

CLINICA QUIRURGICA DE APARATO DIGESTIVO
DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE JAEN

Jefe Dr. FERMIN PALMA

Hemigastrectomía (Tipo Billroth I) y Vagotomía en el tratamiento del Ulcus Gastroduodenal

*Dres. Fermín Palma, Antonio Delgado, Alfonso Quesada,
Antonio Palma y Manuel del Nido*

*«Somos tan enemigos de la operación inmediata de toda
úlcera gastroduodenal, como del tratamiento médico pro-
longado». (BOCKUS).*

*«La vagotomía nos ha permitido practicar con más fre-
cuencia que antes el Billroth I.»*

INTRODUCCION

Sin olvidar que hay muchos pacien-tes de ulcus gastroduodenal que pade-
cen una enfermedad simultánea, capaz
de producir síntomas y de seguir ma-
nifestándolos después de una resecc-
ción o de otra operación gástrica, que
podrá interpretarse como de fracaso
operatorio o hasta de recidiva o de
molestias del operado gástrico, cuando
en realidad se deben a la enfermedad
concomitante —hernia diafragmática,
afecciones cardiovasculares, hiperten-
sión portal, colecistopancreopatías o
incluso enteropatías—; o quizá, lo que

es mucho más frecuente, que el ulce-
roso tenga un proceso funcional super-
puesto, formando parte de la persona-
lidad del gastrópata, que le da una fi-
sionomía propia, a veces neurótica, y
que motiva el que continúe con una
serie de molestias, agravadas con las
que puede producir una resección gás-
trica—«dumping», adelgazamiento,
trastornos carenciales—que desacredi-
ten el tratamiento quirúrgico del ulcus
gastroduodenal, deberemos deducir que
el interrogatorio tendrá que ser muy
minucioso para que se puedan recoger
datos en favor de enfermedades aso-
ciadas al ulcus que no pasen desper-

cibidas, y del otro lado, hacer por conocer la personalidad del ulceroso, porque de tener grandes trastornos funcionales asociados, si el *ulcus* no se ha complicado, en estos pacientes —y más si son jóvenes—, no se les debe operar, porque seguirán después de la intervención sufriendo y puede que en un grado más avanzado.

Hecha esta salvedad, de todos es conocido y en la mente de todo cirujano está que las indicaciones netas del tratamiento quirúrgico de la enfermedad que nos ocupa son:

- el fracaso de un tratamiento médico bien dirigido,
- la estenosis pilórica,
- la hemorragia,
- la perforación,
- la degeneración neoplásica e incluso su presunción.

También sabe el cirujano que a la hora de decidirse por el tratamiento operatorio de la úlcera gastroduodenal debe encontrarse preparado para explorar el páncreas minuciosamente y tratar de investigar una adenomatosis que encaje en el síndrome descrito por ZOLLINGER-ELLISON, que tendrá que extirpar y biopsiar si desea que la lesión ulcerosa no recidive.

Ante una estenosis pilórica se impone a la mayor brevedad—una vez corregido el trastorno hidroelectrolítico— bien en un drenaje del estómago, la mayoría de las veces una vagotomía seguida de gastroenterostomía. En nuestra casuística, ante esta complica-

ción estenótica, predominan los reseca-dos gástricos (hasta aquí), bien seguidos de anastomosis gastroduodenal y vagotomía (si el duodeno lo permitió), o bien de anastomosis gastroyeyunal, según el clásico proceder de POLYA, retrocólicos, habiendo sido los pacientes más agradecidos y en donde mejores resultados inmediatos y lejanos se obtuvieron. Sólo en pacientes de alguna edad y en *ulcus* estenosantes bajos, muy adheridos y con un gran componente inflamatorio periduodenal, hemos preferido el drenaje antral y la sección de los vagos (con extirpación de un trayecto de 2-3 cm.) infradiaphragmática.

