

ACTUALIDADES

ASPECTOS QUIRÚRGICOS DEL ULCUS GASTRODUODENAL

Prof. E. L. ELIASON. M. D. y L. W. STEVENS. M. D.

Profesor de Cirugía de la Universidad de
Pensylvania.
Cirujano de los Hospitales de Filadelfia.

Instructor de Cirugía de la Universidad de
Pensylvania.
Cirujano A. de los Hospitales de Filadelfia.

A pesar de que aún se conoce poco sobre la etiología de la úlcera gastroduodenal, son ya grandes los adelantos conseguidos en el tratamiento de la enfermedad. Ello se debe a los métodos de diagnóstico cada vez más precisos y a la colaboración íntima entre internistas y cirujanos. Mientras hace veinte años aproximadamente un 40 % de los ulcus gástricos eran intervenidos, actualmente esta cifra oscila entre 15 y 20 %. En el presente trabajo queremos referirnos precisamente a este aspecto del problema, analizando una serie de 100 casos, vistos y tratados quirúrgicamente durante los últimos cuatro años.

Diagnóstico

La *indigestión* constituye el fenómeno que con más frecuencia refieren los enfermos al presentarse al médico en demanda de alivio. De acuerdo con GRIER MILLER, se halla un ulcus gastroduodenal en aproximadamente un 27 por ciento de estos casos. Con anterioridad a 1920 la mayoría de tales enfermos se diagnosticaban de trastornos funcionales, como neurosis gástrica, gastralgia, hiperacidez e hiperclorhidria. Sólo después de las complicaciones de hemorragia, perforación u oclusión aparecía la verdadera naturaleza del proceso. Hoy puede realizarse un diagnóstico precoz mediante el empleo inteligente de los datos que ofrece un interrogatorio detenido y los hallazgos físicos, ayudados por la gastroscopia, el examen radiológico y el Laboratorio. Cuando la historia no concuerda con los análisis de este último, deben repetirse. La interpretación de la historia clínica es generalmente clara, así como los hallazgos gastroscópicos y radiológicos. Una evaluación consciente del conjunto de los datos obtenidos permitirá reducir el número de diagnósticos incorrectos.

Cuando el diagnóstico se haya establecido, el tratamiento es un problema médico. Sólo ciertas complicaciones, perfectamente definidas, exigen la intervención quirúrgica. Las indicaciones que se establecen a este respecto son las siguientes: 1) Perforación, aguda o crónica. 2) Oclusión. 3) Hemorragia. 4) Rebelría al tratamiento médico, y 5) Sospecha o seguridad de transformación maligna.

Perforación

Aproximadamente un 10 % de los ulcus gastroduodenales perforan. Un quince por ciento ocurre en enfermos con una historia antigua de trastornos gástricos o claramente de úlcera. Otro 56 % se presenta cuando ya conocida la existencia del proceso, se hallan bajo tratamiento médico. En ocasiones suceden ciertos fenómenos reveladores de que la perforación es inminente, tales como cambios en la forma corriente del dolor que se hace fijo, bien limitado y penetrante. Estas modificaciones sintomatológicas indican que la úlcera profundiza, y son debidos a la irritación del peritoneo adyacente a la pared abdominal, a la vesícula biliar, páncreas o hígado. Cuando se produce el cambio a que aludimos, es indicio seguro de que corresponde también a graves modificaciones anatomo-patológicas, y es muy interesante instruir sobre ello a los enfermos. La infección de la cavidad peritoneal a causa de la perforación se delata por la aparición súbita de un *dolor en puñalada en la parte alta del abdomen, vientre en tabla y una actitud rígida del enfermo*, quien teme el menor movimiento. Este cuadro presenta algunas diferencias si la perforación queda encapsulada, o si en cambio se disemina el contenido gastrointestinal en peritoneo libre.

La demostración radiológica de aire bajo las cúpulas diafragmáticas es patognomónica de la ruptura de una víscera abdominal hueca. Es éste un dato importante para el diagnóstico diferencial, especialmente en los casos dudosos o atípicos. Ante la presencia de un cuadro clínico claro, no debe perderse el tiempo en buscar la confirmación radiológica, y sin más debe intervenir.

