

## COMPLICACIONES BILIARES DE LA GASTRECTOMIA EN EL ULCUS DUODENAL (\*)

Dr. Domingo Prat

En el importante capítulo de las complicaciones biliares de la gastrectomía, debemos ocuparnos en particular de las alteraciones y trastornos que ella puede y suele ocasionar en las vías biliares, tales como: la neumatosis de los canales principales o su obliteración, con el característico síntoma de la *ictericia* post-gastrectomía, que de inmediato llama la atención del cirujano y permite sospechar la localización de la lesión, en la vía biliar principal.

Es bien conocido de los cirujanos la importancia quirúrgica y la gravedad que tiene la extirpación de un ulcus duodenal por gastrectomía, cuando esta úlcera es grande y extendida a la 2ª porción duodenal y sobre todo, si ella se ha propagado a la pared posterior abdominal o es perforante del páncreas; en tales circunstancias la duodenectomía se vuelve peligrosa porque expone a la lesión del colédoco y del Wirsung y también a la obliteración de la vía biliar o la papila; complicación que se traducirá por trastornos inmediatos al acto quirúrgico. A veces el cirujano podrá darse cuenta de inmediato de la lesión canalicular biliar y podrá corregirla enseguida, pero existen menos probabilidades de reconocer el englobamiento de la papila en la ligadura o sutura del cabo duodenal, a no ser que se utilice la colangiografía peroperatoria, que constituye un valioso recurso y efectiva colaboración para el cirujano, en estos complejos y delicados casos de cirugía duodeno biliar, si la colangiografía no revela netamente la anatomía y topografía de la vía biliar; tanto más si esta in-

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 1º de setiembre de 1954.

tervención se produce en un paciente ya operado con profusas adherencias, que modifican fundamentalmente la anatomía de la región.

El progreso de la técnica quirúrgica gastro intestinal ha sido tan grande y espectacular que los cirujanos han abordado con mayor entusiasmo y decisión las gastrectomías más amplias, aún en los casos de ulcus duodenales tumorales y extendidos; penetrantes del páncreas o del hígado y esto como se sabe, constituye una *cirugía peligrosa o por lo menos delicada*, que expone a las complicaciones biliares, dada la vecindad del colédoco al duodeno y particularmente la presencia de la papila o desembocadura del colédoco - Wirsung en la mitad de la cara interna de la 2ª porción duodenal.

Esta cirugía expone a complicaciones y ellas han aparecido con relativa frecuencia, obligando a los cirujanos a una técnica cuidadosa e indicaciones precisas y especiales en las úlceras duodenales, particularmente en las situadas a la derecha del bulbo y las de la 2ª porción. Existe en el momento actual una marcada preferencia para el tratamiento de elección de la úlcera duodenal por la exéresis completa, la duodenectomía amplia y en los casos particulares del ulcus post bulbar o de la 2ª porción, hay una mayor posibilidad de complicación que se traduce por la fístula o dehiscencia del cabo duodenal; la fístula biliar por herida del colédoco y la ictericia post operatoria, por estenosis coledociana u obliteración de la papila incluida en el cierre del duodeno.

Complicaciones biliares de esta naturaleza en la gastrectomía han sido comprobadas por la cirugía como lo prueba la comunicación de Sénèque y Roux, hace años a la Academia de Cirugía de París. En el año 1950, J. Caroli publica en los "Archivos de Enfermedades del Aparato Digestivo", una memoria sobre las "Ictericias de la gastrectomía" (1), en la que se ocupa de dos variedades de ictericia: 1º, la originada directamente por la gastrectomía, ya sea por la acción mecánica inmediata por ligadura de la papila, o por acción cicatrizal más tardía y 2ª, una ictericia post operatoria, que aún cuando su patogenia no está completamente establecida, se admite que ella es originada, por la transfusión con sangre conservada. Algunos cirujanos (Rudler) han

podido establecer que esta ictericia no se ha producido más, desde que se emplea la **sangre fresca** para la transfusión.

