

11209
2 ej 65

PATRICIO SERRANO ALVARADO



Universidad Nacional Autónoma de México



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS DEL D.D.F.

DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL

VAGOTOMIA GASTRICA PROXIMAL MODIFICADA Y PARCHE DE GRAHAM EN EL TRATAMIENTO DEFINITIVO DE LA ULCERA DUODENAL PERFORADA

Trabajo de Investigación Clínica

P r e s e n t a :

Dr. Patricio Serrano Alvarado

Para obtener el Grado de:

ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

Director de Tesis: DRA. GRACIELA ZERMEÑO GOMEZ



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 está 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.

I N D I C E

	PAGINAS
1. Introducción	1
1.1. Antecedentes Históricos	1
2. Bases Anatómicas de la Distribución de los Nervios Vagos sobre el Estómago	7
3. Justificación	10
4. Objetivos	11
5. Material y Métodos	12
5.1. Técnica Quirúrgica	14
6. Discusión	17
7. Conclusiones	18
8. Resúmen	19

INTRODUCCION.

ANTECEDENTES HISTORICOS

El primer cirujano que realizó una intervención quirúrgica para tratamiento de una úlcera péptica perforada fué Mikulicz en el año de 1887, y probablemente el primer reporte en la literatura inglesa de una operación satisfactoria para úlcera duodenal perforada fué por Dean en 1894 (3). Sutura los bordes de la perforación, lava la cavidad abdominal y cierra la herida quirúrgica sin colocar drenajes.

Bennet sugiere que en casos de perforación grande y sutura difícil de cerrar, debido a la friabilidad de los tejidos, se usará el epiplón para sellar la lesión (23).

Cellan Jones y Graham enfatizaron más tarde la efectividad y la simplicidad del procedimiento (1-6).

En el año de 1934 Graham reporta 51 pacientes manejados con parche de epiplón con un porcentaje de sobrevida del 94% (6).

En 1943 Dragstedt y Owens (23) demostraron que la vagotomía truncal en pacientes de úlcera duodenal abolía la hipersecreción gástrica y la secreción nocturna inapropiada de ácido, con curación de esta lesión.

El problema de la éstasis gástrica después de la vagotomía truncal normal hizo que se combinara esta operación como un procedimiento de drenaje gástrico (28).

La inquietud de muchos cirujanos por la recurrencia de la enfermedad ácido péptica luego de tratamiento de la úlcera duodenal perforada con cierra simple de la lesión utilizando parche de epiplón, misma que compromete a más del 50% de los pacientes, fomenta la necesidad de emplear nuevas téc-

nicas quirúrgicas que resuelvan en forma definitiva el problema ulceroso de fondo a mas de esta complicación (9-14-15-17).

Loudon reporta en el año de 1952 el tratamiento de la úlcera duodenal perforada con gastrectomía parcial (23).

Cooley DA y Col publican en el año de 1955 el análisis de 112 casos - con gastrectomía en la perforación de la úlcera gastroduodenal aguda (8).

Jordan GL JR., Debakey y Col. en el año de 1966 describen un trabajo - comparativo de la perforación de úlcera gastroduodenal aguda con cierre simple de la lesión, gastrectomía subtotal y gastrectomía parcial con vagotomía, mismo que se inició en el año de 1948, reservando el cierre de la lesión únicamente para los pacientes que presentan perforación sin síntomas previos, a pacientes con enfermedad asociada grave, peritonitis generalizada y abscesos localizados, manifiestan que la diferencia de complicaciones o de la herida quirúrgica relacionados directamente con el cierre simple o procedimientos resectivos no difieren mayormente, y que los resultados son buenos es mas del 90% con mortalidad del 9.8% (8).

Los procedimientos resectivos proporcionan bajos porcentajes de recidiva que se aproximan al 1%, sin embargo cualquier procedimiento de resección tiene una mortalidad operatoria mayor sobre todo en pacientes con - riesgo elevado (8).

En el año de 1973 Johnston y Lyndon publican un trabajo de vagotomía altamente selectiva en el tratamiento de la hemorragia, perforación y estenosis debido a úlcera péptica (20).

Jordan PH JR y Korompai desarrollaron un nuevo tratamiento de la úlcera duodenal perforada con vagotomía gástrica proximal en 1973 que publican en el año de 1976 (20).

Kirpatrick refiere que inicialmente los cirujanos a partir de 1950 planeaban una cirugía definitiva únicamente cuando el intervalo de tiempo entre perforación y operación era menor de 8 horas, con mínima contaminación peritoneal y en los pacientes con síntomas previos de enfermedad ulcerosa. Menciona que el concepto ha cambiado y sugiere que la perforación por sí misma es indicación de una operación definitiva, la base de su hipótesis clínica demuestra que la mortalidad depende de las condiciones del paciente y no de la elección de la operación (21).

Paul Jordan publica en 1982 un trabajo iniciado en el año de 1973 en el que concluye que la vagotomía gástrica proximal, con parche de epiplon, sin procedimiento de drenaje es la operación ideal para pacientes candidatos a tratamiento definitivo de úlcera duodenal perforada; indica que el problema es identificar al paciente que será sometido a tratamiento definitivo para evitar ulteriores complicaciones; y su mayor preocupación es realizar una intervención quirúrgica definitiva más que un simple cierre de la lesión, con la posibilidad de que a consecuencia de la operación definitiva se produzcan síntomas gástricos innecesarios en el paciente (20).

