

11227

12

2ej

RESULTADOS COMPARATIVOS DE DIFERENTES OPERACIONES

ELECTIVAS EN EL TRATAMIENTO DE LA

ULCERA PEPTICA

REVISION RETROSPECTIVA

TRABAJO DE INVESTIGACION

" HOSPITAL GENERAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS "

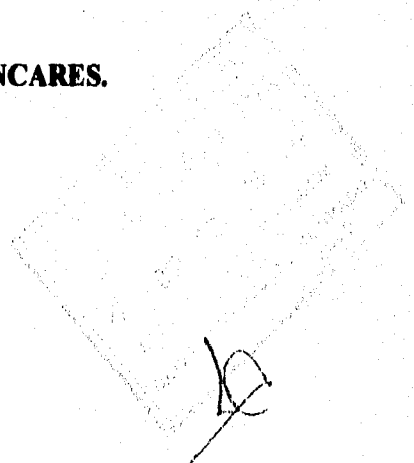
I. S. S. S. T. E

Isabel

DRA. MA. EUGENIA BELLAZETIN Y PALANCARES.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Handwritten signature or initials.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MI FAMILIA

ERICK

ERICA

MARA

A MIS PADRES

UBALDO Y ALICIA

A MI HERMANO

JORGE BELLAZETIN.

AL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA Y MEDICINA INTERNA

**A LAS AUTORIDADES DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.**

MI GRATITUD.

ASPECTOS FISIOLÓGICOS.- HAREMOS UNA RELACION HISTORICO CRONOLOGICA DEL TEMA, QUE CONSIDERAMOS ES NECESARIA PARA RECORDAR ALGUNOS ASPECTOS DE LA ENFERMEDAD ULCERO PEPTICA.

EN LA ANTIGÜEDAD SE CREIA QUE LA PRINCIPAL FUERZA DIGESTIVA DEL ESTOMAGO ERA EL " CALOR " , YA QUE PARA PARACELSO (1493-1541) HABLA DE ECETUM ESORINUM" ACIDO HAMBRIENTO , CONTENIDO EN EL ESTOMAGO CAPAZ DE ALGUNOS ANIMALES DE DIGERIR METALES , EL MISMO PARACELSO HACE LA OBSERVACION DE QUE LAS AGUAS TERMALES ACIDAS ERAN BUENAS PARA LA DIGESTION .

VAN HELMONT (1559-1644), ESTABLECIO LA PRESENCIA DE UN FACTOR ACIDO QUE ACTUARA EN LA DIGESTION ACIDA DE TODOS LOS ANIMALES , INCLUYENDO AL HOMBRE . EN EL SIGLO XVIII, SE TRATO DE EXPLICAR EL FENOMENO DE LA DIGESTION, COMO UN PROCESO DE NATURALEZA QUIMICA ASI RENE ANTONIE FERCHAUT DE REMUR REALIZO UN EXPERIMENTO DE LO MAS INGENIOSO, UTILIZANDO AVES, INTRODUJO ESPONJAS SUJETAS A UN HILO , OBSERVANDO QUE AL EXTRAERLAS ESTABAN IMPREGNADAS DE UN LIQUIDO AMARILLO OPALESCENTE QUE LLAMO " JUGOS GASTRICOS " INTENTO SABER CUAL ERA LA ACCION APLICANDOLO A VARIAS SUBSTANCIAS , ADVIRTIENDO QUE ESTAS SUFRIAN UNA LENTA DISOLUCION . LAZARO SPALLANZANI (1729-1799) CON DIFERENTES EXPERIENCIAS AUN EN AUTOEXPERIMENTOS COMPROBO QUE EL "JUGO GASTRICO " ACTUA MAS RAPIDAMENTE EN ALIMENTOS FRAGMENTADOS QUE SOBRE ALIMENTOS ENTEROS , TAMBIEN ENCONTRO QUE LA COMPOSICION DEL JUGO GASTRICO ERA UNA MEZCLA DE SALIVA , SECRECION ESOFAGICA , BILIS Y PROBABLEMENTE JUGO PANCREATICO.

EN 1823 PROUT MEDICO INGLES PUBLICA UN ESTUDIO REALIZADO EN PERROS EN DONDE COMPRUEBA QUE EL LLAMADO " JUGO GASTRICO " ERA ACIDO CLORHIDRICO.

AL AÑO SIGUIENTE EN 1824 , TAMBIEN OTRO MEDICO INGLES CHILDREN AFIRMA LO MISMO AL REALIZAR LOS EXPERIMENTOS EN EL HOMBRE.

WILLIAM BEAUMONT, CIRUJANO NORTEAMERICANO ATIENDE A UN ENFERMO CANADIENSE ALEXIS ST.MARTIN PORTADOR DE UNA FISTULA GASTRICA (1822) APROVECHANDO EL PADECIMIENTO DEL PACIENTE REALIZA UNA SERIE DE EXPERIMENTOS , LOS CUALES PUBLICA EN 1833 CON EL TITULO DE " EXPERIMENT AND OBSERVATIONS IN THE GASTRIC JUICE AND FISIOLGY OF DIGESTION " (2) . POR EL MISMO AÑO INVESTIGADORES ALEMANES JOENES MULLER Y THEODOR SCHANN DESCUBRE LA PEPSINA , VON PETROVICH EN 1886 , CONSIDERANDOSE EN -

ESTE TIEMPO QUE LOS PROCESOS DIGESTIVOS SOLO INTERVENIAN EL SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO .

EDKINS EN 1902, CREA UNA HIPOTESIS AL CONSIDERAR QUE DURANTE LA FASE GASTRICA INTERVIENE UNA HORMONA LLAMADA GASTRINA, HIPOTESIS NO COMPROBADA EN ESTA EPOCA .

LEVY A.C. Y COLS. EN 1925 PLANTEARON EL CONCEPTO DE UNA FASE INTESTINAL DE LA SECRECION GASTRICA . CON ESTO SE TENIAN TRES FASES CLASICAS DE LA SECRECION GASTRICA , TODO ELLO HACE 50 AÑOS.

UVNAS EN 1942 INDICA QUE EXISTE UNA DEPENDENCIA ENTRE LOS MECANISMOS DE ACCION GASTRICA , HORMONAL Y NERVIOSA .

EN 1964 JORDAN Y EL MEXICANO CARLOS DE LA ROSA INDICAN UNA SINERGIA ENTRE LAS FASES DE LA SECRECION GASTRICA , AL PUBLICAR SU TRABAJO " REGULATORY EFFECT OF THE PYLORIC GLAND AREA OF THE STOMACH IN THE INTERNAL PHASE OF GASTRIC SECRETION " TAMBIEN EN 1964 GREGORY Y TRANCY CAMBIAN EL CONCEPTO DE GASTRINA.

EN LOS ULTIMOS 20 AÑOS LA ENFERMEDAD ULCERO PEPTICA HA AMERITADO NUMEROSOS ESTUDIOS PUDIENDO MENCIONAR ENTRE LOS PRINCIPALES INVESTIGADORES QUE PUBLICARON TRABAJOS AL RESPECTO A GROSSMAN (23). DRAGSTEDT (19) . GUILLES PIE (21,22), ESTOS MEDICOS SE ENCUENTRAN ENTRE LOS INICIADORES DE LA INVESTIGACION DE LA FISIOLOGIA GASTRICA CONTEMPORANEA DE MANERA GENERAL PODRIAMOS DECIR QUE LA INVESTIGACION FISIOLÓGICA EN LA CUAL NO SE CIRCUNSCRIBE AL ESTOMAGO, SINO QUE SE HA EXTENDIDO HASTA LA PORCION DUODENAL, SITIO EN DONDE EXISTEN PROCESOS ULCEROSOS PEPTICOS.

