

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Volumen 26

Bogotá, Abril y Mayo, 1958

Nos. 4 y 5

ACTUALIZACIONES

Tratamiento Quirúrgico de la Ulcera Péptica

Dr. Alberto Morales Gilede

Jefe de Clínica Quirúrgica

El tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica en sus dos variedades más frecuentes, la úlcera gástrica y la duodenal, ha sido motivo de múltiples estudios y variadas técnicas, tratando de resolver este problema, uno de los más intrincados y apasionantes de la medicina moderna dada la creciente incidencia de la afección.

En los últimos 60 años se han ideado muchos procedimientos quirúrgicos, de los cuales son muy pocos los que han podido resistir la prueba del tiempo pues no llenaron a cabalidad su cometido debido al complejo mecanismo fisiopatológico que constituye el síndrome ulceroso.

En el presente trabajo trataremos de revisar dicho tratamiento a la luz de los conocimientos actuales, estudiando cuándo deben ser realizados los procedimientos quirúrgicos empleados, los cuidados que dichos procedimientos requieren y los resultados obtenidos por medio de la cirugía en la época presente.

Queremos aquí destacar que en esta compleja entidad clínica, la personalidad del enfermo, juega papel importantísimo en el éxito terapéutico y que cada uno de ellos debe ser tratado de acuerdo con las modalidades propias de esa personalidad sin poder establecer una pauta fija de tratamiento. Parece que hubiera

sido, —refiriéndose al ulceroso—, que tuvo su origen el aforismo inmortal que cada día es más cierto, de que “no hay enfermedades sino enfermos”.

Así pues, dividiremos el tema en los puntos siguientes:

1º—Indicaciones quirúrgicas de la úlcera péptica.

2º—Tratamiento pre y post operatorio.

3º—Técnicas quirúrgicas usadas actualmente y procedimientos empleados según el tipo y localización de la úlcera.

4º—Resultados.

1º — INDICACIONES QUIRURGICAS DE LA ULCERA PEPTICA. CONTRAINDICACIONES

El tratamiento primario de la mayoría de las úlceras pépticas es médico y la cirugía se reserva para las úlceras complicadas y para un grupo selecto de las no complicadas.

Se utiliza el tratamiento quirúrgico en las eventualidades siguientes:

a) Todas las úlceras pépticas perforadas.

b) Aquellas con obstrucción asociada del píloro o del colédoco o produciendo deformación en reloj de arena.

c) Cuando se encuentran complicadas con una hemorragia anemisante, la cual haga perder al paciente sangre en forma masiva, y si la presencia y el sitio de la úlcera son conocidos por estudios radiológicos previos o presentes. La operación está particularmente indicada si el enfermo es mayor de 45 años, pero también lo está para pacientes más jóvenes si su vida está amenazada por la extensión de la hemorragia.

d) En el caso de úlceras pépticas que hayan tenido repetidos episodios de hemorragia masiva en el pasado, aunque al presente el paciente no sangre en absoluto, o muestre solo pequeñas cantidades de sangre oculta en las heces.

e) Aquellas lesiones ulcerosas que no responden a una prueba razonable de tratamiento médico. Igualmente las úlceras pépticas con o sin hipercloridria asociada, las cuales respondieron a la terapia médica en el pasado, pero que presentan recurrencias periódicas de síntomas de tal severidad y con tal frecuencia, que los individuos que las padecen no pueden llevar una vida normal.

f) Las úlceras duodenales o gástricas con acidez excesiva del jugo gástrico.

g) Dentro de las úlceras gástricas, deben operarse las que están asociadas con aclorhidria y cuyo nicho es demostrado radiográficamente. De la misma manera las que dentro de esta variedad se sitúan según comprobación radiológica en la curva mayor o en la curva menor, distales a la "incisura angularis"; en esta, debe ensayarse tratamiento médico y si no hay evidencia de mejoría a las dos semanas, deberá intervenirse. Igualmente, toda úlcera gástrica que no muestre evidencia de curación después de tres semanas de terapia médica o la que aunque mejore inicialmente, persista por más de un mes.

h) Las úlceras duodenales asociadas con deformación radiológica marcada del piloro y antró, causada por gastritis ulcerativa, debido a que en estos casos el tratamiento médico es raramente exitoso.

i) Las úlceras gástricas o duodenales que sean excepcionalmente grandes.

j) La coexistencia de una úlcera gástrica y otra duodenal, y una úlcera gástrica con deformación del duodeno como secuela de una antigua lesión ulcerosa.

k) Recurrencia de la úlcera asociada con síntomas intratables, a continuación de:

k') Una o más series de tratamiento médico.

k'') Simple sutura de una perforación aguda.

k''') Escisión en cuña o en V de la úlcera o cualquier tipo inadecuado de operación.

k'')") Transfixión y obliteración por suturas del cráter ulceroso, para dominar una hemorragia severa.

k'") Vagotomía.

1) Las úlceras marginales en el sitio de una boca de gastroenterostomía previamente realizada o en el sitio del estoma gastro-yejunal formado en una gastrectomía parcial.

Dentro de estas indicaciones destacaremos algunos detalles importantes debido a que en la actualidad la experiencia ha variado criterios y modificado procedimientos terapéuticos. Al mismo tiempo hacemos énfasis en otros que tienen fundamental importancia para proteger a los pacientes víctimas de la úlcera péptica de complicaciones que si pasan desapercibidas o no son tratadas en tiempo oportuno lo conducirán a la producción de lesiones irreparables.

Al efecto revisaremos los siguientes puntos:

- a) Perforación de las úlceras.
- b) Obstrucción pilórica.
- c) Hemorragia.
- d) Sospecha de malignidad en el *ulcus gástrico*.

A. — PERFORACION DE LAS ULCERAS

La perforación libre a la cavidad abdominal, fue considerada por muchos años como una indicación incuestionable para intervención quirúrgica inmediata. En la actualidad sin embargo hay una amplia experiencia en el tratamiento conservador de esta complicación con succión gástrica continua, líquidos parenterales y antibióticos, que parece haber dado buenos resultados en algunos casos, siempre que se lleve un riguroso control de los pacientes. Sin embargo, se duda de indicar esta conducta como la de elección en aquellos pacientes que han sido vistos poco tiempo después de ocurrida la perforación. Se emplea este procedimiento cuando el comienzo de la complicación estudiada lleva ya algún tiempo de evolución.

La operación inmediata parece ser aún, el procedimiento de elección y la técnica quirúrgica más sencilla y rápida de realizar consiste en el simple cierre de la úlcera aplicando por encima de la sutura un fragmento de epiplón. No es aconsejable realizar gastrectomía sub-total como de rutina para las úlceras perforadas aun cuando esta operación no presente dificultades técnicas. Sin embargo hay más de un 50% de posibilidad que el paciente con perforación en peritoneo libre requerirá una gastrectomía sub-total.