En 1957 Griffith y Harrubs describieron la técnica de vagotomía gástrica parcial en perros, interrumpiendo las fibras vagales que inervaban el fondo y el cuerpo gástrico secretores de ácido y pepsina, pero respetando las fibras antropilórico. Este procedimiento eliminó la fase cefálica de la secreción gástrica, pero no interfirió apreciablemente con el vaciamiento gástrico. Holle y Hart informaron por primera vez el uso de vagotomía de células parietales en el hombre, pero añadieron un procedimiento de drenaje que anuló en parte las ventajas de este tipo de vagotomía (28), Andrup y Jensen (19) y Johnston y Wilkinson efectúan también este procedimiento en el hombre, pero preservaron la integridad pilórica haciendo que disminuyan los efectos colaterales.

Johnston, Jordan y Sawyers y otros cirujanos más aplicaron este proce-

dimiento quirúrgico a pacientes con úlcera duodenal perforada con buenos resultados, siendo aún un problema la recidiva ulcerosa a largo plazo reportado por otros autores del 2 al 20% en pacientes con vagotomía de células parietales (20-28-30-31).

Kroberg reporta una reducción del porcentaje de recurrencia de úlcera duodenal del 2 al 8% después de diseccionar los cinco a siete centímetros inferiores del esófago distal en la vagotomía gástrica proximal, siendo una complicación de este procedimiento la disfagia post-operatoria por sección - inadvertida del nervio de Harkins, edema de la mucosa esofágica, hematoma periesofágico, fibrosis, etc. (25).

En 1980 Petropolus (26) reportó que hay fibras vagales que descienden a las células parietales en la pared del esófago e introdujo un procedimiento de modificación a la vagotomía, reemplazando la resección de las ramas nerviosas del vago en el hiato cardioesofágico con una transección intramural transgástrica y una excisión de las fibras nerviosas que entran al fondo; la vagotomía trasoperatoria era controlada por medio de medición del P.H. gástrico. Un año a dieciocho meses después de la aplicación de la vagotomía transgástrica altamente selectiva, en 74 pacientes con úlceras duodenales no complicadas, la mortalidad fué de cero y la morbilidad insignificante, el procedimiento de la vagotomía supraselectiva puede ser sustancialmente simplificada al no manejar las ramas nerviosas vagales en la superficie del esófago, cardias y ángulo de His, la denervación del cuerpo y fondo del estómago espera ser más completa usando la técnica descrita.

En noviembre de 1984 Jian Ming y Colaboradores (25) aconsejan un método simple de modificación al procedimiento de la vagotomía altamente selectiva, dividiendo las hojas anterior y posterior del epiplón gastrohepático en su unión con la curvatura menor seis centímetros proximal al piloro hasta 2.5 centímetros debajo de la unión cardiesofágica en la curvatura menor hasta la arteria gástrica corta más elevada en la curvatura mayor, luego -

traslapan el borde proximal sobre el distal suturando en la cara anterior y posterior de la pared gástrica respectivamente. Fueron tratados cuarenta casos clínicos de pacientes con úlcera duodenal crónica con esta técnica quirúrgica y seguidos en un período de 21 meses con resultados posoperatorios satisfactorios.

La perforación es una complicación grave de la enfermedad ácido péptica que desencadena la presentación de un cuadro clínico de abdomen agudo, su diagnóstico y tratamiento temprano tiene mucha importancia porque reduce la morbilidad y mortalidad.

La ruptura súbita de la úlcera da como resultado que el contenido de el estómago, duodeno o yeyuno escape hacia la cavidad peritoneal iniciando una serie de eventos que si no son apropiadamente manejados pueden llevar a una peritonitis bacteriana y a la muerte del paciente. Algunas veces especialmente si el estómago está relativamente vacío la perforación puede llegar a sellarse y producir recuperación espontánea. En ocasiones la perforación puede aislarse de la cavidad peritoneal y desarrollar un absceso de la trascavidad de los epiplones, espacio subfrénico derecho o región paracólica derecha (23).

- El tratamiento de la úlcera duodenal perforada se basa en tres metodos:
- a) No operatorio: con succión nasogástrica, tratamiento antibiótico y soporte de líquidos, este método no se utiliza en México y se considera solo una fase previa a la cirugía.
 - b) Cierre simple de la perforación y limpieza de la cavidad abdominal.
 - c) Cirugía definitiva además del cierre de la perforación.

El método tradicional que se aplicaba en los cuatros hospitales de la D.G.S.M. D.D.F. era el simple cierre de la perforación con un parche de epiplón (técnica de Graham) (6), debido a que algunos de los pacientes se presentan habitualmente en etapas tardías. La mayor parte de ellos evolu-

cionaban satisfactoriamente en el postoperatorio inmediato pero no se podría realizar un seguimiento de los mismos y en poco tiempo los pacientes perdían el control médico; algunos reingresaban por presentar manifestaciones agudas como el de una nueva perforación, recidiva de la sintomatología ulcerosa, estenosis o úlceras gástricas por retensión.

En interés especial en este tipo de pacientes hace que al revisar la bibliografía existente se encuentre nuevas opciones en el tratamiento quirúrgico de la úlcera perforada que no solamente resuelvan el problema abdominal agudo sino el efecto causal de su enfermedad.

Basado en que la vagotomía de células parietales ofrece excelentes perspectivas en el tratamiento de la úlcera duodenal crónica y que el problema de la recidiva ulcerosa en estudios preliminares de uno y dos años a logrado disminuir la recurrencia de enfermedad ácido péptica del 10-20% hasta el 1-2% aplicando las técnicas de seromotomía transgástrica anterior y posterior en la pared del fondo del estómago (25) (26) nos permite conducir un nuevo tratamiento que resuelven en forma definitiva el problema básico de la enfermedad ácido péptica aunado al problema de su complicación que en este grupo de pacientes es la perforación ulcerosa duodenal.