Un mes después de esta importante comunicación, Guy Albot, Olivier, Libauo y Vallin, presentan otra comunicación sobre "Repercusión duodeno colédoco pancreática de las úlceras duodenales e ictericia de los gastrectomizados". (2)

1) "Ictericias de la gastrectomía", J. Caroli. Archivos de las enfermedades del aparato digestivo. Nov. 1950. T. 39. 1057 a 1085.

2) "Repercusión duodeno - colédoco - pancreático de las úlceras duodenales e ictericia de los gastrectomizados". Guy Albot, Olivier, Libauo y Vallin. Archivos de las enfermedades del aparato digestivo. Nov. 1950. T. 39. 1086 a 1102.

Para Caroli y colaboradores, la patogenia de esta ictericia post gastrectomía por ulcus duodenal con extirpación amplia de la lesión, puede atribuirse a la inflamación, al espasmo y a la agresión quirúrgica de la vía biliar principal; muy posiblemente la causa puede ser la resultante o suma de todos estos factores agresivos del acto operatorio en una intervención peligrosa. Quiere decir que el cirujano frente a un ulcus duodenal localizado a la derecha del bulbo, en el ángulo o en la 2ª porción, tanto más si es tumoral o invasor, terebrante del páncreas o del hígado, debe estar prevenido el profesional, que al realizar la exéresis de la úlcera, efectuará una operación delicada y expuesta a complicaciones y en particular en las vías biliares y que si existen adherencias que modifican o alteran la anatomía regional, debe recurrir a la colangiografía per operatoria para visualizar y reconocer con precisión la situación de la vía biliar.

Para algunos cirujanos de jerarquía y experiencia, la localización del ulcus post bulbar o en la 2ª porción duodenal, constituye una precisa indicación para renunciar a la exéresis o duodenectomía y practicar en cambio, la resección por exclusión o la gastroenterostomía. En efecto, Sénèque y Roux, tiempo ha ya, que establecieron esta táctica operatoria frente a tales casos, en la "Academia de Cirugía de París"; en el año 1951, en la "Sociedad francesa de gastroenterología", el mismo Sénèque, vuelve a insistir sobre esta importante cuestión de la terapéutica de las úlceras duodenales alejadas del píloro o de la 2ª porción y acon-

seja categóricamente realizar la resección por exclusión o la simple G. E., para evitar las graves complicaciones que puede ocasionar el tratamiento de la duodenectomía amplia.

En esta segunda comunicación sobre el tema, menciona tres casos de Grenet, publicados en "Bordeaux Quirúrgico" de 1950, y establece que tiene conocimiento de otras complicaciones de colegas de experiencia y técnica correcta, por lo que cree conveniente llamar la atención sobre estos peligros y aconsejar la prudencia.

Personalmente no tenemos experiencia en la complicación de esta cirugía duodenal y en nuestro medio no se han publicado tampoco casos similares, aunque deben haberse producido, pero que no se han dado a conocer.

Hoy día la gastrectomía ha adquirido tal dominio y predominio como terapéutica de elección en la cirugía gastro duodenal del ulcus y es por eso que persiste el convencimiento de que este *llamado de atención* no será tomado en cuenta y es precisamente esto, lo que ha excitado la conciencia quirúrgica del distinguido profesor de la Facultad de París y es seguramente por eso que declara categóricamente, que no es por *senilidad quirúrgica*, que adopta y recomienda esta conducta quirúrgica conservadora y que condena la exéresis radical en estos casos. Estamos de perfecto acuerdo con Sénèque; nos entusiasma su conciencia profesional y su valentía quirúrgica y nos sentimos felices de poderle testimoniar que lo acompañamos en su conducta, ya que por nuestra experiencia y resultados, nos inclinamos con convicción en estos casos, a la G. E. Confiesa Sénèque que en esta cirugía hace años ya que no practica la resección por exclusión, sobre todo si la sección tiene que hacerse por encima del píloro, en pleno antro, porque a pesar del cuidado que se tenga en extirpar la totalidad de la mucosa antral, ésta persiste casi siempre en el muñón gástrico, porque está muy adherente al píloro; en cambio, cuando la exclusión puede hacerse por debajo del píloro y se dispone de amplitud de tejido para cerrar correctamente el duodeno, considera que la exclusión conserva su indicación. Pero, en los enfermos de edad avanzada, deprimidos o con taras orgánicas, entonces realiza y aconseja la simple G.E. en el ulcus post bulbar del duodeno.