Cuando la perforación ha ocurrido temprano en la evolución de la úlcera o si el enfermo no ha tenido previamente el beneficio de un tratamiento médico adecuado, éste debe ser instituido después del cierre de la perforación y continuado por un razonable período de tiempo como una terapéutica de prueba a pesar de que la posibilidad de la respuesta al tratamiento medicamentoso es menor que en el promedio de las úlceras no complicadas.

La penetración de un cráter ulceroso y el desarrollo de la llamada "perforación limitada" puede ser sospechada por difusión del dolor abdominal, dolor dorsal y nocturno y falla de obtener alivio dentro de 72 horas, teniendo el paciente hospitalizado y sometido a un rígido tratamiento médico, o por la demostración radiológica de un nicho accesorio. La adherencia de la base del cráter ulceroso a las estructuras vecinas, (más a menudo al páncreas) interfiere con el proceso de la curación y predispone a la recurrencia prematura.

La intratabilidad de los síntomas es más a menudo debido a la perforación limitada y ha sido la indicación de intervención, siendo el procedimiento habitual, la gastrectomía sub-total. Sin embargo un breve período (10 a 12 días) de reposo fisiológico del estómago es deseable preoperatoriamente para reducir la reacción aguda inflamatoria y las resultantes dificultades técnicas de la resección.

B. — OBSTRUCCION PILORICA.

La obstrucción pilórica no es usualmente debida a cambios cicatriciales y a estenosis orgánica sino a una combinación de edema, espasmo y reacción inflamatoria en la región de la úlcera. Usualmente responde a un tratamiento de reposo gástrico, comen-

zando con un breve período en el cual todo alimento es omitido y se administran fluidos por vía venosa. El estómago se conserva vacío por aspiración. Pequeñas cantidades de alimentos líquidos, comenzando con leche, se introducen gradualmente. Durante este tiempo, el control de líquidos y electrolitos es necesario. Si evolucionan favorablemente, la dieta puede ser aumentada poco a poco pero si la evidencia de que la estenosis gástrica permanece, la cirugía está indicada. En estas circunstancias la gastrectomía subtotal es la operación de elección. Los pacientes que no requieren intervención inmediata debido a la evidencia de que la obstrucción mejora, necesitan una estricta vigilancia médica y un cuidadoso control dietético. Las recurrencias de la actividad ulcerosa son muy comunes después de esta complicación y cada una de ellas tiende a crear un grado mayor de bloqueo pilórico aumentando la probabilidad de que la intervención quirúrgica será finalmente necesaria.

C. — HEMORRAGIA

Cada enfermo sangrante debe ser considerado como un problema individual y por lo tanto no se pueden dar reglas para el tratamiento de la úlcera hemorrágica. No existe una fórmula que pueda reemplazar el juicio clínico que se necesita para decidir cuándo el tratamiento médico es inútil y la intervención se hace necesaria.

Existe actualmente la tendencia de seguir una investigación que llegue en forma rápida, a un diagnóstico de lesión en el paciente que presenta hemorragia digestiva. Se emplean varias medidas para llegar a dicho diagnóstico, tales como una prueba de Bromosulfaleína para afirmar o infirmar las várices sangrantes debidas a cirrosis; la prueba de la cuerda o el paso de una pequeña sonda de plástico hasta el estómago para determinar el nivel de la hemorragia; examen radiológico temprano y cuidadoso para buscar várices, úlcera o neoplasia, contrariamente a los conceptos antiguos de que dicho examen debía hacerse pasado algún tiempo después de la hemorragia. En ciertos casos, además, se utiliza la esofagoscopia o la gastroscopia, siendo todos estos procedimientos ayudas diagnósticas de mucho valor. Cuando se combinan con un estudio clínico completo del paciente, se reduce considerablemente el número de casos en los cuales la causa de la hemorragia no ha podido ser encontrada. Sin embargo en algunas oca-

siones no puede realizarse este estudio del enfermo debido a sus condiciones, tales como el Shock en que se demoraría peligrosamente el tratamiento que requiere.

Varios métodos han sido descritos para evaluar la severidad de la hemorragia producida por la úlcera. Ellos incluyen determinación de la respuesta a las transfusiones sanguíneas. Otros (Bockus) describen un test en el cual los cambios de la presión sanguínea y otros signos vitales son usados como índices de Shock inminente en los pacientes que sangran.

La operación de urgencia está indicada cuando la hemorragia masiva llega o está cercana al nivel del Shock requiriendo de 2.000 a 2.500 c.c. de sangre por día durante 24 o 48 horas para mantener estables las constantes hemodinámicas y restaurar el volumen sanguíneo. En estos casos se operará cuando la hemorragia es continua e incontrolable o en el caso de que se produzca una repetición temprana (usualmente dentro de 3 días) de un episodio sangrante intenso después de aparente y temporal detención de la hemorragia.

Cuando el paciente se ha recuperado de la urgencia de la hemorragia masiva, la resección gástrica es aconsejable por repetición de episodios hemorrágicos grandes o pequeños aun cuando ellos hayan respondido a medidas conservadoras en el pasado. La historia previa de la úlcera en estudio y el riesgo quirúrgico que ella encierra, deben ser evaluados en la desición de la cirugía electiva.

D. — SOSPECHA DE MALIGNIDAD (ULCERA GASTRICA)

Es este un punto de capital importancia debido a lo que representa en el futuro del paciente y por la misma razón, debe ser estudiada en forma amplia.

La intervención a la mayor brevedad posible es imperativa para todo enfermo que tenga evidentemente un carcinoma ulcerado según criterio radiológico. Igualmente, la sola sospecha de malignidad constituye una obligatoria indicación para intervención quirúrgica sin la demora de una "prueba terapéutica". Esta sospecha debe basarse sobre alguna evidencia cierta y no

justifica el criterio de que el hecho incontrovertible para diferenciar la úlcera benigna de la maligna sólo puede realizarse con certeza por examen histológico: este argumento es usado por algunos cirujanos para justificar la resección en cada caso de úlcera gástrica. Es necesario mucho valor para no asumir este arbitrario plan de tratamiento y requiere considerable experiencia y razonado juicio por parte del internista o del cirujano que acepta esta responsabilidad frente a la sospecha de malignidad.

Sin embargo, muy pocos carcinomas ulcerados serán vistos si la cirugía es indicada en forma inmediata por la sospecha de malignidad, basada sobre la evidencia de hallazgos en cualesquiera de los siguientes exámenes: radiografías, observaciones gastroscópicas, estudio citológico, análisis gástricos o la localización de la úlcera. También, la falla de una lesión ulcerada en alguna parte del estómago para mejorar proporcionalmente durante una breve "prueba terapéutica" puede hacer sospechar malignidad a pesar de que los exámenes iniciales no lo sugieran.

