia en el Hospital Docente de Emergencias

Por los Dres.:

NICASIO GÁLVEZ FERMÍN (7), EDUARDO GUERRA LORENZO(8)
Y ABILIO ALVAREZ VIERA (9)

Int. Vert. BENJAMÍN ALFONSO SOSA

En la cirugía como en la vida es difícil lograr el ideal, y mientras éste no se alcanza, hay que hacer lo mejor".

Owen H. Wangensteen.

Solamente a través de la prueba de fuego de la experiencia, la Medicina se convertirá en consciente y actuará siempre de acuerdo con sus fines.

Iván Petrovich Pavlov.

INTRODUCCION

En el año 1962 al fundarse el Instituto Nacional de Cirugía y Anestesiología (INCA) se normó por el Colectivo de Instructores que en el tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal se hiciera vagotomía con piloroplastia o con antrectomía, según la preferencia del Instructor responsable del grupo básico de trabajo (G. B. T.)

Los resultados obtenidos en los 5 años transcurridos son los que traemos a esta Jornada Nacional de Gastroenterología. Durante ese tiempo han sido sometidos a la vagotomía 284 casos, de los cuales a 221 se les practicó como operación complementaria una piloro-plastia y a 63 una antrectomía.

Este trabajo se basa en el estudio de 238 pacientes que fueron los que respondieron a nuestra llamada.

Cuadro No. 1. Se refiere a la distribución por grupos de edades y sexo.

Existe un franco predominio del sexo masculino sobre el femenino. Con relación a las edades, el predominio cae sobre aquellas comprendidas entre los 29 y 48 años.

Cuadro No. 2. Este cuadro es una demostración más objetiva de lo expresado en el No. 1.

Cuadro No. 3. Aquí vemos que el síntoma Dolor Epigástrico estuvo presente en el 100% de los casos.

Cuadro No. 4. En este cuadro vemos los otros síntomas en orden de frecuencia.

Cuadro No. 5. Aquí se señalan los motivos de ingreso, pudiéndose observar que fueron ingresados 182 casos electivamente y 56 de urgencia. Entre los ingresados de urgencia predominó la crisis ulcerosa, siendo 6 de los ingresados pacientes perforados.

Estos casos cedieron al tratamiento por medio de la aspiración gástrica continuada por un *Levín*.

Cuadro No. 6. Se ve que solamente a 168 pacientes, se les pudo realizar el estudio del CLH libre en el preoperatorio.

Debemos señalar que la mayoría de los pacientes a los cuales no se les hizo esta investigación, traían gastroquimogramas realizados en otros lugares, y que en el 100% de los casos se hizo el diagnóstico radiológico de la afección.

Cuadro No. 7. En este cuadro vemos que la dilatación gástrica se presentó en 4 casos de vagotomía con piloroplastia lo que da un 2.2%.

Las diarreas estuvieron presentes en 4 operados de vagotomía con piloroplastia (2.2%) y en 5 de los antrectomizados (9%). De estos casos de diarreas, solamente en 1, por su intensidad y frecuencia, podemos considerarla como molesta.

Creemos que la diarrea es más atribuible o provocada por la operación complementaria (gastroenterostomía o hemigastrectomía) que por la vagotomía *per se*.

Hubo un caso de dehiscencia de la sutura duodenal en un paciente tratado por congelación durante un sangramiento, y que al recidivar el sangramiento, fue operado. La posibilidad de esta complicación fue lo que hizo que se abandonase la congelación o el enfriamiento en los sangramientos.

Hubo dos recidivas en vagotomía con piloroplastia (1.2%) y dos fallecidos en esta operación (0.9%). Entre los antrectomizados fallecieron 3 (4.7%). La letalidad total fue de 1.7%.

Cuadro No. 8. En este último cuadro vemos que solamente 60 casos accedieron a la práctica de la colecistografía y 71 al Hollander postoperatorio.

Esto se explica porque el paciente asintomático es difícil que acceda a investigaciones que él considera molestas e innecesarias.

TACTICA QUIRURGICA

1. En los casos operados electivamente practicamos vagotomía troncular por vía abdominal, con piloroplastia de 8 cms. de longitud, en un sólo plano de sutura a puntos sueltos, previa maniobra de Kocher.

