

AVANCES EN LA CIRUGIA DE LA ULCERA PEPTICA

**Jorge Emilio Restrepo*

La suerte del paciente con úlcera duodenal ha mejorado fundamentalmente. La cirugía ha evolucionado hacia procedimientos más conservadores pero igualmente efectivos.

Es necesario que la técnica quirúrgica sea muy meticulosa para que la vagotomía supraselectiva brinde los resultados excelentes que se pueden esperar de ella.

Palabras claves: Duodeno, úlcera, cirugía, vagotomía.

SUMMARY

The fate of the patient with duodenal ulcer is greatly improved. The evolution of surgical treatment has led to more function sparing and just as effective surgical procedures.

Meticulous surgical technique is essential to attain the potential excellent results of highly selective vagotomy.

Key words: Duodenum, ulcer, surgery, vagotomy.

* Cirujano General, Clínica Soma. Cons. 621.
Separatas: Apartado Aéreo 54708 Medellín, Colombia S.A.

La suerte de la persona afectada con enfermedad ácido péptica y específicamente con úlcera duodenal, ha mejorado notablemente.

Este mejor pronóstico del paciente con úlcera se debe fundamentalmente al perfeccionamiento y generalización de la endoscopia digestiva; a la introducción de los bloqueadores H₂ y de los protectores de la mucosa y al refinamiento e introducción de nuevas técnicas quirúrgicas.

Los bloqueadores H₂ han demostrado ser valiosos principalmente en el manejo de las crisis agudas de la enfermedad ácido péptica y dentro de las crisis agudas han tenido especial valor en el tratamiento de las hemorragias del tubo digestivo superior. De paso debo anotar que actualmente llega a cirugía un porcentaje menor de los pacientes que sangran y la mortalidad de los que son intervenidos, a pesar de ser un grupo seleccionado por su mayor gravedad, fluctúa hoy alrededor del 7% mientras hace 20 años fluctuaba alrededor del 20%.

¿Qué tal respecto a la utilidad de la Cimetidina en el tratamiento de la úlcera duodenal crónica?

El éxito ha sido parcial, pues aún después de tratamientos prolongados, la interrupción de la Cimetidina se acompaña de una recurrencia del 70%. Parece que no hay mayor diferencia si el tratamiento es prolongado, es decir por un período superior a dos meses (4 u 8 semanas) o si el tratamiento es corto. Así que la primera duda que se nos plantea, es si se justifica realmente hacer cursos prolongados de Cimetidina y correr los riesgos de someter al paciente a los efectos colaterales.

Todos apreciamos la utilidad de la Cimetidina en el caso agudo pero quedan dudas con respecto al paciente crónico.

Hay una tercera forma clínica de úlcera duodenal en la cual se presentan reactivaciones agudas o episodios agudos con períodos de mejoría relativamente largos. Si estos períodos de mejoría duran varios meses o aún años,

el tratamiento con Cimetidina en estos casos también puede tener una utilidad real.

¿Volviendo a las úlceras crónicas, qué tal el paciente que recae poco tiempo después de discontinuar el tratamiento médico?

En estos casos quizá valdrá la pena iniciar otro curso de tratamiento para que tanto el paciente como nosotros quedemos convencidos de que no se trata de un proceso agudo sino de una diátesis ulcerosa crónica. Si después de una segunda tanda, corta o larga, vuelve a presentarse recurrencia de los síntomas, podemos afirmar que la Cimetidina nos ha resultado útil para hacer una verdadera selección del paciente crónico y este paciente crónico es candidato para cirugía.

Este fenómeno de una mejor selección quizá podría explicar la menor frecuencia con la que en todos los centros quirúrgicos se está practicando cirugía para úlcera duodenal.

El tratamiento quirúrgico también ha evolucionado en forma favorable desde técnicas poco efectivas como la gastro-enterostomía, se pasó a cirugías mutilantes como la gastrectomía subtotal y más tarde a la vagotomía troncular con drenaje; a la vagotomía con antrectomía; a la vagotomía selectiva con drenaje y por último a la vagotomía supraselectiva sin drenaje, la cual puede considerarse como el último avance quirúrgico en el tratamiento de la úlcera duodenal crónica y con respecto a la cual quisiera hacer algunas precisiones.