La malignidad puede ser sugerida por la apariencia radiológica de la úlcera o del estómago adyacente. Ulceración dentro de una masa, un defecto de llenamiento alrededor de una úlcera (vista de frente), un cráter aplanado más bien que un nicho, tráctectado del límite normal de las paredes del estómago, rigidez de la base de la úlcera, son todas características de úlceras malignas gástricas. El típico signo del menisco, de Carman, atribuido al carcinoma, es visto con poca frecuencia excepto en el área prepílorica. La porción lesionada del estómago puede no mostrar alteraciones; secundariamente se observa espasmo antral. Los pliegues radiados que convergen al borde de un crater ulceroso, aunque usualmente se asocia con una lesión benigna, puede ser demostrado en una proporción del 10% de úlceras malignas (Mars-hak). Sin embargo, la dureza, irregularidad y presencia de nódulos de la mucosa adyacente a la úlcera deben ser miradas como sospechosos de degeneración maligna.

A pesar de que muchos gastroscopistas están de acuerdo de que no hay criterio para diferenciar seguramente entre una lesión benigna o maligna, los principales signos gastroscópicos de la malignidad de las úlceras son hemorragia del borde de la úlcera, pequeñas ulceraciones en la vecindad de la misma y color rojo oscuro de la pared ulcerosa.

La observación gastroscópica de aumento de rigidez de la pared del estómago o irregularidad y nodularidad de su mucosa pueden hacer sospechar malignidad. Una biopsia positiva tomada por gastroscopia será una indicación quirúrgica sin demora, pero un resultado negativo no impedirá una decisión para operar basado sobre otros hallazgos. Igualmente, el examen citológico (Papanicolaou) tomado por medio de lavado gástrico el cual sugiere cambios malignos, constituye indicación para una pronta intervención quirúrgica.

La demostración de aclorhidria absoluta refractaria a la histamina en repetidos análisis gástricos constituye una evidencia hacia la malignidad aunque pruebe otra cosa el examen histológico de la úlcera gástrica resecada.

La localización de la úlcera por sí misma no es un dato seguro para distinguir entre lesiones benignas y malignas. Tanto unas como otras se pueden encontrar en cualquier región del estómago. Está generalmente establecido que las úlceras en el área prepilórica y a lo largo de la curva mayor tienen una mayor incidencia de malignidad. No hay acuerdo sobre la incidencia de carcinoma en úlceras gástricas para estas localizaciones. Existen varias razones que explican por qué las estadísticas sobre este punto no son comparables: algunos reportes se refieren sólo a los casos operados y el porcentaje de ellos varía entre 26.8 y 100% en las diferentes clínicas de U. S. A. También, los patólogos difieren en su criterio para los cambios malignos.

Sin embargo, estudiando estos porcentajes, hay justificación para realizar tratamiento quirúrgico en la mayoría de los pacientes con localización prepilórica de úlcera. No sólo el carcinoma se sitúa más comúnmente en esta región que en cualquier otra parte del estómago, sino que también la úlcera benigna en el área prepilórica no responde bien al tratamiento médico. La ulceración en esta área está sujeta a recurrencias más frecuentes debido a su actividad motora aumentada y a la acción abrasiva de los residuos alimenticios en el segmento prepilórico. Igualmente, las úlceras prepilóricas son más difíciles de evaluar desde el punto de vista radiológico porque son difíciles de estudio pues se pueden acompañar de espasmo antral, o estar asociadas con estenosis por hipertrofia pilórica y con frecuencia no se pueden ver de perfil. Pueden presentar un defecto de llenamiento asociado, debido a

edema, inflamación o espasmo. La diferenciación de úlcera benigna con carcinoma ulcerado es, por tanto, más difícil en el área prepilórica que en cualquier otra y una gran probabilidad de error en el diagnóstico será encontrado con tratamiento médico en dicha región. Se debe insistir en una completa y persistente desaparición del cráter y todo defecto adyacente por frecuentes observaciones radiológicas, en aquellos casos en los cuales se ha empleado tratamiento médico.

Las úlceras de la curva mayor no son necesariamente malignos y hay abundante literatura sobre úlceras benignas en esta localización. Sin embargo, la probabilidad de malignidad es tan grande en esta zona, que las lesiones de la gran curva deben ser tratadas como malignas por pronta intervención quirúrgica.

CONTRAINDICACIONES DE OPERACION

Especialmente estará contraindicada la intervención en los siguientes grupos de enfermos.

1º—Aquellos que presentan úlceras duodenales sin complicaciones, especialmente si estas estuvieron presentes por breve tiempo.

2º—Todos los pacientes de menos de 30 años de edad, salvo que sus úlceras sean complicadas.

3º—Todos los pacientes de más edad siempre que sus síntomas sean leves y no afecten su eficiencia.

4º—Todos los pacientes cuya úlcera esté complicada con alguna condición médica que torne azarosa su intervención.

5º—Los enfermos psiconeuróticos con tractos intestinales hiper-irritables y cuyas úlceras no están complicadas por repetidas hemorragias u obstrucción pilórica.

2º — TRATAMIENTO PRE Y POST OPERATORIO

En cuanto a los cuidados pre y post - operatorios consideraremos tan sólo las modalidades propias de la cirugía gastro intestinal pues las normas generales son de todos conocidas.

El ulceroso péptico que va a ser sometido a intervención quirúrgica es un enfermo crónico que por la índole misma de su afección está mal nutrido bien sea por prescripción médica o porque voluntariamente se priva de la alimentación común para protegerse de los molestos síntomas que ella le acarrea. Con mayor razón si la operación se va a realizar para el tratamiento de alguna complicación aguda. Por las anteriores razones, el paciente debe ser colocado en condiciones óptimas para la intervención, haciendo un cuidadoso estudio clínico y una evaluación humoral en la cual se hace hincapié especial en el cuadro hemático, proteínaemia y dosificación de electrolitos. Los focos sépticos (caries dentarias) serán tratados previamente. La capacidad vital será medida.

Como son frecuentes la avitamínosis, la anemia y la hipoproteinemia, se les tratará convenientemente tanto para cubrir las necesidades actuales como para prevenir los efectos del régimen carencial en que se encontrará el enfermo después de la operación. También se asegura la volemia y la reserva de glucógeno con Sols. dextrosadas en A. D. o solución salina y si es necesario, soluciones electrolíticas.

La víspera de la intervención se hará un lavado gástrico muy completo con solución salina hasta que el agua salga limpia y se pasa a la sala de operaciones con una sonda de Levine en el estómago. Si hay retención gástrica se coloca succión continua en los días anteriores con el objeto de disminuir la dilatación y la inflamación de las paredes gástricas sobre las que se va a intervenir.

La premedicación anestésica es la usual para toda intervención de cirugía mayor y el método de anestesia varía, siendo los más usados el regional, bien sea por Raquianestesia total o fraccionada o la Anestesia Epidural que además de tener la ventaja de producir bloqueo localizado el sitio operatorio, puede continuarse durante el post operatorio evitando las molestias que entrañan el dolor y la distención abdominales. Sin embargo el método más utilizado es el de la anestesia general empleando ciclopropano —eter— oxígeno por intubación endotraqueal.

