

11209
2-j-58



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
I.S.S.S.T.E.

EXPERIENCIA DEL MANEJO QUIRURGICO DE
LA ULCERA PEPTICA EN EL HOSPITAL
REGIONAL GENERAL "IGNACIO ZARAGOZA"

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A:

DR. EDMUNDO GUAJARDO GARZA

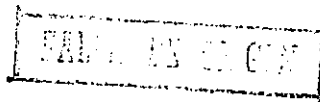
ASESOR DE TESIS:
DR. MODESTO AYALA AGUILAR



ISSSTE

MEXICO, D F.

1988





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.

INDICE

I.- INTRODUCCION	1
II.- ULCERA DUODENAL	4
Evaluación del paciente	4
Elección del tratamiento	5
Indicaciones para el tratamiento quirúrgico	8
Selección de pacientes para el tratamiento quirúrgico	9
Procedimientos quirúrgicos	9
III.- ULCERA GASTRICA	22
Clasificación	23
Selección del tratamiento	24
Tratamiento quirúrgico	24
Selección de la operación	26
IV.- OBJETIVO	32
V.- MATERIAL Y METODOS	33
VI.- RESULTADOS	34
VII.- DISCUSION	38
VIII.- CONCLUSION	40
IX.- BIBLIOGRAFIA	42

INDICE

I.- INTRODUCCION	1
II.- ULCERA DUODENAL	4
Evaluación del paciente	4
Elección del tratamiento	5
Indicaciones para el tratamiento quirúrgico	8
Selección de pacientes para el tratamiento quirúrgico	9
Procedimientos quirúrgicos	9
III.- ULCERA GASTRICA	22
Clasificación	23
Selección del tratamiento	24
Tratamiento quirúrgico	24
Selección de la operación	26
IV.- OBJETIVO	32
V.- MATERIAL Y METODOS	33
VI.- RESULTADOS	34
VII.- DISCUSION	38
VIII.- CONCLUSION	40
IX.- BIBLIOGRAFIA	42

INTRODUCCION

La úlcera péptica es una enfermedad crónica que se conoce en todo el mundo.

Estadística de todas las fuentes indican que el 10% o más de la población occidental puede estar afectada por ésta enfermedad.

La enfermedad péptica ulcerosa puede también ser responsable de aproximadamente el 10% de todos los ingresos de enfermos adultos en hospitales generales médicos y quirúrgicos y de una apreciable proporción de los casos nuevos que acuden a la consulta externa de los mismos.

Los gastos económicos sólo en los Estados Unidos estan por encima de mil millones de dólares al año.

A pesar del hecho de que existe una evidencia clara de que la úlcera gástrica y duodenal son enfermedades distintas, los análisis epidemiológicos a menudo no distinguen entre ellas, y por tanto, tienen valor escaso, aún en los casos que estas entidades se separen, existe una dificultad considerable en encontrar bases fiables para casos comparativos.

La úlcera del estómago y del duodeno esta en el lugar 13 como causas de muerte de los hombres blancos de los Estados Unidos. La mayor tendencia a la muerte en el hombre que en la mujer afecta el patrón de frecuencia total de la enfermedad, pero la mayor frecuencia de muerte por la úlcera gástrica comparada, con la duodenal, es debido casi con seguridad a la tendencia

existente de la primera a atacar a los individuos más ancianos, mientras que la úlcera duodenal es una enfermedad que aparece sobre todo y más frecuentemente en la edad media de la vida.

Los índices de mortalidad para la úlcera gástrica y duodenal son muy altos en los estados socioeconómicos bajos en los Estados Unidos. Parece que la frecuencia de úlcera es inferior en áreas rurales en comparación con las urbanas, y es especialmente baja en los trabajos agrícolas.

Nunca se ha demostrado un factor dietético específico que predisponga al desarrollo de la úlcera gástrica y duodenal en el hombre.

Existe un índice de mortalidad superior en los pacientes con úlcera péptica que fuman; este es más alto para la úlcera gástrica que para la duodenal.

La úlcera duodenal y con menor frecuencia la gástrica va asociada a la cirrosis y se encuentra aproximadamente en el 12% de los pacientes cirróticos, por una probable resistencia disminuida de la mucosa.

Se considera que las úlceras se desarrollan por un exceso de ácido y pepsina debido a factores gástricos y extragástricos interrelacionados con los mecanismos de defensa de la mucosa y dependientes de factores ambientales y genéticos.

La úlcera péptica duodenal y gástrica, que son enfermedades distintas, tienen una fuerte tendencia a la curación espontánea y recurrencias subsiguientes. Una vez establecido el diagnóstico de

preferencia con corroboración endoscópica e histológica en la úlcera gástrica, se procede a instituir la terapéutica médica, para la que se han empleado una gran variedad de agentes con resultados exitosos y, aunque la mayoría de los pacientes responden adecuadamente al tratamiento médico convencional, en su primera presentación clínica o en las recurrencias, un grupo numericamente menor, pero no por ello menos importante, requiere cirugía.

Debido a la diversidad de criterios en el tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica, creemos conveniente analizar los diferentes procedimientos, además de comparar la casística de morbimortalidad y sobrevida en nuestro Hospital Regional General Ignacio Zaragoza ISSSTE con los reportes de literatura mundial, así como conocer y analizar resultados a corto mediano plazo de las complicaciones quirúrgicas, su prevención y conjuntar conceptos para estandarizar el manejo quirúrgico.

ULCERA DUODENAL

Los dos mecanismos más importantes en su patogénesis son:
1.- incremento de ácido liberado en el duodeno y 2.- falla o impedimento en los mecanismos de neutralización y defensa para el ácido en el duodeno.

El incremento en la capacidad de la secreción de ácido está correlacionado con el número de células parietales, y estas están significativamente incrementadas en pacientes con úlcera duodenal. Otro factor demostrado es la sensibilidad de las células parietales a la gastrina. Se ha establecido al nervio vago como un factor en la patogénesis de la úlcera duodenal.

Otro factor postulado en la patogénesis de la úlcera duodenal es la falla en la inhibición de la liberación de gastrina. Normalmente la autoregulación en la secreción de gastrina depende del pH gástrico y la falla de este mecanismo puede ser la causa de la úlcera en estos pacientes. Aunque todos los factores antes señalados son importantes en la patogénesis, el ácido es el más importante.

EVALUACION DEL PACIENTE.

Después de obtener la historia, examinar al paciente y realizar pruebas especiales como el examen radiológico con papilla baritada y la endoscopia, habitualmente se tiene el diagnóstico.

Debe agregarse que las pruebas de secreción ácida

virtualmente no juegan ningún papel en la evaluación y por lo tanto no se realizan, aunque pueden ser necesarias en una etapa ulterior si se contempla el tratamiento quirúrgico.

Siempre debemos recordar que lo que se trata es una persona, no una úlcera. Si queremos ofrecer el mejor tratamiento posible, debemos considerar al paciente como un individuo y no sólo como el portador de un defecto en la mucosa duodenal. Deben tenerse en cuenta muchos factores, principalmente los siguientes:

Edad.- Cuanto más edad tenga el paciente mayor será el grado de probable deterioro de su estado general y esto constituye una contra indicación relativa, no absoluta, para el tratamiento quirúrgico. Por otro lado, las complicaciones de la úlcera, como la perforación o la hemorragia se asocian con mínima mortalidad por debajo de los 60 años, pero se eleva precipitadamente a partir de ahí en forma significativa.

Estado general de salud.- Es importante valorar antecedentes patológicos o enfermedades asociadas. Tabaquismo o alcoholismo y respuesta al tratamiento médico.

Personalidad.- Con qué tipo de persona se está tratando?, con un individuo consciente, que desea continuar su actividad normal, o con uno que usa el diagnóstico de úlcera péptica como excusa para rehuir el trabajo?.

ELECCION DEL TRATAMIENTO.

La mayoría de los pacientes con úlcera duodenal deben ser tratados médicamente, de hecho, todos ellos deben recibir

tratamiento conservador no quirúrgico como primera posibilidad, a menos que presenten alguna complicación como: perforación, hemorragia o estenosis pilórica.

Efectividad en la curación de la úlcera. El tratamiento médico en pacientes con úlcera duodenal, no es eficaz en el 5 a 20%. Después del tratamiento quirúrgico, la incidencia de recurrencia de la ulceración en un lapso de un año es de 0 - 3%. Si en cambio, se consideran a 100 pacientes con úlcera cicatrizada con tratamiento médico y no reciben tratamiento de mantenimiento la incidencia de recurrencia de la ulceración en un lapso de un año es de un 75%, si por el contrario se administra tratamiento de mantenimiento con cimetidina y ranitidina, la incidencia de recurrencia en un lapso de un año es del 10 al 25%; mientras que el tratamiento quirúrgico, con la vagotomía ejerce efectos intensos y permanentes sobre la secreción gástrica de ácido y de pepsina, y el riesgo de recurrencia es muy inferior, de aproximadamente el 1 al 2% en un año, y de un 10% después de 5 a 10 años de seguimiento.

En un reciente trabajo, Gear (1983) describió la forma en que condujo un ensayo controlado, randomizado, y prospectivo de cimetidina versus vagotomía altamente selectiva (VAS), en el tratamiento de 44 pacientes que sufrieron grave ulceración duodenal comprobada endoscópicamente. La incidencia de ulceración recidivante fue del 10% con VAS y del 54% con tratamiento médico. No hubo descesos en ninguno de los grupos y

si bien existió cierta morbilidad quirúrgica, el tratamiento médico no estuvo exento de efectos secundarios. Por lo tanto en los casos graves de ulceración duodenal, el tratamiento quirúrgico es mucho más efectivo que el tratamiento médico.