ASPECTOS QUIRURGICOS.- COMO ANTECEDENTES QUIRURGICOS MENCIONAREMOS UNICAMENTE DATOS SOBRESALIENTES EN EL INICIO DE LA CIRUGIA GASTRICA , EN GENERAL LA CIRUGIA REALIZADA EN EL TRATAMIENTO DE LA ULCERA GASTRICA .

ENTRE LOS PRIMEROS CIRUJANOS QUE SE ATREVIERON A TRABAJAR EL ESTOMAGO SE ENCUENTRA SEDILLOT QUE EN LA CIUDAD DE ESTRAMBURGO EN 1846 REALIZO LA PRIMERA GASTRONOMIA , EN 1859 MIDDELDORPF REALIZA CON EXITO LA SUTURA DE UNA FISTULA GASTRICA . JULES EMILE PEAN (1830-1898) ILUSTRE CIRUJANO FRANCES NO SOLO FAMOSO POR SUS PINZAS HEMOSTATICAS SINO QUE FUE CREADOR DE UN METODO PARA RESECCION DE PILORO. EN 1879 EL MISMO PEAN INTENTA UNA RESECCION GASTRICA SIN EXITO.

EN 1880 LUDWIN RYDYR (1850-1879) FRACASA AL INTENTAR UNA RESECCION GASTRICA ; EN ESTA EPOCA VA A APARECER EL QUE HASTA EL MOMENTO SE CONSIDERA EL MAS GRANDE INOVADOR DE LA CIRUGIA GASTRICA EL ALEMAN THEODOR BILLROTH (1829-1824) , QUIEN EN 1881 EN LA CIUDAD DE VIENA REALIZA CON EXITO LA PRIMERA RESECCION GASTRICA APARECIENDO CON ELLO LA LLAMADA TECNICA DE BILLROTH I; CUATRO AÑOS MAS TARDE EN 1885 VA A DESCRIBIR LA MODIFICACION DE SU TECNICA APARECIENDO LA TECNICA DE BILLROTH II.

EN 1857 MICKULIS DISCIPULO DE BILLROTH RESUELVE QUIRURGICAMENTE UN ESPASMO DEL PILORO CON LA TECNICA DE PILOROPLASTIA QUE LLEVA SU NOMBRE. TAMBIEN DE LA ESCUELA ALEMANA Y DISCIPULO DE BILLROTH VICENZ CERNY (1842-1916) FUE EL PRIMERO EN TRATAR UNA ULCERA GASTRICA CON RESECCION EN CUÑA DE LA MISMA.

J.POLYA (1876-1944) Y H. FINSTERER EN (1877-1955) INICIARON LAS GASTRECTOMIAS TOTALES , EN UN PRINCIPIO COMO TRATAMIENTO DE PROBLEMAS ULCEROSOS .

LA CIRUGIA GASTRICA SE DESARROLLO CON LA IDEA DE RESOLVER PROBLEMAS TUMORALES , ESTO HIZO QUE UNA OPERACION DERIVATIVA COMO FUE LA GASTROYEYUNOSTOMIA PASARA A SER LECTIVAMENTE LA PRIMERA INTERVENCION CONTRA LA ULCERA DUODENAL ; EN LOS CASOS EN QUE SE USO ESTE TIPO DE INTERVENCION PENSANDO INICIALMENTE QUE SE TRATABA DE UN PROCESO MALIGNO Y RESULTABA SER UNA ULCERA BENIGNA , EL TRATAMIENTO RESULTABA ESPECTACULAR YA QUE SE PERMITIA LA ALIMENTACION DE ESTE TIPO DE PACIENTES , EN ESTA FORMA LA GASTROYEYUNOANASTOMOSIS SE UTILIZO AMPLIAMENTE COMO UN METODO EMPIRICO PARA COMBATIR CUALQUIER TIPO DE OBSTRUCCION GASTRICA .

EN CUANTO APARECEN LAS COMPLICACIONES DE ESTE TIPO DE INTERVENCIONES COMO FUE LA ULCERA REICIDIVANTE O LA ULCERA DE BOCA ANASTOMOTICA SE FUE PERDIENDO EL INTERES POR ESTA TECNICA PARA ENTONCES LOS AVANCES DE LA FISIOLOGIA ERAN IMPORTANTES EN ESTE TERRENO Y SE SABIA YA QUE EL ACIDOCLORHIDRICO ERA DETERMINANTE PARA EL EXITO O PARA EL FRACASO DE ESTA CIRUGIA ; LOS CIRUJANOS PENSARON EN ESTE PROBLEMA Y MODIFICARON SUS TECNICAS , ENTRE 1925 Y 1950 LA GASTRECTOMIA SUBTOTAL FUE LA SITUACION MAS PERSISTENTEMENTE LLEVADA A CABO PARA EVITAR COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD PEPTICA , FISIOLÓGICAMENTE AUN TENIA DEFECTOS YA QUE NO EXTIRPABAN FONDO Y CUERPO DE ESTOMAGO QUE ES LA ZONA IMPORTANTE PRODUCTORA DE ACIDO EN EL ORGANISMO;

TUVO RELATIVO EXITO ESTA OPERACION PERO CON EL TIEMPO EL CIRUJANO FUE AMPLIANDO SU GASTRECTOMIA CON EL AFAN DE SUPRIMIR COMPLETAMENTE LAS FUENTES PRODUCTORAS DE ACIDO CLORHIDRICO .

A FINES DE LA DECADA DE 1940 SE PRESENTABA EN FORMA GENERAL COMO BUENA TECNICA EL EMPLEO DE LA GASTRECTOMIA SUBTOTAL PARA EL TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS ULCEROSOS , SIN EMBARGO UN BUEN NUMERO DE PACIENTES NO EVOLUCIONABAN BIEN DESDE EL PUNTO DE VISTA NUTRITIVO , ESTO HIZO QUE SE VOLVIERA A PRACTICAR LA GASTRODUODENOSTOMIA PENSANDO QUE EL PASO DEL ALIMENTO A TRAVES DE LA ASA DUODENAL ESTIMULABA EL FLUJO DEL JUGO PANCREATICO Y BILIAR, MEJORANDO LA DIGESTION DE ESTOS PACIENTES , ASI COMO LA DISMINUCION DE LAS SINTOMAS DE VACIAMIENTO RAPIDO QUE ERAN FRECUENTES CON OTRO TIPO DE CIRUGIA.

NO FUE HASTA LA APARICION DE LA TECNICA DE DRAGSTEDT EN 1943 (19) EN QUE SE MENCIONAR LA VAGUETOMIA COMO TRATAMIENTO PARA LA ULCERA DUODENAL , ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE DICHO AUTOR NO FUE EL PRIMERO EN INVOCAR DICHA TECNICA , YA LATARJET EN 1923 HACE MENCION DE ELLA .(31).

A PARTIR DE DRAGT EDT SE CONSIDERA QUE EXISTE YA UN ENFOQUE RACIONAL PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ULCERA PEPTICA , EL MISMO DRAGSTEDT POPULARIZO EN LOA EPOCA DE LOS CINCUENTAS LA TECNICA DE VAGOTOMIA ; APROVECHA EL FUNDAMENTO FISIOLÓGICO DE LA INTERVENCION , QUE ERA SUPRESOR Y AL MISMO TIEMPO DEJANDO AL ANTRO PARA RESPONDER A LOS ESTIMULOS DE PH EL ESTOMAGO CONSERVABA SU FUNCION DE RESERVORIO .

SE PRESENTARIA POSTERIORMENTE CASOS ESPECIALES COMO EL DE ULCERAS SANGRANTES DE DUODENO , ULCERAS GASTRICAS BENIGNAS CASOS EN LOS CUALES SUGIERE MODIFICACIONES DE PILOROPLASTIA Y VAGOTOMIA, SUTURA DEL VASO SANGRANTE O RESECCION EN CUÑA DEL PROCESO ULCEROSO CON VAGOTOMIA Y UN PROCESO DERIVATIVO TIPO GASTROYEYUNOSTOMIA O PILOROPLASTIA.