Durante la intervención se aplicarán soluciones dextrosadas por vía endovenosa y si se trata de operaciones de cirugía mayor

que producen traumatismos quirúrgicos de consideración, o hemorragia abundante, se emplean transfusiones de sangre total.

Dentro del período post-operatorio tenemos varias medidas de importancia, aparte de las clásicas, tales como la posición del enfermo, sedación del dolor, antibioticoterapia profiláctica o curativa de la infección etc. Dichas medidas especiales serán las que detallaremos a continuación.

En primer lugar la succión continua que se hace a través de una sonda (—Levine, Ryle, Robson - Abbott de doble luz por aspirar el estómago y proporcionar alimento a nivel del intestino) que se le coloca al enfermo, antes de la operación y se fija a la mejilla, a la nariz o a la frente, mediante esparadrapo. Durante la intervención el anestesista mantendrá la succión gástrica y después de ella, la aspiración se efectuará cada hora o cada 2 horas, o en forma continua por el sistema de Wangensteen o por aspirador mecánico. El tiempo de duración de la succión varía entre 24 y 72 horas. En algunos casos, los cirujanos pasan el extremo de la sonda más allá del estoma gástrico para proporcionar alimentación precoz. La succión tiene por objeto prevenir la dilatación aguda del estómago debido a que en la boca de anastomosis se produce un edema que impide transitoriamente el paso de los jugos digestivos al intestino; o por lo menos prevenir el vómito muy abundante que se produce, así como el ileo paralítico. Disminuye así mismo la tendencia a una diarrea post operatoria al extraer los líquidos de la bolsa gástrica, que de otra forma se tornarían fétidos, o se descompondrían volviéndose inefectivos.

Algunos, mientras está colocada la sonda dan al paciente líquidos por vía oral en cantidad de 30 a 120 c.c. cada hora y otros prefieren no dar ningún alimento por boca durante este tiempo. El criterio para retirar la succión se basa en la aparición de bilis en el líquido extraído o también cerrando el tubo y permitiendo la ingestión bucal de líquidos; si no hay residuos gástricos apreciables, después de transcurridas 5 horas, la sonda podrá ser retirada con confianza.

Debido a la gran cantidad de líquidos que pierde el paciente operado tanto por la aspiración, como por la orina y las pérdidas llamadas insensibles junto con los iones disueltos en ellos y en especial el ion CL contenido en el jugo gástrico, está especial-

mente indicado el reemplazo de esos líquidos y electrolitos. Al efecto, en los primeros días deben emplearse las soluciones dextrosadas al 5% en A. D. y soluciones electrolíticas (en especial Sols. de Trovert N° 1 y N° 2) según las necesidades. La cantidad de estas soluciones deben administrarse según los síntomas y signos clínicos y para hacer más precisa dicha terapéutica es conveniente la dosificación de los principales electrolitos. En algunos casos, además, debe investigarse la taza de hemoglobina y hematocrito y si dichas cantidades están bajas se aplicarán transfusiones sanguíneas.

Todos los pacientes sometidos a cirugía gástrica mayor deberán recibir en el post-operatorio vastas cantidades de vitaminas B y C. que al principio se mezclarán a las soluciones intravenosas. Se aconsejará al paciente que tome preparados a base de múltiples vitaminas en las semanas sub-siguientes a la operación. Igualmente se debe usar preparados tipo sulfato ferroso que deberá tomar periódicamente.

Después de haberse retirado la sonda, se permite al paciente ingerir líquidos, comenzando por una onza cada hora cantidad que se aumenta progresivamente. Se utiliza al principio agua, luego leche, avena clara, colada. El 5º día se adicionan galletas y el 6º se da dieta blanda; al 9º día debe estar haciendo 6 comidas blandas diarias, que continuará, al salir del hospital. El régimen que debe seguir posteriormente, se le indicará por escrito. Es conveniente suministrarle una dieta alta en proteínas y para tal efecto se le adiciona la alimentación con hidrolizados de aminoácidos.

3º — TECNICAS QUIRURGICAS USADAS ACTUALMENTE Y PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS SEGUN EL TIPO Y LOCALIZACION DE LA ULCERA.

Muchas han sido las técnicas quirúrgicas empleadas para tratar las úlceras pépticas en los últimos 50 años. Las siguientes operaciones fueron abandonadas por cuanto sus resultados inmediatos o posteriores eran insatisfactorios en una elevada proporción de casos:

1.—Escisión sola;

2.—Gastroduodenostomía y gastroyeyunostomía aislada (Von Hecker).

3.—Escisión en forma de cuña o V de la úlcera seguida por una Gastroyeyunostomía.

4.—Escisión con cauterio o destrucción de la úlcera seguida por una gastroyeyunostomía (Belfour).

5.—Resección segmentaria o en manga (Riedel - Rodman).

6.—Extirpación de una úlcera pilórica combinada con una piloroplastia (Judd).

7.—Exclusión gástrica parcial (Devine).

8.—Colecistogastrostomía (Braithwaite).

9.—Yeyunostomía.

10.—Vagatomía aislada.

11.—Fundisectomía parcial.

12.—Ligadura de los pedículos vasculares.

En la actualidad, las intervenciones quirúrgicas para curar la úlcera péptica tienen como fundamento disminuir la producción del ácido hidroclorhídrico secretado en el jugo gástrico ya que dentro del complejo mecanismo etiopatogénico de la enfermedad, dicha producción juega importantísimo papel. Este objetivo se logra por medio de 2 métodos generales: o bien resecando la parte del estómago la cual contiene las glándulas gástricas o bien reduciendo la secreción del jugo gástrico ácido por medio de la remoción del mecanismo fisiológicos el cual estimula estas glándulas gástricas para secretar.

En el primero de los dos métodos se practica la resección subtotal del estómago y en el segundo, la división de los nervios vagos que contienen las fibras secretoras del estómago lo cual también se puede conseguir extirmando el antro gástrico que es el órgano que fabrica la gastrina, o sea la hormona secretora. Como al seccionar los vagos no solamente se interrumpen las fibras secretoras sino también las motoras, es necesario hacer una ope-

ración de drenaje en adición a la vagotomía o de lo contrario habrá una estasis de alimento en el antro del estómago y una prolongación de la fase humorar de secreción. Son pues, la gastrectomía y la vagotomía acompañada de una operación derivativa las principales procedimientos quirúrgicos para tratar y curar hasta donde ello es posible, la úlcera péptica.

Respecto de la gastroenterostomía, usada antiguamente como tratamiento de elección para las úlceras, ha caído en desuso debido a que si bien es cierto de que acelera la evacuación gástrica y va a neutralizar con su contenido la acidez del estómago, no extirpa la lesión y solamente disminuye la fase gastrointestinal de la secreción sin suprimirla por completo exponiendo así a la mucosa del intestino, generalmente yeyuno, a la acción de un jugo gástrico ácido para la cual no está preparada, predisponiéndola de este modo a la formación de úlceras de la boca anastomótica.