Entre los motivos de desconfianza para la utilización de este procedimiento podríamos mencionar los siguientes:

1. Es un procedimiento nuevo y aún no sabemos cuáles van a ser los resultados a largo alcance.

Este argumento va perdiendo valor a medida que la técnica va cumpliendo quince años y las estadísticas confirman que su efectividad es tan confiable como la de procedimientos ya consagrados como son

la vagotomía troncular con drenaje o la vagotomía selectiva.

2. Otro motivo de recelo ha sido las supuestas altas tasas de recurrencia; con respecto a esto podemos precisar algunas experiencias publicadas y afirmar que *es fundamental que esta cirugía sea elaborada con una buena técnica quirúrgica.*

Las distintas estadísticas demuestran que aún en la misma institución y dentro del mismo estudio (1) uno de los operadores tuvo recurrencias altísimas hasta del 46% mientras simultáneamente otros operadores tuvieron recurrencias tan bajas como del 6% en cinco años.

Esta afirmación también la corrobora la experiencia del doctor Hallenbeck de la Universidad de Alabama (3), quien durante su primera etapa tuvo recurrencias del 20% mientras que una vez refinada su técnica disminuyeron éstas a un 5%.

La importancia de una buena técnica la corrobora el hecho de que series de un solo cirujano tienen resultados verdaderamente asombrosos (1.5%) desde el punto de vista de la poca recurrencia y poca morbilidad como es el caso del doctor Frazer (2). Resultados similares ha informado entre nosotros el doctor Orduz.

¿Cuál es pues el porcentaje de recaídas que puede esperarse y cuáles son los pacientes más expuestos a recurrencia?

De acuerdo con la información ya mencionada con una técnica quirúrgica bien ejecutada, debe esperarse una recurrencia no superior al 5%, inferior a la de la vagotomía troncular con drenaje y superior a la de la vagotomía con antrectomía, pero con la enorme ventaja sobre las técnicas anteriores de una incidencia mínima de efectos colaterales (90% de Vissick I y II, contra 70% de otras técnicas) (4).

Con relación a cuáles pacientes están más expuestos a recurrencia, se ha identificado repetidamente un solo factor cual es la localización de las úlceras en la región prepilórica.

La pregunta que sigue inmediatamente después de estas afirmaciones es: ¿Qué detalles de técnica quirúrgica son importantes para evitar la alta recurrencia?

Hay dos aspectos que son aceptados por todos los estudiosos de esta técnica y otro detalle que podríamos llamar discutible; los dos aceptados por todo el mundo se refieren ambos a la denervación a nivel del cardias.

- 1) Deben denervarse al menos siete cm. distales del esófago. En un principio, varios cirujanos trataron de hacer la vagotomía supraselectiva utilizando la misma técnica que se ha empleado para la vagotomía selectiva, es decir, conservando muy cuidadosamente la inervación de la última parte del esófago y evitando el desprendimiento de los troncos vagales de los últimos centímetros. En la experiencia con la vagotomía supraselectiva, se ha visto que es muy importante la liberación completa de 7 a 10 cm. distales de esófago y la sección de las ramitas vagales que penetran a este órgano durante ese trayecto.
- 2) El segundo punto también se refiere a la parte alta del estómago a nivel del cardias y específicamente de la parte posterior del mismo. Una vez que tenemos movilizada toda la curvatura menor y también el cardias y la porción distal del esófago, a veces quedan unas fibras que van adosadas al fondo y cuerpo gástrico en la parte posterior y que pueden pasar fácilmente inadvertidas. Es importante tener en cuenta la necesidad de una liberación completa de la parte posterior del cardias sin dejarnos engañar por lo que parecen "cilindros" o pequeños fragmentos de tejido de la parte posterior del mismo.

El punto discutible y no aceptado por todos los operadores, es la sección de la gastro-epilóica a nivel de la curvatura mayor. Varios cirujanos han recomendado seccionar la gastro-epilóica a nivel de la unión entre antro y cuerpo y en un trayecto de una pulgada, argumentando que a este nivel viajan pequeñas fibras vagales que pueden estimular las célu-

las parietales del cuerpo gástrico. El doctor Moreno González (5), opina que si esto no se hace, se corre un riesgo de 10% de vagotomía incompleta. Esta técnica ha sido recomendada entre nosotros por el doctor Orduz y ha sido también acogida por varios autores extranjeros.