Solamente se hace antrectomía o hemigastrectomía cuando en el acto operatorio se comprueba que la úlcera está en la vertiente gástrica, o que además de la duodenal hay una úlcera gástrica.

2. En las úlceras sangrantes operadas de urgencia practicamos en primer lugar Ja sutura del lecho sangrante y la piloroplastia, y después la vagotomía.
3. En las perforadas seguimos el orden habitual de vagotomía y piloroplastia.

DETALLES DE TECNICA

Ultimamente se ha normado que no se ligen los extremos de los vagos seccionados y que para cohibir cualquier sangramiento que se produzca en la región se use material absorbible (catgut).

Esto es con objeto de evitar la posible aparición del neuroina cicatrizal.

Y además, que al terminar la piloroplastia se aislé el píloro de las visceras vecinas fijando el epiplón sobre el duodeno. Con esta maniobra se evitan las adherencias postoperatorias con las posibles listorsiones del canal piloroduodenal.

RESUMEN

Se presenta el estudio de los resultados obtenidos en una Institución Hospitalaria Docente en el Tratamiento Quirúrgico de la Úlcera Duodenal durante un período de 5 años.

Se han operado 284 casos:

- a) 220 electivamente.
- b) 64 de urgencia.

Se han hecho:

- a) 221 vaguectomías con piloplastia.
- b) 63 vaguectomías con antrectomía.

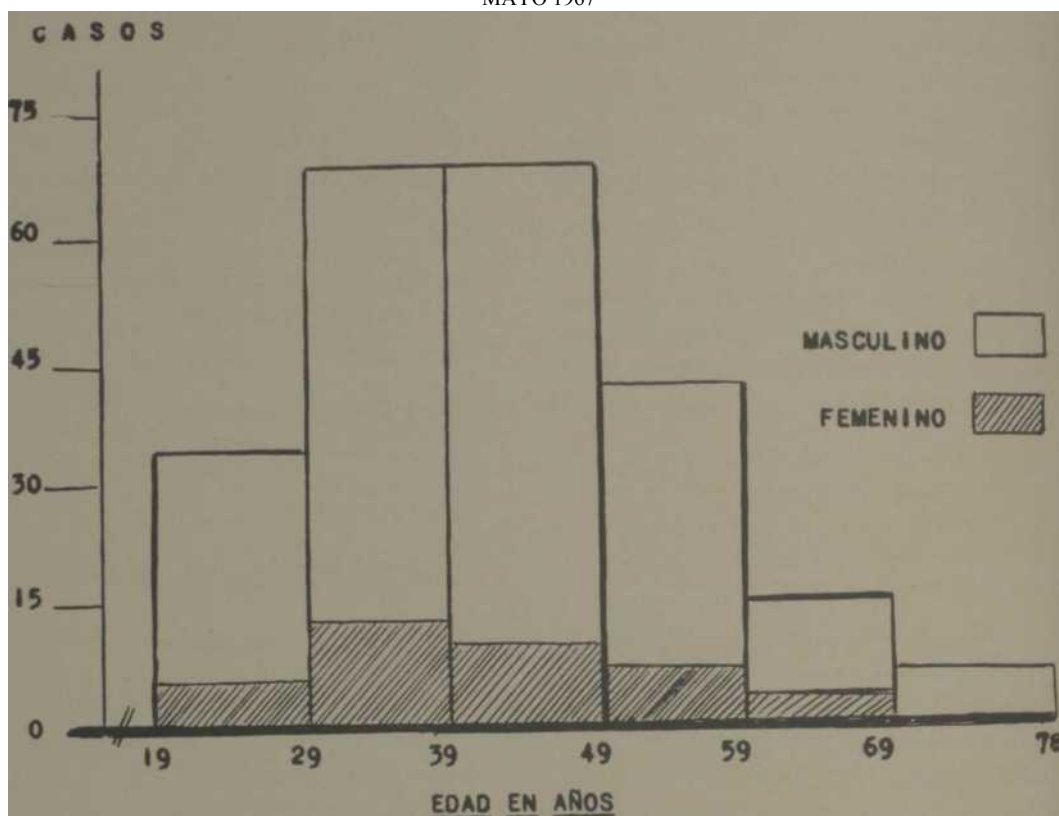
Se han podido chequear postoperatoriamente 238 casos.