EN LA ACTUALIDAD LAS TECNICAS DE BILLROTH SON VALEDERAS PARA LA CIRUJIA DE LA ULCERA PEPTICA AGRGANDO ALGUNAS MODIFICACIONES COMO LAS SUGERIDAS POR POLYA, HOFMAISTER PARA EL BILLROTH 11 O LAS DE SHOEMAKER PARA EL BILLROTH I.

HAN SUGERIDO OTRAS TECNICAS COMO LAS DE WANGENSTEEN , BRANCROFT O HARRINGTON; O LO MAS NOVEDOSO EN LA ACTUALIDAD COMO SON LAS VAGOTOMIAS SELECTIVAS DE BURGE (VAGOTOMIA ANTERIOR SELECTIVA , TRONCULAR POSTERIOR Y PILOROPLASTIA); O LA DE HARKINS (SECCION DE RAMAS GASTRICAS ANTERIORES Y POSTERIORES); O LA DE AMDRUP (SECCION DE TODOS LOS ELEMENTOS VASCULARES QUE PENETRAN POR LA CURVATURA MENOR EN LA UNION ESOFAGOGASTRICA SIN IDENTIFICACION DE RAMAS A EXCEPCION DE LA HEPATICA Y CELIACA AGREGANDO UNA PILOROPLASTIA); EN FIN LO NUMEROSO DE LAS TECNICAS EXISTENTES CONFIRMAN LA IDEA DE QUE EN LA ACTUALIDAD NO SE TIENE AUN LA TECNICA IDEAL QUE RINDA UNOS RESULTADOS UNIFORMES.

LA METODOLOGIA EMPLEADA FUE DIVIDIDA EN CUATRO FASES , LA PRIMERA FUE DOCUMENTAL, LA SEGUNDA CLINICA, LA TERCERA DE EVALUACION Y LA CUARTA Y ULTIMA FASE DE CONCLUSIONES.

DURANTE LA PRIMERA FASE , SE PROCEDIO A LA REVISION BIBLIOGRAFICA DEL TEMA CON CITAS NACIONALES Y EXTRANJERAS PUBLICADAS EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS , DURANTE ESTA MISMA FASE SE PROCEDIO A EXTRAER LOS SIGUIENTES DATOS DE LOS EXPEDIENTES;

NOMBRE DEL PACIENTE, NUMERO DE EXPEDIENTE, FECHA DE INGRESO, FECHA DE EGRESO, SEXO, EDAD, DIAGNOSTICO, INDICACION QUIRURGICA, EXAMENES DE LABORATORIO; ESTUDIOS RADIOGRAFICOS, ESTUDIOS DE GABINETE, OPERACION REALIZADA , ESTUDIOS ANATOMOPATOLOGICOS, Y EN CASO DE FALLECIMIENTO , CAUSA POSIBLE DEL MISMO.

SEGUNDA FASE O PRACTICA CLINICA.- DURANTE ESTA SE REQUIRIO DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL , PARA LA LOCALIZACION DE PACIENTES UTILIZANDO VARIOS METODOS, COMO CABLEGRAMAS , TELEGRAMAS , TELEFONEMAS O LA VISITA PERSONAL DOMICILIARIA , SE CITO A LOS PACIENTES AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE CIRUGIA DE LUNES A VIERNES DE CADA SEMANA TOMANDO GRUPOS DE CINCO PACIENTES CADA UNO : SE REALIZO LO SIGUIENTE: UN INTERROGATORIO ENCAMINADO A INVESTIGAR LA OPERACION POSTOPERATORIA , CONSIDERANDO EL POSTOPERATORIO TARDIO , ES DECIR LA EVOLUCION LLEVADA A SU DOMICILIO , SE HIZO ENFASIS AL INTERROGAR A ESTOS PACIENTES SOBRE TOLERANCIA PARA ALIMENTOS ULCEROGENICOS INCLUYENDO BEBIDAS Y TABAQUISMO; EN GENERAL SE LES PREGUNTO SOBRE LA APARICION DE SINTOMATOLOGIA DIGESTIVA AL REANUDAR SUS ACTIVIDADES LABORALES O DOMICILIARIAS; TODOS LOS DATOS OBTENIDOS FUERON TABULADOS.

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES ESTUDIOS DE CONTROL; BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA, QUIMICA SANGUINEA , PRUEBAS FUNCIONALES HEPATICAS , EXAMEN GENERAL DE ORINA, QUIMISMO GASTRICO BASAL, SERIE ESOFAGO GASTRODUODENAL. (ESTUDIO EN EL CUAL SE ESTUVO PRESENTE EN CADA UNO DE LOS CASOS ESTUDIADOS CON EL OBJETO DE PRESENCIAR LA FASE FLUOROSCOPICA Y VALORAR ASI LA MOTILIDAD GASTRICA).

EVALUACION DE LOS RESULTADOS.- ESTA TERCERA FASE SE ENCUENTRA EN CUADROS RESPECTIVOS DE ESTE TRABAJO .

CUARTA FASE.- CORRESPONDE A LA DE CONCLUSIONES , LAS CUALES CONSIDERAMOS PUEDE SER DE UTILIDAD A LOS MEDICOS QUE MANEJARON ESTE GRUPO DE PACIENTES , ASI MISMO OTROS CIRUJANOS QUE PUEDAN APROVECHAR LA EXPERIENCIA DE ESTOS CASOS.

LOS OBJETIVOS DE ESTA INVESTIGACION FUERON LOS DE REALIZAR LA EVALUACION DE LAS DIFERENTES TECNICAS QUIRURGICAS SEGUNDAS EN EL TATAMIENTO DE LA ULCDERA PEPTICA, CON LA FINALIDAD DE ENCONTRAR AQUELLAS QUE TUBIERON UNA MENOR MORBI-MORTALIDAD. LA HIPOTESIS EN LA QUE NOS BASAMOS, FUE LA DEVERCIDAD DE OPINIONES QUE EXISTEN EN DIVERSOS CENTROS HOSPITALARIOS TAMTO DEL PAIS COMO DEL EXTRANJERO, RESPECTO DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD ULCEROPEPTICA; ESTO NOS CONDUJO A REALIZAR UN ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL PROBLEMA, EN UN MEDIO HOSPITALARIO CONOCIDO, CON EL FIN DE TENER UNA EXPERIENCIA PROPIA DEL TRATAMIENTO DE ESTA ENFERMEDAD, EN ESTA FORMA SE INTENTA SABER CUAL DE LAS TECNICAS UTILIZADAS EN ESTOS CASOS ES LA QUE BENEFICIO MAS AL PACIENTE ULCEROSO.

PARA LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO TUBIMOS LA COLABORACION DEL ARCHIVO CLINICO; LOS MEDICOS Y TECNICOS DEL DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA DE LAS SEÑORITAS QUIMICAS DEL LABORATORIO Y DEL GRUPO DE TRABAJADORAS SOCIALES DE ESTE HOSPITAL.

MATERIAL Y METODOS. COMO MATERIAL DE TRABAJO CONSIDERAMOS A TODOS AQUELLOS PACIENTES QUE FUERON SOMETIDOS A UNA INTERBENCION QUIRURGICA POR PADECER ULCERA PEPTICA YA SEA GASTRICA O DUODENAL; Y QUE HUBIERAN SIDO OPERADOS DE ENERO DE 1971 A DICIEMBRE DE 1974.