Procedimientos operatorios. El simple cierre de la perforación mediante un refuerzo omental proporciona los mejores resultados. La gastroyeyunostomía no ha sido necesaria en ninguno de los casos de nuestra experiencia personal. Estos enfermos se exploran a través de una incisión vertical alta, en la vaina de los rectos. La duración del período entre perforación e intervención está en razón directa del porcentaje de mortalidad, aumentando por cada hora que transcurre, hasta tal punto que alcanza un 70 % después de 48 horas. La perforación que ocurre en un estómago lleno, aumenta naturalmente las posibilidades de peritonitis. No nos impresionan en modo alguno las objeciones al *drenaje* de la cavidad peritoneal infectada. En el sólo caso en que no se realizó, desarrollóse un absceso subhepático, y fué en el único paciente en que vimos dicha complicación. Más del 60 % de los «exitus» en las perforaciones gástricas son determinados por peritonitis. Nosotros utilizamos corrientemente el drenaje de PENROSE, que colocamos en el área subhepática derecha, e introducimos a través de una incisión en el flanco derecho. De este modo puede aspirarse mucho líquido y contenido gástrico. A veces precisa drenar la pelvis mediante un segundo tubo colocado en la región suprasinfisaria. No hay ninguna prueba suficiente de que el drenaje sea causa del alto coeficiente de mortalidad que le asignan los partidarios de cerrar completamente el abdomen. En nuestros casos no hubo ninguna complicación que pudiera atribuirse al mismo.

Quimioterapia. Recomendamos efectuar una quimioterapia sistemática. En cambio el uso tópico de sulfamidas en la cavidad peritoneal es de valor discutible. En efecto, la experiencia de cinco grandes Clínicas demuestra el hallazgo de cultivos positivos, del líquido peritoneal en 50 % de los casos, al cabo de 10 horas, y en el 80 % a las 12.

Mortalidad. Siguiendo la conducta previamente expuesta; es decir, intervención precoz, oclusión del sitio perforado, drenaje, quimioterapia y succión del contenido gástrico durante las primeras 48 a 72 horas de la intervención, no hemos registrado ningún fallecimiento desde el año 1935, en las perforaciones que operamos en el curso de las primeras 24 horas. En los últimos 15 casos hubo dos «exitus», ambas en enfermos no bien diagnosticados al principio, y llegados a nuestro servicio en muy mal estado. Un operado al cabo de 5 días de la perforación, murió de tuberculosis miliar una semana después. En el otro intervenido después de algunos meses de perforación de un úlcus duodenal, fué drenado un gran absceso, y realizada una resección gástrica, en espera de cerrar la fistula duodenal. El paciente murió a consecuencia de esta última, cuando falló la oclusión espontánea de la misma que la mantenía provisionalmente obturada.

El *cierre de la perforación* tiene un efecto terapéutico definitivo en cierto número de estos enfermos. ESTES aporta recientemente una serie de 8 perforados. Y sólo un 5'6 % de éstos curaron por completo. El 71'7 % requirieron tratamiento médico para dominar los síntomas, y 22'8 % necesitaron para mejorar una posterior intervención u hospitalización. Por lo tanto, se demuestra que la perforación no produce inmunidad, que libre de posteriores trastornos del úlcus. A continuación del acto quirúrgico, los enfermos precisan someterse a un plan terapéutico continuado, de modo análogo a los demás ulcerosos.

En 17 casos de nuestra serie seguidos durante períodos de 4 meses a 4 años a partir de la operación, cerca del 50 % se hallaban hasta dicho momento libres de síntomas. Dos casos fueron reintervenidos en el espacio de dos años, uno por nueva perforación y otro a causa de la tenacidad de los padecimientos. Revisando las historias clínicas de los operados por nosotros a causa de su rebeldía al tratamiento médico durante el período 1939-43, es significativo que más de un 10 % habían sufrido previamente perforaciones.

Oclusión

Esta complicación ocurre debido a una acentuada contractura o edema alrededor de un úlcus vecino a la región pilórica. A menudo el enfermo explica una típica historia de úlcus, anterior en varios años, y con frecuencia con remisión aparente. El cuadro obstructivo puede aparecer al cabo de un largo período de latencia. La sensación de plenitud post-prandial y vómitos; seguidos de náuseas y vómitos de retención, son heraldos de la presencia de obstrucción pilórica y retención gástrica.