Se puede sangrar en el tracto digestivo superior por multitud de procesos —afecciones hepatoesplénicas con hipertensión portal, fenómenos hipertensivos arteriales, pancreopatías, afecciones hematólogicas, intestinales, neoplásicas, diverticulares, hernias hiatales, etcétera—, pero uno de ellos puede ser la úlcera gastroduodenal. ZINTEL relata que cuando un paciente sangrando ingresa en su servicio quirúrgico, ponen para él en la nevera cinco unidades de sangre, o sea, cinco frascos de 500 c. c. cada uno. Cuando el paciente en cuestión necesita una unidad cada ocho horas, o sea, 1.500 c. c. en las veinticuatro horas, para mantener sus tensiones arteriales, ya se supone que se trata de una hemorragia grave. Si un paciente pierde el 40 por 100 de su volumen normal de sangre, se le debe preparar con urgencia para intervenir-

le, inyectándole sangre total en cantidad igual a la pérdida, no insistiendo en el tratamiento conservador, sino operar antes de que lleguen las cuarenta y ocho horas de su admisión en el servicio quirúrgico. En dos casos, el tipo de intervención que nosotros realizamos fué la resección gástrica. Uno de ellos seguido de anastomosis gastroyeyunal y otro más reciente de gastroduodenal y vagotomía, al tratarse de un ulcus duodenal.

Ultimamente, LLAURADÓ tiene varios casos en los que en plena crisis hemorrágica ha practicado la *vagotomía* y la derivación gástrica, con resultados brillantes. WANGENSTEEN ha propuesto la hipotermia gástrica, especialmente en pacientes de edad que no se atreve uno a operar, empleando una sonda de doble luz e introduciendo una solución de alcohol en agua a una temperatura entre 0° y 4° C., cohibiéndose la hemorragia en algunos pacientes.

En la perforación gastroduodenal, justo es decirlo, aunque somos partidarios de la intervención quirúrgica, practicada con urgencia, sin embargo, bien por la edad del paciente, bien por el estado avanzado en que me llegaban al hospital, se empleó en algunos de ellos (ocho casos) la aspiración continua, según el método de TAYLOR, con magníficos resultados en siete de ellos.

Antes de las seis primeras horas la resección gástrica puede practicarse con prudencia, eligiendo los casos, que es lo que hasta ahora hemos venido

haciendo, con buen estado general y buenas condiciones locales de la lesión que no exponga a riesgos inútiles. Pese a esta posibilidad, últimamente, en tres perforados, hemos practicado una vagotomía, la escisión de la lesión y la piloroplastia, con elección de los casos y con magníficos resultados inmediatos, faltándonos tiempo para juzgar de los resultados lejanos.

Ante la úlcera gástrica siempre hemos procedido a la resección del estómago, si después de un tratamiento y observación periódica no hubo curación. Aun cuando desaparezca el nicho, siempre, en observaciones posteriores, hemos de estar atentos a la aparición de una rigidez de la curvatura si el nicho radicaba en la pequeña curvatura, ya que cuando se localizó en la mayor (dos casos) procedimos a la resección desde el comienzo.

En la úlcera gástrica es frecuente la degeneración carcinomatosa. Hay autores que han encontrado en el 10 por 100 de las úlceras gástricas operadas degeneración maligna; otros, hasta en el 15 por 100. La exploración radiológica no permite excluir con seguridad la degeneración. La negatividad de una biopsia exfoliativa tampoco excluye la posibilidad de una úlcera gástrica degenerada. Nosotros nos preguntamos si el carcinoma del muñón gástrico tras gastrectomía se sucede con más frecuencia en la anastomosis gastroyeyunal, por las alteraciones gastríticas de la mucosa, que después de la anastomosis gastroduodenal, ya que

tres casos de nuestra observación llevaban un Polya.

Es más corriente que en los carcinomatosos predomine el grupo sanguíneo A; por el contrario, en los ulcerosos es más frecuente que pertenezcan al grupo O (AIRD, 1953).

Sin embargo, en nuestra práctica, esto se suele cumplir en un 75-80 por 100 de los casos, existiendo, por tanto, de un 20 a 25 por 100 en que esto no se comprueba.