COMO MATERIAL DE TRABAJO CONSIDERAMOS A LOS EXPEDIENTES CLINICOS RADIOLOGICOS Y QUIRURGICOS DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE EN EL HOSPITAL, POR PADECER ULCERA.

RESULTADOS COMPARATIVOS DE DIFERENTES OPERACIONES ELECTIVAS

EN EL TRATAMIENTO DE LA ULCERA PEPTICA

CUADRO 1

SEXO	N° DE CASOS	PORCENTAJES
MASCULINO	42	62.6%
FEMENINO	25	37.3%
TOTALES	67	100 %

DE NUESTRA REVISION DE CUATRO AÑOS DE PACIENTES OPERADOS POR UN PROCESO ULCEROGENO, ENCONTRAMOS QUE CUARENTA Y DOS DE ELLOS FUERON MASCULINOS, HACIENDO UN 62.6 % DEL TOTAL DE LOS CASO; AL SEXO FENENINO CORRESPONDIERON 25 PACIENTES SIENDO EL 37.3 % DE LOS 67 CASOS ESTUDIADOS. EN ESTE CUADRO NO SE HACE DIFERENCIACION DE TIPO DE ULCERA.

**PROMEDIOS DE EDAD EN 67 CASOS DE ULCERA PEPTICA
TRATADOS QUIRURGICAMENTE**

CUADRO 2

EDAD	No. DE CASOS	PORCENTAJE
20-29	4	5.9%
30-39	9	13.4%
40-49	13	19.4%
50-59	17	25.3%
60-69	15	22.3%
70-79	8	11.9%
80-89	1	1.4%
TOTALES	67	100%

EL PROMEDIO DE EDAD ENCONTRADO EN NUESTROS CASOS FUE DE 55 AÑOS APROXIMADAMENTE . LOS CASOS DE MENOR EDAD FUERON 2 AMBOS DE 24 AÑOS DEL SEXO MASCULINO Y FEMENINO RESPECTIVAMENTE, EN ESTOS PACIENTES EL PROCESO ULCEROSO, SE LOCALIZO A DUODENO . EL PACIENTE DE MAYOR EDAD FUE DE 84 AÑOS MASCULINO QUE PRESENTO ULCERA DUODENAL.

LOCALIZACION DE LA LESION ULCEROSA Y SU RELACION CON EL SEXO

CUADRO 3

LOCALIZACION	No DE CASOS	SEXO		PORCENTAJE
		M	F	
DUODENAL	38	21	17	56%
GASTRICA	29	21	8	43.2%
TOTALES	67	42	25	100%

COMO SE PUEDE OBSERVAR EN EL CUADRO No 3 LAS ULCERAS DE LOCALIZACION DUODENAL PREDOMINARON SOBRE LAS GASTRICAS UN POCO MAS DE LA MITAD DE LOS CASOS (56.1%) FUERON DUODENALES ; POR 43.2% DE GASTRICA . EN ESTE MISMO CUADRO SE INDICA LA RELACION DEL SEXO CON EL TIPO DE ULCERA PRESENTADA; EN ESTE CASO HUBO PREDOMINIO, YA QUE EL MAYOR NIMERO DE CASOS (21) FUE IGUAL PARA AMBOS PROCESOS DUODENAL Y GASTRICO .

INDICACION PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE 67 PACIENTES CON ULCERA PEPTICA

CUADRO 4

INDICACION	No.DE CASOS	PORCENTAJE
RESPUESTA NEGATIVA AL TRATAMIENTO	32	47.7%
SANGRADOS	23	34.3%
PERFORACIONES	4	5.9%
ESTENOSIS	3	4.4%
ULCERA RECIDIVANTE	3	4.4%
POSIBILIDAD DE MALIGNIDAD	2	2.9%
TOTALES	67	100%

EN ESTE CUADRO SE INDICAN LAS CAUSAS QUE MOTIVARON EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS 67 PACIENTES ESTUDIADOS . COMO SE PUDO OBSERVAR, LA RESPUESTA NEGATIVA A UN TRATAMIENTO Y LOS SANGRADOS, FUERON LAS CAUSAS PRINCIPALES (82%) DEL TOTAL DE LOS PACIENTES LOS CASOS DE PERFORACION ESTENOSIS , RECIDIVA Y POSIBILIDAD DE MALIGNIZACION FUERON LAS OTRAS CAUSAS QUE DECIDIERON UN TRATAMIENTO QUIRURGICO, TODAS ELLAS CON PORCENTAJES MINIMOS .

TECNICAS QUIRURGICAS UTILIZADAS EN EL TRATAMIENTO DE LA ULCERA PEPTICA

CUADRO 5

TECNICA UTILIZADA	No.DE CASOS	G.	D.	PORCENTAJE
VAGOTOMIA CON PILOROPLASTIA	22	3	19	32.8%
BILLROTH I	20	9	11	29.8%
BILLROTH II	12	6	6	17.9%
VAGOTOMIA CON GASTROYEYUNO	5	5	0	7.4%
RESECCION CUNEIFORME Y GASTROTOMIA	2	2	0	2.9%
CIERRE PERFORACION	4	1	3	5.95
PILOROPLASTIA	1	1	0	1.4%
GASTROENTEROANASTOMOSIS	1	0	1	1.4%
TOTALES	67	27	40	100%

ESTE CUADRO NOS MUESTRA LAS DIFERENTES TECNICAS SEGUIDAS PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ULCERA PEPTICA , ASI COMO LA LOCALIZACION DE ESTE PROCESO . LA TECNICA MAS FRECUENTEMENTE UTILIZADA FUE LA VAGOTOMIA CON PILOROPLASTIA ; 22 CASOS (32.8%), DE ELLOS EN 19 LA ULCERA ERA DUODENAL, EN 3 GASTRICA.

EN 12 PACIENTES SE UTILIZO LA TECNICA DE BILLROTH II(LAS MODIFICACIONES SE MUESTRAN EN OTRO CUADRO).

EN ESTOS CASOS LA LOCALIZACION FUE PROPORCIONAL , 6 GASTRICAS , 6 DUODENALES. CON MENOS FRECUENCIA SE REALIZARON OTRAS TECNICAS COMO VAGOTOMIA CON GASTROYEYUNOSTOMIA, RESECCION CUNEIFORME Y GASTROSTOMIA, 5 CASOS TODOS DE ULCERA GASTRICA; HUBO 4 CIERRES DE PERFORACION, 3 DUODENALES Y 1 GASTRICA. LAS DOS ULTIMAS COMO FUERON TECNICAS INCOMPLETAS QUE MAS ADELANTE SE EXPLICA EN EL CUADRO 6.

**TECNICAS QUIRURGICAS UTILIZADAS EN EL TRATAMIENTO
DE LA ULCERA PEPTICA**

ESTUDIO RETROSPECTIVO

CUADRO 6

TECNICA UTILIZADA	No.DE CASOS	PORCENTAJE
GASTRECTOMIA SUBTOTAL		
TIPO POLYA	5	7.3%
GASTRECTOMIA SUBTOTAL		
TIPO HOFMEISTER	7	10.5%
TOTAL	12	17.5%

EN ESTE CUADRO SE MUESTRA LA VARIEDAD DE ANSTOMOSIS REALIZADA; EN CINCO PACIENTES SE UTILIZO LA TECNICA DE POLYA Y EN 7 LA DE HOFMEISTER, SIENDO EN SEIS DE ELLOS RETROCOLICA Y EN UNO ANTECOLICA.

EL USO DE GASTROSTOMIA DESCOMPRESIVA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ULCERA PEPTICA

CUADRO 7

CON GASTROSTOMIA	23 CASOS	34.3%
SIN GASTROSTOMIA	44 CASOS	65.6%
TOTAL	67 CASOS	100%

SE UTILIZO LA GASTROSTOMIA EN 23 DE LOS CASOS (34.3%) EN LOS 44 RESTANTES FUERON MANEJADOS CON SONDA NASOGASTRICA TIPO LEVIN.