Efectividad de la cirugía. Un reciente estudio realizado por Pickard y Mackay en Glasgow (1984) y resultados de Leeds, sugieren lo siguiente: que la vagotomía troncal (VT) efectuada por los primeros y VAS con Leeds, tuvieron resultados efectivos en los fracasos de cimetidina y ranitidina. Esto no sorprende porque como lo demostrara Aadland en 1978, la cimetidina y la vagotomía actúan en sitios diferentes, tan es así que los antagonistas de receptores H₂ reducen los niveles, ya bajos, de la secreción ácida pos-vagotomía en un 70% a 80%, en el mismo grado en que lo hacen en pacientes no sometidos a vagotomía.

Riesgos a largo plazo del tratamiento médico. Debe admitirse que la recidiva de la úlcera duodenal después o durante el tratamiento médico no es tan grave como la recurrencia posterior a su tratamiento quirúrgico. A pesar de eso, tales recurrencias no son inocuas, ya que la úlcera aparentemente inocua actual puede transformarse en una úlcera amenazadora de la vida, perforada o sangrante en un año o veinte años después. Por lo tanto, se necesita una visión estratégica del problema. El médico clínico naturalmente se preocupa más en solucionar objetivos menores, es decir, aliviar el dolor y lograr transitoriamente la curación de la úlcera. La laparotomía por

perforación o hemorragia grave de causa ulcerosa en años posteriores es trabajo del cirujano, y la morbimortalidad que se presenta en estos es considerable. Ahora que la mortalidad de la vagotomía electiva por ulceración duodenal es de sólo 0.2 al 0.3% (Johnston, 1975), es posible que en ciertos pacientes, el tratamiento médico mantenido durante años puede resultar más riesgoso para la vida que el mismo tratamiento quirúrgico.

Especificidad. Los antagonistas histamínicos de los receptores H2 actúan no sólo en el estómago, sino también en el cerebro, corazón, hígado y genitales que también poseen receptores H2.

Para que lo antes mencionado no aparente parcialidad quirúrgica, los pacientes con ulceración duodenal o gástrica benigna, en primera instancia deben ser tratados médicamente, ya que las indicaciones para el tratamiento quirúrgico son el fracaso del tratamiento médico o la aparición de complicaciones riesgosas. Este fracaso del tratamiento médico sigue siendo aún tema de debate.

INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO.

- 1.- Rebeldía o fracaso del tratamiento médico.
- 2.- Antecedente de una perforación.
- 3.- Antecedente de hemorragia.
- 4.- Obstrucción.
- 5.- Recidiva.
- 6.- Malignidad.

7.- Síndrome de Zollinger Ellison.

SELECCION DE PACIENTES PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO ELECTIVO.

En el proceso de selección se trata de evitar o de prevenir el fracaso quirúrgico, que es de tres tipos principales: Ulceración recurrente, graves efectos secundarios de la operación, selección de pacientes inapropiados para el tratamiento quirúrgico, incluyendo en estos, pacientes que fuman o beben demasiado o que ingieren narcóticos y que no aceptan los consejos de moderar estos hábitos. Una historia de trastornos psiquiátricos constituye también una contraindicación relativa. Dichos pacientes arruinan cualquier serie quirúrgica porque, aún en el caso de no desarrollar nuevas úlceras por abuso de alcohol y drogas, se quejan de todo síntoma concebible durante el seguimiento por el consultorio especializado y habitualmente terminan en la categoría de fracaso grado IV de Visick.

ELECCION DE LA OPERACION ADECUADA.

Los siguientes factores que deben considerarse cuando se elige una operación electiva para el tratamiento de la úlcera duodenal: Mortalidad quirúrgica y morbilidad post-operatoria, incidencia de úlcera recidivante después de 5 a 10 años, efectos secundarios de la operación, consecuencias metabólicas a largo plazo, pérdida de peso, incidencia de carcinoma gástrico después de 15 a 30 años, posibilidad de una segunda operación si fracasa la primera y capacidad del cirujano.

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS.

El primer procedimiento quirúrgico moderno del tratamiento de la úlcera duodenal fué la gastroyeyunoanastomosis, realizada por primera vez en 1881 por Anton Wolfer (por sugerencia de su ayudante Nicoladoni), ante la imposibilidad de resecar un carcinoma obstructivo del estómago, e introducida en la práctica clínica por Rydiger en 1887. Fué empleada originalmente para salvar la obstrucción ocasionada por úlcera duodenal estenosante y más tarde sus indicaciones fueron rápidamente ampliadas. El inconveniente enorme de ésta operación fué la elevada incidencia de úlcera de boca anastomótica postoperatoria que llegó a presentarse hasta en un 35% de los pacientes, además de otras complicaciones. Como consecuencia de los malos resultados de la gastroenteroanastomosis, la gastrectomía empezó a desplazarla gradualmente entre 1920 y 1930, con menos incidencia de úlcera recurrente (5% cinco años después de la operación). Sin embargo en cerca del 20% de los pacientes aparecieron otras complicaciones como síndrome de vaciamiento rápido, diarrea, mala absorción, esteatorrea, reflujo duodenogástrico y gastritis por reflujo biliar, anemia, osteoporosis, pérdida de peso y desnutrición con predisposición a otras enfermedades como tuberculosis.

Estas desventajas de la gastrectomía dieron lugar a otros procedimientos quirúrgicos, principalmente la vagotomía. La era moderna de esta operación se inició en 1943 cuando Dragstedt y

Owens realizaron vagotomía troncular sin operación de drenaje. La vagotomía troncular transtorácica, que daba lugar a complicaciones tales como diarrea y retención gástrica con úlceras gástricas recurrentes, fué rápidamente seguida de la vagotomía subdiafragmática con gastroenteroanastomosis. La vagotomía resultó ser tan efectiva como la gastrectomía pero con menor mortalidad operatoria; sin embargo, con alguna frecuencia se observaron diarreas postoperatoria, disminución de las contracciones gástricas y consecuentemente del vaciamiento gástrico y, para evitar esta última complicación se agregó a la vagotomía un procedimiento de drenaje.

La piloroplastia fué realizada por primera vez por Heineke y descrita por su discípulo Frombier en 1886 y, dos años más tarde de manera independiente, por Mikulicz (piloroplastia de Heineke-Mikulicz). Posteriormente aparecieron varias modificaciones técnicas con supuestas ventajas y el problema de drenaje gástrico inadecuado se abatió notablemente con la modificación de Weinberg, consistente en la sutura de la piloroplastia en un solo plano; además del surgimiento de nuevas piloroplastias como la de Finney, gastroduodenoanastomosis de Jaboulay, pilorectomía de Judd etc.

Tipos de Vagotomía.

Vagotomía Troncal (VT): Sección de los troncos vagales anterior y posterior; este procedimiento secciona la inervación vagal del estómago y de cualquier otra viscera abdominal.

Vagotomía Selectiva (VS): Sólo se seccionan los nervios descendentes anterior y posterior de las divisiones (nervios de Latarjet). La rama hepática de la división anterior y celiaca de la posterior se preservan. De esta manera el estómago es denervado mientras permanecen intactas las fibras vagales del sistema biliar y los intestinos.

Vagotomía de Células Parietales. También se llama Vagotomía Altamente Selectiva (VAS), Vagotomía Super Selectiva, Vagotomía Gástrica Proximal, Vagotomía Acido Secretora. El objetivo es la denervación de las dos terceras partes del estómago, preservando las inervaciones antrales y pilóricas así como las divisiones hepática y celiaca. La denervación se efectúa seccionando las ramas gástricas anteriores y posteriores de los nervios de Latarjet, mientras que se preservan las ramas del antro y el píloro.

Comparación fisiológica de la vagotomía troncal con la vagotomía altamente selectiva.

Gastrina sérica. Se ha demostrado que los niveles séricos de gastrina, en el hombre, son tan o más altos cuando se efectúa la denervación vagal del antro, como en la VT que cuando se lo deja innervado, como en la VAS. Ambos tipos de vagotomía determinan una elevación significativa de la gastrinemia, en comparación con los niveles prequirúrgicos. El principal determinante de la concentración sérica de gastrina es el pH medio del interior del antro que es determinado por el nivel de la secreción ácida de la

masa de células parietales. Todos los tipos de vagotomía reducen la secreción Ácida máxima (SAM) aboliendo el estímulo colinérgico sobre las células parietales, elevan el pH intragástrico y por eso determinan un incremento modesto pero significativo de la gastrinemia. Sin embargo este incremento en las gastrina no es suficiente para producir un estímulo hormonal tipo Zollinger Ellison sobre las masas de células parietales o para causar hipersecreción.

Esfínter esofágico inferior (EEI). Si bien tanto la VT como la VAS comprenden la movilización y la disección de todas la fibras vagales de los 5 a 6 cm. distales de esófago, ningún tipo de vagotomía reduce la presión en el EEI.

Secreción gástrica. La Vt y la VAS disminuyen la secreción de ácido y pepsina en una proporción similar. La SAB se reduce en un promedio del 70 al 80% y la SAM en un 60%.

La motilidad gástrica se encuentra alterada posterior a la VT y normal después de la VAS.

La presión intragástrica se encuentra aumentada tanto en la VT como en la VAS.

El vaciamiento gástrico se encuentra aumentado a líquidos y lento a sólidos en la VT, y aumentado a líquidos y normal a sólidos en la VAS. La diarrea es el 25% para la VT + D, y un 4% para la VAS.