Respecto a la úlcera gástrica y duodenal, hay que tener en cuenta que, en realidad, se trata de dos enfermedades distintas, con una relación más anatómica que etiológica. La úlcera duodenal tiene una distribución más uniforme, siendo mucho más frecuente que la gástrica, dejándose influenciar ambas de la herencia. Ni que decir tiene que la enfermedad ulcerosa es muchísimo más frecuente en el hombre. Como dato estadístico, en nuestro servicio solamente se han intervenido, en un período de diez años, tres mujeres de úlcera gastroduodenal perforada, y predominando, en una relación de 100 casos, 85 por 100 en el varón y 15 por 100 en la mujer.

METODICA Y TECNICA OPERATORIA

Desde fines del 60 hasta la fecha (a que corresponde la estadística de la tabla I), para el tratamiento de todas las úlceras gástricas, y en algunas duodenales, se empleó la resección, y en

éstas asociada a la vagotomía subdiafragmática, reseccando de 2 a 4 cm. de ambos vagos y seccionando todas las fibras o elementos nerviosos, que pueden ir disociados a este nivel.

Finalmente, en el resto de los ulcus gastroduodenales (tabla I) se hizo en dos de ellos una vagotomía asociada a un drenaje gástrico, piloroplastia, y en diez restantes, en los que por la localización baja de la lesión, o por el grado de su penetración en páncreas o proximidad a las vías biliares, se eligió una vagotomía con una gastroenterostomía, practicada en el punto más declive de la cara posterior del estómago.

En treinta casos seguimos la técnica de la hemigastrectomía y vagotomía, con anastomosis gastroduodenal y sutura en un solo plano (fig. 10).

Desde que, en 1953, PIERRE JORDAN afirmó el valor de la técnica de sutura digestiva en un solo plano, la difusión de este método ha afirmado su excelencia.

Puntos separados de nylon enhebrados a traumáticos y con aguja de sección cilíndrica, que toman la hoja conjuntiva submucosa y la lonja muscular con la serosa peritoneal.

Para obtener un afrontamiento exacto de las dos mucosas a anastomosar hay que cargar con la aguja la submucosa, que es el tejido más resistente de las capas intestinales. Su toma puede ser peligrosa, ya que algunas veces puede perforarse la mucosa. Sin embargo, muchos puntos pueden ser se-

T A B L A I

METODOS SEGUIDOS EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO EN 92 CASOS DE ULCUS GASTRODUODENAL

L E S I O N	Casos	Vaguetomía y Pilooplastia	Vaguetomía y Gastroenterostomía	Hemigastrectomía y Vaguetomía		Vaguetomía Pilooplastia y Excción de la úlcera	Aspiración continua (Taylor)	Resección del 70% del estómago		RESULTADOS INMEDIATOS
				Billroth I	Polya			Billroth I	Polya	
Úlcera duodenal.	62	2	10	30	20	—	—	—	—	Curación
Úlcera gástrica.	15	—	—	—	—	—	—	12	3	Curación
Úlcus sangranite intervenidos	2	—	—	1	1	—	—	—	—	Curación
Úlcus perforados	13	—	—	—	2	3	8	—	—	Curación en todos a excepción de uno fallecido de los tratados por aspiración.
TOTALES	92	2	10	31	23	3	8	12	3	

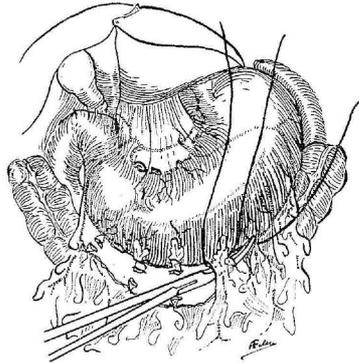


Fig. 1 (Billroth I Monoplano)

La liberación epiploica del estómago puede hacerse de múltiples formas. Así Valdani, sistemáticamente la hace a nivel de la inserción cólica a punta de tijera, como lo hacen la mayoría de los cirujanos cuando se trata de la resección por cancer. Llauradó, últimamente le vemos hacer como indica el grabado tomado directamente por nosotros. Una pinza con un hilo pasa por el ojal efectuado por ella misma. Esta misma, al soltar el hilo que lleva, recoge otro que coloca el ayudante antes de retirar la pinza con lo que con el simple ir y venir de la misma se colocan los dos hilos.