**MORTALIDAD EN LA CIRUGIA DE LA ULCERA PEPTICA
REVISION RETROSPECTIVA EN 67 CASOS**

CUADRO 8

TIPO DE OPERACION	No.DE CASOS	CAUSA QUIRURGICA	CAUSA NO QUIRURGICA
BILLROTH I	3	2	1
BILLROTH II	2	1	1
VAGOTOMIA Y PILOROPLASTIA	2	1	1
VAGOTOMIA Y GASTROENTERO-			

MORTALIDAD DE LA ULCERA PEPTICA CAUSAS NO QUIRURGICAS

CUADRO 9

CAUSA DE MUERTE	SEXO	EDAD	OPERACION	NO.DE CASOS
BRONCONEUMONIA	MASC.	60	BILLROTH I	1
INFARTO DEL MIOCARDIO	MASC.	66	BILLROTH II HOFMEISTER	1
BRONCONEUMONIA IRC.	MASC.	84	VAGOTOMIA Y PILOROPLASTIA	1
BROCOASPIRACION	MASC.	42	VAGOTOMIA Y GASTROENTERO	1
TOTAL				4 CASOS

EN ESTE CUADRO SE MUESTRAN LAS CAUSAS DE MUERTE NO QUIRURGICA DE LOS 67 PACIENTES ULCEROSOS TRATADOS QUIRURGICAMENTE , 4 FALLECIERON Y LLAMA LA ATENCION QUE EN 3 DE ELLOS LA COMPLICACION RESPIRATORIA FUE DEFINITIVA.

MORTALIDAD DE LA ULCERA PEPTICA POR CAUSAS QUIRURGICAS

CUADRO 10

CAUSA DE LA MUERTE	SEXO	EDAD	OPERACION	No.DE CASOS
SHOCK HIPOVOLEMICO	FEM.	73A	BILLROTH I	1
DEHISCENCIA DE SUTURA	MASC.	49A	BILLROTH I	1
DEHISCENCIA DE SUTURA	FEM.	40	BILLROTH II	1
SHOCK SEPTICO	MASC.	70	VAGOTOMIA Y PILOROPLASTIA	1

EL CUADRO MUESTRA LAS CAUSAS QUIRURGICAS QUE ORIGINARON EL FALLECIMIENTO DE 4 PACIENTES , ASI MISMO SE INDICA LA EDAD , EL SEXO Y LA TECNICA EMPLEADA EN CADA CASO.

LOS 4 CASOS REPORTADOS REPRESENTAN EL 5.9% DE LOS 67 CASOS SOMETIDOS A ESTUDIO ; EN DOS DE LOS PACIENTES EL ESTADO DE SHOCK FUE DETERMINANTE Y EN LOS OTROS CASOS LA DEHISCENCIA DE LAS SUTURAS POSIBLEMENTE FUE EL INICIO DE TODO EL PROBLEMA.

**OTRO TIPO DE CIRUGIA REALIZADA EN 67 PACIENTES OPERADOS
POR ULCERA PEPTICA**

CUADRO 11

OPERACION	NO.DE CASOS	
PLASTIA DE HIATO	8	
COLECICTECTOMIA	7	
EXPLORACION DE VIAS BILIARES	3	
BIOPSIA HEPATICA	1	
RESECCION INTESTINAL	1	
RESECCION DE DIVERTICULO	1	
ILEOTRANSVERSO ANASTOMOSIS	1	
CISTOSTOMIA	1	
TOTAL	24	38.6%

EN ESTE CUADRO SE INDICA OTRO TIPO DE OPERACIONES REALIZADAS DURANTE EL MISMO ACTO QUIRURGICO EN QUE SE TRATO EL PROBLEMA ULCEROSO .

SE REALIZARON 24 OPERACIONES , SIENDO LAS PRINCIPALES ; 8 PLASTIAS DE HIATO, 7 COLECISTECTOMIAS, 3 CON EXPLORACION DE VIAS BILIARES, EL RESTO DE ELLAS FUE EN MENOR CUANTIA.

CONTROL DE PACIENTES OPERADOS POR ULCERA PEPTICA DE

1971 A 1974

CUADRO 12

AÑO	No.DE CASOS	CONTROL	PORCENTAJE
1971	7	2	28.5%
1972	33	14	42.4%
1973	22	9	40.9%
1974	5	1	20%
TOTAL	67	26	38.8%

EN ESTE CUADRO SE ENCUENTRAN LOS CASOS OPERADOS DESDE 1971 A 1974; SE MUESTRA TAMBIEN EL NUMERO DE PACIENTES A LOS CUALES SE LOGRO REALIZAR ESTUDIO DE CONTROL POSTOPERATORIO. DEL TOTAL DE PACIENTES OPERADOS Y ESTUDIADOS (67) EN 26 DE ELLOS EL 38.8% FUE POSIBLE UN ESTUDIO CLINICO PARA VALORAR SU CONDICION POSTOPERATORIA TARDIA.

EL AÑO EN QUE SE INTERVINIERON MAS PACIENTES FUE EN 1972, CON 33 OPERACIONES DE ESTOS 14 O SEA EL 42.4% SE PRESENTARON A CONTROL.

EN EL AÑO DE 1973 SE REGISTRARON 22 OPERACIONES PARA TRATAR LA ULCERA PEPTICA, DE ESTOS PACIENTES 9 QUE ES EL 40.9% ACUDIERON A ESTUDIO POSTOPERATORIO; EN 1971 ENCONTRARON SOLAMENTE 7 OPERACIONES REALIZADAS LOGRANDOSE EL ESTUDIO EN DOS PACIENTES QUE ES EL (28.5%); FINALMENTE EN EL AÑO DE 1974 CON EL NUMERO MENOR DE OPERACIONES, 5 Y TAMBIEN CON UN MINIMO DE CONTROL YA QUE SOLO FUE UN CASO (20%).

EVOLUCION POSTOPERATORIA

CUADRO 13

TIPO DE OPERACION	AÑOS DE POSTOPERATORIO	NO.DE CASOS
VAGOTOMIA Y PILOROP'LASTIA	DE 1 A 2 AÑOS	4
	DE 2 A 3 AÑOS	5
TOTAL		9

DEL TOTAL DE LOS 67 CASOS REVISADOS 22 DE ELLOS SE LES HABIA REALIZADO VAGOTOMIA CON PILOROPLASTIA , DE ESTOS FUE POSIBLE EL CONTROL DE 9 O UN 40.9% DE LOS CUALES 4 TENIAN DE UNO A DOS AÑOS DE HABER SIDO OPERADOS , EN LOS 5 RESTANTES EL TIEMPO POSTOPERATORIO FUE DE DOS A TRES AÑOS.

EVOLUCION POSTOPERATORIA

CUADRO 14

TIPO DE OPERACION	AÑOS DE POSTOPERADOS	No. DE CASOS
BILLROTH	1 AÑO	1
	DE 2 A 3 AÑOS	4
	DE 3 A 4 AÑOS	1
TOTAL		6

DE 20 PACIENTES OPERADOS EN EL TRANCURSO DE CUATRO AÑOS EN LOS CUALES SE UTILIZO LA TECNICA DE BILLROTH I UNICAMENTE 6 SE PRESENTARON A CONTROL, DE ELLOS CUATRO TENIAN DE 2 A 3 AÑOS DE OPERADOS , LOS DOS RESTANTES , 1 Y 4 AÑOS RESPECTIVAMENTE.