BASES ANATOMICAS DE LA DISTRIBUCION DE LOS NERVIOS VAGOS SOBRE EL ESTOMAGO:

Para una mejor comprensión se describen los límites del esófago abdominal, con la abertura esofágica del diaphragma hacia arriba y como límite inferior a dos centímetros por encima de la abertura esofágica en el cardias.

El área cardiofúndica incluye la unión cardioesofágica y la región del fondo gástrico, su límite superior esta a dos centímetros por arriba de la abertura del cardias en el estómago, hacia abajo una línea horizontal que pasa a tres centímetros debajo de esta estructura a través del estómago desde la curvatura a la curvatura mayor.

De acuerdo a Wilkinson (1979) la línea antral proximal esta hacia arriba y a 5-7 cms. a la izquierda de la unión piloroduodenal.

Los troncos vagales anterior y posterior pasan a través de la abertura esofágica como simples estructuras o troncos y esporádicamente como plexos.

El tronco nervioso izquierdo o anterior (siglas vocales A-I) y el tronco nervioso derecho posterior (siglas consonantes D-P) se describirán a continuación.

VAGO IZQUIERDO O ANTERIOR: Pasa a lo largo de la superficie anterior de la porción abdominal del esófago en el tejido conectivo retroperitoneal, el trayecto del nervio es ligeramente oblicuo de arriba hacia abajo y de izquierda a derecha, permanece adherido al tejido conectivo periesofágico - cuando se levanta la hoja peritoneal. El tronco vagal anterior da de dos a cuatro ramas nerviosas esofágicas descendentes que inervan la capa muscular del esófago, la región gastrofúndica y el cardias. Una de las ramas nerviosas es denominada nervio de Harkins, esta rama cruza oblicuamente a la superficie anterior del esófago hasta el borde izquierdo del ángulo de His, se distribuye al cardias y región anterior derecha del fondo gástrico. El nervio llamado cardiofúndico o primer nervio gástrico anterior, se origina

del lado izquierdo del tronco vagal anterior dos cms. abajo del cardias, este nervio se dirige hacia arriba y a la izquierda inervando el cardias y la región anterior del fondo gástrico.

Una tercera rama llamado nervio frénico izquierdo es el menos constante, inerva el borde izquierdo del cardias y la parte derecha de la región anterior del fondo gástrico.

El tronco principal izquierdo rebasa el borde derecho del esófago y - continúa entre las dos hojas del epiplón menor hasta 2.5 cms. de este límite dando sus ramas terminales:

1. Rama hepatoduodenal de Latarjet.
2. La continuación del tronco principal rama anterior de Latarjet.

La primera rama da el nervio piloroduodenal que inerva el esfínter pilórico y el segmento distal del antro y una segunda rama que se dirige de izquierda a derecha sobre el lóbulo del hígado hasta el hilio hepático.

El tronco principal proporciona cuatro a siete ramas a la izquierda y por debajo de la hoja anterior del epiplón menor, estas ramas llegan a la pared anterior del estómago a 1.5-3 cms. (a 1.5 no 3 cms.) de la curvatura menor, la continuación del tronco principal da origen al nervio de Latarjet que termina de 5 a 7 cms. de la unión piloroduodenal dando dos a cuatro ramas para el antropilórico (pata de gallo).

VAGO DERECHO O POSTERIOR: Pasa en esta región por detrás del borde derecho del esófago abdominal en el tejido conectivo periesofágico que separa éste del pilar derecho del diafragma cuando el nervio pasa a través del - hiato esofágico.

El tronco posterior del nervio vago da origen de tres a cinco ramas, las más importantes son: nervio criminal de Grassi (1971) que inerva la su-

perficie derecha posterior del fondo gástrico. El primer nervio gástrico posterior o cardiofúndico se dirige transversalmente a la izquierda distribuyéndose en el cardias y superficie posterior derecha del fondo gástrico. El nervio vago posterior aproximadamente al mismo nivel que el anterior se divide en la rama posterior de Latarjet que se dirige al antropilórico, - proporcionando de cuatro a seis ramas que corren pegadas a la hoja posterior del epiplón menor llegando a la cara posterior del estómago de 1.5 a 3 cms. de la curvatura menor, este nervio termina en el antropilórico de - 5 a 7 cms. de la unión piloroduodenal dando de dos a tres ramas que inervan la musculatura de la bomba antral.

Existen otras ramas nerviosas simáticas y parasimpáticas que penetran en el estómago por la curvatura mayor y que proceden del plexo esplénico y hepático por considerarlos de menor importancia.

Otra rama terminal del nervio vago posterior es la rama celiaca que - termina haciendo sinapsis en el ganglio semilunar del plexo solar.

Según Zhu Tailai y Col. (25) luego de diseccionar cien cadáveres concluye que la bifurcación del vago anterior y posterior en sus ramas terminales - ocurre de 1.4 cms. encima a 1 cm. debajo y de 1.3 cms. encima a 1.3 cms. - abajo de la unión cardioesofágica respectivamente.

Estos hallazgos indican la poca probabilidad de lesionar los troncos - vagales al realizar la sección de la musculatura gástrica 2.5 cms. abajo de la unión cardioesofágica.

JUSTIFICACION

El tratamiento definitivo de la úlcera duodenal perforada utilizando la técnica de vagotomía gástrica proximal mas seromiotomía transgástrica es un procedimiento relativamente sencillo y rápido que combinado al parche de Graham resuelve la causa de abdomen agudo y el problema de fondo de la enfermedad ácido péptica, sin incrementar la morbimortalidad trans y postoperatoria, evita otra cirugía, disminuye la insidencia de recidiva y reduce el gasto económico al paciente o institución que auspicia su tratamiento.