El reflujo duodenogástrico se encuentra aumentado para la VT + D, y disminuido para la VAS.

Hígado y tracto biliar. La incidencia de litiasis biliar aumenta después de VT, y para la VAS no se aumenta la incidencia de litiasis biliar.

Páncreas. La función exócrina y endocrina se reduce para la VT, y para la VAS no se altera significativamente.

Comparación clínica de los procedimientos quirúrgicos electivos.

La elección de la operación depende de todos los factores presentados en la página 9 en lo que concierne a la elección de la operación adecuada y de la importancia relativa asignada a cada uno de esos factores.

Gastrectomía parcial. Esta operación es considerada como obsoleta en la actualidad para el tratamiento quirúrgico electivo de la úlcera duodenal. La mortalidad es de 3 a 6 veces más alta comparada con la VAS. La morbilidad postoperatoria es significativamente mayor que después de la VAS. La pérdida de peso promedia los 5 Kg., mientras que no hay pérdida de peso posterior a la VAS y pudiendo presentarse otras secuelas como anemia ferropénica. El síndrome de dumping es significativamente más común posterior a la gastrectomía que después de la VAS. El riesgo de carcinoma gástrico es 3 a 6 veces más alto después de 20 a 30 años. No obstante, la gastrectomía parcial tiene su sitio en el tratamiento quirúrgico de la úlcera recidivante postvagotomía.

Vagotomía selectiva con un procedimiento de drenaje. La

vagotomía selectiva es una vagotomía gástrica completa que, como la VT denerva el molino antral y torna necesario el uso de un procedimiento de drenaje, se introdujo en la práctica clínica en el tratamiento de la úlcera duodenal por Burge y Griffith en 1960 con el fin de preservar las fibras vageles extragástricas y poder disminuir los efectos colaterales indeseables, especialmente la diarrea. La incidencia de síndrome de vaciamiento rápido ha sido elevada, como sucedió en la serie de Hojlund y Madsen en la que ocurrió en 38.6% de los pacientes y Kennedy encontró en un estudio controlado que el vaciamiento rápido fué más frecuente con VS que con VT (27% Vs 11%). en vista de la alta frecuencia de secuelas postoperatorias y la elevada incidencia de úlcera recurrente, que ha sido de 3.9% a 17.3%, la VS no tiene lugar actualmente en el tratamiento de la úlcera duodenal. La VS ha sido superada enormemente por la VAS, pese al hecho de que la incidencia de úlcera recurrente es mayor posterior a la VAS que a la VS con piloroplastia.

Vagotomía combinada con antrectomía. La antrectomía se agregó a la vagotomía para favorecer sus propiedades antiulcerosas por Farmer y Smithwick en 1946 cuando realizaron vagotomía troncular bilateral y hemigastrrectomía con anastomosis de Hofmeister retrocólica en un paciente con úlcera marginal y, tres meses más tarde, por Edwards que hizo resección de 40% del estómago distal y reconstrucción tipo Billroth II en un enfermo con obstrucción por úlcera duodenal, operación a la que llamó

antrectomía. La vagotomía puede ser bilateral selectiva o troncal. Si bien no existen razones para sacrificar las ramas hepáticas y celíacas, en la práctica clínica habitualmente se emplea la vagotomía troncal. Similarmente, raras veces la antrectomía se limita al Área glandular pilórica del estómago, -del cuarto al tercio distal del estómago- sino que lo más frecuente es que se aproxime a una hemigastrectomía. Por último la restauración del tránsito intestinal pueda hacerse con la variedad Billroth I o con la Billroth II. La incidencia de ulceración recurrente a largo plazo es del 1%. La mortalidad quirúrgica es del 1 a 2%, los efectos secundarios como dumping, diarrea, vómitos biliosos son relativamente comunes y la anemia ferropénica y la pérdida de peso no son raras. Hubert y Cols. de la Clínica Mayo en 886 pacientes reportan una mortalidad operatoria del 1.07%, diarrea y vaciamiento rápido en 4.7% y recurrencia de úlcera de sólo 0.7%.

Vagotomía troncal con un procedimiento de drenaje. No representa evidentemente la primera elección obvia en el tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal. La mortalidad quirúrgica es del 0.7% y la incidencia de ulceración recidivante es del 10% (3 - 30%). El síndrome de dumping, la diarrea, y los vómitos biliosos son efectos secundarios relativamente comunes, y así como una pérdida de peso ligera y una leve anemia ferropénica son secuelas a largo plazo no infrecuentes. A pesar de que la vagotomía y piloroplastia no protege suficientemente contra la

recurrencia de la úlcera, su popularidad se ha basado fundamentalmente en la facilidad técnica del procedimiento y esta indicada principalmente en pacientes ancianos o de cualquier edad con enfermedades sistémicas importantes, en enfermos inestables o de alto riesgo quirúrgico de cualquier edad que requieran cirugía de urgencia para el control de hemorragia, así como en pacientes con cicatrización moderada del duodeno, piloro o páncreas que hace la resección gástrica peligrosa, es también una buena operación como tratamiento definitivo de la úlcera duodenal perforada siempre que las condiciones locales y generales del enfermo lo permitan; también es aplicable a pacientes que pueden tener hasta más de 12 horas de perforación si no existe peritonitis importante y, en caso contrario, se preferirá la sutura simple de la perforación con técnica de Graham, en cuyo caso alrededor de un tercio de los pacientes no vuelven a tener problemas ulcerosos, un tercio son controlables con tratamiento médico y el tercio restante tiene una o más complicaciones que requieren operación. Estudios realizados en Glasgow (F. Kennedy, y cols. 1973) y Belfast (T. Kennedy y col. 1973). Demostraron que los vómitos biliosos son mas frecuentes posterior a VT + GY, que a la VT + P; la recidiva fué más frecuente en BT + P, que después de VT + GY. La gastritis atrófica, metaplasia intestinal, e incluso CA gástrico es mayor posterior a VT + GY, que a la VT + P.

Quando la úlcera es grande y los tejidos del bulbo duodenal estan

irritados y friables es preferible la GY a la piloroplastia.

Vagotomía altamente selectiva. Fué usada por primera vez en el hombre por Amdrup 1969, con los siguientes resultados: mortalidad quirúrgica 0%, morbilidad postoperatoria mínima, efectos secundarios de la operación: abolición de la diarrea, y gran reducción del dumping, úlcera recurrente 10%, y no secuelas metabólicas a largo plazo. Estudios prospectivos por (Kronborg y Madsen, 1975; Kennedy y col. 1975; Amdrup y col. 1978), demostraron que el dumping temprano es significativamente más común después de VS + D que posterior a la VAS; la diarrea y los vómitos son complicaciones menos frecuentes posterior a la VAS que a la VS + D; en la clasificación Visick I-II, 78% para VAS y 68% para VS + D pese a la baja incidencia de recurrencia de la úlcera. En estudios prospectivos por Stoddard y col. 1978. La incidencia de efectos secundarios fué más común posterior a VT + D que después de VAS y concluyeron que la VAS dió resultados superiores a los de VT + D; la incidencia de úlcera recurrente fué del 10% para ambos grupos. Koffman y col. 1983 en un estudio de VAS Vs. VS + D reportaron una incidencia de úlcera recurrente del 21% para VAS y de 8% para VS + D. Fraser y col. 1983 en un estudio de VAS Vs. VS + D reportaron una incidencia de úlcera recurrente de 7% para VS + D y de 1.4% para VAS.

En estudios prosectivos de VAS Vs. Vagotomía + Antractomía (Jordan, 1979; Sawyers y col. 1977; Dorricott y col. 1978; De Vries y col. 1983; Koo y col. 1983; Glaysten y col.

1983). Reportaron los siguiente: la morbilidad postoperatoria fué significativamente mayor y la retención gástrica mucho más común posterior a V + A que a la VAS; el dumping, la diarrea y el vómito fueron más comunes después de V + A que después de VAS; la pérdida de peso fué significativamente mayor tras V + A; la ulceración recurrente fué más común en VAS que en V + A; un número menor de pacientes sometidos a V + A retornó al trabajo a tiempo completo en comparación a los de VAS.

Hoy en día la selección del tratamiento quirúrgico para la úlcera duodenal se debe realizar practicamente entre tres procedimientos.

Vagotomía con un procedimiento de drenaje.

Vagotomía combinada con antrectomía.

Vagotomía altamente selectiva.

La vagotomía con piloroplastia es un procedimiento que tiene las ventajas de una morbilidad y mortalidad mínimas, con relativamente pocos efectos colaterales indeseables y una recurrencia a largo plazo de aproximadamente el 10%.

La vagotomía con piloroplastia es la cirugía de elección para la hemorragia aguda ya que el cráter ulceroso sangrante puede ser visualizado directamente.

La vagotomía con antrectomía produce una reducción máxima en la secreción gástrica y la menor frecuencia de úlceras recurrentes (por abajo del 1%). La sección del piloro duodeno resulta en una morbilidad superior, que debe de aceptarse cuando

se intenta una curación más efectiva de la úlcera, sin olvidar lo comentado por Wangenstein en 1970 "la muerte o más sería que la recurrencia de la úlcera".

Los efectos terapéuticos expuestos anteriormente pueden lograrse mediante una vagotomía troncular o selectiva. Aun cuando la preservación de las ramas vagales hepáticas y celiacas es en teoría favorable, los resultados reales en seguimientos a largo plazo no son significativamente mejores y se contraponen a una disección más extensa.

