

GASTRECTOMIA SUPRAPILORICA Y ULCUS YEYUNAL (*)

Dr. Abel Chifflet

El Sr. J. R. fué operado hace 5 años por un cirujano capaz y experimentado. Tenía un ulcus duodenal con múltiples adherencias que impidieron hacer la resección del sector duodenal enfermo, debiendo conformarse con la resección gástrica suprapilórica, con exeresis de la mucosa del antro del muñón residual. Restableció la continuidad digestiva por gastroyeyunostomía transmesocólica.

Pasó cinco años bien. Ingresa a nuestro Servicio el 17 de agosto del corriente año con muy mal estado general, con hemorragias digestivas abundantes (melenas y hematemesis). El estudio sanguíneo permite reconocer que su anemia corresponde sobre todo a hemorragias que se repiten de tiempo atrás. Tratado médicamente mejora el estado general y permite un buen estudio radiológico. Se observa un nicho en el asa yeyunal junto al borde derecho del estómago residual, lo cual concuerda con la historia clínica de ulcus yeyunal. Se indica la operación con tres posibles puntos de ataque: 1) zona de la anastomosis gastroyeyunal donde existe un ulcus que es necesario extirpar teniendo en cuenta las hemorragias profusas que ha provocado; 2) zona pilórica donde debe researse el muñón; 3) zona cardial para actuar sobre el vago si no quedase solucionado el problema con el tratamiento de los dos puntos anteriores.

En el acto operatorio encontramos: Estómago residual grande, con un largo segmento de curvatura menor con sus vasos; anastomosis gastroyeyunal isoperistáltica transmesocólica con asa

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa el día 18 de noviembre de 1953.

corta; ulcus yeyunal en asa eferente, perforado en el mesocolon y adenopatías inflamatorias del meso; muñón pilórico rodeado de fuertes adherencias; ulcus gástrico sobre curvatura menor.

En la zona de la anastomosis se hace la resección del asa yeyunal anastomosada comprendiendo el ulcus yeyunal y de una gran superficie del estómago con el ulcus de la curvatura menor. Se restaura la continuidad digestiva por yeyunoyeyunostomía terminoterminal y gastroyeyunostomía por debajo, oral total, isoperistáltica, precólica. La pieza operatoria mostró mucosa antral en una amplia zona del estómago reseca.

En la zona pilórica se reseca el muñón residual formado por antro y zona cicatrizal de la antigua úlcera hasta llegar a duodeno sano, donde se hace la sutura duodenal. El estudio histológico ulterior mostró que el muñón del antro estaba recubierto de mucosa gástrica normal.

Consideramos que no había indicación de actuar sobre el vago.

El enfermo está bien, a 6 semanas de operado.

Nos referimos solamente a la operación que se había practicado y sus consecuencias comprobadas en nuestro acto operatorio.

En nuestra práctica quirúrgica corriente realizamos gastrectomía amplia hacia arriba, con pilorectomía. Restauramos la continuidad por anastomosis oral total, anisoperistáltica, asa corta, transmesocólica. En el caso en estudio realizaron la resección limitada hacia arriba, la resección por arriba del píloro, la anastomosis isoperistáltica.

Consideramos que la anastomosis isoperistáltica no influye en la funcionalidad regional. Hay amplia experiencia de cirujanos que la realizan por sistema. Creemos que el estómago residual no tiene potencial de evacuación y que la circulación gastroyeyunal depende de la funcionalidad yeyunal. Con ese criterio, la ubicación del cabo yeyunal eferente frente a la curvatura gástrica mayor o frente a la menor es indiferente, si hay una disposición correcta del yeyuno. En la reoperación de este enfermo dejamos la anastomosis isoperistáltica.

Es patológica la persistencia píloro antral y la persistencia de mucosa antral en el muñón gástrico. Consideramos ambos

hechos en relación a las dos lesiones de este enfermo: el ulcus y el ulcus gástrico.

La gastrectomía suprapilórica ha sido reconocida por todos los cirujanos como provocadora del ulcus yeyunal.

El mecanismo de esta úlcera fué atribuído a la persistencia de una clorhidria alta por excitación del fundus a punto de partida antral. Con esa teoría, algunos cirujanos practicaron la resección de la mucosa del antro residual después de sección gástrica, y Finsterer insistió en la necesidad de hacer en estos casos una exeresis del estómago hacia arriba más amplia aún que en las gastropilorrectomías.