EVOLUCION POSTOPERATORIA

CUADRO 15

TIPO DE OPERACION	AÑOS DE POSTOPERADOS			No.DE CASOS
	1-2	2-3	3-4	
BILLROTH II HOFMEISTER	3	2		5
BILLROTH II POLYA	1	2	1	4
TOTAL				9

COMO SE MUESTRA EN ESTE CUADRO EL NUMERO DE PACIENTES EN QUE SE UTILIZO LA TECNICA DE BILLROTH II CON SUS MODIFICACIONES HOFMEISTER Y POLYA, FUE DE 12 COMO SE MOSTRO YA EN EL CUADRO 6, DE ELLOS SE PRESENTARON A CONTROL 9, EN 5 SE HABIA EMPLEADO LA MODIFICACION DE HOFMEISTER, 3 DE LOS CUALES TENIA DE 1 A 2 AÑOS DE HABER SIDO OPERADOS CON LOS OTROS 2 EL TIEMPO TRANSCURRIDO ERA DE 2 A 3 AÑOS.

EN LOS 4 RESTANTES , EN LOS QUE SE EMPLEO LA MODIFICACION DE POLYA, UN CASO TENIA 3 A 4 AÑOS DE OPERADO, EN 2 PACIENTES EL TIEMPO TRANSCURRIDO DE SU INTERVENCION ERA DE 2 A 3 AÑOS , EL RESTO EL POSTOPERATORIO ERA ENTRE 1 A 2 AÑOS.

EVOLUCION POSTOPERATORIA

CUADRO 16

TIPO DE OPERACION	AÑOS DE POSTOPERADOS	No. CASOS
VAGOTOMIA CON GASTROENTERO-ANASTOMOSIS	3	1
CIERRE DE LA PERFORACION	1	1
TOTAL		2

EN ESTE CUADRO SE MUESTRAN , EL TIEMPO DE CONTROL DE DOS PACIENTES , UNO DE ELLOS OPERADOS CON LA TECNICA DE VAGOTOMIA CON GASTRO-ENTEROANASTOMOSIS Y CON 3 AÑOS DE POSTOPERATORIO; EL OTRO ES TRATADO UNICAMENTE CON CIERRE DE LA PERFORACION Y TENIENDO UN AÑO DE HABER SIDO INTERVENIDO.

**RESULTADOS COMPARATIVOS DE DIFERENTES OPERACIONES
ELECTIVAS EN EL TRATAMIENTO
DE ULCERA PEPTICA**

CUADRO 17

TIPO DE OPERACION	RESULTADOS			No.DE CASOS
	EXCELENTE	BUENA	MALA	
VAGOTOMIA Y PILOROPLASTIA	3	2	4	9
BILLROTH I	5	1		6
BILLROTH II HOFMEISTER	1	1	3	5
POLYA	3	1		4
VAGUETOMIA CON GASTROENTERO- ANASTOMOSIS	1			1
TOTAL	13	5	7	26

EN EL CUADRO SE MUESTRAN LAS DIFERENTES TECNICAS SEGUIDAS EN EL TRATAMIENTO DE LOS PROCESOS ULCEROSOS , EL NUMERO DE PACIENTES OPERADOS Y CONTROLADOS A LOS CUALES SE LES REALIZARON LAS DIFERENTES OPERACIONES , TAMBIEN SE INDICAN LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON DICHAS INTERVENCIONES.

COMO SE PUEDE OBSERVAR EL TOTAL DE LOS PACIENTES CONTROLADOS FUE DE 26 QUE ES EL 38.8% DE LOS 67 CASOS EL MAYOR NUMERO DE PACIENTES CONTROL FUE DE 9 CORRESPONDIENDO A AQUELLOS CASOS EN QUE SE EFECTUO UNA VAGUETOMIA CON PILOROPLASTIA , EL ESTUDIO POSTOPERATORIO DE ESTOS PACIENTES FUE DE 1 A 3 AÑOS (VER CUADRO 14), LOS RESULTADOS FUERON EN 3 CATEGORIAS ; EXCELENTE EN 3 CASOS , BUENOS EN UNO MALOS EN 4 .

SIGUIENDO UN ORDEN DE FRECUENCIA , SE ENCUENTRAN SEIS CASOS EN LOS CUALES SE REALIZO LA TECNICA DE BILLROTH I , DE ESTOS EN 5 SE OBTUVIERON RESULTADOS EXCELENTES Y EN EL CASO RESTANTE SE EVALUO DE BUENO.

SIGUEN LOS PACIENTES OPERADOS CON LA TECNICA DE BILLROTH II VARIEDAD HOFMEISTER, QUE FUERON 5, DE ESTOS SOLAMENTE EN 1 SE TIENE RESULTADO DE EXCELENTE, EN OTRO BUENO Y EN CUATRO DE MALOS. CON LA MISMA TECNICA DE BILLROTH II PERO CON LA VARIEADAD DE POLYA ESTAN 4 CASOS, EN 3 DE ELLOS SE TIENE HASTA LA FECHA COMO EXELENTE RESULTADOS Y EL OTRO CASO SE CLASIFICO COMO BUENO.

LOS 2 ULTIMOS CASOS DEL CUADRO, CORRESPONDE UNO A VAGUECTOMIA CON GASTROENTEROANASTOMOSIS Y OTRO A UN CIERRE PRIMARIO EN GASTROENTEROANASTOMIA.

CONCLUSIONES

VAGATOMIA PILOROPLASTIA.- ESTA TECNICA FUE UTILIZADA EN 22 DE LOS 67 PACIENTES (32.8%), 19 DE ELLOS, TENIAN UNA ULCERA GASTRICA.

LA VAGOTOMIA REALIZADA FUE TRONCULAR TRANS DIAFRAGMATICA.

EN TODOS LOS CASOS PILOROPLASTIA FUE CON TECNICA DE HEINIKI-MIKULICZ.

CON LA VAGOTOMIA SE PRETENDE SUPRIMIR LA FASE NERVIOSA Y DISMINUIR LA SECRECION DE GASTRINA.

LA PILOROPLASTIA PERMITE UN MEJOR DRENAJE DEL ESTOMAGO AL DUODENO Y TAMBIEN SE PUEDE PRESENTAR UN REFLUJO DUODENAL ALCALINO QUE NEUTRALICE LA ACIDEZ GASTRICA. SE RECOMIENDA ESTA TECNICA EN CASOS DE ULCERA DUODENAL, EN PACIENTES CON BAJO DE PESO, EN MAL ESTADO GENERAL. CON UNA SECRECION BASAL ACIDA MODERADAMENTE ALTA. DEBERA REALIZARSE UNA ENDOSCOPIA PREVIA A LA CIRUGIA Y DURANTE ESTA EFECTUAR BIOPSIA RADIADA A LA LESION ULCEROSA. EN OCACIONES LA ZONA DUODENAL NO ESTA EN CONDICIONES PARA REALIZAR UNA PILOROPLASTIA, A UN LLENANDO A LOS DEMAS REQUISITOS PARA EMPLEAR LA VAGOTOMIA CON PILOROPLASTIA NO DEBE REALIZARSE ESTA TECNICA.

LAS VENTAJAS I INCOVENIENTES DE ESTA TECNICA HAN SIDO COMPLETAMENTE EVALUADOS POR DIVERSOS AUTORES (7,9,14,16,17,19,20,25,28,34), SE PUEDE COCLUIR QUE LA VAGOTOMIA CON PILOROPLASTIA ES UNA DE LAS TECNICAS MAS DIFUNDIDAS EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ULCERA PEPTICA; TIENE LA MAYOR MORTANDAD EN COMPARACION A OTRAS TECNICAS PERO SU INCIDENCIA DE MORBILIDAD, INCLUYENDO RECIVIDAS ES MAYOR (3-5%); ATRIBUYENDOSE ESTA A FALLAS EN LA VAGOTOMIA; LOS TRES CASOS DE ULCERA GASTRICA EN QUE SE EMPLEO (V-P) FUERON LESIONES PRE-PILORICAS LAS CUALES SE COMPORTAN COMO DUODENALES Y SE TRATAN COMO TALES.