OBJETIVOS

INMEDIATOS: Proporcionar tratamiento definitivo a los pacientes con úlcera duodenal perforada sin incrementar la morbimortalidad trans y posoperatoria.

MEDIATOS: Disminuir la recurrencia de la enfermedad ulcerosa con la técnica propuesta de vagotomía gástrica proximal mas seromiotomía transgástrica en los pacientes con úlcera duodenal perforada.

MATERIAL Y METODOS.

Se estudiaron diez pacientes en los cuatro hospitales de urgencias de la D.G.S.M.D.D.F. en el período comprendido entre el primero de mayo al treinta y uno de octubre de 1985 con la patología de úlcera duodenal perforada; se dividieron en dos grupos seleccionados al azar:

GRUPO I: Pacientes a los que se manejó con tratamiento quirúrgico tradicional utilizando un parche de epiplón para cerrar la perforación de la úlcera duodenal.

GRUPO II: Pacientes a los que se les manejó con tratamiento quirúrgico definitivo con la técnica de vagotomía de células parietales, más seriotomía transgástrica y técnica de parche de Graham.

Se estudiaron a todos los pacientes con edad comprendida entre 20 y 70 años, de ambos sexos y que presentaron la complicación de perforación de úlcera duodenal.

Tres pacientes del grupo I fueron del sexo masculino (60%) y dos del sexo femenino (40%) (ver figura 1 y cuadro II).

Los cinco pacientes del grupo II fueron del sexo masculino (100%) (ver figura 1 y cuadro II).

En el grupo I la edad promedio fue de 49 años y en el grupo II de 47 años sin encontrar diferencias significativas (Fig. II y cuadro III).

El tiempo operatorio entre los pacientes del grupo I fue menor que los pacientes con vagotomía supraselectiva, siendo en promedio de 1.54 y 2.24 horas respectivamente para el primero y segundo grupo.

HALLAZGOS CLINICOS :

Los antecedentes de enfermedad ulcerosa se reportaron positivos en el 80% del grupo I y en el 100% del grupo II, siendo manifestaciones de más -

de seis meses de evolución en el 60% de los casos ambos grupos.

Las manifestaciones clínicas más importantes diferidas por los pacientes fueron: Dispepsia, dolor epigástrico y en menor proporción intolerancia a los alimentos irritantes.

El consumo de tabaco y alcohol fué reportado por el 80 y 60% de los pacientes.

La presencia de aire subdiafragmático observado en las radiografías de torax fué del 70%.

El promedio de intervalo de tiempo entre la perforación y la operación fué de 8 horas para el grupo I y de 6.6 horas para el grupo II (ver fig. IV).

El número de leucocitos sufrió un incremento paulatino paralelo al intervalo de tiempo entre la perforación y la operación, estableciendo una relación directamente proporcional.

Los parámetros de valoración fueron la evolución clínica de los pacientes para lo cual se utilizó la escala de Visick y exámenes endoscópicos a las seis semanas posteriores a la operación.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes con úlcera duodenal perforada de ambos sexos y límite de edad de 20 como mínima a 70 años como máxima.

Los criterios de inclusión fueron: Pacientes con peritonitis bacteriana, pacientes con absceso localizado en el sitio de la perforación, con mal estado agregando, pacientes con shock séptico, edad fuera de los límites señalados.

Criterios de eliminación: Pacientes con mortalidad trans y postoperatoria inmediata, a los que no se les podrá realizar un seguimiento adecuado.

La información se obtuvo directamente de los pacientes y de los expedientes clínicos.

Las unidades de medida o escala de clasificación se detallan en el cuadro I.

La técnica estadística utilizada fué la Tede Student.

La técnica quirúrgica utilizada se describe a continuación: Incisión longitudinal en el abdomen en la línea media desde el apéndice xifoides hasta el ombligo, una vez que el diagnóstico de úlcera duodenal perforada fué confirmada por observación directa, se aislan vísceras adyacentes con compresas húmedas y sección de ligamento triangular del lóbulo izquierdo del hígado para exponer en forma adecuada el cardias y el fondo gástrico. Se colocaron tres marcas en el estómago con puntos de seda:

MARCA I.- En la curvatura menor a seis cms. proximal al píloro, se ocluyó temporalmente la perforación duodenal con una gasa para evitar más contaminación durante el transoperatorio.

MARCA II.- En la curvatura menor a 2-2.5 cms. bajo el cardias.

MARCA III.- En la curvatura mayor cerca de la arteria gástrica corta más elevada.

Se liberó la curvatura mayor desde su tercio medio hasta la arteria gástrica corta más elevada para exposición adecuada del fondo gástrico (no se utiliza en forma rutinaria).

De la marca I a la marca II se dividió la hoja anterior y posterior del epiplón menor en la unión con la pared gástrica, pinzando, seccionando

y ligando las ramas vagales y vasculares a este nivel.

Sin diseccionar el esófago distal, se realizó una incisión circular de la marca II a la marca III en la pared anterior y posterior del estómago, seccionando la capa seromuscular hasta la submucosa con el objeto de cortar todas las fibras nerviosas que entran desde arriba a las células parietales, se debe tener cuidado de no seccionar la mucosa del estómago y dañar los vasos de la capa submucosa, luego se sutura el borde anterior proximal a la pared gástrica anterior y posterior por debajo del borde distal para evitar la reinervación de las células parietales.

Recomendamos siempre poner atención al colocar la marca I a la izquierda del nervio de Latarjet y observar el nervio para evitar su lesión.

Se colocaron puntos fijando las dos hojas del epiplón menor a la pared anterior del estómago.

