

Sessió científica del dia 4 de novembre del 1936

1936
115

PRESIDÈNCIA DEL DR. PEYRI

La terapèutica quirúrgica de l'ulcus en boca anastomòtica

pel Dr. MANUEL CORACHAN

L'ulcus en boca anastomòtica constitueix una de les complicacions més desagradables i greus de la cirurgia gastroduodenal. S'observa després d'exclusions pilòriques, de resecció amb exclusió pilòrica, de gastrojejunostomia i de resecció tipus Billroth; i com que una de les operacions indirectes que encara es practiquen sovint en el tractament de l'ulcus gastroduodenal, és la gastroenterostomia, és natural que la major part dels ulcus pèptics postoperatoris s'observin després d'aquesta operació. Així, de les nostres 36 observacions de lesions o trastorns del funcionalisme de la boca anastomòtica, 35 havien succeït a la gastroenterostomia i sols un a la gastrectomia econòmica. Hem d'afegir que un d'ells sofí recidiva després d'una resecció per ulcus en la boca anastomòtica i hagué d'ésser novament resecat. La freqüència amb que s'observa la recidiva ulcerosa després de la gastrojejunostomia, és de difícil apreciar en la nostra estadística d'ulcus, puix en la quasi totalitat dels casos observats la gastroenterostomia havia estat practicada per un altre cirurgià. Benedit ha pogut comprovar que d'entre 732 casos de gastrojejunostomia per ulcus duodenal s'observaren 7 ulcus comprovats operatoriament i 15 diagnosticats per raigs X, la qual cosa dóna una freqüència d'un 2'9 %. Balfour troba la d'un 2'26 %.

En els nostres casos, el malalt més jove tenia 20 anys i fou reoperat al cap de 4 mesos de la gastrojejunostomia. El més vell en tenia 62 i fou operat de la recidiva al cap de 10 anys de la primera intervenció. La mitjana d'edat dels malalts en el moment de la segona operació, queda compresa entre 41 i 50 anys (Quadre I). És curiós anotar també que la majoria de casos d'ulcus postoperatoris s'observen en homes (Quadre II).

La gravetat dels ulcus postoperatoris rau en l'escassa tendència que tenen de guarir i en la freqüència de la perforació en òrgans veïns o en el peritoneu lliure; és a dir, observem les mateixes possibilitats malignes de l'ulcus gastroduodenal, però exagerades. Aquests malalts estan exposats, doncs, a peritonitis difusa, penetració de l'ulcus en la paret abdominal anterior (amb la onsegüent formació de flemons i fistules), al pàncreas, al mesenter de la nan-

sa jejunal, emprada en la gastrojejunostomia, al mesocòlon o còlon transvers. Aquesta última propagació dona lloc a una de les complicacions més greus de l'úlcus postoperatori, ço és, la fistula gastrojejunocòlica.

Actualment s'admet que el contingut gàstric àcid és el factor més important en la producció d'úlceres en la mucosa intestinal pròxima a la boca anastomòtica. Com que la majoria de les úlceres apareixen davant de l'anastomosi, no és possible negar del tot el factor traumàtic que representa l'expulsió del contingut gàstric. Recentment (1934), Mc Master practicant en gossos anastomosis de la boca pilòrica (duodé tancat) a nivells progressivament més baixos del tub intestinal, ha demostrat que la mucosa intestinal és progressivament més sensible del duodé al còlon. Així, no observà cap úlcera en el duodé després de la gastraduodenostomia; després d'anastomosi amb el jejunum s'observaren úlceres en el 45 % i en l'íleon en el 80 %. Després de la gastrocolostomia els gossos presentaren una colitis hemorràgica amb anèmia secundària. La mucosa còlica de la meitat proximal és menys sensible que la de la meitat distal.