De esta manera, sus indicaciones han quedado reducidas a los casos de obstrucción pilórica con disminución apreciable de la acidez gástrica; en los viejos, los debilitados y las mujeres que no tengan una acidez gástrica muy alta y cuando después de haber cerrado una perforación aguda se teme que la cicatriz pueda producir estenosis. En el caso de vagotomía, se realiza con frecuencia la gastroyeyunostomía como operación complementaria de derivación.

Estudiaremos pues, las 2 variedades de tratamiento quirúrgico propuestas o sea:

A) Gastrectomía; B) Vagotomía con operaciones de drenaje gástrico.

A) GASTRECTOMIA

Consiste en la resección o bien de los $\frac{3}{4}$ partes por lo menos, de la porción distal del estómago o bien de la porción proximal, incluyendo en este último tipo de resección el fondo y el cuerpo del estómago.

Al resecar la porción distal en la proporción antedicha ($\frac{3}{4}$ partes e inclusive algunos la hacen más amplia, hasta $\frac{7}{8}$ partes),

se consiguen los siguientes resultados: suprime la fase gastro intestinal de la secreción gástrica y disminuye considerablemente la fase cefálica al resear una gran parte de la zona secretora sobre la cual va a actuar el vago. La lesión puede ser extirpada o no, según las dificultades técnicas, pero hasta donde sea posible debe hacerse, debido al peligro de malignización en el ulcus gástrico y en el duodenal, la úlcera *in situ* es punto de partida de reflejos que perturban el normal funcionamiento gastrointestinal siendo causa de recurrencia de la enfermedad ulcerosa. En este tipo de "gastrectomías sub-totales", la continuidad del aparato digestivo se realiza por anastomosis del muñón gástrico al duodeno o al yeyuno.

Cuando se reseca la porción del fondo y cuerpo del estómago tenemos la gastrectomía fundo-corporal, haciendo anastomosis entre el esófago y el antro pilórico. Con este procedimiento se va a interferir sobre el mecanismo corticoadrenal de la secreción gástrica: al suprimir la zona secretora del estómago, deja sin lugar de acción a este estímulo y el mismo efecto tendría sobre la fase gástrica y sobre la fase gastro-intestinal.

En las gastrectomías sub-totales se han ideado múltiples técnicas, divididas en 2 grupos, según que la continuidad digestiva se haga entre el muñón gástrico y el duodeno o entre dicho muñón y el yeyuno, teniendo en el primer caso el procedimiento Billroth I y en el segundo el Billroth II, siendo usado tanto una como otra técnica en el tratamiento de la úlcera péptica más o menos indiscriminadamente, habiendo cirujanos que usan uno u otro tipo de procedimiento. Sin embargo es más frecuente el uso del método de Hoffmeister-Finsterer, derivado del Billroth II, realizándose en él una gastro yeyunostomía término lateral oral parcial inferior. En el Billroth II, el asa yeyunal que se anastomosa puede pasarse por delante del colon (precólica) o por detrás del mismo, (retrocólica) abriendo una brecha a través del mesocolon transverso. En cuanto a la posición del asa con respecto al estómago gástrico, se puede colocar con el extremo aferente dirigido de la curva menor a la curva mayor o viceversa. Las anastomosis pueden hacerse con 2 o 3 planos de suturas y si es necesario cerrar el muñón duodenal, debe realizarse en la forma más cuidadosa posible por 3 planos de sutura, fijándolo con el más superficial a la cápsula del páncreas. Es la tendencia a utilizar proce-

dimientos en los cuales el calibre de la boca gástrica no exceda al del asa intestinal que se va a anastomosar para evitar la brusca evacuación gástrica sobre el intestino. (Método de Porter). En la clínica Lahey para que el contenido del muñón de estómago pase lentamente al intestino, realizan sobre la porción aferente del asa anastomótica una acodadura o sutura en doble Z con lo cual se persigue por una parte el paso lento del contenido gástrico y por otra, impedir el paso de los alimentos al asa aferente. Algunos anchan el asa aferente por encima de la boca anastomótica para evitar dicho reflujo.

Existen partidarios del tipo Billroth I de gastrectomía y otros del Billroth II. El Billroth I, que había caído en desuso, está siendo nuevamente utilizado, considerándose más anatómico, que se puede ejecutar en menor tiempo ya que se evita la sutura del muñón de duodeno y obvia en parte la alteración de los procesos digestivos en cuanto a asimilación de proteínas y grasas se refiere pues se disminuye menos el estímulo de la secreción biliar y pancreática que en las técnicas empleadas en el Billroth II; finalmente, el duodeno está mejor preparado que el yeyuno para recibir los jugos ácidos del estómago. Inversamente hay quienes rechazan el Billroth I por encontrarle una serie de desventajas como son:

- a) En primer término, que la anastomosis queda tirante y fija.
- b) Que en las lesiones duodenales, este órgano está inflamado siendo mal sitio para la boca anastomótica.
- c) Tendencia a estrecharse la anastomosis por ser término terminal.
- d) La falta de peritoneo en la cara posterior de duodeno es sitio apropiado para la producción de fístulas.
- e) Preocupación por parte del cirujano, para que le alcancen los cabos y por este motivo no hace resección amplia.

El principal inconveniente que se le anota al Billroth II desde el punto de vista de su técnica es el peligro de dehiscencia de

suturas en el muñón duodenal con la formación de la correspondiente fistula. En cuanto a la función digestiva, disminuye la asimilación de proteínas y grasas por falta del estímulo en las secreciones biliar y pancreática y aumento de la motilidad intestinal y suprime la zona alcalina del estómago disminuyendo en forma apreciable la barrera de mucus protectora de la mucosa gástrica. Nosotros creemos que todos estos inconvenientes pueden ser resueltos seleccionando inteligentemente el tipo de intervención que se debe realizar en cada caso, según el sitio de la lesión, sus características, evolución clínica, datos de los exámenes paraclínicos, etc. y realizando esa técnica en la mejor forma posible.

En cuanto a la gastrectomía fundocorporal ha sido divulgada entre nosotros por el Dr. Di Domenico, quien ha introducido modificaciones a las técnicas originales de Niessen, Wangensteen, Huergo, State y otros. Su técnica consiste esencialmente en la resección del fondo y de la porción vertical del estómago haciendo anastomosis del cardias al antro gástrico. Esta técnica aparte de sus ventajas ya anotadas, disminuye en menor proporción la barrera mucosa del estómago y conserva el paso de los alimentos por el duodeno.

Algunos le encuentran como principal desventaja la producción de regurgitación del contenido gástrico al esófago con una sensación desagradable para el enfermo, del tipo pirosis. Parece que ello se debe a que al hacer la disección de la parte alta gástrica y del esófago terminal, es necesario seccionar los ligamentos freno-esofágicos anterior y posterior con lo cual varía la inclinación normal del esófago abdominal que ocasionaría un trastorno en el complicado mecanismo de "esfínter" del cardias y en el cual parece que juega papel fundamental la relación de esófago con la pinza diafragmática. Resuelto este inconveniente, quizá haciendo la resección más baja, a todas luces parece que este tipo de intervención tiene buenas calidades para acercarse al ideal.