La vagotomía altamente selectiva es la cirugía de elección en pacientes no complicados, en pacientes de sexo femenino, para quienes las consecuencias de ablación pilórica, como el síndrome de vaciamiento rápido y la gastritis por reflujo, son con frecuencia persistentes e incapacitantes. La VAS tiene menos morbilidad y mortalidad que las otras técnicas, además de menos efectos secundarios; sin embargo, cabe aclarar que para obtener tan buenos resultados con la VAS como tratamiento de la úlcera duodenal, se requiere de una gran experiencia con dicha operación.

A pesar de los avances en la cirugía de la úlcera duodenal, todas las operaciones tienen el riesgo de cursar con úlcera recurrente, que frecuentemente se presenta en pacientes con una operación original inadecuada (más comúnmente vagotomía incompleta). Cuando es necesario reoperar a un paciente por dicha complicación, la intervención quirúrgica deberá fundamentarse en

el tipo de cirugía previa y en la causa de la recurrencia. Si el paciente tuvo en la operación original vagotomía incompleta más un procedimiento de drenaje, puede ser suficiente completar la vagotomía, pero será preferible agregar antrectomía y si tuvo vagotomía incompleta más antrectomía, puede completarse la vagotomía y de preferencia ampliar la resección gástrica.

La úlcera duodenal puede ser solo manifestación de otras enfermedades y requerir formas especiales de tratamiento quirúrgico; tal es el caso del síndrome de Zollinger-Ellison en el que el tratamiento de elección puede ser la gastrectomía total con esofagoyuncoanastomosis en Y de Roux, esofagoyuncoanastomosis en asa con entero-enteroanastomosis o con reservorio gástrico y, cuando es posible, la resección del tumor pancreático. Otro padecimiento que puede manifestarse como úlcera duodenal es la hiperplasia de células G antrales (hiperclorhidria hipergastrinémica no tumoral pseudosíndrome de Zollinger-Ellison) cuyo tratamiento quirúrgico debe consistir en vagotomía-antrectomía, y las úlceras postbulbares que tienen un comportamiento biológico agresivo, deben también tratarse mediante este último procedimiento.

La operación para un paciente con úlcera duodenal puede seleccionarse en base a sus necesidades e indicaciones particulares. El concepto de que una operación debe usarse en todos los pacientes con úlcera duodenal, es erróneo. La selección del tipo de cirugía depende, del buen juicio del cirujano.

ULCERA GASTRICA

Se han propuesto varias teorías en la patogénesis de la úlcera gástrica:

Teoría de Dragstedt.- Este autor propone que la úlcera gástrica es secundaria a estasis gástrica con sobre producción de ácido de origen humoral; la estasis es secundaria a hipomotilidad gástrica o estenosis pilórica; a este respecto, los estudios de Griffith, marcando alimento con cromo 51 mostraron que en los sujetos con úlcera duodenal existía un vaciamiento gástrico mayor o igual al ser comparados con el grupo control, mientras que los sujetos con úlcera gástrica, en más del 50% existía retardo en el vaciamiento.

Teoría de Johnson.- Postula que existen sujetos hipersecretores o hiposecretores relacionados con el grupo sanguíneo "O" y "A" respectivamente y encontró que la úlcera duodenal y la prepilórica se encuentran con mayor frecuencia en el grupo "O" y la úlcera presente en el cuerpo, en sujetos hiposecretores o del grupo "A".

Teoría de Marks-Shay.- Menciona que tanto la úlcera gástrica como la úlcera duodenal tienen el mismo factor etiológico y que la razón por lo que la úlcera gástrica se presenta en individuos mayores es que el estómago tiene una resistencia mayor al binomio "pepsina-ácido". así mismo la lesión se presenta a nivel de la mucosa dañada o en área de gastritis

atrófica, que ha sido sometida a hipersecreción por periodos prolongados y en donde las defensas de la mucosa se pierden.

Teoría de Davenport y Du Plessis.- Estos autores proponen que los cambios en la barrera de la mucosa gástrica, la difusión retrógrada de ácido, el reflujo biliar, la gastritis y la mala función del esfínter pilórico, participan en la génesis de la úlcera gástrica.

Teoría de Ol.- Después de un análisis muy cuidadoso de la localización de 170 úlceras gástricas puras y 50 úlceras gástricas asociadas a úlcera duodenal, encontró que existe una interfase entre la mucosa del área pilórica y el fundus, y que nombró como área de menor resistencia, que es donde se presenta la úlcera.

Si bien ninguna de las teorías antes mencionadas explican en forma total la patogenia de la úlcera gástrica, esto sugiere que esta enfermedad es más complicada de lo que se pensó en un inicio y en la actualidad se acepta que los cambios en la mucosa gástrica, la presencia de reflujo biliar y otras sustancias, el retardo en el vaciamiento gástrico y la asociación de otras sustancias agresoras como salicilatos, indometacina, fenilbutazona, así como los esteroides asociados a salicilatos o reflujo biliar son los factores que participan en mayor o menor grado en la génesis de la úlcera gástrica.

En la discusión previa no se incluyó la úlcera gástrica aguda puesto que tiene una patogenia diferente al de úlcera

crónica y se ha podido establecer extensamente su relación con estado de choque, sepsis, quemadura, trauma, y habitualmente no evoluciona en formas crónicas.

CLASIFICACION.

Las úlceras gástricas a menudo se dividen, de acuerdo con la clasificación de Daintree Johnson, en tres categorías:

- Tipo I : Úlcera gástrica en la curvatura menor.
- Tipo II : Ulceración gástrica y duodenal combinadas.
- Tipo III : Úlcera prepilórica.

Este sistema es difícil de recordar y bastante arbitrario en el sentido de que no existen pruebas de que los tres tipos de úlcera tengan etiología diferente, o que requieran métodos terapéuticos específicos y distintos. El hecho es que no conocemos totalmente la patogenia de la úlcera gástrica y, hasta que la conozcamos, dichos sistemas rígidos de clasificación serán inapropiados.

SELECCION DEL TRATAMIENTO

En la actualidad la proporción de pacientes con úlcera gástrica que pueden tratarse médicamente es mayor que antes. Primero debe excluirse la presencia de un carcinoma, luego iniciarse el tratamiento con cimetidina, ranitidina, etc. durante 6 a 8 semanas y después repetir la endoscopia y las toma de biopsia. El paciente debe ser controlado en forma regular, y si la úlcera recidiva en más de una ocasión habitualmente debe aconsejarse el tratamiento quirúrgico. Las principales

indicaciones de tratamiento quirúrgico en úlcera gástrica son la presencia o sospecha de malignidad, la recurrencia temprana con tratamiento médico, la falta de respuesta al mismo y la presencia de complicaciones como hemorragia, penetración, perforación o estenosis.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Es muy importante que en aquellos enfermos que reciben tratamiento médico se siga su evolución en forma estricta y efectuar estudios endoscópicos para asegurarse de que no exista malignidad.

El procedimiento quirúrgico ideal es aquel que no presente mortalidad, no exista recurrencia, no tenga morbilidad y establezca una certeza de benignidad. Sin embargo, ninguno de los procedimientos quirúrgicos actuales cumplen con todos los requisitos antes mencionados, pero el objetivo del mismo deberá de cumplir con los anteriores preceptos. Las operaciones utilizadas en los últimos 80 a 90 años son : resección en cuña de la úlcera, gastroentero-anastomosis, piloroplastia, gastrectomía que va desde la gastrectomía total hasta la entrectomía, vagotomía con algún procedimiento de drenaje gástrico o resección gástrica parcial y vagotomía selectiva con o sin procedimiento de drenaje gástrico. La razón por la cual se han efectuado tan diversas técnicas quirúrgicas es que algunas de esas fueron utilizadas sólo por moda y otras mostraron una morbimortalidad elevada o un grado de recurrencia importante.

A pesar de lo comentado anteriormente con respecto a la clasificación de la úlcera péptica, se recomienda en términos generales que los pacientes con úlcera gástrica tipo II y III deben ser manejados con una operación para úlcera duodenal, y para los pacientes con úlcera gástrica tipo I, la gastrectomía parcial es la operación recomendada. El rango de recurrencia es bajo, y los resultados a largo plazo son buenos. Sin embargo, lo anterior no debe ser considerado como absoluto en todos los casos.

SELECCION DE LA OPERACION.

Después de que Billroth realizó en 1881 la primera resección y de que al año siguiente Rydigier adoptó dicho procedimiento para la úlcera benigna, la gastrectomía parcial con reconstrucción tipo Billroth I ha sido el procedimiento más aceptado para la úlcera gástrica benigna. En todos los casos deben tomarse biopsias de la úlcera durante la intervención quirúrgica para descartar malignidad, sobre todo cuando no se ha tomado por endoscopia en el preoperatorio o cuando se duda de su seguridad.