A més, després de la gastroileostomia baixa i de la gastrocolostomia s'observà un descens de la clorèmia, pèrdua de pes i sovint diarrea hemorràgica. Les pèrdues de pes i sovint diarrea hemorràgica. Les pèrdues de pes després d'aquestes anastomosis baixes, són degudes en gran part a la falta de digestió i absorció dels aliments per reducció de la superfície intestinal, puix que el budell proximal exclòs és on es fa normalment la digestió; a més, cal comptar amb la ràpida eliminació dels aliments per l'augment d'irritabilitat i del peristaltisme de la porció final de l'íleon i del còlon pel contingut gàstric àcid. Això es el que explica el ràpid afebliment de l'estat en els malalts operats de gastrojejunostomia que presenten mes o menys temps després de l'operació una síndrome ulcerosa típica, no presenten a l'operació secundària cap úlcus de boca anastomòtica, sinó simples zones de gastritis, infiltracions inflamatòries al voltant de l'anastomosi, o be defectes de funcionalisme de la boca anastomòtica o, el que es mes interessant, una persistència de l'úlcus primitiu que motivà la gastroenterostomia. D'aquesta manera, els 36 casos observats per nosaltres i que motiven la present comunicació, es poden descompondre, pel que fa a les lesions trobades en la intervenció secundària, en els grups anotats en el quadre III. De la seva lectura es dedueix, doncs, que la majoria dels úlcers estan localitzats en la boca anastomòtica; que per ordre de freqüència, segueix la localització en la nansa eferent, i que, en canvi, es rara la localitzada en la nansa aferent (un sol cas), la qual cosa s'explica fàcilment perquè aquesta nansa està banyada pels sucs pancreàtics i biliar, alcalins. També es pot observar en la nostra estadística el nombre força considerable (27'75 %) de casos en que es troba la típica úlcera pèptica postoperatoria, sinó altres lesions suficients per a donar greus molèsties al malalt, i que es guareixen amb la reseció de l'úlcus ultra la del pilor, antre i duode.

El tractament de l'úlcus pèptic postoperatori es molt difícil. El tractament mèdic es ineficaç. Les operacions pal·liatives, tals com una nova gastrojejunostomia o la simple jejunostomia per posar en repòs l'úlcera, gairebé no fan res, i en certs casos serveixen encara per complicar la situació. El tractament més lògic i radical es la reseció ampla de l'estómac junt amb la gastrojejunostomia; en els casos complicats de fistula jejunocòlica, s'ha de resecat també en

alguns casos, el còlon afectat. Cal dir abans de passar endavant, que la simple degastroenterostomització preconitzada recentment per alguns autors, es una operació dolenta; en la nostra estadística existeix un cas en el qual, per haver trobat una boca aparentment normal, es practicà una degastroenterostomització i al cap de nou mesos hague d'esser operat novament i se li practicà una resecció tipus Reichel-Polya i el malalt guarí definitivament.

Pero, la resecció gàstrica per ulcus pèptic postoperatori constitueix una de les operacions abdominals mes difícils i si a això s'afegeix l'estat general precari en que es troben sovint aquests malalts, ens explicarem be l'enorme gravetat d'aquestes operacions. En la majoria dels casos es tracta de malalts que, operats de gastrojejunostomia per un ulcus gàstric o duodenal, veuen reapareixer els símptomes ulcerosos despres de mes o menys temps d'operats, i aquesta recidiva de les molèsties els desenganya respecte a l'eficàcia de la cirurgia, i es resisteixen a sotmetre's a una nova operació en la que no confien. Quan es decideixen a reoperar-se es que els símptomes s'han fet intolerables i per això mateix llur estat general es deficientíssim.

Així, doncs, la dificultat tècnica de l'operació i el mal estat general dels malalts que hi són sotmesos, expliquen prou be el mal pronòstic que aquesta cirurgia comporta i la gran mortalitat de què va seguida. (Quadre IV). D'entre els 36 casos observats en total, és a dir, inclosos els casos en bones condicions operatòries i els casos en què el malalt estava en franca caquèxia, com els tres casos de fistula gastrojejunocòlia, resultaren 15 defuncions. Si excloem aquests 3 casos de fistula, i tenim en compte només els 33 de simple ulcus de boca anastomòtica, hem obtingut el guariment en 21 casos (63'65 %) i 12 defuncions (36'35 %). Les causes de mort postoperatòria es poden agrupar com segueix:

Complicacions respiratòries.	5 casos
Fall de sutura	2 "
Hematèmesi	2 "
Hemorràgia intraperitoneal.	1 "
Flemó gasós de la cuixa	1 "
Shock operatori	1 "
Falta de comprovació necròpsica	3 "
Total	15 casos