Nos sentimos encantados de estar respaldados por una opinión tan autorizada y lógica como la del Prof. Sénèque, lo que quiere decir que coincidimos perfectamente con su criterio clínico y la severa jerarquía de sus indicaciones, en el ulcus duodenal tumoral o perforante, alejado del píloro o localizado en la segunda porción y nos consideramos autorizados a recomendar la prudencia en su terapéutica, excluyendo la duodenectomía amplia en estos casos, sustituyéndola por la cirugía conservadora y emplear corrientemente la colangiografía per operatoria para reconocer la topografía anatómica de las vulnerables vías biliares.

Otra complicación poco frecuente de la gastrectomía es la *neumatosis* de la vía biliar principal, es decir, la presencia de gases por reflujo duodenal o de la barita en el colédoco y si esta comprobación post operatoria es reconocida rara vez, ello se debe a que no se ha realizado con la frecuencia y oportunidad requeridas, el examen de Rayos X, que es la única exploración semiológica que puede poner de manifiesto esta neumatosis.

Nos explicamos que esta neumatosis canalicular biliar pueda tener un sorpresivo y temible significado clínico, porque el cirujano que lo compruebe pensará de inmediato en la posible infección gangrenosa de la vía biliar por los agentes anaeróbicos, pero para establecer este diagnóstico, la neumatosis deberá ir asociada a un grave estado general del paciente, que no es el caso en el simple reflujo duodenal, que aunque vaya acompañado de trastornos de dispepsia biliar, nunca tendrán ni la jerarquía ni la significación de la infección anaeróbica hepato biliar.

Esta neumatosis coledociana en la cirugía gástrica tiene importancia porque ella puede aparecer generalmente como complicación de una úlcera duodenal alejada del píloro y fistulizada en el colédoco o después de la gastrectomía por la exéresis de este tipo de úlcera.

Cuando el clínico o el cirujano compruebe por la radiología la existencia de un ulcus duodenal y concomitantemente la neumatosis biliar o el reflujo baritado, establecerá de inmediato la importancia de esta confirmación diagnóstica para realizar la colangiografía per operatoria y efectuar la terapéutica radical necesaria.

Bourgeon y Pietri en enero de 1954, presentaron a la "Socie-

dad Nacional Francesa de Gastroenterología", una comunicación sobre neumatosis de las vías biliares por anomalía de la terminación del colédoco y con úlcera duodenal. En la intervención realizan la colangiografía per operatoria para localizar la vía biliar y luego de liberarla y comprobar una desembocadura alta y anormal de la papila, realizan la sección coledociana y la implantación del cabo superior por anastomosis colédoco duodenal. Gastrectomía con duodenectomía que comprende la extirpación de la úlcera y colecistostomía. Buen post operatorio y curación del paciente.

En la discusión a que dió lugar esta interesante observación, Roux preguntó a qué mecanismo se debía la neumatosis ya que en la operación no se comprobó la comunicación o fístula duodeno coledociana, Caroli se encargó de contestar y aclarar la etiología de la neumatosis de acuerdo a su experiencia; patogenia que *se debería al reflujo del aire duodenal por la desembocadura anormal, generalmente alta del colédoco y sobre todo, a su trayecto terminal horizontal, en vez de ser oblicuo, a través de las paredes duodenales.*

Según Caroli, la disposición anatómica normal de la terminación del colédoco, se hace *oblicuamente* a través de las capas musculares del duodeno y ellas realizan su función esfinteriana o de cierre que impide el reflujo, cosa que se produce corrientemente cuando la situación terminal del colédoco es horizontal y perpendicular a la pared duodenal; posición que puede ser congenital o adquirida patológicamente y en especial por la úlcera duodenal.