Luego se aspirar la cavidad abdominal y realizar lavado mecánico con solución salina (no se realiza en forma rutinaria) se tapó la perforación de la úlcera duodenal utilizando un segmento de epiplón vascularizando, sujetándolo con tres o cuatro puntos con seda del tres ceros sin obstruir la circulación, se colocó un drenaje de Penrose al espacio subepático cerca de la curvatura menor y sacando por contravertura al flanco derecho, se cerró la pared del abdomen con la técnica quirúrgica habitual.

RESULTADOS: El tiempo de estancia hospitalaria fué mayor para el grupo I de parche de Graham siendo en promedio de 7.6 días y para el grupo II de 5.8 días (ver figura III).

Los resultados fueron valorados en razón de evolución, complicaciones y mortalidad.

En toda la serie no hubo mortalidad, los resultados obtenidos de acuerdo a la escala de Visick fueron: cinco excelentes con la técnica de vagotomía gástrica proximal y seromiotomía transgástrica, tres buenos, uno regular para el grupo I del tratamiento con parche de epiplón (ver figura V).

El resultado considerando como malo fué en un paciente de 29 años de edad con manifestaciones clínicas de enfermedad ácido péptica, presencia de estenosis pilórica gástricas en el exámen endoscópico postoperatorio, por lo que fué intervenido quirúrgicamente para tratamiento definitivo de la enfermedad ulcerosa.

El caso de otra paciente considerada como regular en la escala clínica de Visick presentó sangrado activo en el postoperatorio inmediato durante su estancia hospitalaria (7 días), la paciente continuó con manifestaciones de enfermedad péptica debiendo continuarse con medicación antiulcerosa.

Los pacientes con tratamiento de vagotomía gástrica proximal y serotomía transgástrica no presentaron morbilidad posoperatoria con excepción de un paciente regresó a los quince días del postoperatorio por reacción en la herida quirúrgica al material de sutura (seda), mejoró luego de retirar cuatro a cinco puntos de este material en el sitio de la reacción inflamatoria.

En nueve de los diez estudios endoscópicos realizados se observó cicatrización completa excepto en el paciente con estenosis pilórica en el que no se pudo observar la lesión ulcerosa por no pasar el endoscopio a través del píloro. Se debe mencionar que los pacientes del grupo I recibieron medicación antiulcerosa con bloqueadores de los receptores H2 tanto en el postoperatorio inmediato, como al ser dados de alta pudiendo interferir con los resultados.

DISCUSION

Según los resultados obtenidos en este estudio, se aprecia cierta ventaja con la aplicación de la técnica quirúrgica propuesta (vagotomía supra-selectiva) que a pesar de utilizar un mayor tiempo transoperatorio con relación al grupo control, su evolución posoperatoria fué satisfactoria sin presentarse morbilidad ni mortalidad, dándose de alta en menor tiempo posoperatorio.

Los pacientes del grupo I presentaron algunas complicaciones que se describieron en resultados (sangrado de tubo digestivo, estenosis pilórica, con úlceras gástricas) lo que probablemente se deba a que en este grupo de pacientes se trató únicamente el problema abdominal agudo de la perforación pero no el problema de fondo, pensamos al igual que el Dr. Kirpatrick () que la perforación de la úlcera duodenal es una indicación para tratamiento definitivo.

CONCLUSIONES:

- 1) La técnica quirúrgica de la vagotomía gástrica proximal con seromiotomía transgástrica ofrece una buena perspectiva en el tratamiento definitivo de la úlcera duodenal perforada, sin incrementar la morbimortalidad trans y - postoperatoria.
- 2) Los resultados obtenidos a corto plazo son satisfactorios, debe continuarse el estudio con seguimiento adecuado de los pacientes en un tiempo - más prolongado aumentando el número de casos operados con esta técnica para obtener resultados definitivos.
- 3) El tiempo operatorio que se utilizó en esta nueva técnica es un poco mayor que con la técnica tradicional, pero se puede disminuir el mismo adquiriendo mayor experiencia y destreza en la técnica quirúrgica de vagotomía gástrica proximal.
- 4) Es posible que el grupo no vagotomizado tenga en el futuro recurrencia de la enfermedad. Sin embargo hay múltiples publicaciones en las cuales se reporta la curación de los pacientes operados solo con la técnica de parche de epiplón; esto puede ser debido al cuidado en su dieta, en sus hábitos de vida y a la medicina que reciben, más no a la fisiopatología de la enfermedad.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo randomizado en diez pacientes desde el primero de mayo al treinta y uno de octubre de 1985 en los hospitales - de urgencias de la D.G.S.M. D.D.F. todos con patología de úlcera duodenal perforada, se dividió en dos grupos para su tratamiento quirúrgico; grupo I se aplicó la técnica tradicional de parche de Graham y grupo II el tratamiento quirúrgico definitivo con vagotomía gástrica proximal con seromiotomía transgástrica además del parche de Graham, los pacientes del grupo I fueron cinco, tres del sexo masculino y dos del femenino, los del grupo todos fueron del sexo masculino (5), la edad promedio fué de 49 y 47 años para el grupo I y el grupo II respectivamente.