VAGOTOMIA-ANTRECTOMIA CON GASTRO-DUODENO O GASTROYEYUNOASTOMOSIS (BILLROH I O BILLROH II). EMPLEANDO LA PRIMERA (8%), 9 DE ELLOS TENIAN ULCERA FUE DE LOCALIZACION DUODENAL.

UTILIZANDO LA SEGUNDA ANASTOMOSIS (BILLROTH) FUERON INTERVENIDOS 12 CASOS , SEIS DE LOS CUALES TENIAN ULCERA GASTRICA Y LOS OTROS SEIS DUODENAL . EN LA RESECCION SE UTILIZO LA MODIFICACION DE HOFMEISTER.

SIN CONSIDERAR EL TIPO DE ANASTOMOSIS , ESTA TECNICA (V-A) SUPRIME LA FASE NERVIOSA Y LA FASE ANTRAL. SI SE TOMA EN CUENTA LA ANASTOMOSIS , EL BILLROTH I , ES MAS FISIOLÓGICO Y PARA SU EMPLEO DEBERA TOMARSE EN CUENTA EL SITIO DE LA ULCERA, EL ESTADO DEL DUODENO Y LA HABILIDAD DEL CIRUJANO PARA UTILIZAR ESTA TECNICA .

EXISTEN PRUEBAS EXPERIMENTALES DE QUE EL DUODENO ES MAS RESISTENTE QUE EL YEYUNO A LA ACCION DIGESTIVA DE LA SECRECION GASTRICA , SIN EMBARGO CUANDO LA ANASTOMOSIS ESTA A TENSION, O LA DISECCION DEL DUODENO ES COMPLICADA NOS PUEDE IMPLICAR UN RIESGO PARA EL PACIENTE SUGIRIENDOSE CERRAR EL MUÑON DUODENAL Y REALIZAR UNA GASTROYEYUNOANASTOMOSIS TIPO BILLROTH II.

NO SE REPORTAN DIFERENCIAS DE SIGNIFICACION ENTRE AMBAS TECNICAS PROBABLEMENTE EL VACIAMIENTO RAPIDO SEA MAS FRECUENTE CON EL BILLROTH II.

VAGOTOMIA CON GASTROYEYUNOSTOMIA.- EN 5 CASOS CON ULCERA GASTRICA SE EMPLEO ESTA TECNICA . POR MEDIO DE LA VAGOTOMIA SE SUPRIME LA FASE NERVIOSA Y DISMINUYE LA SECRECION GASTRICA POR DESNERVACION DEL ANTRO.

TODA VAGOTOMIA SE ACOMPAÑA DE UN PROCEDIMIENTO DERIVATIVO Y EN ESTOS 5 PACIENTES SE EMPLEO LA GASTROYEYUNOSTOMIA .

LA LOCALIZACION DEL PROCESO ULCEROSO EN REGION PREPILORICA CON EDEMA DE ESTA ZONA IMPEDIA LA PILOROPLOASTIA POR LO QUE SE TIENE QUE REALIZAR OTRO TIPO DE DERIVACION (14.40)

CIERRE DE PERFORACION .- ESTE PROCEDIMIENTO SE REALIZO EN CUATRO PACIENTES; 3 PRIMERAS CON PERFORACION DE ULCERA DUODENAL Y EN UN CASO FUE GASTRICA. SE REPORTA QUE ENTRE EL PRIMERO A 6% DE LOS ENFERMOS ULCEROSOS PRESENTAN PERFORACIONES (10,16,19, 26,40); LA FRECUENCIA ES MENOR QUE EN LA ACTUALIDAD YA QUE EXISTE UN CONTROL MEDICO DEL PACIENTE ULCEROSO. EN NUESTRA REVISION LA ESTADISTICA FUE DE UN 5.9% . LA LOCALIZACION DE LA LESION FUE DUODENAL, DE 3 DE LOS 4 PACIENTES LA PRESENTARON, ESTO ESTA DE ACUERDO CON LOS REPORTES SOBRE EL MISMO TEMA.

SE ENCONTRO TAMBIEN PREDOMINIO MASCULINO DEL 3 AL 1. EN EL TRATAMIENTO DE ULCERA PERFORADA SE CONSIDERAN VARIAS POSIBILIDADES : SUTURA SIMPLE DE LA PERFORACION, VAGATOMIA CON PROCEDIMIENTO DERIVATIVO, GASTROTOMIA PARCIAL Y EL TRATAMIENTO NO QUIRURGICO. TRADICIONALMENTE SE HA UTILIZADO EL CIERRE PRIMARIO CON EL TRATAMIENTO DE ELECCION , CONSIDERANDO BAJA MORTALIDAD, LA SENCILLEZ DE LA TECNICA Y POR CONSIGUIENTE LO RAPIDO DEL PROCEDIMIENTO HACE IDEAL PARA SU TRATAMIENTO DE URGENCIA. SIN EMBARGO SU MORTALIDAD ES IMPORTANTE. ALGUNOS AUTORES REFIEREN QUE HASTA EL 50% DE ESTOS CASOS REQUIEREN DE UN TRATAMIENTO QUIRURGICO DEFINITIVO(24). ESTO HA SIDO TOMADO EN CUENTA PARA QUE EN LA ACTUALIDAD SE EMPLEEN FRECUENTEMENTE PROCEDIMIENTOS MAS RADICALES PARA LO CUAL SE HAN INDICADO LAS SIGS. CONDICIONES:

PACIENTES DE MENOS DE 40 AÑOS CONSIDERANDO MAS LA EDAD FISIOLÓGICA QUE LA CRONOLOGICA); AUSENCIA DE PERITONITIS BACTERIANA ,CONDICION GENERAL SATISFACTORIA Y EXPERIENCIA DEL CIRUJANO (28,40).

DE LOS CASOS REALIZADOS TODOS ELLOS NO LLENARON LOS 3 PRIMEROS PUNTOS .

RESECCION UNIFORME Y GASTROTOMIA .-UNICAMENTE EN 2 DE LOS 67 CASOS SE REALIZO ESTE PROCEDIMIENTO (2.9%). ESTA INDICADO SOLAMENTE EN AQUELLOS CASOS DE ULCERAS MUY ALTAS, BENIGNAS, EN PACIENTES VIEJOS EN MAL ESTADO GENERAL.

EN DOS PACIENTES EN QUE SE REALIZO ESTA TECNICA CUMPLIAN ESTAS CONDICIONES.

ESTA FESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

LOS DOS ULTIMOS CASOS EN QUE SE EMPLEO LA PILOROPLASTIA GASTROENTEROANASTOMOSIS , SE TRATO DE DOS PACIENTES QUE SE COMPLICARON DURANTE EL ACTO QUIRURGICO ,POR LO QUE NO FUE POSIBLE REALIZAR UNA OPERACION MAS COMPLETA.

GASTRONOMIA .- ESTE PROCEDIMIENTO DE SUCESION GASTRITICA SE UTILIZO EN 23 CASOS (37.9%) ; EN LA MAYORIA DE ESTOS CASOS SE UTILIZO SONDA DE NELATON DE # 28 O 30 EL PROCEDIMIENTO ES TECNICAMENTE SENCILLO CON MORTALIDAD VARIABLE DEL 0 AL 3.8% , LA MORBILIDAD BAJA DE 3.6% PARA ALGUNOS AUTORES (11.35) EN LA CIRUGIA GASTRICA CONSIDERAMOS QUE ES FUNDAMENTAL LA UTILIZACION DE ESTE PROCEDIMIENTO DE VACIAMIENTO GASTRICO ; ES IMPORTANTE RECORDAR DAR EN EL PACIENTE ULCEROSO QUE PRACTICAMENTE EN TODOS ELLOS EXISTE UN FACTOR PSIQUICO QUE PUEDE VERSE ALTERADO SI SE LE TIENE CON UNA SONDA NASOGASTRICA EN EL POST-OPERATORIO . EN LOS PACIENTES CON PATOLOGIA RESPIRATORIA, ESTA SE VERA GRAVEMENTE AFECTADA (11) .