Así como la neumatosis se observa en la desembocadura alta y anormal del colédoco, se puede comprobar también, dice Caroli, cuando desciende junto a la 2ª porción vertical y se termina en la 3ª porción, que como se comprende lo hace verticalmente, sin trayecto oblicuo intra mural lo que explica la posibilidad de la neumatosis.

La patogenia del reflujo duodenal biliar podría explicarse también por trastornos reflejos, pero Caroli es categórico y afirma que sus estudios radiomanométricos le permiten descartar la teoría del reflejo.

Un hecho que no se explica Caroli es que existiendo neuma-

tosis biliar, no se compruebe también en todos esos casos, el *reflujo baritado*, cosa que no sorprende a Porker, quien afirma que eso es perfectamente posible por la excesiva limitación de la brecha de la papila, que sólo permite el pasaje del gas.

Caroli ha tenido ocasión y oportunidad de llamar la atención sobre los accidentes de la gastrectomía por úlcera, ya sea en las lesiones de los canales biliares o pancreáticos, ocasionando fistulas biliares o duodenales, la enfermedad del muñón y la angiolocolitis cicatrizal, que significan motivos fundamentales para despertar la máxima prevención y atención de los cirujanos, en esta delicada y peligrosa terapéutica del ulcus duodenal que comentamos y en la *gran conveniencia o necesidad* de que el cirujano recurra a la colangiografía per operatoria para reconocer con seguridad la topografía biliar en relación con el duodeno y la úlcera y destaca Caroli, que la colangiografía previa por la biliografía, puede contribuir eficazmente a reconocer y prevenir profilácticamente los peligros del ulcus duodenal complejo y grave.

Como se ve, tanto en la cirugía gastro duodenal, como en la biliar parece que la colaboración de la colangiografía y de la radiomanometría per operatoria constituyen una importantísima cooperación quirúrgica que permite *reconocer y topografiar* los órganos, cuando están recubiertos o disimulados por adherencias o anomalías patológicas de posición y sobre todo, nos permite además reconocer lesiones funcionales y orgánicas, que sin esa exploración pasarían inadvertidas. Es por todo esto que se impone su práctica y aplicación, más aún cuando como en el ulcus duodenal, la lesión es mixta, digestiva y biliar.

Hemos analizado dos complicaciones importantes de la gastrectomía, la ictericia por lesión y neumatosis de la canalización biliar, de esta última hemos aceptado la explicación patogénica establecida por Caroli, quien tiene vasta experiencia de esta patología, comprobada en su interesante memoria de la "Revista del Hígado" (1) de 1949, sobre papilitis icterígenas primitivas, donde además del estudio particular de las papilitis realiza un concienzudo y completo análisis de la anatomía colangiográfica

(1) J. Caroli. — "Las papilitis icterígenas primitivas". Revista del Hígado, 1949. Nov. - dic., 8. Págs. 349 - 422. Vigot Fr. Paris.

de la papila, que aclara nuestros conocimientos sobre la fisiología de la tan compleja porción terminal del colédoco y que los métodos de contraste nos permiten establecer diagnósticos precisos y realizar así una cirugía ajustada y perfeccionada que se identifica con la que ya comentamos para las papilitis icterígenas. Quiere decir pues que la colangiografía per o post operatoria y la radiomanometría de Caroli, constituyen colaboradores fundamentales de la cirugía ya sea para el diagnóstico clínico o la terapéutica y esto justifica el profundo reconocimiento que debemos al Maestro Caroli y a los que se han preocupado por generalizar y vulgarizar la práctica de la colangiografía en nuestro medio y en particular la adopción de esta disciplina semiológica por los cirujanos, porque estamos convencidos que representa uno de los mayores progresos de la cirugía. Contrariamente al Dr. Caroli, consideramos que no obstante representar la colangiografía venosa por la Biligrafina un gran perfeccionamiento diagnóstico y técnico, que debe usarse siempre que esté indicado, pero por ahora, creemos que no puede sustituir con ventajas a la colangiografía per operatoria, aunque ambas deben usarse profusamente.