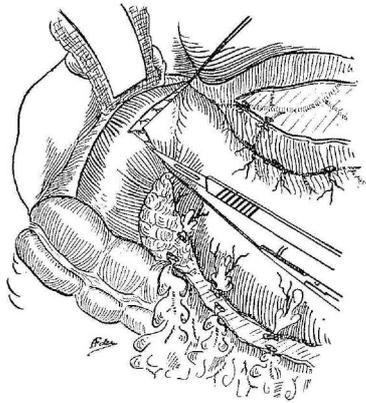


Fig. 2

Previo el paso de dos hilos en los bordes del duodeno, para hacer tracción, se secciona la cara anterior duodenal hasta la submucosa, y hacer patentes los vasos. La sección duodenal que luego se completará hasta tomar la forma de V.

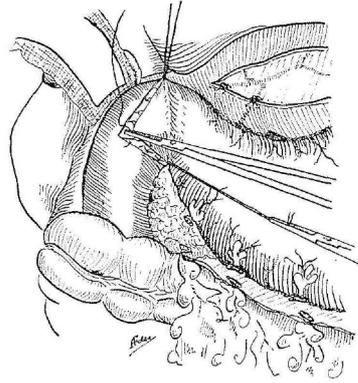


Fig. 3

Hemostasia del borde anterior duodenal, con aguja circular en hilo atraumático.

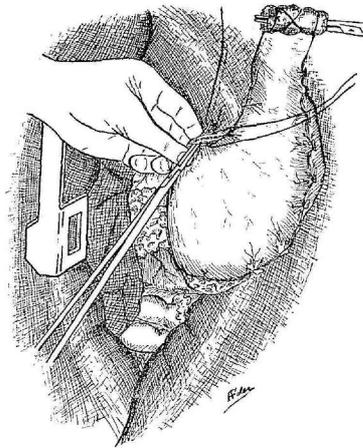


Fig. 4

Dissección y ligadura de la arteria gástrica izquierda o coronaria estomáquica.

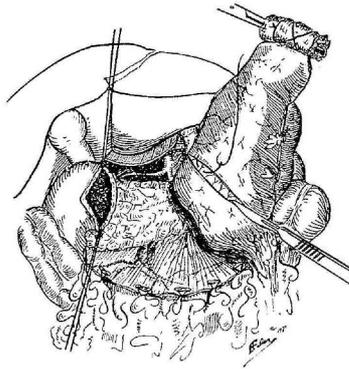


Fig. 5

Sección de la serosa muscular a nivel de la mitad del estómago (hemigastrectomía) hasta llegar a descubrir los vasos de la submucosa. Ligadura de los mismos, y fruncimiento en parte de la luz gástrica.

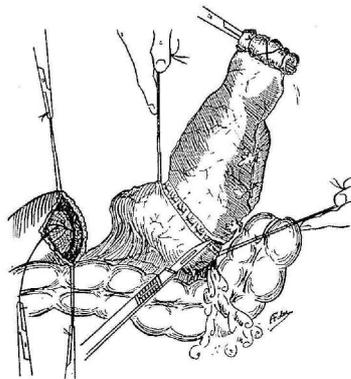


Fig. 6

Se pasan dos hilos para tracción. Uno a nivel de la curvatura menor y el otro en la mayor. Se secciona el estómago inmediatamente por encima de la ligadura hemostática.

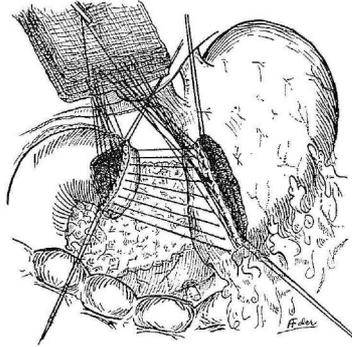


Fig. 7

Para realizar la sutura de la cara posterior en un solo plano, se toma primero el borde de la sección gástrica y después el de la sección duodenal. No se anudan, hasta que todos han sido previamente colocados, a fin de adaptar perfectamente las dos bocas, ya que la gástrica es siempre algo mayor que la duodenal, pese a la sutura hemostática que se realizó. Para conseguir un buen orden en los puntos se les separa con compresas, como señala el grabado.