Cuando el proceso se acerca a la oclusión completa, la *pérdida de peso* y los *datos radiológicos*, de una retención prácticamente completa, se hacen evidente. En estas circunstancias, puede sospecharse a menudo la presencia de una lesión maligna. En nuestra serie de cien casos, la obstrucción constituía la sola indicación quirúrgica en 17. En 14 más figuraba añadida a otros síntomas.

Estos enfermos requieren la operación. El estómago obstruido debe ser preparado por un drenaje descompresivo durante algunos días. Hay que corregir el balance de líquidos y electrolitos, e intentar mejorar la hiponutrición que inevitablemente existe. Con frecuencia, después de repetidos lavados, la decompresión permite al estómago vaciarse parcialmente al cabo de algunos días; ello se debe con toda seguridad a que ha disminuido el edema asociado.

Procedimientos quirúrgicos.—Una vez con el estómago limpio y vacío, y colocado un tubo de LEVIN, se explora el abdomen a través de una incisión vertical media superior. El procedimiento operatorio a elegir depende de una serie de factores. Si por suerte existe una sencilla oclusión cicatricial del duodeno, sin hiperacidez, basta en general una simple gastroyunostomía retrocólica posterior. Si la lesión obstructiva es gástrica y existe elevada hiperacidez, si el úlcus es agudo; o si hay otras indicaciones quirúrgicas aparte de la obstrucción, la resección gástrica es el procedimiento de elección.

En nuestros últimos 17 casos de obstrucción primaria, a 11 se les practicó gastroyunostomía, y a los restantes resección gástrica. Todos, excepto cuatro, fueron seguidos. Todos estaban libres de síntomas desde cuatro meses a un año y tercio, después de la operación.

Hemorragia

Ante la presencia de un úlcus que sangra, es necesario la más íntima y adecuada colaboración entre internista y cirujano para alcanzar buenos resultados. Una hemorragia evidente aparece en cerca de una tercera parte de los úlcus, y sucede a causa de tan gran variedad de circunstancias que es muy difícil formular reglas definidas para dirigir el tratamiento.

Mortalidad.—Ciertos factores influyen en la mortalidad ante un caso dado. Las úlceras antiguas, induradas, callosas, son peligrosas. Los úlcus agudos, cuando sangran, generalmente no lo son. Las hemorragias cuando se presentan en enfermos jóvenes, son más capaces de cohibirse espontáneamente; en cambio, en los que superan los 50 años son de temer a causa de que sus vasos, esclerosados, no tienen tendencia a contraerse. Los úlcus duodenales determinan con frecuencia mayores hemorragias que los gástricos. Tales úlcus se hallan generalmente en la pared posterior del duodeno, y la hemorragia procede de la arteria pancreático-duodenal o de alguna de sus ramas.

La elevada mortalidad que se atribuye al tratamiento quirúrgico de las úlceras hemorrágicas, es el resultado de intervenir a pacientes profundamente afectados, exangües e incapaces de responder al tratamiento médico del shock y hemorragia. Tanto más cuando que siendo bien conocido actualmente que el tratamiento médico tiene un promedio de mortalidad de sólo un 5 %, el único objetivo de la intervención es salvar los que se puedan de estos últimos. Se ha demostrado ampliamente que no procede esperar a que se vea con claridad que el enfermo va a morir a pesar del tratamiento médico, para llevarlo a la sala de operaciones. En efecto, la mortalidad de los intervenidos en un último y desesperado intento de salvarles la vida alcanza casi el 100 %.

Toda clase de esfuerzos deben ser realizados para determinar precozmente si un enfermo dejará de sangrar bajo los solos efectos del tratamiento médico. Los efectos de repetidos períodos de shock, durante plazos prolongados, son a menudo irreversibles y pueden producir la muerte.

ALLEN considera que cerca del 40 % de los casos que han tenido una intensa hemorragia, no responden al tratamiento médico, y que después de dos de las mismas, fracasa en un 83 % de los enfermos. Opina que deben operarse a los enfermos en períodos precoces, y antes de intervenirlos hay que ponerlos en una disposición adecuada mediante transfusiones.