**Dr. Cendán.** — Si nadie hace uso de la palabra, nosotros vamos a agradecerle al Profesor Prat el trabajo que ha presentado en el cual trata un punto de extremo interés en la cirugía gastro-duodenal, refiriéndose a una de las complicaciones más serias del ulcus duodenal que es su repercusión biliar por perforación en el colédoco.

Ha encarado uno de los aspectos, el preventivo, que es fundamental, y las patogenias que han sido invocadas para explicarlo. Personalmente no he tenido ocasión de tratar ningún caso de esta índole, pero tuve oportunidad de ver algunos, tratados por distinguidos cirujanos y recuerdo perfectamente dos en los cuales tuve la suerte de ver actuar al Profesor Montenegro durante mi estadía en su clínica. En ellos el acto operatorio se realizó ya con vistas al estudio del colédoco, que se suponía invadido por la úlcera, en virtud de los antecedentes de los enfermos, es decir ictericia y colangitis aunque no se había comprobado la existencia de litiasis.

En esos casos, el Profesor Montenegro es partidario de la extirpación del ulcus y la reparación de la lesión del colédoco, cosa que era considerada posible en todos los casos hasta ese momento, pero justamente durante mi estadía en la clínica, hubo un caso en el cual fué absolutamente imposible realizar la estirpación de la úlcera y obtener una reparación completa de la vía biliar y tuvo que resolver el problema

en la forma como acaba de expresar el Profesor Prat en uno de los casos que relató.

Realmente la perforación en el colédoco, es una de las complicaciones más graves de la úlcera duodenal, que felizmente parece bastante rara.

**Prof. Prat.** — Agradezco al presidente las consideraciones que ha hecho y aunque sabemos perfectamente que las complicaciones, que comentamos son relativamente raras, pero cuando se hila fino, es decir, cuando se investiga bien se encuentran algunos casos, que son complicaciones desagradables que generalmente no se publican. Tenemos la comprobación por intermedio del presidente, por quien sabemos que en la Clínica de Montenegro ha habido algún caso. Ahora bien, estos casos se resolvieron favorablemente, y precisamente el profesor Montenegro realiza la duodenectomía, la extirpación de la úlcera en casi todos los casos y nos explicamos que lo haga él, porque Montenegro es uno de los príncipes de la cirugía, en lo que se refiere precisamente a la cirugía gástrica, pero en todas las clínicas no opera sólo el profesor, sino también los ayudantes y demás colaboradores que no pueden tener precisamente la técnica o la experiencia que tiene un cirujano de la categoría de Montenegro; por eso la cirugía puede ser un poco más difícil y compleja por cuya razón me parece que no se puede establecer normas generales o sistemáticas para todos los cirujanos, cuando en casos como los que comentamos, se logran solucionar satisfactoriamente en la práctica de la cirugía conservadora.

Hubiera deseado hacer esta comunicación estando presente el doctor Caroli, dada su gran preparación y que nos hubiera dado datos interesantes porque ha trabajado mucho en la experimentación de la papila, y la terminación del colédoco con la radiomanometría, con resultados interesantísimos.

Podríamos comentar algo sobre cirugía duodenal, pero quizás esto no corresponda tratarlo aquí, sino cuando tratemos la parte que corresponde al síndrome doloroso de la rama aferente de la gastrectomía, puesto que un socio de la Sociedad de Cirugía, el Dr. Miqueo, ha presentado lo que él llama el drenaje del cabo duodenal, yo lo llamaría la derivación, después de la gastrectomía gastro duodenal. Constituye esta práctica una maniobra muy interesante a tomar en cuenta para poder establecer, si esa derivación no puede disminuir en gran parte las complicaciones de estos trastornos de la rama aferente en la gastrectomía y sobre todo permitiría su estudio radiológico.

Pero es ésta, una cuestión que hay que estudiarla muy bien en los resultados y sobre todo que parece desplazada del tema que tratamos ahora, pero si esa práctica de la derivación, da resultado en el síndrome del asa aferente, creemos que pueda emplearse en las complicaciones de la vía biliar principal, que puede contribuir a la solución de esta patología.