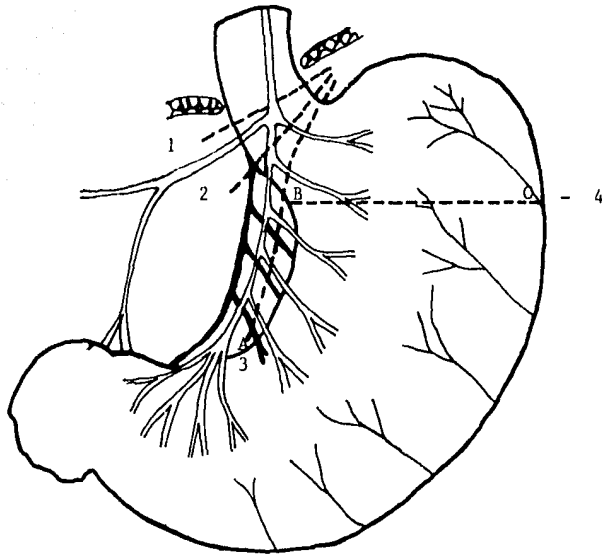
El tiempo de estancia hospitalaria fué en promedio de siete días en el grupo I y de cinco días para el grupo II.

En el grupo II la morvimortalidad fué de sero.

En el grupo I dos pacientes se complicaron, uno inmediatamente con san grado de tubo digestivo alto y otro con la presencia de úlcera gástricas y estenosis pilórica, requiriendo una nueva reintervención quirúrgica.

La vagotomía gástrica proximal más seromiotomía transgástrica ofrece - buenas perspectivas en el tratamiento de la úlcera duodenal perforada sin incrementar la morbimortalidad trans y postoperatoria.

Los resultados a corto plazo son satisfactorios, se considera que el tiempo del estudio es corto y el número de pacientes reducido, por lo que - deberá prolongarse a un tiempo mayor para obtener resultados definitivos.



1. VAGOTOMIA TRONCULAR
2. VAGOTOMIA SELECTIVA
3. VAGOTOMIA SUPRASELECTIVA
4. SEROMIOTOMIA TRANSGASTRICA

A = MARCA I
 B = MARCA II
 C = MARCA III

PACIENTES CON ULCERA DUODENAL PERFORADA (CUADRO I)

UNIDADES DE MEDIDA O ESCALA DE CLASIFICACION

GRADO I.- RESULTADOS CLINICOS MUY BUENOS, EL PACIENTE NO REVELA SINTOMAS EN EL INTERROGATORIO

GRADO II.- RESULTADOS CLINICOS BUENOS, EL PACIENTE REVELA SINTOMAS LEVES QUE PUEDEN O NO SER CONTROLADOS CAUSANDO O NO LIGERA MOLESTIA QUE NO INTERFIERE CON LA VIDA O EL TRABAJO PACIENTE Y DOCTOR - ESTAN SATISFECHOS CON EL RESULTADO.

GRADO III.- MEJORIA INSATISFECHA, SINTOMAS LEVES A MODERADOS QUE NO PUEDEN SER CONTROLADOS CAUSANDO ALGUNA MOLESTIA, NO INTERFIERE CONSIDERABLEMENTE CON LA VIDA O TRABAJO AUNQUE MEJORE PACIENTE Y DOCTOR ESTAN INSATISFECHOS CON EL RESULTADO.

GRADO IV.- FRACASO, NO HAY MEJORIA DE LOS SINTOMAS, INTERFIEREN CONSIDERABLEMENTE CON LA VIDA NORMAL Y TRABAJO. PACIENTE Y DOCTOR INSATISFECHO CON LOS RESULTADOS. ULCERA RECURRENTE PRESCINDIENDO DE LOS SINTOMAS.

LA CICATRIZACION DE LA ULCERA ES REPORTADA EN LA ENDOSCOPIA COMO:

COMPLETA ----- INCOMPLETA ----- NO CICATRIZADA

PACIENTES CON ULCERA DUODENAL PERFORADA (FIGURA I)

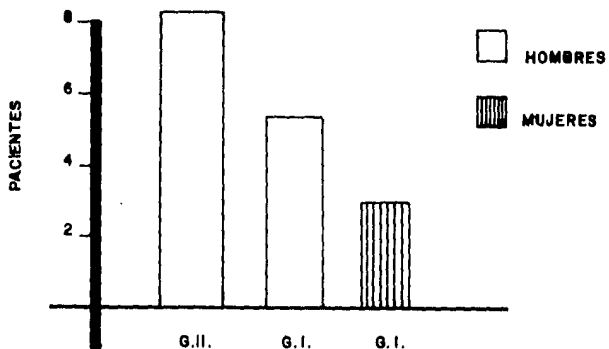


FIG. I

PACIENTES CON ULCERA DUODENAL PERFORADA (CUADRO II)

	HOMBRES	MUJERES
GRUPO PARCHÉ (I)	5 (100%)	0
GRUPO VAGOTOMIA (II)	3 (60%)	2 (40%)

PACIENTES CON ULCERA DUODENAL PERFORADA (CUADRO III)

PROMEDIO DE EDAD.	
GRUPO PARCHE (I)	49 AÑOS
GRUPO VAGOTOMIA (II)	47 AÑOS

PACIENTES CON ULCERA DUODENAL PERFORADA (FIGURA II)

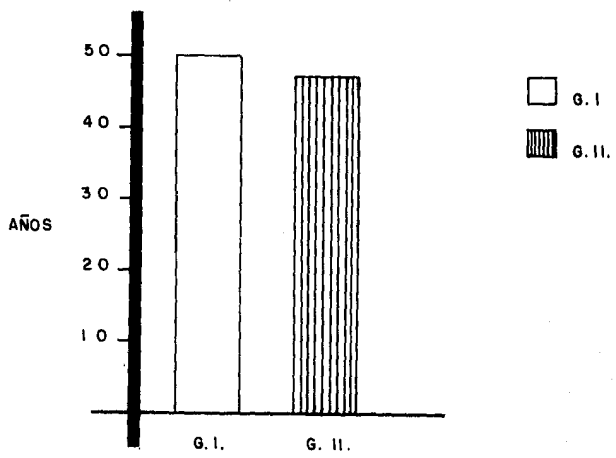


FIG. II

PACIENTES CON ULCERA DUODENAL PERFORADA (FIGURA III)

TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA

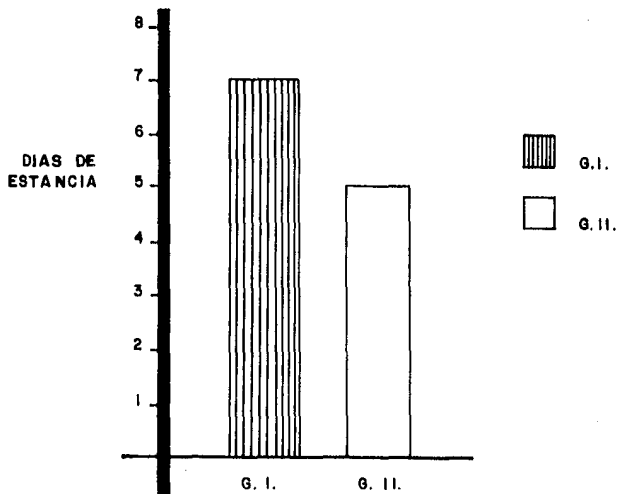


FIG. III

PACIENTES CON ULCERA DUODENAL PERFORADA (FIGURA IV)

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE PERFORACION Y OPERACION

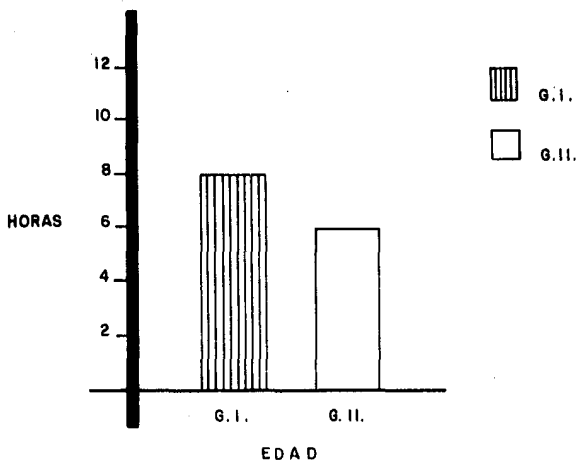


FIG. IV.

PACIENTES CON ULCERA DUODENAL PERFORADA (CUADRO IV)

RESULTADOS CLINICOS CON LA ESCALA DE VISICK.

	EXCELENTES	BUENOS	REGULARES	MALOS
GRUPO PARCHE (I)	-	3	1	1
GRUPO VAGOTOMIA (II)	5	-	-	-

PACIENTES CON ULCERA DUODENAL PERFORADA (FIGURA V)

RESULTADOS CLINICOS CON LA ESCALA DE VISICK.

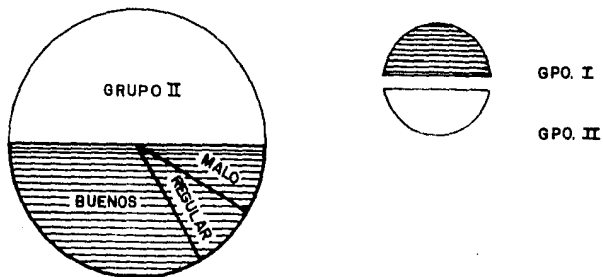


FIG. V

BIBLIOGRAFIA

1. CELLAN - JONES CJ: Br MED J 1:1076, 1929
2. COUTSOFTIDES T, HIMAL HS: Am SURG 132: 575, 1.976.
3. DEAN HP: LANCET 1:1191, 1894.
4. DE BAKEY M.E.
ACUTE PERFORATED GASTRODUODENAL ULCERATION, A STATISTICAL ANALYSIS.
SURGERY, 1.940. 8:852.
5. DONAHUE P.E. ET AL
PROXIMAL GASTRIC VAGOTOMY VERSUS SELECTIVE VAGOTOMY WITH ANTRECTOMY:
RESULTS OF A PERSPECTIVE, RANDOMIZED CLINICAL TRIAL AFTER FOUR TO
TWELVE YEARS.
SURGERY OCTOBER, 1.984 PAG 585 - 591.
6. GRAHAM R.
THE TREATMENT OF PERFORATED DUODENAL ULCERS
SURG, GINECOL OBSTET, 1.937, 64:235.
7. GRAY J.G. ROBERTS AK.
DEFINITIVE EMERGENCY TRATMENT OF PERFORATED DUODENAL ULCER
SURG GINECOL OBSTET, DEC. 76, 143 (6) PAG. 890 - 4.
8. FELICIANO V. M.D. JOURDAN PH JR. DEBAKEY M.E.
EMERGENCY MANAGEMENT OF PERFORATED PEPTIC ULCERS IN THE ELDERLY
PATIENT.
THE AMERICAN JOURNAL OF SURGERY DEC 1.984 VOL. 148 PAG. 764 - 7.
9. GILMOUR J:
LANCET 1:870, 1.953.
10. GOLIGHER JC.
A TECHNIQUE FOR HIGHLY SELECTIVE VAGOTOMY FOR DUODENAL ULCER.
Br. J SURG 1.974 61:337.
11. GOREY T.F. ET AL.
HIGHLY SELECTIVE VAGOTOMY IN DUODENAL ULCERATION AND ITS COMPLICATION
A TWELVE YEAR REVIEW
ANN. SURG. AUG. 1.984 VOL. 200 NUM. 2 PAG. 181 - 4