238 CASOS DE ULCUS DUODENAL TRATADOS POR VAGOTOMIA
Y PILOROPLASTIA O ANTRECTOMIA
DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDADES Y SEXO HOSPITAL DOCENTE DE EMERGENCIAS
JUNIO, 1962-MAYO, 1967

| Grupos de Edades | Masculino | Femenino | Total |
|------------------|-----------|----------|-------|
| 19 — 28 | 30 | 4 | 34 |
| 29 — 38 | 59 | 11 | 70 |
| 39 — 48 | 61 | 9 | 70 |
| 49 — 58 | 36 | 5 | 41 |
| 59 — 68 | 14 | 2 | 16 |
| 69 — 78 | 7 | — | 7 |
| Total | 207 | 31 | 238 |

238 CASOS DE ULCUS DUODENAL

TRATADOS POR VAGOTOMIA-PILOROPLASTIA O VAGOTOMIA- ANTRECTOMIA
DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDADES Y SEXO HOSPITAL DOCENTE DE EMERGENCIAS JUNIO 1962 —
MAYO 1967



CASOS DE ULCUS DUODENAL EPIGASTRALGIA SEGUN SU APARICION Y EDAD DEL
PACIENTE
DISTRIBUCION PORCENTUAL
HOSPITAL DOCENTE DE EMERGENCIAS
JUNIO, 1962-MAYO, 1967

| Grupo de Edades | Número de Casos | D O L O R E S TARDÍOS | | D O L O R E S PRECOZES | | Sin Relac. | % |
|-----------------|-----------------|-----------------------|-----|------------------------|----|------------|----|
| | | Tardío | % | Precoz | % | | |
| 19—28 | 34 | 23 | 68 | 4 | 12 | 7 | 20 |
| 29-38 | 70 | 54 | 77 | 7 | 10 | 9 | 13 |
| 39—48 | 70 | 58 | 83 | 5 | 7 | 7 | 10 |
| 49—58 | 41 | 33 | 81 | 5 | 12 | 3 | 7 |
| 59—68 | 16 | 16 | 100 | — | — | — | — |
| 69—78 | 7 | 6 | 86 | — | — | 1 | 14 |
| TOTAL | 238 | 190 | 80 | 21 | 9 | 27 | 11 |

238 CASOS DE ULCUS DUODENAL

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS SINTOMAS PRESENTADOS SEGUN GRUPO DE EDADES HOSPITAL DOCENTE DE EMERGENCIAS JUNIO, 1962-MAYO, 1967

| Grupo de Edades | Número de Casos | Acidez | | Vómitos | | Perd. Peso | | Melena | | Hematem. | | Diarreas | |
|-----------------|-----------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| 19—28 | 34 | 21 | 61 | 16 | 47 | | | 9 | 26 | 9 | 26 | 3 | 9 |
| 29—38 | 70 | 68 | 97 | 63 | 90 | 45 | 64 | 35 | 50 | 29 | 41 | 11 | 15 |
| 39—48 | 70 | 49 | 70 | 39 | 56 | 25 | 36 | 22 | 31 | 18 | 26 | 11 | 15 |
| 49—58 | 41 | 34 | 83 | 21 | 51 | 15 | 37 | 22 | 54 | 13 | 32 | 12 | 29 |
| 59—68 | 16 | 14 | 88 | 14 | 88 | 14 | 88 | 9 | 56 | 4 | 25 | 7 | 44 |
| 69—78 | 7 | 4 | 57 | 1 | 14 | 1 | 14 | 3 | 43 | 2 | 29 | 3 | 43 |
| TOTAL | 238 | 195 | 82 | 154 | 65 | 110 | 46 | 100 | 42 | 75 | 32 | 47 | 20 |

DE LOS 238 CASOS DE ULCUS DUODENAL, 56 FUERON INGRESOS "URGENTES" Y EL MOTIVO DE INGRESO:

| | | |
|---------------------------------|------------|---------------------|
| Crisis Ulcerosa | 30 | --- 5 Perforadas |
| Hematemesis y melena | 10 | |
| Melena | 7 | 1 |
| Hematemesis | 9 | |
| TOTAL | 56 | 6 Perforadas |
| INGRESOS ELECTIVOS | 182 | |