El estudio de la clorhidria en los gastrectomizados con pilorrectomía muestra con frecuencia una cifra alta y en cambio es frecuente que no suceda lo mismo en gastrectomizados suprapilóricos. No podemos pues aceptar a la hiperclorhidria como factor determinante del ulcus yeyunal en estos casos. Sostenemos que la causa del ulcus yeyunal es la presencia de jugo gástrico puro fuera del pasaje alimenticio, resultante de una incoordinación funcional de la región gastroduodenoyeyunal. Se producen olas de secreción gástrica a destiempo, sin la correspondiente presencia de alimentos y jugos duodenobiliopancreáticos y es esta secreción gástrica pura la responsable de la yeyunitis aguda y el ulcus. En el gastrectomizado suprapilórico queda mucosa antral que puede ser causa de hiperclorhidria pero quedan también muscular antral y pilórica, centros reflexógenos de alta jerarquía y sobre todo punto de partida de excitaciones descendentes sobre el duodeno.

No aceptamos la gastrectomía suprapilórica en el ulceroso. No aceptamos tampoco la misma operación seguida de resección de la mucosa antral por vía endovisceral (Finsterer-Bancroft) por los siguientes motivos:

1) Porque la resección de la mucosa hasta el píloro, deja una pared músculoserosa mal irrigada, expuesta a necrosis.

2) Porque esta pared debe retener en el post-operatorio posibles hematomas encerrados entre el píloro y la sutura antral.

3) Porque la resección total de la mucosa del antro es difícil en las circunstancias en que podría aconsejarse esta operación y puede quedar una parte sin resecar como sucedió al colega que operó al enfermo que estamos comentando.

4) Porque la resección de la mucosa no es suficiente para suprimir los efectos nocivos del píloro en la provocación de las olas secretorias a destiempo.

Descartada la sección suprapilórica, queda el problema de la conducta operatoria en los casos de ulcus duodenal de muy difícil liberación. Creemos que a veces es buena operación, la sección y sutura por debajo del píloro del lado cefálico del ulcus, sin actuar sobre el ulcus. Cuando se trata de un ulcus que debe sacarse (perforante o hemorrágico) debe recurrirse a alguna de las técnicas aconsejadas por diversos cirujanos. Nosotros utilizamos la técnica de la abertura visceral previa, por sección transversa total y disección ulterior del duodeno, con la referencia de la luz duodenal expuesta. Por este método podemos hacer la disección en contacto de la víscera, llegando hasta donde sea necesario, sin agregar ningún perjuicio al acto operatorio.

La persistencia de la región piloroantral pudo ser causa suficiente del ulcus yeyunal y también del ulcus gástrico. Pero existía además otro factor que es la economía de la resección gástrica. En el curso de la operación se comprobó ya la amplitud del muñón gástrico y el estudio de la pieza mostró la existencia de mucosa del antro. Este hecho puede por sí solo ser causa suficiente para ambos ulcus. Creemos que la exeresis gástrica debe comprender con absoluta seguridad toda la mucosa antral, extendida a lo largo de la curvatura menor hasta cerca del cardias. Es allí que debe ser rigurosa la resección, enervando el estómago hasta muy arriba por una denudación completa de la curvatura menor. El muñón residual muy alto puede quedar muy distante del yeyuno y sólo en esos casos suturaremos parcialmente el estómago en su parte derecha para ubicar mejor el asa yeyunal que es nuestra única preocupación.

Nuestra reoperación consistió en la exeresis del sector piloroantral y en la resección amplia del estómago. Creemos que suprimiendo las dos causas de sus ulcus, lo hemos curado.

Dr. Miqueo. — Voy a adherirme por completo a la brillante comunicación del Dr. Chifflet. El ha expuesto claramente todos los factores que llevaron a la recidiva ulcerosa, es decir: gastrectomía insuficiente sin extirpación del píloro. Ambas son causas reconocidas de recidiva ulce-

rosa. Por ello la famosa resección-exclusión de Finsterer está hoy totalmente abandonada hasta por su propio autor.