Gastrectomía parcial tipo Billroth I .- Este procedimiento quirúrgico se ha usado ampliamente en tratamiento de la úlcera gástrica durante más de un siglo, y aún es considerado por muchos cirujanos como el de elección. Los resultados de esta operación han sido satisfactorios y la resección de 50 a 60% del estómago es generalmente adecuada, aún cuando la úlcera sea más

alta, ya que puede tratarse mediante la modificación de Schoemaker consistente en la resección de la parte alta de la curvatura menor. La recurrencia publicada después de gastrectomía Billroth I ha sido en promedio de 1.5%. Una vez realizada una gastrectomía parcial por úlcera gástrica, se tiene la opción de anastomosar el remanente gástrico al duodeno (Billroth I) o al yeyuno (Billroth II). En la mayoría de los pacientes el duodeno está sano, no hay hiperacidez y no se requiere resear una cantidad excesiva de estómago por lo que lo más recomendable es realizar una anastomosis gastroduodenal que tiene la ventaja no solo de mezclar adecuadamente los alimentos con la bilis y el jugo pancreático, además de evitar secuelas postgastrectomía como síndrome de asa aferente o una mayor frecuencia de vaciamiento rápido o gastritis por reflujo biliar. En los casos de duodeno cicatrizal, estenosis duodenal por úlcera concomitante, o úlcera gástrica alta (que podría condicionar una gastroduodenoanastomosis a tensión) es más recomendable realizar la modificación de Billroth II. Las consecuencias metabólicas de la gastrectomía parecen ser mínimas y las alteraciones del metabolismo del calcio o esteatorrea parecen ser mayores con Billroth II que con Billroth I. Otra complicación frecuente es la anemia por deficiencia de hierro y la anemia megaloblástica es menos común. Otro problema motivo de preocupación con la gastrectomía Billroth II, ha sido la posibilidad de desarrollo de adenocarcinoma en el remanente gástrico, cuya incidencia aumenta con el paso del

tiempo, principalmente después de 15 años. Algunos investigadores han llegado a la conclusión de que la gastroyeyunoanastomosis en el Billroth II es el factor importante en la predisposición al cáncer al producir gastritis crónica, que es menos común después de piloroplastia o anastomosis Billroth I.

La GPBI proporciona resultados superiores que los de la vagotomía con un procedimiento de drenaje. Forrest (1969) y Duthie (1970) revisaron ampliamente las evidencias a favor y en contra del uso de la V + D para el tratamiento de la úlcera gástrica: Mortalidad quirúrgica. V + D 1.5%, GP 2%. Ulceración recidivante: V + D 10%, GP 4%. En Copenhague, Madsen y Schousen (1982) controlaron a 215 pacientes durante 9 a 15 años después de someterlos a VT + P por úlcera gástrica; la mortalidad quirúrgica fué del 2%, y la incidencia de ulceración recidivante para los casos de UG fué del 8% para los casos de UG + UD fué del 0% y del 13% para los casos de úlcera prepilórica. La revisión de la literatura, muestra que si bien la incidencia media de úlcera recidivante después V + D por UG es de un 10% (que es similar para el caso de la UD tratada con el mismo procedimiento), el riesgo de recidiva es considerablemente menor al 10% si la vagotomía es completa y, quizá, si además de la vagotomía se extirpa la lesión ulcerosa.

Antrectomía distal de De Miguel. El autor aconsejó el uso de una variante muy conservadora del procedimiento Billroth I, que consistía en una antrectomía distal, piliorectomía y

extirpación de la úlcera seguido de una anastomosis gastroduodenal (Billroth I). De Miguel publicó los resultados de 46 de estos procedimientos, realizados para casos de UG solamente, con un seguimiento de 5 a 10 años; la mortalidad quirúrgica fué nula, no hubo un solo caso de úlcera recidivante y el 90% de lo pacientes obtuvo resultados clínicos buenos (Visick de I - II).

Gastrectomía con conservación del piloro de Maki. Es una variante de la GPBI, es decir, una hemigastrectomía con extirpación de la úlcera en la que se conserva el piloro y 1 a 2 cm de estómago prepilórico.

Si se va a usar el procedimiento de Maki, la evaluación endoscópica prequirúrgica debe ser de la más alta calidad, porque el procedimiento debe limitarse a pacientes con úlcera gástrica tipo 1, y aquellos con lesión prepilórica o piloroduodenal deben ser excluidos.

Vagotomía altamente selectiva con extirpación de la úlcera. La VAS con extirpación de la úlcera o biopsia de esta es un procedimiento que puede recomendarse para el tratamiento de la úlcera gástrica distal no asociada con UD, pero no para la úlcera prepilórica acompañada de ulceración piloroduodenal. En todos los casos debe excluirse la presencia de carcinoma. La mortalidad quirúrgica es casi similar a la de GPBI, pero los pacientes sufren un menor número de efectos secundarios posquirúrgicos, comen mejor y ganan más peso que los sometidos a GPBI. La

incidencia de úlcera recidivante es de 7%. Es un procedimiento apropiado para todas las UG situadas en la curvatura menor desde 3 cm del piloro hasta cerca del cardias.

Finalmente, aunque se han descrito una gran variedad de procedimientos para el tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica, el de elección en la mayoría de los casos es la gastrectomía subtotal de 50 a 60% que incluye la úlcera con anastomosis Billroth I o Billroth II. La resección gástrica distal más vagotomía troncular está indicada en pacientes seleccionados con úlcera prepilórica asociada a hipersecreción gástrica, úlcera duodenal concomitante, lesiones erosivas superficiales múltiples y hemorrágicas, así como en enfermos que requieren seguir tomando medicamentos ulcerogénicos. La vagotomía y drenaje está indicada en pacientes con úlcera prepilórica o con úlcera duodenal concomitante que requieren cirugía de urgencia o en úlceras gástricas altas cuando no es recomendable hacer una resección gástrica extensa. La vagotomía piloroplastia debe hacerse con grandes precauciones por el riesgo de pasar por alto una úlcera cancerosa potencialmente curable con un procedimiento reseccional. Así pues, aunque se obtienen buenos resultados en alrededor del 80% de los pacientes, el número elevado de recurrencias en pacientes asintomáticos pone en duda la eficacia a largo plazo de esta operación y su uso se reservaría principalmente para pacientes con úlcera gástrica tipo II o III, sobre todo si existen razones para no hacer un

procedimiento reseccional como sucede en pacientes de alto riesgo quirúrgico, con riesgo elevado de síndromes postgastroctomía y en caso de cirugía de urgencia como úlcera sangrante. La experiencia con la vagotomía de células parietales o vagotomía altamente selectiva es limitada y se requiere mayor información sobre sus resultados y la gastrectomía total se reserva sólo para pacientes bien seleccionados con úlcera gástrica secundaria a tumor pancreático productor de gastrina o con lesiones múltiples superficiales y difusas de predominio en el fundus y acompañadas de hemorragia masiva.

Por último, siempre debemos recordar que la génesis de la úlcera gástrica es multifactorial, el tratamiento médico o quirúrgico debe basarse en la posible identificación de los factores causales en el paciente individualmente considerado y, la selección del tipo de cirugía debe fundamentarse en la fisiopatología de la úlcera gástrica y en la determinación de la causa o causas más importantes.

OBJETIVO

La enfermedad ulcerosa péptica, es una entidad patológica con una incidencia importante en nuestro medio, la cual es manejada frecuentemente en esta unidad.

Los objetivos del presente trabajo de investigación estan encaminados a conocer la incidencia de tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica en el Hospital "Regional General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE en México D.F., y debido a la diversidad de criterios en el tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica (gástrica y duodenal), es nuestro propósito valorar los diferentes procedimientos quirúrgicos y determinar cual es el mejor, de acuerdo a sus complicaciones y evolución mediante el seguimiento intra y extrahospitalario de los pacientes; también es nuestro objetivo analizar resultados a corto y mediano plazo de las complicaciones quirúrgicas, su prevención y conjuntar conceptos para estandarizar el manejo quirúrgico.

Y por último determinar la serie de factores que contribuyen a prolongar o elevar la morbilidad que representa para nuestros pacientes y, también disminuir los costos que significan para la institución este tipo de pacientes, sobre todo en lo referente al día cama.

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo se realizó en base a un tipo de investigación observacional, prospectiva, descriptiva y transversal.

Se valoraron los diferentes procedimientos quirúrgicos sus complicaciones y evolución de todos los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por enfermedad ulcerosa péptica, en un periodo comprendido entre Agosto de 1986 y Agosto de 1987.

Nuestro grupo problema correspondió a 31 pacientes operados de úlcera péptica (gástrica y duodenal).

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: Todo paciente de edad y sexo indistinto con diagnóstico clínico, radiológico, o endoscópico de úlcera péptica (gástrica o duodenal), intervenido quirúrgicamente. Fueron excluidos todos los pacientes que no cumplían con el requisito de inclusión.

El cuestionario empleado analizó sus antecedentes de importancia, edad, sexo, forma en la que se llevó acabo al diagnóstico, tipo de úlcera péptica, tipo y tiempo de manejo médico, tipo de tratamiento quirúrgico impartido, complicaciones, secuelas, y el grado de Visick con que cursaron durante su periodo de evolución postoperatorio analizado.

Para el presente estudio se contó con los siguientes recursos: Pacientes, personal de anestesiología, enfermería, archivo clínico y estadística. La investigación se efectuó con los recursos propios de la Institución.

RESULTADOS

De los 31 pacientes operados por úlcera péptica (gástrica y duodenal), 23 fueron de sexo masculino (74%) y, 8 de sexo femenino (26%). Hubo 11 pacientes (48%) del sexo masculino con úlcera gástrica y 12 pacientes (52%) con úlcera duodenal; por el sexo femenino 1 paciente (12.5%) con úlcera gástrica y 7 pacientes (87.5%) con úlcera duodenal. Gráfica 1 y 2.

La edad máxima fué de 78 años y la edad mínima fué de 28 años correspondiendo a una edad moda de 58 años, una mediana de 55 años y un promedio de 52 años.

Se realizó cirugía de urgencia en 9 pacientes (29%), 6 con úlcera gástrica (66.5%) y 3 pacientes con úlcera duodenal (33.5%) y, cirugía electiva en 22 pacientes (71%), 6 con úlcera gástrica (27.3%) y 16 pacientes con úlcera duodenal (72.7%). Gráfica 3 y 4.

El 71% de los pacientes contaba con antecedentes importantes de tabaquismo y el 70% de alcoholismo, el 19% con EPOC, el 6.4% con cirrosis hepática, el 13.8% con HAS y el 6.4% con DM.