Examen radioscópico. Cuando no se esté cierto del origen de la hemorragia, conviene fijar, si es posible, el sitio de la ulceración antes de intervenir. Se recomienda, por lo tanto, el examen a la pantalla radioscópica, previa ingestión de papilla baritada durante la hemorragia. Si no hay peligro en alimentar al enfermo en los úlcus hemorrágicos, la ingestión de bario será inocua si se restringe en lo posible la palpación sobre el área sospechosa.

Procedimientos operatorios.— Si el tratamiento médico fracasa al cabo de un tiempo no excesivo, debe intervenir. Hay que administrar sangre en cantidad suficiente antes y durante la operación. Generalmente se trata de una lesión de pared posterior, y el procedimiento a elegir consiste en la extirpación del segmento que lleva la úlcera junto a una resección gástrica razonable. Estos pacientes no deben morir en la mesa de operaciones; en efecto, soportan bien la actuación quirúrgica si no han permanecido demasiado tiempo bajo los efectos nocivos de la anoxia tisular y de una baja presión sanguínea.

En la serie propia de 100 casos, a que venimos constantemente aludiendo, fueron intervenidos 28, en los cuales la hemorragia constituía la única indicación quirúrgica. Dos de estos pacientes se operaron durante una aguda y severa hemorragia, cuyo tratamiento médico había fracasado, y 12 entre ellos habían padecido episodios anteriores más o menos intensos. Los restantes tenían en su haber varios pequeños episodios hemorrágicos. Los resultados consecutivos a la resección gástrica con extirpación del úlcus han sido uniformemente buenos. No han existido defunciones en este grupo de casos.

Rebeldía al tratamiento médico

Cuando los síntomas ulcerosos no responden a un tratamiento médico bien dirigido, está indicada la cirugía. Este tipo de enfermo generalmente presenta hiperacidez. Ha podido comprobarse que al cabo de algún tiempo de realizadas gastroenterostomias o piloroplastias, reaparecen trastornos periódicos o constantes. En efecto, los resultados de tales procedimientos no fueron por completo satisfactorios. Actualmente una resección gástrica parical parece ser la medida más eficaz para el tratamiento de los úlcus rebeldes.

Procedimientos quirúrgicos.— El tipo de resección gástrica más corriente comprende la extirpación del píloro y de la región en que está situada la úlcera del duodeno, y una gastrectomía-subtotal con gastroyeyunostomía término-lateral de BALFOUR y HOFMEISTER. Las posibles complicaciones inmediatas de este procedimiento son el desgarro del muñón duodenal y una boca anastomótica insuficiente. Para prevenir la primera de ellas, comprimimos el muñón duodenal con un «clamp» de PAYER y realizamos una sutura continua con catgut crómico en la base de la compresión. A continuación lo unimos mediante dos capas de sutura de LEMBERT sobre el páncreas. La línea de sutura se refuerza luego mediante un pliegue del epiplón gastro-hepático. Nunca debe suturarse un muñón por encima de una lesión obstructiva.

Para facilitar la anastomosis empleamos un «clamp» de BARLETT-EASTMAN. Colocamos una larga asa yeyunal al nivel de 10 a 12 pulgadas por debajo del ligamento de TREITZ, frente al colon, y aproximamos su extremo proximal a la pequeña curvatura y el distal a la grande. Esta sencilla disposición del asa del yeyuno consigue eliminar los vómitos post-operatorios, al permitir un buen vaciado del yeyuno proximal, según ha demostrado nuestra experiencia.

Este procedimiento, sin embargo, no puede siempre realizarse. En ocasiones, la úlcera puede estar tan adherida al páncreas y circundada por un edema y reacción inflamatoria tan acentuada, que la extirpación del segmento duodenal ulcerado sería en extremo peligrosa. En tales circunstancias empleamos el procedimiento de exclusión de DEVINE, dividiendo el estómago a nivel de 1 1/2 pulgadas por encima del píloro y cerrando el muñón de modo análogo a como se ha señalado para el duodeno.

Las úlceras gástricas rebeldes deben ser intervenidas quirúrgicamente a tiempo, a causa de la posibilidad de transformación maligna. Si una úlcera gástrica no responde al tratamiento médico en el plazo de 3-4 años, debe ser intervenida (pilorectomía y gastrectomía).