Quisiera agregar algo, la importancia de asegurar un buen vaciamiento gástrico; he observado que en algunos de los pacientes que quedan con sintomatología ulterior a la vagotomía supraselectiva, ésta es atribuible a gastritis y esta gastritis probablemente puede deberse a lentitud del vaciamiento gástrico.

Es obvio que el primer cuidado que debe tenerse para conservar un buen vaciamiento gástrico es una técnica meticulosa que no traumatice las ramas que inervan el antro y el píloro. Esta lesión puede suceder si se cogen segmentos grandes de los vasos y también en pacientes en quienes hay procesos inflamatorios o cicatriciales. También cuando no se hace hemostasia muy precisa, la hemostasia secundaria puede ser causante de lesiones a estas ramas.

Otro aspecto que hay que cuidar es que no exista estrechez pilórica o duodenal, previa a la cirugía. La mejor forma de hacer esta evaluación, es con la endoscopia. Un píloro deformado a través del cual no es posible pasar el endoscopio o cuando éste pasa con dificultad y causando sangría, constituye un estorbo al vaciamiento gástrico que debe corregirse durante el acto quirúrgico. En este mismo sentido deben vigilarse las estenosis duodenales propiamente dichas producidas por la úlcera y es importante que el endosco-

pista no se contente con ver la úlcera sino que pase más allá con el endoscopio y se dé cuenta de la amplia permeabilidad del duodeno.

La observación de restos alimenticios en el estómago o de esofagitis péptica durante el examen endoscópico preoperatorio debe despertar la sospecha de que este paciente tenga un vaciamiento gástrico lento y el acto quirúrgico debe ir acompañado de algún procedimiento que corrija este obstáculo. Una pequeña plastia del píloro, no tan amplia como la piloroplastia usual o una piloromiotomía. También la plastia de anillos postpilóricos o inclusive la dilatación digital a través de una gastrotomía, son soluciones adecuadas para estos problemas.

Lo fundamental es que el cirujano tenga en mente la importancia del mantenimiento de un buen vaciamiento gástrico.

Si esto es cierto en el tratamiento de la úlcera duodenal es aún mucho más cierto en el tratamiento del reflujo gastroesofágico.

La vagotomía supraselectiva ha facilitado el refinamiento de los procedimientos antirreflujo. Cuando se disecciona el cardias con la técnica de la vagotomía supraselectiva, es posible ejecutar una cirugía más precisa, sin distorsiones y evitando incorporar entre las suturas los troncos vagales.

En conclusión: La vagotomía supraselectiva ha mejorado los resultados del tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal y ha permitido refinar los procedimientos antirreflujo. La técnica debe ser ejecutada con precisión y los programas de adiestramiento de cirujanos deben tener cuidado de incluir su enseñanza.

REFERENCIAS

1. Aclami, H.O., Enander, L.K., et al. Recurrences 1 to 10 years after highly selective vagotomy in prepyloric and duodenal ulcer disease. *Ann Surg.* 1984; 199: 393-399.
2. Frazer, A.G., Brunt, P.W. and Matheson, N.A. Comparison of highly selective vagotomy with truncal vagotomy and pyloroplasty. One surgeons results after five years. *Br. J. Surg.* 1983; 70: 485-488.
3. Hallenbeck, G.A., Gleysteen, J.S., et al. Proximal gastric vagotomy: Effects on two operative techniques on clinical and gastric secretory results. *Ann. Surg.* 1976; 184: 435-440, 1976.
4. Koo, S.K., Lam, P. et al. Proximal gastric vagotomy, truncal vagotomy with drainage, and truncal vagotomy with antrectomy for chronic duodenal ulcer: A prospective randomized controlled trial. *Ann. Surg.* 1983; 197: 265-271.
5. Moreno González, E., Narbona Arnau, B. et al. Proximal gastric vagotomy: A prospective study of 289 patients with 4-year follow up. *Acta Chir. Scand* 1983; 149: 69-76.