

Revisión del tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales. (Estadística de 489 casos)

Dr J. PRIM

Sesión clínica del día 8 de Junio de 1949

Ecorriente señalar, indistintamente, las indicaciones quirúrgicas de las úlceras gástricas y de las úlceras duodenales. La conducta terapéutica difiere mucho entre estas dos clases de úlceras.

Nosotros creemos que la úlcera gástrica es francamente tributaria del tratamiento quirúrgico por varias razones, la principal de las cuales es la dificultad que ofrecen muchos casos en diferenciarla, clínica y roentgenianamente, del cáncer ulceriforme o de la úlcera cancerizada. Este dato indujo a LAHEY y ALLEN a operar todas las úlceras gástricas, sea cual fuere su topografía. Además, las afecciones neoplásicas son muy frecuentes en la región del antro.

En segundo lugar, los resultados inmediatos y tardíos de la gastrectomía por úlcera gástrica, son francamente buenos, siendo rarísima la aparición de la úlcera en la boca anastomótica, si se emplea una técnica correcta y sea cual fuere el tipo de anastomosis practicada. Nosotros practicamos casi siempre una gastroduodenostomía tipo Billroth I, la cual es siempre técnicamente factible y más fisiológica que la gastroyeyunostomía.

En cambio, el tratamiento de la úlcera duodenal debe ser primero y primordialmente médico y sólo se debe recurrir a la intervención quirúrgica si sobrevienen complicaciones.

Requieren el tratamiento operatorio las úlceras determinantes de estenosis orgánica piloroduodenal y las hemorragias recidivantes que alteran el estado general del enfermo. Asimismo, requieren el tratamiento quirúrgico las úlceras muy dolorosas, que suelen ser penetrantes o exteriorizadas en órganos vecinos; dolor que nunca cede con el tratamiento médico más riguroso. También procede operar las úlceras causantes de compresión o infección de las vías biliares. Por último, la profesión del enfermo (misioneros, marinos, viajeros) constituye una indicación quirúrgica relativa, para evitar con la intervención la eventual complicación aguda de la úlcera.

Procede ser muy cauto en el tratamiento de la úlcera duodenal «joven» en los enfermos con poca edad y con clorhidria elevada, pues son los enfermos que desarrollan mayor proporción de úlceras en boca anastomótica. En ellos se proseguirá mucho tiempo en el tratamiento médico y sólo se indicará la intervención quirúrgica cuando se presente una de las complicaciones citadas anteriormente. En estos enfermos, se completará la resección gástrica con una vaguectomía bilateral.

Finalmente, existen las dos indicaciones urgentes comunes a las úlceras gástricas y las úlceras duodenales: la perforación y la hemorragia aguda. La perforación de la úlcera en el peritoneo libre, debe intervenir siempre. El procedimiento de Taylor, no es recomendable.

En la hemorragia aguda, se indicará la intervención quirúrgica, si es segura la presencia de la úlcera y la cronicidad de la misma. Es de notar lo mal que se soportan las hemorragias agudas desde los 40 años en adelante.

Actualmente, el proceder de elección en el tratamiento de la úlcera gástrica y de la úlcera duodenal, es la gastrectomía; no obstante, se han de considerar las diferencias impuestas por la topografía de la úlcera.

En las úlceras yuxtacardiácas, afortunadamente muy poco frecuentes (en 96 enfermos de úlcera gástrica, hemos encontrado solamente dos casos), somos par-

tidarios de la gastrectomía total. No nos merece confianza la intervención de Madlener, pues entraña el peligro de inadvertir una neoplasia; además, la úlcera puede perforarse o presentar una hemorragia aguda, y, finalmente, provocar una estenosis del cardias, por cicatrización de la úlcera. Nunca hemos practicado la intervención de Sweet, por creer aleatorios los resultados.

En las úlceras gástricas, ajenas al cardias y al píloro, la hemigastrectomía constituye, sin duda, la única intervención pertinente.

En cambio, en las úlceras duodenales, en muchos casos ofrece dificultades técnicas, y la topografía baja de las úlceras impone cambios en la conducta operatoria.

En las úlceras de la primera porción del duodeno sin marcadas adherencias con el páncreas o con las vías biliares, la intervención más indicada es la gastrectomía, con extirpación del ulcus. En cambio, en las úlceras muy bajas, cerca de la ampolla de Vater, o en las úlceras que, por el proceso flogístico, produzcan adherencias intensas, es mejor practicar la resección gástrica, dejando excluida la úlcera, si bien resecando el píloro. En los casos en que esto último no es posible, procede recurrir a la resección de la mucosa antral, no obstante su dificultad técnica.

Sólo hemos practicado la derivación en los casos de estenosis acentuada de enfermos con muy mal estado general.

A continuación, presenta las intervenciones practicadas por úlceras gástricas, desde el año 1943 a 1947, ambos inclusive, divididas en dos grupos, el primero, comprendiendo a los años 1943, 44 y 45, y el segundo los años 1947 y 48.

Asimismo presenta las intervenciones practicadas por úlceras duodenales durante los mismos años y en idénticos grupos.

Ulcus gástricos, operados de 1943 a 1945:

Tipo de operación: Gastroplastia, 1; gastroenterostomía, 15 (16,6 por 100).

Gastrectomías: Secundarias, 2; Billroth I, 71; Billroth II, 5; totales 2 (83 por 100).

Ulcus gástricos operados de 1946 a 1947:

Tipo de operación: Gastroenterostomías, 1 (2,4 por 100).

Gastrectomía: Billroth I, 38; Billroth II, 2 (97,5 por 100).

Ulcus duodenales operados de 1943 a 1945:

Tipo de operación: Gastroenterostomías (30,6 por 100).

Gastrectomías: Secundarias, 5; Finsterer, 18; Billroth I, 91; Billroth II, 31 (69,3 por 100).

Ulcus duodenales, operados de 1946 a 1947:

Gastroenterostomías, 8 (5,5 por 100).

Gastrectomías: Secundarias, 1; Finsterer, 7; Billroth, I, 103; Billroth II, 19; con vaguectomía, 5 (94,4 por 100).

En estas estadísticas destaca nuestra evolución en el tratamiento del ulcus gástrico. Actualmente, sólo por excepción practicamos la gastroenterostomía. En la mayoría de los casos, después de la resección practicamos la gastroduodenostomía.

En los casos de úlcera duodenal, hemos reducido mucho la práctica de la gastroenterostomía. Hemos practicado muchas más gastrectomías y en éstas hemos hecho más anastomosis tipo Billroth I (de un 62 a un 76 por 100).

Hemos reducido la práctica de la resección de Finsterer, de un 12 a un 5 por 100.

Actualmente, en los años 1947 y 1948, hemos practicado 5 gastrectomías con vaguectomía bilateral. Sin poder sacar consecuencias, por el poco tiempo transcurrido.