HEUER y HOLMAN han estudiado recientemente 163 enfermos a quienes se practicó gastro-enterostomía o resección gástrica a causa de úlcus. En el grupo de gastroenteromizados no existía ningún cambio significativo en la acidez gástrica, si bien un 75 % de tales enfermos estaba clínicamente curado. Mediante resección se obtiene una disminución proporcional a la extensión de la misma. Según la opinión de los autores un tipo de resección compatible con un grado razonable de mortalidad no determina aclorhidria. Por lo demás, aun con la práctica de mínimas resecciones, se obtienen resultados satisfactorios en un 90 % de los operados, si bien sólo en un 25 % existe realmente una disminución de la acidez gástrica. Concluyen, por lo tanto, que es un error extirpar grandes porciones del estómago con el fin de disminuir al máximo la clorhidria. Es mejor practicar resecciones limi-

tadas, mucho menos peligrosas y suficientemente útiles.

En este sentido también HUNT opina que conseguir la aclorhidria no es en modo alguno el objetivo de la cirugía del ulcus gástrico. Considera que la resección que incluye la mitad del estómago es suficiente en la mayoría de casos, reservándose ser más radical en los casos con elevadas cifras de acidez.

Ningún procedimiento quirúrgico puede en la actualidad garantizar al enfermo que no ocurrirán recidivas. Debemos conformarnos, por lo tanto, con extirpar la úlcera y reducir el factor acidez.

Resultados post-operatorios. — En nuestros 100 casos, un 69 % presentaban signos de rebeldía frente al tratamiento médico, como una de las indicaciones, o la sola indicación para la cirugía. No se registró ningún fallecimiento. Insistimos de nuevo en que sólo la resección gástrica con extirpación del ulcus proporciona buenos resultados, seguidos durante periodos que alcanzan de cuatro meses a cinco años. Con el procedimiento de resección gástrica de DEVINE, en el cual no se extirpa la porción duodenal ulcerada a causa de imperativos técnicos, los resultados fueron excelentes en 25 enfermos sobre un total de 29. Los cuatro fracasos consistieron en: persistencia de los signos ulcerosos en dos; perforación abdominal en la bolsa duodenal ulcerada, nueve meses después del acto quirúrgico, en otro de los casos, y finalmente, en el cuarto desarrollóse una úlcera marginal.

Entre los 8 enfermos simplemente gastroenteromizados a causa de ulcus rebelde, tres padecían molestias intermitentes y debían ser clasificados como «resultados deficientes».

Finalmente, de los 3 pacientes tratados con simple escisión local por ulcus rebelde, 2 fueron completos fracasos. A uno de ellos se le había practicado una resección cuneiforme, y más tarde necesitó una gastrectomía subtotal. Al otro le sucedió también una recidiva, pero no fué sometido a posterior intervención.

RESUMEN

Se aportan 100 casos de ulcus gastroduodenal operados en el Servicio C del Hospital de la Universidad de Pensylvania. La mortalidad ha sido de 2 %. Las indicaciones para la intervención fueron: perforación en 8, obstrucción en 8, graves hemorragias en 28 y rebeldía al tratamiento médico en 55, que alcanzan la cifra de 69 % si incluimos algunos de los casos de hemorragias repetidas. No se ha intentado en este trabajo valorar la persistencia de las curaciones, es decir, su mantenimiento transcurridos los cinco años de la intervención. Esperamos en un posterior estudio de casos precoces poder analizar con detalle este importante aspecto.

BIBLIOGRAFÍA

- ALLEN, A. W., y colaboradores. — Ann. Surg. Abril, 1942.
 " " " " Arch. Surg. Marzo, 1942.
 ESTES, W., y colaboradores. — Ann. Surg. Marzo, 1944.
 HEUER, S. H., y colaboradores. — Ann. Surg. Octubre, 1943.
 HUNT y VERNE. — Surg. Gynec. & Obst. Nov., 1941.
 MILLER, T. G., y colaboradores. — *M. Clin. North. America*. Marzo, 1944.
 (The Surgical Clinics of North-America. Philadelphia Number.)

(Cedido para su publicación en «Anales de Medicina y Cirugía», por la Casa Americana de la Embajada de los Estados Unidos de América del Norte, en España).