VAGOTOMIA Y OPERACIONES DE DERIVACION

Este procedimiento ha sido estudiado y realizado por Dragsstedt quien con una larga experiencia al respecto, lo considera como "método relativamente seguro, eficiente y práctico, de tratamiento quirúrgico, y que debería reemplazar a la gastrectomía sub-total, como tratamiento operatorio definitivo inicial de las

úlceras duodenales, gastroyeyunales y de ciertas clases de esofágicas". Con la vagotomía se anula la fase nerviosa de la secreción gástrica, reduce notablemente la producción total de jugo gástrico, disminuye el tono y la motilidad del estómago sin que este órgano pierda su función de almacenamiento.

En esta técnica, se va a dejar la lesión ulcerosa y es condición indispensable que la sección de los nervios sea total. En un principio se utilizó la vía trans-torácica pero hoy se prefiere la abdominal: sobre una laparotomía alta, se secciona el ligamento coronario izquierdo y el lóbulo hepático izquierdo se rechaza a la derecha, quedando expuesto esófago terminal y estómago; se hace incisión sobre el peritoneo que cubre el hiato esofágico y allí se disecan y aislan los troncos nerviosos que se seccionan y se ligan. Debido a la pérdida de la motilidad del estómago, es necesario favorecer la evacuación para lo cual Dragstedt complementa su operación con una gastroenterostomía posterior de boca mínima. Otros, (Weinberg) practican más bien una piloroplastia. También se le ha combinado con hemigastrectomía, resecando el antro pilórico.

Como la vagotomía causa una disminución inmediata y profunda del tono y motilidad gástrica y esta es más marcada en las primeras 24 horas y va disminuyendo a los 2 o 3 días, es muy importante descomprimir el estómago durante los 5 días siguientes a la intervención. Esto se realiza por sonda nasal permanente conectada a un aparato de aspiración o también, como lo hace en la actualidad el autor del procedimiento, dejando una gastrostomía temporal por medio de un tubo de caucho el cual se mantiene ocluido y se abre cada vez que el enfermo come a fin de dejar salir gases; la gastrostomía se cierra una semana después de la operación.

Para comprobar que la vagotomía se hizo completa, condición indispensable para que sea efectiva, se usa la prueba de Hollander, esto es, la respuesta que da la secreción gástrica al choque hipoglicémico producido por 16 unidades de insulina. Si la sección ha sido completa el líquido extraído después de la inyección no debe contener ácido clorhídrico.

Los casos en los cuales se utiliza este procedimiento para que rinda sus mejores beneficios, deben ser aquellos en los que

hay una marcada hipersecreción, esto es, en las úlceras duodenales y marginales después de gastroenterostomía y no así en las gástricas, ya que no tiene efectos en la secreción normal o sub-normal. De preferencia las úlceras deben ser no complicadas.

Se le tacha a la vagotomía el hecho de dejar *in situ* la lesión ulcerosa y que no debe hacerse sola debido a los fenómenos de retención y sus consecuencias, ya estudiados. También se considera que produce a la larga piloroespasmos y diarrea.

En ocasiones, la vagotomía se combina con la gastrectomía sub-total cuando existe una hipersecreción muy elevada o cuando se presenta úlcera de la boca anastomótica después de realizada la gastrectomía.

Respecto a los procedimientos empleados según el tipo y la localización de la úlcera, estudiaremos sucesivamente las eventualidades que pueden presentarse según se trate de su localización gástrica o duodenal y luego de la que se produce en los sitios de anastomosis. Somos de opinión que no se puede aplicar una sola y misma técnica en todos los casos, sino que ella variará según el cuadro clínico, los datos de Laboratorio y los hallazgos del momento mismo de la intervención.

En la úlcera gástrica, la resección sub-total es el procedimiento de elección en la mayoría de los pacientes si sus condiciones lo permiten. La técnica más empleada hasta ahora ha sido el Billroth II (Hoffmeister) pero existen en la actualidad estudios promisorios de menor posibilidad de síndrome de dumping y desnutrición con el empleo de la anastomosis gastroduodenal (Billroth I). Cuando se sospecha malignidad de la úlcera, bien por los estudios preoperatorios o en el momento mismo de la intervención un tipo de resección radical debe realizarse, con extirpación de las cadenas ganglionares y del epiplón mayor.

La úlcera gástrica localizada alta, en la curva menor, presenta una decisión difícil para el cirujano, que desea evitar la gastrectomía total para las lesiones benignas y preservar los mecanismos esfinterianos cardio-esofágicos. La relación precisa entre una úlcera y el área antedicha no puede ser determinada solamente por el aspecto radiológico sino debe ser establecida en el mo-

mento de la operación cuando la movilización del estómago es facilitada por la sección del ligamento gastro-hepático. Aunque sólo se conserve un pequeño fragmento gástrico, en un alto porcentaje de estos casos es posible resecar el estómago y remover la úlcera sin interferir en la unión esofagogástrica. Sin embargo si la úlcera es grande y está rodeada por tejido inflamatorio que haga sospechar malignidad, el cirujano puede elegir una resección en cuña o en manguito de la úlcera en esta área con o sin vagotomía complementaria según la capacidad ácido-secretora, siempre acompañando la vagotomía con una operación de drenaje. En raras ocasiones la gastrectomía total puede ser necesaria en estas circunstancias. Si no hay sospecha de malignidad y no parece necesario hacer examen histológico como en la eventualidad anterior, el estómago puede ser resecado seguramente por debajo de la úlcera con la sub-siguiente curación de ésta en muchos casos. Algunos cirujanos emplean en estos casos resecciones sub-totales con extirpación de la curva menor con la úlcera y reconstrucción según variaciones del Billroth I, tales como la técnica de Schoemaker o de Pauchet. Creemos que para este tipo de úlcera es cuando la gastrectomía fundo-corporal tiene sus más valiosas indicaciones.

En la úlcera duodenal se emplea igualmente como de elección la gastrectomía sub-total, resecando en lo posible la lesión, siempre y cuando que ello no sea mecánicamente imposible o esté contigua a estructuras tales como las vías biliares, cuya injuria durante la operación pueden acarrear graves complicaciones, casos que en realidad no son los más frecuentes. A pesar de que con este procedimiento se han obtenido resultados satisfactorios, hay pacientes en los cuales parece preferible utilizar otro procedimiento quirúrgico. Un enfermo delgado y que tiene dificultad para mantener su peso, estará mejor con vagotomía y piloroplastia o vagotomía y una resección más conservadora que con una resección sub-total; igualmente tendrá menos riesgo de recurrencia. Las mismas consideraciones deben hacerse con el paciente que debido a sus factores psicológicos, parece particularmente propenso a presentar dificultades post-operatorias tales como el dumping: en el neurótico debe evitarse la cirugía gástrica, pero si se hace necesaria se deben emplear técnicas conservadoras como procedimientos de elección.