Aquests resultats indiquen que la cirurgia de l'ulcus pèptic postoperatori és difícil i de resultats desagradables. Hi ha casos que plantegen al cirurgià un veritable problema quirúrgic, i això explicaria potser el gran nombre i varietat de tècniques quirúrgiques emprades i recomanades. És, doncs, natural que, al costat de la delicada preparació preoperatòria que aquests malalts requereixen per a posar-los en les millors condicions possibles de resistir un acte operatori llarg i complicat, té una gran importància la tècnica operatòria emprada. Es indubtable que l'experiència i habilitat manual del cirurgià, ultra la sistematització d'una tècnica operatòria adequada, tendiran a millorar els resultats obtinguts en aquesta cirurgia tan difícil.

En la meua estadística, llevat d'alguns pocs casos en què per haver trobat una boca funcionalment normal, he practicat solament una resecció de l'antre

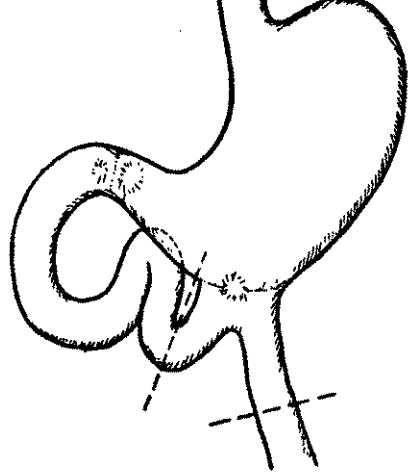


Fig. 1

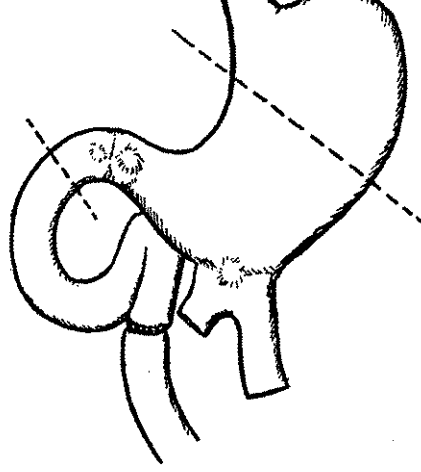


Fig. 2

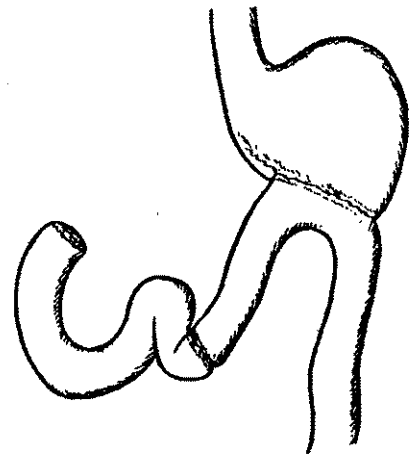


Fig. 3

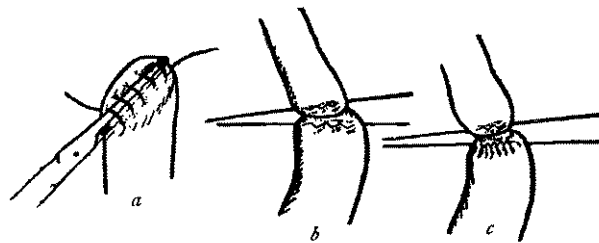


Fig. 4

Sutura tèrmino-terminal a boca tancada de HYLAND KERR i PARKER

- a) Aplastat i seccionat el budell amb una pinça de forci-pressió, es fa una sutura ontinua que abarqui la pinça en el seu interior.
- b) Es retira la pinça i s'estira el fil. S'acaren els dos caps de budell.
- c) En el cap de budell dilatat, s'acorra el budell suturat sobre el fil pesat tens fins que la línia d'incisió sigui de la mateixa amplada que la

conservant l'esmentada boca, i d'un cas ja esmentat de degastroenterostomització, que fracassà, en tots els altres casos he procedit a la pràctica d'una operació ampla i radical, és a dir, de la resecció de l'estómac i de la boca anastomòtica.