12. GRIFFIN GL. ORGAN CH:
ANN SURG. 183:382, 1.976.
13. GUELTRUD M. M.D. ET AL.
DYSPHAGIA AND LOWER ESOPHAGEAL SPHINCTER ABNORMALITIES AFTER PROXIMAL
GASTRIC VAGOTOMY.
THE AMERICAN JOURNAL OF SURGERY VOL. 149 FEB. 1.985. PAG. 232 - 4.
14. HADFIELD JI, WATKIN DFL:
Br MED J 2:12, 1.964.
15. HARBRECHT PJ, HAMILTON JE:
ANN SURG 152: 1044, 1.960.
16. HENNESSY J. CHAPMAN BL, DUGGAN JM.
MED. J. AUST. 1:50, 1.976.
17. ILLINGWORTH EFW, SCOTT. LDW, JAMIESON RA.
Br MED J 1:787, 1.946.
18. HERRINGTON JL.
DISCUSSION OF SAWYERS JL. ET AL.
PROXIMAL GASTRIC VAGOTOMY COMPARED WITH AND ANRECTOMY AND SELECTIVE
GASTRIC VAGOTOMY AND PYLOROPLASTY.
ANN SURG. 1.977: 186: 510.
19. JENSEN HG. M.D. KJAERGARD M.D. MEISNER S. COPENHAGEN DENMARK
ULCER RECURRENCE TWO TO TWELVE YEARS AFTER PARIETAL CELL VAGOTOMY FOR
DUODENAL ULCER
SURGERY NOV. 1.983 VOL. 94 NUM 5 PAG. 802 - 6
20. JOURDAN P.H. Jr.
PROXIMAL GASTRIC VAGOTOMY WITHOUT FOR TREATMENT OF PERFORATED DUODENAL
ULCER.
GASTROENTEROLOGY 1.982 VOL 82 NUM. 1 PAG 179 - 83.
21. KIRPATRICK J.R. M.D. AND BOUWMAN M.D. DETROIT MICHIGAN
A LOGICAL SOLUTION TO THE PERFORATED ELCKER CONTROVERSY
SURGERY GINCEOLOGY OBSTETRICS MAY 1.980 VOL. 150 PAG. 683 - 6.

22. LADECKY A. OBERLIN P. THOMSEN C. HUGUIER M. MALAFOSSE M.
LE TRAITEMENT DES PERFORATION D'ULCERE DUODENAL
J. CHIR PARIS 1.982. 119 NUM 1 PAG 43 -6
23. MAINGTON R.
ABDOMINAL SURGERY
SEVEN EDITION AÑO 1.980 PAG. 131 - 150.
31 ACUTE PERFORATED PEPTIC ULCERS.
24. NAJARIAN J.S. DELANEY J.D.
CIRUGIA DEL TRACTO GASTROINTESTINAL. EDITORIAL CIENTIFICO
MEDICINA AÑO 1.978 PAG. 165 - 280.
25. MING SUN J. M.D. SHANG H. M.D.
RESECTION OF TERMINAL VAGAL BRANCHES TO PARIETAL CELL MASS IN THE
TREATMENT OF DUODENAL ULCER
ANNALS SURG NOV. 1.984 NUM. 5 PAG. 587 - 9.
26. PETROPOULOS PC.
CARLY RESULTS OF SIMPLIFIED PROXIMAL HIGH SELECTIVE TRANSGASTRIC
VAGOTOMY WITHOUT DRAINAGE
SURG GINECOL OBSTET 1.980; 150-219.
27. RONSSE P.H. FEKETE B.F.
LA VAGOTOMY SUPRASELECTIVE DANS LE TRAITEMENT DES ULCERS DUODENAU
PERFORES.
ANNALES DE CHIRURGIE VOL. 35 NUM. 7 SEP. 1.981 PAG. 480 -3.
28. ROSSI R.L. BRAASCH J.W.
VAGOTOMIA DE CELULAS PARIETALES
CLINICAS QUIRURGICAS DE NORTEAMERICA VOL. 2 1.980 PAG. 243 - 259.
29. SAIK R.P. M.D. ET AL
PROS AND CONS OF PARIETAL CELL VERSUS TRUNCAL VAGOTOMY
THE AMERICAN J. OF. SURGERY VOL. 148, JULY 1.984 PAG. 93 - 8.
30. SAWYERS JL. ET AL.
MARSH J: ARCH SURG 110:527, 1.1975.
31. SAWYERS JL.
VAGOTOMY FOR DUODENAL ULCER UPDATE

- SURGICAL ROUNDS 1.981; 4 (5): 22.
32. SVERRE EMAS M.D. ET AL. STOCKHOLM SWEDÉN.
PROSPECTIVE, RANDOMIZED TRIAL OF SELECTIVE VAGOTOMY WITH PILOROPLASTY
AND SELECTIVE PROXIMAL VAGOTOMY WITH AND WITHOUT PYLOROPLASTY IN THE
TREATMENT OF DUODENAL, PYLORIC, AND PREPYLORIC ULCER
THE AMERICAN J. OF SURGERY VOL. 149 FEB. 1.985 PAG. 236 - 242
33. TAYLOR TV.
LESSER CURVE SUPERFICIAL SEROMYOTOMY - AN OPERATION FOR CHRONIC DUODENAL
ULCER.
Br. J. SURG 1.978; 65: 702
34. XU RONGAN, ET. AL.
HIGHLY SELECTIVE VAGOTOMY: EARLY RESULTS IN 27 CASES
CHINESE JOURNAL OF SURGERY 1.980; 18:15.
35. ZHU TAILAI ET AL.
VAGUS INNERVATION OF LOWER OESOPHAGUS AND STOMACH: AN ANATOMICAL
STUDY IN 100 CADAVERS.
CHINESE JOURNAL OF SURGERY 1.980; 18:4.