Se operaron un total para ambos sexos de úlcera duodenal 19 casos (62.9%) y úlcera gástrica 12 casos (37.1%). Gráfica 5.

La úlcera gástrica, según la clasificación de Daintree Johnson, fué de tipo I en 5 casos (41.5%), tipo II en 2 casos (16.5%) y tipo III en 5 casos (41.5%).

De los pacientes operados de urgencia (9 casos), ninguno

refería haber recibido tratamiento médico previo y, de los operados en forma electiva, 22 casos, todos a excepción de 2 habían recibido tratamiento médico con antiácidos y con antagonistas de los receptores H2 de histamina, entre un tiempo que fluctuaba de 4 meses a 8 años previos a la cirugía.

El diagnóstico preoperatorio se realizó por clínica y radiografías convencionales en los casos de urgencia y, en los operados electivamente, se realizó por clínica, serie esofagogastroduodenal y endoscopia.

De los diferentes tipos de cirugía se realizaron los siguientes procedimientos quirúrgicos:

Vagotomía troncal y algún tipo de piloroplastia en 12 casos (38.7%), 11 con úlcera duodenal y 1 con úlcera gástrica. Cursando un paciente con dumping leve (8.3%), diarrea ocasional 4 casos (33.3%), dolor abdominal 3 casos (25%), vómitos ocasionales 2 casos (16%), plenitud gástrica 4 casos (33.3%). Y un grado de Visick de I-II de 83%.

Vagotomía troncal + Gastrectomía parcial Billroth II en 5 casos (16.1%), 3 con úlcera duodenal y 2 con úlcera gástrica. Cursando con dumping moderado 1 paciente (20%), diarrea ocasional 2 casos (40%), dolor abdominal 2 casos (40%). Y un grado de Visick II de 80%.

Gastrectomía parcial Billroth II sin VT, en 4 casos (12.9%) 1 con úlcera duodenal y 3 con úlcera gástrica. Cursando con dumping 0%, diarrea 0%, dolor abdominal y plenitud gástrica 2

casos (50%). Y un Visick II en el 100%.

Vagotomía troncal + Gastrectomía parcial Billroth I en 3 casos (9.6%), 1 con úlcera duodenal y 2 con úlcera gástrica. Un paciente falleció post-operatoriamente. Los otros 2 pacientes no presentaron complicaciones. Visick II para los dos casos que sobrevivieron.

Vagotomía troncal + Gastroyeyunoanastomosis en 2 pacientes (6.4%), 1 con úlcera duodenal y otro con úlcera gástrica. Cursando con vómito ocasional un paciente, el otro sin molestias postoperatorias. Visick I-II.

Parche de Graham + gastroyeyunoanastomosis en 2 pacientes (6.4%), 1 con úlcera duodenal y otro con úlcera gástrica. Cursando con plenitud gástrica y vómitos ocasionales en los 2 pacientes. Y Visick de II.

Parche de Graham en 1 caso (3.2%), siendo este por úlcera duodenal. Evolucionando sin molestias o complicaciones. Visick I.

Sutura de la úlcera + Gastrostomía en 2 casos (6.4%), los 2 por úlcera duodenal. Uno de ellos murió cuatro meses después por metástasis de carcinoma y el otro evolucionó sin molestias con Visick para este paciente de I. Gráfica 6.

Entre las complicaciones del total de pacientes se presentaron 3. Una neumonía, un choque hipovolémico y una dehiscencia del muñón duodenal.

Del total de pacientes se presentaron 2 muertes (6.4%), una por úlcera duodenal complicada con la vía biliar y otra por

metástasis de carcinoma gástrico. Gráfica 7.

Y por último, en los síntomas post-operatorios que se presentaron con más frecuencia tenemos que el dumping cursó con una frecuencia de 6.4%, la diarrea 19.3%, los vómitos ocasionales 16.1%, el dolor abdominal 22.5% y, la plenitud gástrica 25.8%. Gráfica 8.

DISCUSION

Las indicaciones de cirugía en los pacientes con úlcera péptica son hoy en día las mismas que en el pasado. La indicación para operar a un paciente no es por la presencia de la úlcera en sí sino por sus complicaciones.

En el presente trabajo de investigación, la incidencia de la enfermedad ulcerosa predominó en el sexo masculino casi 3 a 1, el promedio de edad, en la que se llevó a cabo la intervención quirúrgica se observó principalmente durante la sexta década de la vida.

En la cirugía de urgencia se observó un predominio de la úlcera gástrica sobre la duodenal y, en la electiva un predominio de la duodenal sobre la úlcera gástrica.

La incidencia de la enfermedad ulcerosa se asoció en un 70%, con el tabaquismo y alcoholismo.

En total se operó un 62.9% de úlcera duodenal y un 37.1% de úlcera gástrica. El procedimiento quirúrgico que predominó fué la VT + P en un 38.7% y le siguió en frecuencia la VT + GPBII en un 16%, esto es debido a que predominaron las operaciones por úlcera duodenal.

En cuanto a los síntomas postoperatorios que predominaron, se observó plenitud gástrica en un 25.8%, esto es debido a vaciamiento rápido del estómago con distensión importante del veyuno proximal, aparece aproximadamente en el 40% después de la

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

VT. dolor abdominal en 22.5% y vómitos en el 16.1%. Estos síntomas suelen ser pasajeros y se presentan con frecuencia después de cirugía gastrointestinal. La diarrea se presentó en 19.3% similar a lo reportado (22%) para la Vagotomía troncular. El dumping se presentó en un 6.4%, este síndrome se basa en criterios subjetivos en gran medida y varía según el observador, sin embargo, hay que recordar que se presenta con una frecuencia después del Billroth II en 5 a 10%, Billroth I 2 a 5%, y vagotomía más drenaje de 1%.

Entre las complicaciones se presentaron 3. una neumonía, un choque hipovolémico y una dehiscencia del muñón duodenal.

Se presentaron 2 muertes (6.4%), las dos fueron después de cirugía de urgencia. Una ocurrió en un paciente con úlcera duodenal complicada con la vía biliar, al que fue necesario realizarle además de VT + GPBI, colecistectomía, derivación biliodigestiva en Y de Roux y yeyunostomía Witzel. El otro paciente falleció 4 meses después por metástasis de carcinoma gástrico.

CONCLUSION

Durante la selección del tratamiento quirúrgico para la úlcera duodenal, siempre se deben considerar los siguientes factores: Mortalidad quirúrgica y morbilidad postoperatoria, incidencia de úlcera recidivante después de 5 a 10 años, efectos secundarios de la operación, consecuencias metabólicas a largo plazo, pérdida de peso, incidencia de carcinoma después de 15 a 30 años, facilidad o dificultad de una segunda operación si fracasa la primera, capacidad del cirujano.

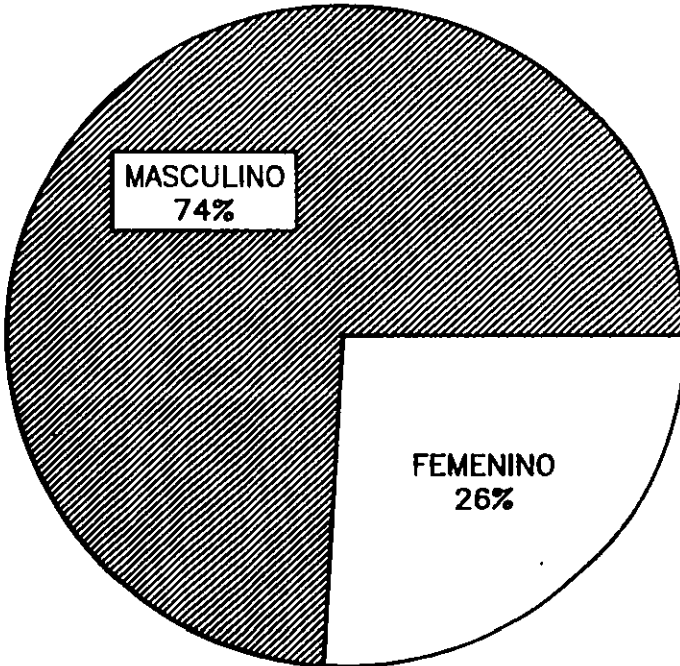
Hoy en día la selección del tratamiento quirúrgico para la úlcera duodenal se debe realizar prácticamente entre tres procedimientos : Vagotomía troncal con un procedimiento de drenaje, vagotomía combinada con antrectomía y vagotomía altamente selectiva.

Al comparar los resultados de la VAS contra la VT-P y la vagotomía antrectomía, se ha observado que la VAS sería más recomendable que la vagotomía y piloroplastia (debido a que ésta tiene mayor morbilidad y mortalidad), aunque no hay que olvidar que la recurrencia de la VAS se encuentra del 5 al 30%, con un promedio del 15%, discretamente superior a la VT-P, y que la vagotomía antrectomía (cuya morbilidad es más elevada) en base a que las complicaciones post-operatorias son de manejo más difícil que la recurrencia de la úlcera; sin embargo, cabe aclarar que para obtener tan buenos resultados con la VAS como tratamiento de

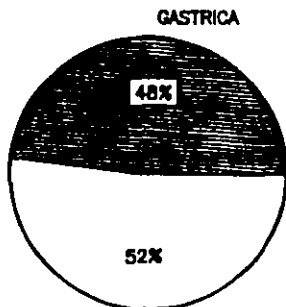
la úlcera duodenal intratable se requiere de una gran experiencia con dicha operación, por lo que probablemente la mejor operación aplicable a la mayoría de los pacientes con úlcera duodenal y que puede realizarse con mayor seguridad por la mayoría de los cirujanos sea la vagotomía-piloro-plastia que tiene recurrencia similar o discretamente menor que la VAS y menor mortalidad que la antrectomía-vagotomía.