Ocasionalmente un enfermo anciano, que es un mal riesgo, pero que requiere tratamiento quirúrgico para su úlcera puede mejorar con una simple gastroenterostomía particularmente si tiene una acidez gástrica relativamente baja.

Por el contrario un paciente con hiperacidez extrema y una historia de recurrencia ulcerosa, rebelde al tratamiento médico, requiere una resección subtotal amplia combinada con vagotomía.

En la úlcera *gastroyeyunal*, o anastomósica, su tratamiento variará según que se presente después de una gastroenterostomía simple o post-gastrectomía. En el primer caso se debe practicar desgastroenterostomía seguida de gastrectomía sub-total y si la acidez gástrica está elevada se complementa con vagotomía y en caso de que la primera resección gástrica haya sido limitada, se podrá ampliar.

4º — *RESULTADOS:*

Para valorar la efectividad de los diferentes procedimientos quirúrgicos resumiremos un reciente artículo publicado por los Dres. WALTMAN WALTER, THOMAS E. LYNN y JACK E. MOBLEY de la Fundación Mayo. En dicha publicación se hace un estudio de casos seguidos durante un período de 5 a 10 años a los cuales les fueron practicados técnicas de Billroth I, Billroth II (Polya) para úlceras duodenal, gástrica y *gastro-yejunal* y gastroenterostomía con vagotomía en el tratamiento de la úlcera duodenal.

Respecto a la úlcera duodenal, los autores citados practicaron en 1955 en la Clínica Mayo, gastrectomías parciales en aproximadamente 90% de los pacientes operados por úlcera duodenal crónica recurrente; la gastroenterostomía fue usada en un 5% y la gastroenterostomía con vagotomía en el 5% restante. El porcentaje de resecciones gástricas para esta enfermedad ha aumentado progresivamente de 72% en 1947 mientras que el porcentaje de gastroenterostomía ha disminuido progresivamente de 12 a 5% y el de gastroenterostomía con vagotomía de 11 a 5% en los mismos años mencionados.

Presentan 449 pacientes (386 hombres y 63 mujeres) seguidos de 6 a 10 años, después de resecciones gástricas del tipo Bill-

roth II (Polya) por úlcera duodenal descubriendo que el 81% de los enfermos obtienen relativa aclorhidria. En la mayoría de los casos dos terceras partes o más del estómago fué extirpado. En el 92% los resultados de la operación fueron buenas o excelentes; en 3,6% hubo recurrencia y en otro 2% esta fué sospechada. La recurrencia se desarrolló en 3.3% de los hombres y en 4.8% de las mujeres del grupo.

En 27 casos se practicó el tipo de anastomosis por el procedimiento Billroth I y sólo en 44% de los pacientes se obtuvo relativa aclorhidria. Los resultados funcionales fueron: buenos o excelentes en 78% pero recurrencias comprobadas se presentaron en 7% y sospecha de recurrencia en otro 7%.

La incidencia de recurrencia después de los 2 tipos de resección gástrica en este estudio fué proporcionalmente el mismo en ambos sexos. El porcentaje de dumping fué severo sólo en 2% de casos después de los 2 tipos de resección gástrica; y de intensidad media en un poco más; esta complicación se presentó por igual en los 2 sexos.

Citan los autores otras estadísticas con los siguientes resultados:

Weir y Bennett, 254 casos de Billroth II (Polya) para úlcera duodenal de los cuales 7 (2,8%) han recurrido, después de 3 años. Sólo en 5 pacientes se practicó Billroth I, de los cuales 2 presentaron recurrencias comprobadas.

Capper y Welbourn, de clínicas inglesas, reportan más de 1000 casos en los cuales, informan úlceras recurrentes en 8.2% de los casos en que se resecó 70% o menos del estómago y se usó la técnica del Billroth I, y sólo un 1.8% de los casos en los cuales la misma cantidad de estómago fué removido pero que se les practicó un Billroth II. Sin embargo cuando más del 70% del estómago fue removido, la incidencia de úlceras recurrentes fue alrededor del 1% utilizando los dos tipos de operación (Billroth II y I).

Wallenstein de Estocolmo reporta la incidencia de recurrencias como de 8.4% entre 202 casos de Billroth I en 4 a 10 años mientras que es sólo de 2.5% en 322 casos de Billroth II, durante el mismo período de tiempo.

Golgher y colaboradores de Leeds, Inglaterra, después de seguir sus casos entre 3 y 20 años desde la intervención, reportan 13% de incidencia de recurrencia comprobada y 3.7% de sospecha de recurrencia en 80 pacientes a quienes se les practicó la técnica de Billroth I para úlcera duodenal, mientras que la incidencia de recurrencia comprobada fue menor del 1% y de sospecha de recurrencia el 1% en 106 casos en los que se practicó el Billroth II para la úlcera duodenal.

En el período comprendido entre el 1º de Enero de 1945 y el 1º de Enero de 1950 Walters y Mobley de la Clínica Mayo estudiaron 209 casos de úlcera duodenal en los cuales fue realizada la vagotomía con o sin otras operaciones gástricas. Fue en esta misma época en que se realizaron las resecciones del tipo Billroth I y II cuyos resultados hemos visto antes. En este grupo de 209 casos, la vagotomía sola fue realizada 28 veces, gastroenterostomía y vagotomía 123 veces, vagotomía y piloroplastia 9 veces y vagotomía y resección gástrica 11 veces. En los años recientes, la vagotomía sola se practica rara vez para úlcera duodenal debido a su alta incidencia de recurrencia que fue del 25% en los casos estudiados. Por esta razón y también debido a que el número de casos en los cuales la vagotomía y la piloroplastia o la resección gástrica fueron usados es escaso, se hace el estudio principalmente sobre los datos obtenidos en la técnica de vagotomía más gastroenterostomía.

Un total de 123 pacientes tratados con vagotomía y gastroenterostomía para úlcera duodenal, fueron seguidos en los 5 años comprendidos entre 1945 y 1949. El promedio de recurrencia fue del 13%. De 76%, pueden ser clasificados como excelentes resultados 33% y como buenos resultados el 43%. En adición a la alta incidencia de recurrencia de las úlceras, este estudio descubrió que un alto porcentaje de los 123 pacientes que incluye los que padecen úlceras recurrentes, continuaban teniendo síntomas indeseables, así: dolor (40%), diarrea (35%), hemorragia (17%), vómitos (15%), pérdida de peso (14%), dumping (3%).

Sloney, Bevan y Brooke reportan un promedio de recurrencia de 17% en 90 casos estudiados 5 años después de vagotomía. Hoerr reporta 11.6% de 146 casos a los 3 años. Aberhelman y Dragstedt informan recurrencia de 8% entre 2 y 12 años.