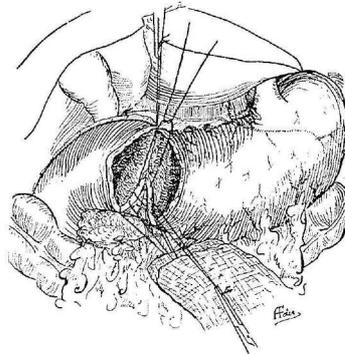


Fig. 8

Antes de anudar la sutura posterior llevamos todos los hilos y las compresas que los separan al extremo inferior del campo operatorio, (Llauradó) a fin de comenzar a anudar los hilos del extremo superior de la boca anastemática. Como se puede ver en el grabado la mucosa queda o debe quedar perfectamente adaptada.

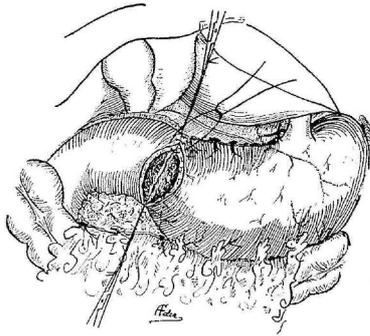


Fig. 9

La sutura anterior se va anudando conforme se pasan los puntos.

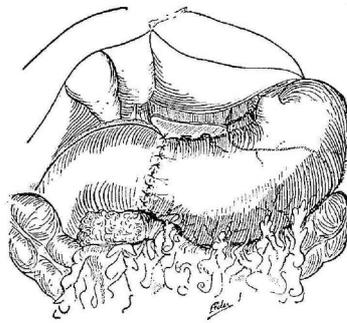


Fig. 10

Aspecto de la hemigastrectomía, tipo Billroth I, en un plano que debe asociarse a la vaguectomía sub-diafragmática

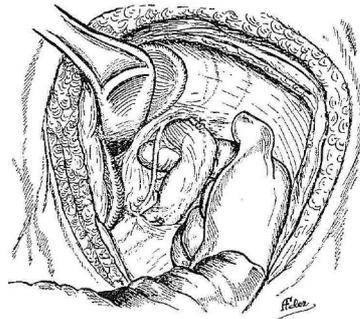


Fig. 11

Localización del vago derecho o posterior, pasando el dedo índice de la mano derecha por detrás del esófago, ya que la yema del dedo al notar la cuerda tensa que es a este nivel el vago puede empujarle y exteriorizarle. Sin embargo, últimamente he visto a Lauradó que simplemente con un ojal pequeño y con la ayuda de un estilete en asa lo localizan muy bien, con mínimo traumatismo.

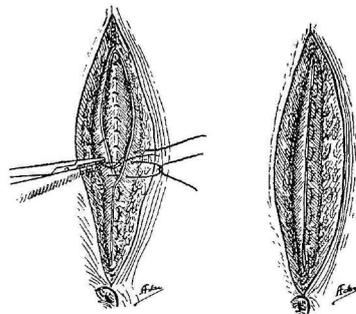


Fig. 12

En ocasiones cerramos la laparotomía supraumbilical en las operaciones sobre el gastroduodeno, con puntos entrecortados de nylon negro de tal forma que adapte las superficies en lugar del borde, según señala el grabado.

romusculares y parece ser no pasada.

No habrá que olvidar que la anastomosis en un solo plano debe ser un procedimiento lento, sin precipitaciones, con una hemostasia de vaso por vaso, sin traumatizar la mucosa. Siempre se tendrá de ella buenos resultados, contando con que la proteinemia y niveles sanguíneos del paciente sean normales; las extremidades a anastomosar, bien vascularizadas, sin traumatizar, y sin el empleo de «clamps»; el empleo de hilos finos no reabsorbibles, entrecortados y dados con aguja atraumática; el evitar excesiva tensión en el anudar, debiendo quedar los extremos anastomosados sin tensión alguna.