En el tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica, el de elección en la mayoría de los casos es la gastrectomía subtotal de 50 a 60% que incluye la úlcera con anastomosis Billroth I o II. La resección gástrica distal más vagotomía troncular, así como la vagotomía y drenaje, están indicadas en condiciones especiales o cuando no es recomendable realizar una resección gástrica extensa. Siempre debemos recordar que la génesis de la úlcera gástrica es multifactorial, por lo que el tratamiento médico o quirúrgico debe basarse en la posible identificación de los factores causales en el paciente considerado individualmente, y la selección del tipo de cirugía debe fundamentarse en la fisiopatología de la úlcera gástrica y en la determinación de la causa o causas más importantes.

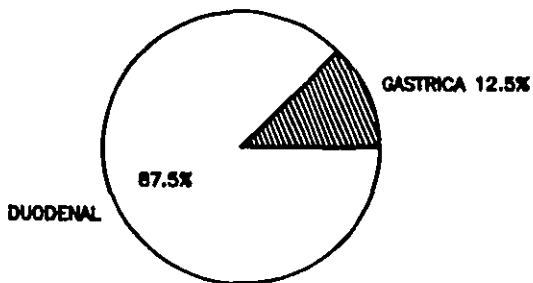
**INCIDENCIA DE LA
ULCERA PEPTICA
POR SEXO**