238 CASOS DE ULCUS DUODENAL TRATADOS POR VAGOTOMIA Y PIROPLASTIA HOSPITAL DOCENTE DE EMERGENCIAS JUNIO, 1962-MAYO, 1967 CLH. LIBRE EN EL PREOPERATORIO

| | | |
|-----------------|-----------------------|------|
| Número de casos | Por encima de 30 mEQ. | % |
| 182 | 168 | 87.5 |

| Complicaciones Postoperatorias | Vagotomía y Píloroplastia | | Vaguetomía y Antrectomía | |
|-----------------------------------|---------------------------|-----|--------------------------|-----|
| | No. | % | No. | % |
| Supuración Herida | 7 | 3.9 | 7 | 12 |
| Dilatación Gástrica | 4 | 2.2 | 0 | — |
| Atelectasia Pulmonar | 4 | 2.2 | 1 | 2 |
| Diarreas | 4 | 2.2 | 5 | 9 |
| Dehiscencia Herida Pared | 3 | 1.7 | 1 | 2 |
| Dehiscencia Sutura Duodenal | 1 | 0.5 | — | — |
| Mediastinitis | 1 | 0.5 | — | — |
| Absceso Hepático | 1 | 0.5 | — | — |
| Paresia Intestinal | 1 | 0.5 | — | — |
| Infarto Pulmonar | 1 | 0.5 | — | — |
| Dehiscencia Muñon | — | — | 4 | 7 |
| Dehiscencia Sut. Gastrointestinal | — | — | 1 | 2 |
| Dumping | — | — | 1 | 2 |
| Evisceración | 0 | 1.2 | 0 | 0 |
| Letalidad | 2 | 0.9 | 3 | 4.7 |

RESULTADO DE LAS INVESTIGACIONES POSTOPERATORIAS

HOSPITAL DOCENTE DE EMERGENCIAS
JUNIO, 1962-MAYO, 1967

| Investigaciones | Realizadas | Positivas |
|----------------------|------------|-----------|
| Colecistografía oral | 60 | 0 |
| Hollander | 71 | 5 |

CONCLUSIONES

1. Creemos que en el tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal, la operación de elección, por los buenos resultados que proporciona, con el menor número de inconvenientes, es la vagotomía troncular con píloroplastia.
2. En los casos de úlcera sangrante realizamos la sutura del lecho ulceroso — con ligadura o no de la arteria gastroduodenal según las condiciones locales— y vagotomía con píloroplastia.

3. En la úlcera perforada practicamos vaguetomía con píloroplastia, extirpando o no la úlcera, según la localización de ésta. En los pacientes a los cuales no es posible aplicar esta conducta hacemos sutura y epiploplastia.
4. Debe insistirse en que los fracasos no son del método sino del operador, y que por lo tanto para obtener buenos resultados son condiciones imprescindibles practicar una devaguetomización total del estómago y una píloroplastia amplia que facilite un buen vaciamiento gástrico. Para esto es condición indispensable un buen conocimiento anatómico del vago en la región subdiafragmática y un ajuste perfecto a los lincaamientos trazados para la píloroplastia.
5. En los dos casos de recidiva el anatomopatólogo señaló que en el tejido mandado en el frasco etiquetado

como vago derecho no había material nervioso, o séase que la vagotomía fue incompleta. Uno de ellos se reoperó y se comprobó la presencia del nervio, intacto. Lleva 3 meses de esta segunda operación y está asintomático.

6. De los 5 casos de Hollander positivos, 3 no presentan sintomatología y 2 corresponden a las recidivas.

SUMMARY

A study of results obtained at a teaching hospital with surgical treatment of duodenal ulcer over a period of 5 years has been presented.

284 cases—220 of elective surgery and 64 emergencies—have been operated upon.

221 vagotomies with pyloroplasty and 63 with antrectomy have been performed.

It has been possible to follow up postoperatively. 238 cases.

RESUME

On y présente l'étude des résultats obtenus dans un hôpital d'enseignement par le traitement chirurgical de l'ulcère duodénal pendant une période de 5 années.

On y a opéré 284 cas dont 220 pour indication élective du traitement chirurgical et 64 d'urgence.

On y a réalisé 221 vagotomies avec pyloroplastie et 63 vagotomies avec antrectomie.

Il a été possible de suivre l'évolution postopératoire de 238 des cas opérés.