Esta es la técnica; en un solo plano empleamos desde más de un año, sistemáticamente, en todas las anastomosis gastroduodenales y gastroyeyunales, con unos resultados buenísimos, ya que al no haber perdido ningún enfermo desde entonces, no es que este resultado sea exclusivo de la técnica monopiano, sino que demuestra su seguridad.

La táctica operatoria está detallada en los esquemas tomados del natural por nuestro colaborador A. FERNÁNDEZ (figs. 1-12).

Resumiendo, ante la úlcera gástrica se impone la resección. Ante una úlcera duodenal con hiperclorhidria alta, una resección con vagotomía. Ante lesiones duodenales bajas, penetrantes, puede ir mejor, aparte del menor ries-

go de la intervención, una gastroenterostomía y vagotomía.

En ulcerosos muy nerviosos, delgados, distónicos, puede ser mejor la vagotomía y piloroplastia.

No obstante, la vagotomía no es operación que se vea libre de algún peligro, ya que produce alteraciones del tránsito y absorción digestiva.

RESUMEN

La asociación vaguectomía y hemigastrectomía es el proceder que pone más a cubierto ante las úlceras pépticas postoperatorias, y aunque hay autores (PI-FIGUERAS) que insisten en preferir la anastomosis gastroyeyunal (en esta asociación), en nuestra estadística predomina la anastomosis gastroduodenal.

Es prematuro juzgar en nuestra corta experiencia sobre los resultados lejanos, pero los inmediatos han sido excelentes, y en nuestro ambiente, en donde la enfermedad ulcerosa es, quizá, más frecuente que en otras regiones, creemos se podrá obtener un criterio que nos dé una conducta futura.

La anastomosis en un solo plano tiene, evidentemente, la ventaja de dejar el mínimo de rodete a lo largo de la anastomosis (los radiólogos son los primeros en advertirlo) (figs. 13-14); reduce o hace desaparecer el espacio existente entre la seromuscular y la submucosa-mucosa, con lo que evita la formación de hematomas, quedando además una anastomosis con una mag-

nífica vascularización y fuerte resistencia, al estar hecha con puntos separados.

El practicar la vagotomía o vagectomía y una operación de drenaje (bien piloroplastia o gastroenterostomía) en las úlceras duodenales, de difícil liberación, por su penetración o localización, es de una gran razón humana, desde el momento que no se debe exponer la vida del paciente para tratar una lesión de tipo benigno.

Pero conviene no olvidar que la vagotomía no es operación que esté libre de riesgos. La diarrea, cuando se manifieste, o la alteración de la absorción del agua y electrolitos, quedándose en el intestino, y, por tanto, sufriendo una verdadera deshidratación, poniendo en peligro la vida del paciente, puede presentarse de un 2 por 100 al 5 por 100.

La adición del drenaje gástrico es necesario. En la mayoría de los casos la diarrea queda reducida a una semifluidéz de las heces, al desvanecimiento y sudoración después de las comidas y pérdida de peso.

Parece existir mayor riesgo de que persista la úlcera duodenal o aparezca la úlcera en la boca anastomótica después de la vagotomía que después de la gastrectomía.

Las diferencias publicadas son variables, pero la incidencia de la ulceración de la boca anastomótica después de una gastrectomía tipo Polya oscila entre el 2 y el 8 por 100, y después de la vagotomía, entre el 6 y el 20 por 100.

BIBLIOGRAFIA

- DUBOST, C.: «Iconografía quirúrgica» *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, XII, 1958.
- LLAURADÓ, TRIÁS y GUIX: *Cirugía, Ginecología y Urología*, XVI, 1, 52, 55, 1962.
- JOURDÁN, P.: Un vol., París, 1953, Vigné, édit.
- PI-FIGUERAS, J.: *Anales de Medicina y Cirugía*, núm. 4, 326, 1961.
- THOMERET, G., DUBOST, Cl., et.
- SALLERAS, V.: Sesiones quirúrgicas. Hospital Sagrado Corazón. Barcelona. Curso 61-62.
- VALIDIRE, J.: *Mém. Acad. de Chir.*, 10 av. 1957, 83, 427-411 (Discusión): M. M., J. MIALARET, J. LOVGUE, J. HEPP.