La aclorhidria consecutiva a la vagotomía sólo se consiguió en el 39% de los casos estudiados. La vagotomía completa fue evidenciada por resultados negativos de insulina en 82% de los 77 casos en que el test fue realizado. De los 22 pacientes con recurrencia ulcerosa en quienes se practicaron estudios de acidez post-operatoria, solo 18% tuvieron aclorhidria, mientras que esta se encontró en 52 de los 53 pacientes que estaban asintomáticos y en quienes se practicaron dichos estudios, lo cual sirve para hacer énfasis sobre el valor e indicar la necesidad de reducir la acidez gástrica a un nivel mínimo si se espera la reducción en la incidencia de la recurrencia ulcerosa.

Aunque el número de mujeres operadas fue 1/6 del de los hombres, el promedio de recurrencia de ulceración en la mujer, consecutiva a la vagotomía, con o sin operación de derivación gástrica, fue prácticamente el mismo que para el hombre como lo fue en las resecciones de los tipos Billroth II y Billroth I. En el período post-operatorio la incidencia de síntomas de dumping severo y pérdida de peso considerable parece ser tan grande en la mujer como en el hombre si no más grande.

En cuanto a la úlcera gástrica se refiere, un número considerable de operaciones por las técnicas de Billroth I y Billroth II fueron realizadas en la Clínica Mayo de 1945 a 1950. De los 139 pacientes (108 hombres y 31 mujeres) a quienes se les practicó el Billroth II para la entidad clínica antedicha, 4 o sea 2,9% tuvieron recurrencias: todos eran hombres. Estas recurrencias, menos 1, fueron de úlceras anastomóticas o yeyunales. Los resultados fueron excelentes o buenos en 96% de los casos a los que se les aplicó tal procedimiento. Ronson en 1947 reportó entre 138 pacientes, seguidos después de 2 años de hacerles el Billroth II, un 3% de recurrencias. No se presentaron ni recurrencias ni sospecha de recurrencias en 54 pacientes (44 hombres y 10 mujeres) de la Clínica Mayo, tratados con la técnica de Billroth II para úlceras gástricas combinadas con úlceras duodenales o úlceras pilóricas.

De 113 pacientes (84 hombres y 29 mujeres), a quienes les fue practicada la técnica de Billroth I para la úlcera gástrica, 5 (4,4% habiendo 4 hombres y 1 mujer) presentaron úlceras recurrentes comprobadas y 1 paciente mujer (0,9%) con sospecha de recurrencia. 93% de los enfermos operados con este procedimien-

to presentaron excelentes o buenos resultados, entre los cuales se cuentan 19 casos de úlceras combinadas.

Respecto a las úlceras gastroyeyunales un total de 87 pacientes, (72 hombres y 15 mujeres) fueron tratados con resección de la úlcera, gastrectomía y anastomosis por la técnica de Billroth II desde 1945 hasta 1949 en la Clínica Mayo. En 76 la úlcera se presentó después de gastroenterostomía; en 3 consecutiva a gastrectomía por la técnica de Billroth II y en 3 como consecuencia del Billroth I. Siete pacientes (6 hombres y 1 mujer) o sea el 8% tuvieron recurrencias comprobadas. En todos, menos 1, la recurrencia fue anastomótica o yeyunal. Entre 26 pacientes (22 hombres y 4 mujeres) a quienes se les practicó anastomosis por el procedimiento de Billroth I después de resección por úlcera gastroyeyunal, 5, (4 hombres y 1 mujer, o sea el 19,2%) presentaron úlcera recurrente comprobada y 2, (1 hombre y 1 mujer) o sea el 7,7% presentaron indicios de tenerla. Resultados buenos o excelentes se obtuvieron en 83% de los pacientes con Billroth II y en 69% de aquellos con la técnica de Billroth I. Resultados no satisfactorios se presentaron en el 10% de las series de Billroth II y en el 23% de las del Billroth I.

La mortalidad operatoria consecutiva a las resecciones gástricas para todos los tipos de lesión fué de 1,7% en los casos en que se empleó el Billroth II y 1,2% en el Billroth I. Los casos de úlcera duodenal tratados por gastroenterostomía y vagotomía dieron 2% de mortalidad.

De todo lo anterior los autores deducen que los mejores resultados se obtuvieron, tanto en hombres como en mujeres, de la operación por el procedimiento del Billroth II (Polya). En este grupo, la incidencia de excelentes o buenos resultados fue más alta, la de úlcera recurrente más baja y la de dumping o disturbios nutricionales no fue mayor que en el grupo tratado por vagotomía y gastroenterostomía.

En las series de úlcera gástrica y en las de úlcera gastroyeyunal después de gastroenterostomía, la operación de Billroth II (Polya), también dió la más alta incidencia de buenos y excelentes resultados funcionales y la más baja recurrencias de úlceras, tanto en hombres como en mujeres.

BIBLIOGRAFIA:

1. SHACKELFORD: *Surgery of the Alimentary Tract*. Tomo I 636 - 637
W. B. Saunders Company. Philadelphia. London 1955.
2. MAINGOT, R. *Operaciones Abdominales*. Tomo I - 220 Editorial Bibliográfica Argentina. Buenos Aires. 1957.
3. ROTH, J. L. A. *Management of the Gastric Ulcer Patient*. Med. Clin. of M. A. 1.517-1.537 Nov. 1957.
4. TUMEN, H. *The Medical Treatment of Duodenal Ulcer*. Med. Clin. of M. A. 1.499, Nov. 1957.
5. VELASQUEZ N. H. *Ulcera Péptica*. Rev. Fac. de Med. 20, (6): 334, 341, 349, 353. 1951.
6. SEGURA U., J.; ESCALLON A. A. *Ideas Actuales sobre la Secreción Gástrica*. Universitas: 2, (7): 285 a 282, 1955.
7. DI DOMENICO, J. *Gastrectomía Fundo-Corporal*. Universitas: 3, (10): 216-217. 1966.
8. PANEL DISCUSSION *Choice of Elective Operation for Duodenal Ulcer*. Gastroenterology: 31, (4): 339 a 341. 1956.
9. KISNER, J. B. - KASSRIEL R. S. - PALMER W. L. *Ulcera Péptica*. Revista de la Literatura reciente relativa a la Etiología, Patología y ciertos aspectos Clínicos. Progresos de Patología y Clínica: 4 (1): 117, 118. 1957.
10. WALTER, W., LYNN, T. E. - MOBLEY J. E. *A Five to Ten Year Fellow. Up Study of the Billroth I and Billroth II (Polya)*. Operations for Duodenal, Gastric and Gastroyeyunal Ulcer and Gastroenterostomy with Vagotomy In the Treatment of Duodenal Ulcer. Gastroenterology: 33, (5): 685 a 690. 1957.
11. URIBE U., J. *Referencia personal*.
12. BONILLA N., A. *Referencia personal*.