MORTALIDAD.- LA MORTALIDAD FUE DEL 12.9% ES DECIR 8 PACIENTES FALLECIERON, LA MORTALIDAD REAL POR LA CIRUGIA FUE DE 5.9% QUE CORRESPONDE A 40 PACIENTES; DE ESTOS 4 PACIENTES EN TRES SE HABIA REALIZADO UNA RESECCION GASTRICA. ESTOS RESULTADOS ESTAN DE ACUERDO A REPORTE SOBRE EL TEMA (13,17,24 ,26,27). EN EL OTRO PACIENTE FALLECIDO A CONSECUENCIA DE LA CIRUGIA FUE UN PACIENTE EN EL QUE SE UTILIZO VAGOTOMIA CON PILOROPLASTIA (1.4%) EN DOS DE LOS CUATRO PACIENTES HUBO DEHISCENCIA DE LA SUTURA Y EN LOS OTROS DOS UN SHOCK SEPTICO.

CAUSAS NO QUIRURGICAS DE MORTALIDAD.- EN CUATRO CASOS LA CAUSA DE LA MUERTE NO FUE CONSECUTIVA DE LA CIRUGIA, EN TRES DE LOS CUATRO ENFERMOS EL PROBLEMA PRINCIPAL FUE BRONCONEUMONIA ; EN EL OTRO CASO FUE CARDIOPATIA CORRESPONDIENTE A INFARTO AL MIOCARDIO. EL PROMEDIO DE EDAD EN ESOS PACIENTES FUE DE 63 AÑOS LO QUE PUDO SER DEFINITIVO PARA EL TIPO DE COMPLICACION PRESENTADA.

LAS COMPLICACIONES PULMONARES SON SUSCEPTIBLES DE CONTROL SI SE REALIZA VENTILOTHERAPIA ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- EVERY JONES F.J.W.P GUMMER.
GASTROENTEROLOGIA CLINICA
EDIT. INTERAMERICANA 1961 CAP. XII.

- 2.- BEUMONT WILLIAM.
EXPERIMENTS AND OBSERVACIONES ON THE GASTRIC JUICE AND
THE PHYSIOLOGY OF DIGESTION.
FASCIMILE OF THE ORIGINAL EDITIONS OF 1833.

- 3.- BILLROTH THEODORE .
OFFENES SHRCIVEN AN HERN L. WITTETSHOFER.
WIEN MED WCHNSCHR. 31: 161; 1881.

- 4.- BORGES CIPRIANO
EPIDEMIOLOGIA DE LA ULCERA PEPTICA(GASTRICA)
ESOFAGO ESTOMA Y DUODENO .
CAP.32 INST. NAC. DE LA NUTRICION.
EDIT. FCO.M. OTEO.
MEXICO, D.F. 1973 .

- 5.- BOGOH. A.
HEMATEMESIS Y MELENA
GASTROENTEROLOGIA
H.L. BOCKUS.
CAP.28. PP 656 TOMO I 2A EDIC. EDIT. SALVAT.
1967

- 6.- BORNETT.W.E TAYLOR C.
EMIGASTRECTOMIA Y VAGOTOMIA
" EL ESTOMAGO ZONAS DEL ESOFAGO Y DEL DUODENO CON EL RELACIONADAS"
CAP. III PP 497-502.
EDIT. CIENTIFICO MEDICA 1968
BARCELONA ESPAÑA

- 7.- BRAVO J.L .
BASES FISIOLÓGICAS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ÚLCERA PEPTICA.
ESOFAGO ESTOMAGO Y DUODENO. CAP.42
INST. NAC. DE LA NUTRICION
EDIT. FCO. M. OTEO. MEXICO 1973.
- 8.- BRAVO J.L PEREZ S. MA. BLANCO R.
ÚLCERA RECURRENTE .ESOFAGO ESTOMA Y DUODENO. CAP. 44
INST. NAC. DE LA NUTRICION
EDIT. FCO. M. OTEO MEXICO 1973
- 9.- BRAASCH L.W. MAX. E. E. WELLING R.
VALORACION DEL PACIENTE CON ÚLCERA DUODENAL COMO CANDIDATO A
CIRUGIA.
CLINICAS QUIRURGICAS DE N.A JUNIO 1970.
- 10.- CARDENAS S.S COOLS.
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA PERFORADA
ESOFAGO ESTOMA Y DUODENO CAP. 45 I.N.C.
EDIT. FCO.M. OTEO MEXICO 1973.
- 11.- CASALES O.G DE LA PEÑA P.I .VIESCA T.
GASTROTOMIA TEMPORAL DESCOMPRESIVA
ESTUDIO DE 100 CASOS POR PUBLICAR
- 12.-CARIO ALBERTO.
ETIOLOGIA Y PATOGENIA DE LAS ÚLCERAS LATROGENICAS
ESOFAGO ESTOMA Y DUODENO CAP. 35 I N.N.
EDIT.FCO. M. OTEO, MEXICO. D.F 1973
- 13.- CLAGETT O.T .
TRATAMIENTO QUIRUGICO DE LA ÚLCERA PEPTICA (GASTRICA)
CLINICAS QUIRURGICAS DE NORTEAMERICA. AGOSTO 1971.
- 14.- CLEVELAND J.C. COLE J.N.
PAPEL DE VAGOTOMIA ASOCIADA A PILOROPLASTIA O GASTROENTEROSTOMIA
EN EL TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA DUODENAL.
EL ESTOMAGO ZONAS DEL ESOFAGO Y DUODENO CON EL RELACIONADAS.
EDIT.CIENTIFICO MEDICAS 1968. BARCELONA ESPAÑA.

- 15.- DAVID C. H.
EPIDEMIOLOGIA DE LA ULCERA PEPTICA
EL ESTOMAGO Y ZONAS ESOFAGO Y DUODENO CON EL RELACIONADAS .
CAP XXX III EDIT. CIENTIFICO MEDICAS 1968.
- 16.- DE LA ROSA C.
COMPLICACIONES DE LA VAGOTOMIA
ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO .
PP 570-575 . I.N.N.
EDIT . FCO. M. OTEO. MEXICO 1973
- 17.- J.A. DONOVAN Y COOLS.
A COMPARIZON OF GASTRIC EMPITING BEJORE AND VAGOTOMY WITH
ANTRECTOMY AND VAGOTOMY WTH
SURGERY BOLS 76. # 5PP. 729-732
- 18.- DAODSWORTH J.M. Y FISCHER J.E.
TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ULCERA PEPTICA CRONICA VALORACION
PREQUIRURGICA . ELECCION DE OPERACIONES Y CONSECUENCIAS
CLINICAS QUIRURGICAS D . N . A. JUNIO DE 1974
- 19.- DRAGS TAT L.R. AND OWENS F.M.J.R.
SUPRA-DIAFRAGMATIC SEPTION OFTHE VAGUS
NERVES YN TRATMENT OF DUODENAL ULCER.
PROC. SOC. EXP. BIO. MED. N.Y. 53-152 1943
- 20.- VARDOULIS J. STENOS J.
VAGOTOMIA Y DRENAJE COMO PROCEDIMIENTOS PARA PERFORACIONES DE
ULCERAS DUODENALES Y GASTRICAS
REV. INTERNACIONAL DE CIRUGIA.
VO. 60 PP. 226-288 ABRIL 1975 GRECIA.