INCIDENCIA DE LA ULCERA GASTRICA Y DUODENAL POR SEXO

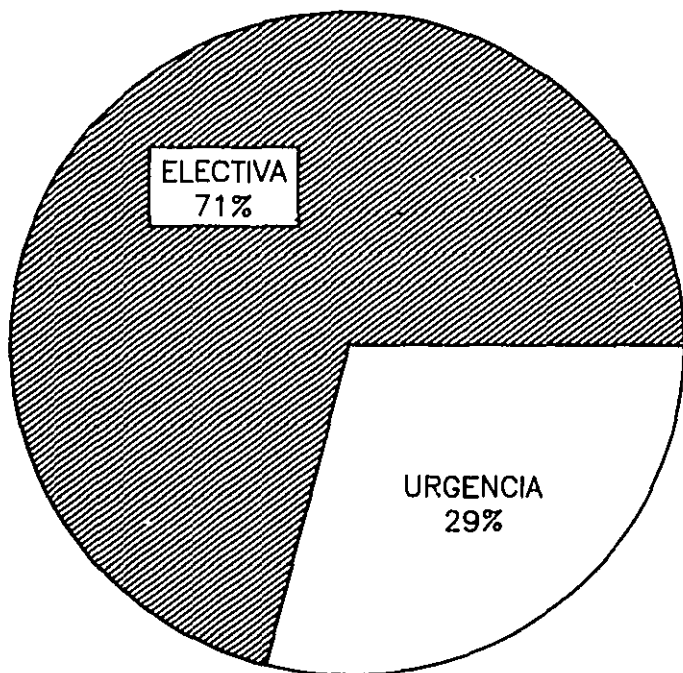


DUODENAL
MASCULINO

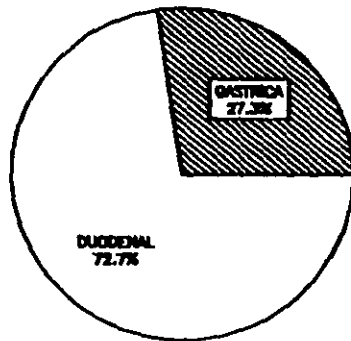


FEMENINO

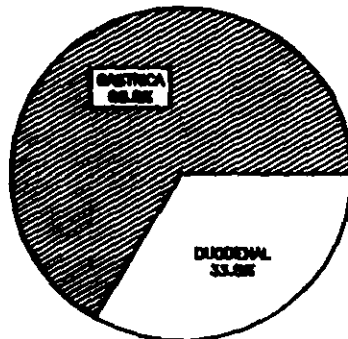
INCIDENCIA DE
ULCERA PEPTICA
EN CIRUGIA ELECTIVA Y DE URGENCIA



INCIDENCIA DE ULCERA GASTRICA Y DUODENAL EN CIRUGIA ELECTIVA Y DE URGENCIA

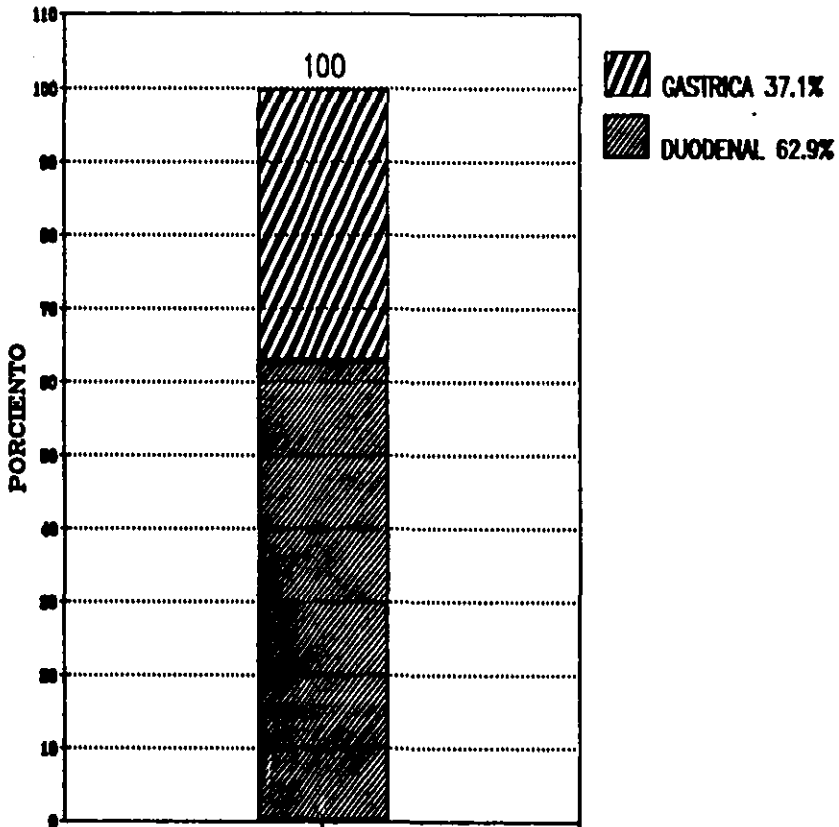


ELECTIVA



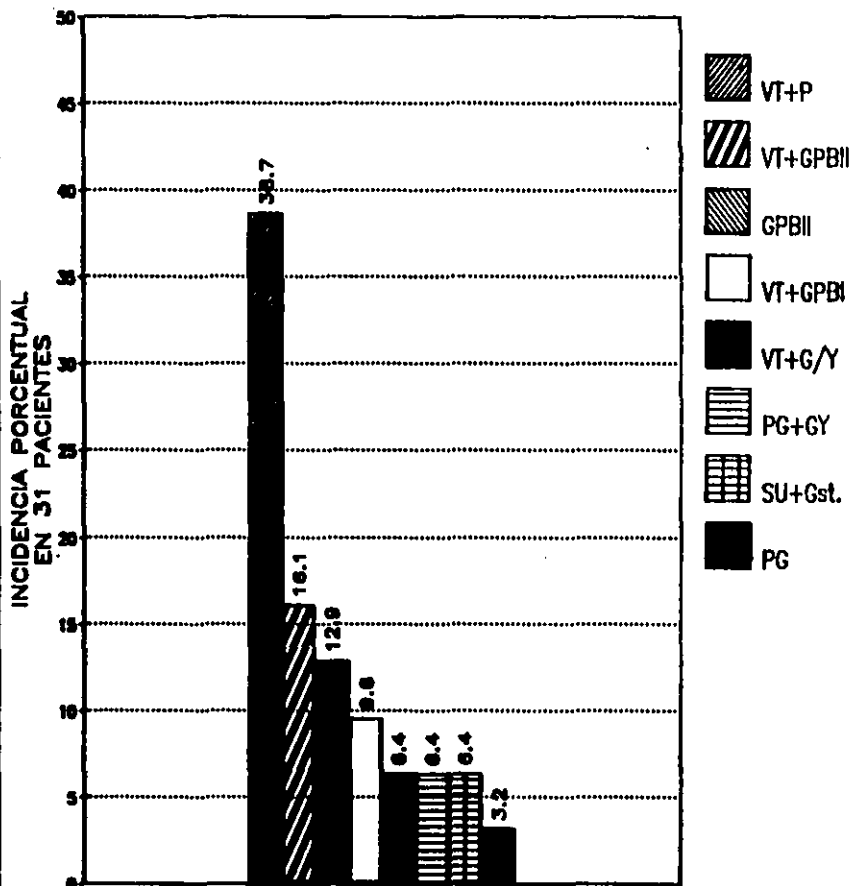
URGENCIA

INCIDENCIA DE ULCERA GASTRICA Y DUODENAL



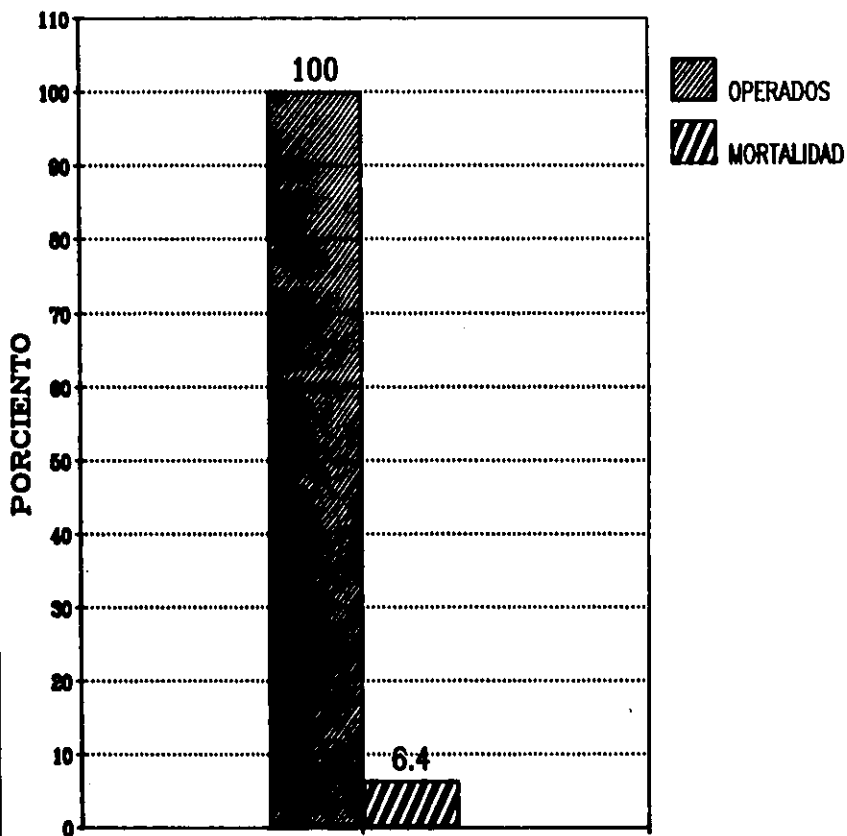
GRAFICA 5

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS



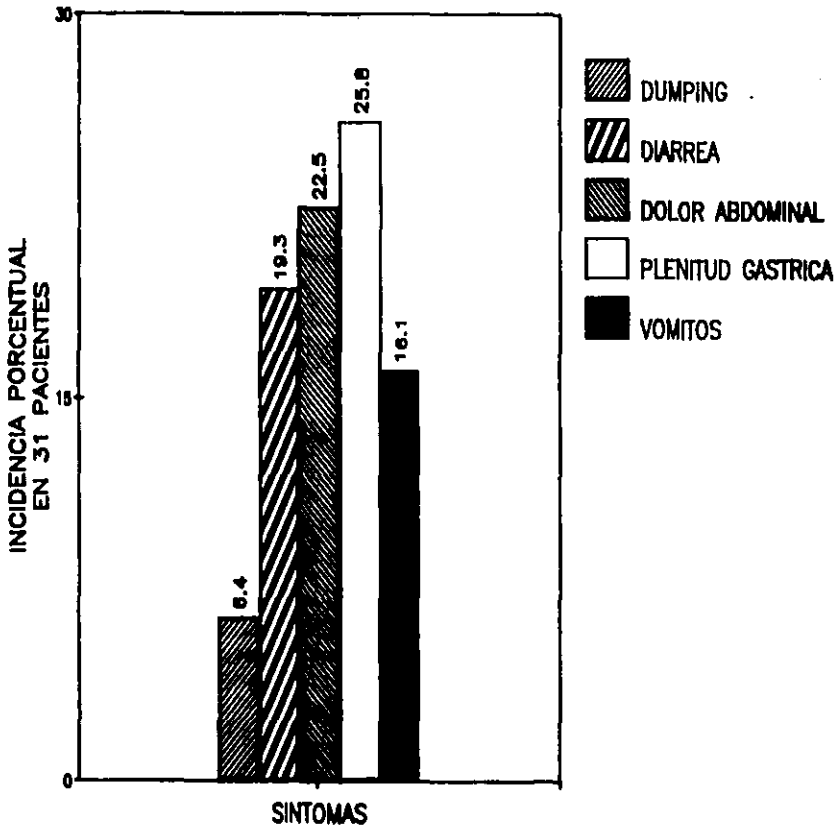
GRAFICA 6

CIRUGIA DE ULCERA GASTRICA Y DUODENAL EN 31 PACIENTES



GRAFICA 7

SINTOMAS POSTOPERATORIOS MAS FRECUENTES



GRAFICA 8

BIBLIOGRAFIA

- 1.- SHACKELFORD AND ZUIDEMA. Surgery of de alimentary tract. Second edition. Vol. 2 251-258.
- 2.- MAINGOT. Operaciones Abdominales. 8a. Edición Vol. 1 724-750.
- 3.- LLOYD M. NYHUS. Mastery of Surgery. Vol. 1 693-700.
- 4.- JOHN E. SKANDALAKIS. Complicación Anatómica en Cirugía General. Primera Edición. 65-68.
- 5.- W. SIRCUS. A.N. SMITH. Fundamentos Científicos de Gastroenterología. 315-407.
- 6.- J.D. HARDY. Problemas Quirúrgicos Generales. 1a. edición. 301-302.
- 7.- DR. HUMBERTO HURTADO ANDRADE. Úlcera Péptica: un punto de vista quirúrgico. Rev. Gastroenterol Méx.; Vol. 51 No. 4 1986 247-253.
- 8.- OSORIO MOLINA L.M., QUINTO MENERA G., TORRES VIOLANTE F.R., ROSALES R., CHAMALTI S.A., ALBARRAN GARCIA A. Resultados del Manejo Quirúrgico en la enfermedad Ácido-péptica complicada.
- 9.- DR. JAVIER BORDES AZMAR Y DR. GUILLERMO SCHOENER M. Úlcera Péptica Gástrica. Tratamiento quirúrgico. Rev. Gastroenterol Méx. Vol. 49 No. 3 1984. 161-167.
- 10.- DR. ARTURO DIB KURI, DR. ARMANDO APELLANIZ CAMPO Y DR. CARLOS DE LA ROSA L. Úlcera Péptica duodenal. Tratamiento quirúrgico. Rev. Gastroenterol. Méx. Vol. 49, No. 3 1984. 185-195.

11.- NICHOLAS J. FEDUSKA, M.D. WILLIAM J.C. AMEND, M.D. FLAVIO VINCENTI, M.D. JULIET S. MELZER, M.D. ROBERT DUCA, B.S. Peptic Ulcer Disease in Kidney Transplant Recipients. The American Journal of Surgery. Vol. 148, July 1984. 51-57.

12.- SAMUEL ARGOR, M.D. AUMER HERSHLAY, M.D. AND DANIEL MORDOHOVICH, M.D.. What Happens to the Parietal Cell Following Truncal Vagotomy?. World J. Surg. Vol. 10 No. 3. June 1986. 450-453.

13.- OLE-CHRISTIAN LUNDE, M.D. IVAR LIAVAG, M.D. AND MAGNE ROLAND, M.D. Proximal Gastric Vagotomy and Pyloroplasty for Duodenal Ulcer with pyloric Stenosis: A thirteen-year Experience. World Journal of Surgery Vol. 9. 165-170. 1985.

14.- ATTILA CSENDES, M.D. ITALO BRAGHETTO, M.D. FRANCISCO CALVO, M.D. RONALD DE LA CUADRA, M.D. Surgical Treatment of High Gastric Ulcer. The American Journal of Surgery. Vol. 149. June 1985. 765-769.

15.- MICHAEL S. NUSSBAUM, M.D. MARK A. SCHUSTERMAN, M.D. Management of Giant Duodenal Ulcer. The American Journal of Surgery. Vol. 149, March 1985. 357-361.

16.- LESTER R. DRAGSTEDT, M.D. The surgical Treatment of Duodenal Ulcer. American Journal of Gastroenterology. Vol. 77. No. 10 1982. 715-720.

17.- KIMBALL I. MAULL, M.D. FACS. DAVID B. REATH, M.D. Pneumogastrography in the Diagnosis of Perforated Peptic Ulcer. The American Journal of Surgery. Vol. 148, Sept. 1984. 340-345.

18.- SVERRE EMAS, M.D. MATS FERNSTRÖM, M.D. Prospective, Randomized Trial of Selective Vagotomy with Pyloroplasty and Selective Proximal Vagotomy with and without Pyloroplasty in the treatment of Duodenal, Pyloric and Prepyloric Ulcers. The American Journal of Surgery. Vol. 149. Feb. 1985. 236-243.

19.- G. BATTAGLIA, R. FARINI, F. DIMARIO, A. PICCOLI, M. PLEBANI, F. VIANELLO, A. BIRLINA AND R. MACCARATO. Recurrence of Duodenal Ulcer Under Continuous Antisecretory Treatment: An Approach to the

Detection of Predictive Markers. The American Journal of Gastroenterology. Vol. 79, No. 11, 1984. 831-834.

20.- GROSSMAN, D.A.: Physiologic Approach to the Surgical Management of Duodenal Ulcer. Curr Probl Surg. 14:1, 1977.

21.- THOMPSON, J.C. FENDER, H.R., WATSON, L.C., VILLAR, H.V.: The effects on gastrin and gastric secretion of fine current operations for duodenal ulcer. Ann. Surg. 183:599, 1976.

22.- HOLLE, G.E. AVERBACH, V., HÜCK, H., HOLLE, F.: Changes of Cell population in the antrum after selective proximal vagotomy and pyloroplasty in gastroduodenal ulcer. Sur. Gynecol. Obstet. 160:211, 1985.