El Dr. Chifflet ha hablado también del problema de las úlceras duodenales llamadas inextirpables y de la dificultad del cierre del muñón duodenal. Acabo de drenar mi primer muñón duodenal en un hombre anciano, en malas condiciones, con un proceso que había destruido toda la cara posterior de la primera porción duodenal. Este procedimiento preconizado por la Mayo Clinic me ha dado excelentes resultados en este primer caso y espero repetirlo si hay indicaciones para ello en futuras gastrectomías con cierre difícil del muñón duodenal.

La conducta del Dr. Chifflet en el caso presentado es perfecta; justo es decir sin embargo que el pronóstico no es tan bueno del punto de vista de la recidiva ulcerosa después de esta segunda operación, como lo hubiera sido si se hubiera efectuado una primera operación correcta. Todos los autores afirman que las operaciones repetidas por *ulcus gastro-duodenal* tienen peor pronóstico desde ese punto de vista que una única operación correctamente efectuada.

Dr. Caprio. — Voy agregar un simple comentario en base a la experiencia. Desde luego es un hecho establecido que todas las operaciones de resección con exclusión son malas. Desde la famosa ligadura de Parlavecchio en adelante siempre se ha ido al fracaso por la repetición de la úlcera pero la operación de gastrectomía, aún mismo llevada al máximo, en cuanto a altura, tiene un límite abajo que es la ampolla de Vater. Por poco que se corra el riesgo de dejarla al descubierto, por una úlcera muy grande, duodenal, deberá dejarse ésta sin quitar. He tenido dos casos en esas condiciones; en uno era una lesión no sólo penetrante, sino de aspecto tumoral, muy sangradora y la gravedad de la hemorragia hacía deseable la extirpación, pero no pudimos hacerla. En uno de los casos el enfermo marchó muy bien, en el otro siguió sangrando, aunque con menos violencia.

Al pasar voy a mencionar un hecho que en otra oportunidad traté de referir pero no tuve ocasión. En dos gastrectomizados por úlcera de duodeno muy extensa dejé al descubierto la ampolla de Vater y en un caso hice un cierre precario del duodeno, una simple jareta de cierre incluyendo la ampolla apenas en el borde. En el otro caso no pude siquiera hacer el cierre, enfrenté el duodeno abierto, a la pared posterior, pancreática, como un tubo acodado, de manera de cubrir la ampolla fijándolo con pocos puntos. En los dos casos todo marchó perfectamente y esperaba que así fuera, porque siempre creí que el problema del duodeno depende de la evacuación de la neoboca, la que funcionando bien no compromete el cierre del muñón duodenal; por precario que sea y en estos casos lo confirmamos, pero desde luego creo que, por poco que parezca que la ampolla puede quedar descubierta, deberá evitarse la resección.

Dr. Chifflet. — Algunos colegas se han referido a los problemas relacionados con el cierre del duodeno después de sección subpilórica.

Creemos como ellos que a veces hay dificultades serias y que los recursos técnicos pueden ser variados, llegando inclusive a la colocación de una sonda que permita la salida al exterior de los jugos duodenales como decía el Dr. Miqueo realizan a veces en la Mayo Clinic.

Nosotros nos valemos corrientemente de la técnica de abertura del estómago o del duodeno por arriba de la úlcera, por sección transversa y hacemos luego la disección del muñón abierto distal con la referencia permanente de la luz visceral. Siempre hemos podido resecar así lo que deseábamos. En caso de grandes dificultades tal vez recurramos alguna vez a la sección suprapilórica del estómago, para hacer la resección del píloro en una operación ulterior.

El asunto de un posible ulcus yeyunal nuevo después de exeresis por ulcus yeyunal debe ser siempre tenido en cuenta, pues la experiencia lo demuestra en forma terminante. Sucede lo mismo que después de gastrectomía en un gastroenterostomizado con ulcus yeyunal. Las explicaciones dadas sobre estos hechos son variadas. Nosotros consideramos que el enfermo que hace un ulcus yeyunal ha tenido un defecto de coordinación funcional digestiva y que la reoperación, aún cuando deje condiciones que en otra persona llevarían a la normalidad funcional, mantienen en ella las condiciones de incoordinación que seguirán favoreciendo la aparición del ulcus.