En la pràctica d'aquesta operació, l'experiència m'ha ensenyat molt i convençut a més, de la importància de millorar la tècnica d'aquesta complicada resecció: he de confessar que en el transcurs dels anys he anat canviant el tipus de resecció fins al moment actual en què la tècnica que preconitzo sembla que és la que m'ha donat millors resultats.

Ja he dit que la resecció ha d'ésser ampla, que ha de comprendre la porció d'estómac corrent en tota gastrectomia parcial, ultra la boca de la gastroenterostomia tallant les nanses jejunals lluny d'ella per tal de facilitar la dissecció del bloc format per la boca anastomòtica; cal convenir en què el temps operatori més difícil és el de la mobilització del mesocòlon per dissecar la boca anastomòtica, ja que el procés inflamatori fa difícil aquest temps, i cal anar molt amb compte de no ferir els vasos còlics que transcorren pel mesocòlon. Després d'aquesta resecció queden, com és sabut, quatre boques (la duodenal, la gàstrica i les dues jejunals) que han d'ésser suturades de manera que sigui restablerta la continuïtat del tub digestiu. En el tractament d'aquest quatre caps digestius, en la manera d'anastomosar-los i en la tècnica emprada en això rauen les successives modificacions que he seguit fins al moment actual.

Abans, després de la resecció restablía la continuïtat del tractus digestiu anastomosant els dos caps jejunals, proximal i distal, a la boca de secció gàstrica, previament reduïda si era massa grossa. Però, aviat vaig abandonar aquest procediment que presenta certes dificultats en la sutura dels dos caps jejunals a l'estómac, i vaig adoptar el mètode operatori seguit de la gastroenterostomia de Roux, o sigui, tancat el monyó duodenal, s'anastomosa el cap jejunal distal amb la boca gàstrica, previament reduïda en la seva grandària, mitjançant una sutura tèrmino-terminal; llavors s'anastomosa el cap jejunal proximal a la nansa jejunal distal, mitjançant una anastomosi tèrmino-lateral. Aquesta anastomosi té l'inconvenient de deixar un segment de jejúnum, el comprès entre l'anastomosi gastrojejunal i l'anastomosi inferior jejuno-jejunal, banyat únicament i exclusivament pel contingut gàstric àcid. puix les secrecions alcalines pancreàtica i biliar procedents del duodè, s'aboquen al jejúnum per la ja esmentada anastomosi jejuno-jejunal inferior. Ja hem dit que segons els recents treballs experimentals Mc Master, el factor principal en la producció d'úlceres és precisament l'acció del contingut gàstric àcid damunt la mucosa intestinal. Una confirmació clínica d'aquesta teoria patogènica la trobem en la instructiva història d'un pacient de la nostra estadística; es tractava d'un malalt de 53 anys que en feia 28 havia estat operat d'úlcus gàstric o duodenal (no es pogué precisar la localització de l'úlcer primitiva) mitjançant una gastroenterostomia; el malalt passa bé la llarga temporada d'uns 19 anys i un bon dia el malalt diu que s'ha empassat una espina de peix; és operat novament, i efectivament, per un trau practicat a l'estómac s'extreu l'espina que estava enclavada en la boca de la gastrojejunostomia; a partir de llavors apareix una síndrome ulcerosa que es va agreujant, fins que 8 anys després l'operem i trobem una úlcera jejunal; practiquem una resecció amb anastomosi gastrojejunal de tipus Roux. En la patogènia d'aquesta úlcera postoperatòria es troben,

evidentment, reunits els dos principals factors patogènics de l'úlcer, o sigui, l'acció del suc gàstric àcid i el factor traumàtic (espina de peix). Doncs bé, aquest malalt hagué d'ésser reintervingut 4 anys més tard i se li trobà una úlcer localitzada en el segment jejunal de què hem parlat fa poc. Aquest malalt es guarí després d'una nova resecció segons el tipus d'anastomosi que ara anem a exposar.

Per tal d'évitar la possible repetició de recidives com la que acabem de descriure, hem abandonat la resecció de tipus Roux i l'hem substituïda per la de tipus Polya (fig. 1 a 3); és a dir, després de la resecció de l'estómac i de la nansa jejunal d'anastomosi, procurem col·locar-nos en les mateixes condicions que quan operem una simple úlcer gastroduodenal. El mètode consisteix en el següent: practicada la resecció, restablím la continuïtat intestinal, fent una anastomosi dels dos caps jejunals amb una sutura término-terminal i llavors, escollint un segment de jejúnum un xic per sota d'aquella anastomosi, fem la gastrojejunostomia segons el mètode de Polya o Reychel-Polya. Aquest procediment ens ha donat excel·lents resultats en els nostres últims operats, ja que ha disminuït el percentatge de mortalitat postoperatoria de 39'28 % a 20 %, xifres prou eloqüents perquè calgui comentari. Aquests resultats són deguts sense dubte a què amb aquesta tècnica actuem quirúrgicament en teixits intestinals sans, ja que podem fugir en fer les seccions intestinals, de les zones malaltes (boca anastomòtica), puix que és possible reduir el cap aferent a la seva mínima extensió, i en fer la nova anastomosi gastrointestinal, podem treballar igualment damunt teixit sa. La pràctica de l'anestèsia d'esplànics i els miraments pre i postoperatoris, especialment la transfusió sanguínia, són també de gran importància.

Hem cregut de gran interès divulgar aquesta tècnica, original per altra banda, ja que revisant la literatura després d'un any de pràctica, no hem trobat publicat més que un sol cas en què es portés a cap aquesta tècnica; aquest pertany a Charrier que el publica sense fer comentaris sobre el guariment del malalt ni sobre la importància de la tècnica emprada.

Un detall tècnic al que concedim importància, és la forma de fer l'anastomosi término-terminal del budell, la sutura a boca tancada segons la tècnica aconsellada en 1907 pels cirurgians nordamericans Hyland Kerr i Parker, poc coneguda i emprada en la pràctica i que creiem que pels bons resultats que amb ella s'obtenen val també la pena d'insistir-hi. La tècnica d'aquesta anastomosi és indicada en la fig. 4.

CONCLUSIONS

La gastrojejunostomia és l'operació que proporciona més casos d'úlcera pèptica postoperatoria.

Donada la gravetat d'aquesta lesió i de les dificultats del seu tractament, s'ha de tendir a reseccar amplament en els casos d'úlcus gastroduodenal en lloc de practicar la simple gastrojejunostomia. De totes maneres hem de remarcar que, quan per dificultats o per falta d'experiència hom no cregui oportú fer la resecció, que es faci la gastrojejunostomia el més alta possible, i insistir ales-

hores perquè el malalt es presti a ésser reoperat aviat; llavors es farà la resecció, aprofitant la boca de gastrojejunostomia feta en l'operació anterior.

Davant d'un ulcus pèptic postgastrojejunostomia, l'únic tractament radical és la resecció ampla de l'estómac i de la boca anastomòtica.

El tipus d'anastomosi que millors resultats ens ha donat després d'aquesta ampla resecció, és el darrer esmentat, o sigui el de l'anastomosi tèrmino-terminal dels dos caps jejunals i gastrojejunostomia segons el mètode de Polya o Reichel-Polya.

QUADRE I

Proporció segons l'edat, de l'ulcus en boca anastomòtica.

De 21 a 30 anys	9 casos
„ 31 a 40 „	6 „
„ 41 a 50 „	13 „
„ 51 a 60 „	7 „
„ 61 a 70 „	1 „
	<hr/>
	Total 36 casos

QUADRE II

Freqüència de l'ulcus en boca anastomòtica segons el sexe.

Homes.	34 casos	94'45 %
Dones	2 „	5'88 %
	<hr/>	
	Total 36 casos	

QUADRE III

Tipus de lesió en boca anastomòtica

Ulcus de la boca anastomòtica.	15 casos
Id. de la nansa eferent	8 „
Id. de la nansa aferent	1 „
Fístula gastrojejunocòlica	3 „
Gastritis de la boca anastomòtica	5 „
Infiltració inflamatòria de la boca anastomòtica	2 „
Persistència de l'ulcus primitiu.	2 „
	<hr/>
	Total 36 casos

QUADRE IV

Mortalitat dels operats per lesions en boca anastomòtica.

3 casos de fístula gastrojejuncòlia . . .	100 ‰	
33 „ de lesions de la boca anastomòtica	36 ‰	
Amb la tècnica antiga . . .	39'38 ‰	} 36'35 ‰
Amb la tècnica actual . . .	20'00 ‰	