

30
78
11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

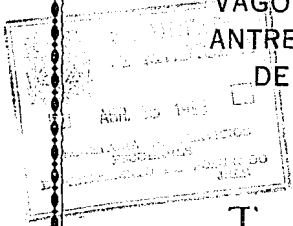
DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

CENTRO MEDICO NACIONAL

GENERAL DE DIVISION "MANUEL AVILA CAMACHO"

VAGOTOMIA TRONCULAR CON
ANTRECTOMIA EN EL MANEJO
DE LA ULCERA PEPTICA



T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN

CIRUGIA GENERAL

PRESENTA

DR. ISAAC JESUS CHAVEZ TORRES



IMSS

PUEBLA. PUE.

1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

CONTENIDO:

INTRODUCCION Y EPIDEMIOLOGIA.....	1
ANATOMIA Y FISIOLOGIA.....	2-3
PATOGENIA.....	4
CUADRO CLINICO.....	5-6
DIAGNOSTICO Y CLASIFICACION.....	7-8
TRATAMIENTO.....	8-10
COMPLICACIONES.....	11-13
CLASIFICACION DE VISICK.....	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
CRITERIOS MATERIAL Y METODOS.....	16
RESULTADOS.....	17-20
BIBLIOGRAFIA.....	21-22

INTRODUCCION:

La úlcera péptica es una enfermedad generalmente crónica que produce pérdida en la continuidad de la mucosa y muscularis mucosae en aquellas partes del aparato digestivo que están en contacto con jugo gástrico(8). Es lógico considerar al estómago y duodeno como una unidad puesto que muchos mecanismos fisiológicos y ciertas enfermedades son compartidas por ambos, hay interacción entre éstos dos segmentos del tubo digestivo y son afectados de la misma manera por úlcera péptica que es la afección inflamatoria más común de éste aparato, ambos surgen del intestino anterior ala 4a semana de vida embrionaria(1).

EPIDEMIOLOGIA:

En el siglo pasado se consideraba ala úlcera duodenal en Estados Unidos con una frecuencia del 0.1 al 0.3% en casos de autopsia y después de 1913 aumentó a 2.2 y 3.9%.

En la actualidad se considera que entre el 5 al 10% de la población adulta en las grandes ciudades padece o padeció úlcera duodenal: en el Instituto Nacional de la Nutrición se llevó a cabo un estudio en 1960 se encontraron 1000 enfermos de úlcera péptica en 14302 pacientes ingresados al hospital o sea el 6.9% de la población hospitalaria.

La úlcera péptica aflige a más de 10 millones de ciudadanos en Estados Unidos, según series recientes es la alteración más común entre varones de 20 a 60 años de edad, aunque en fechas recientes han disminuido los ingresos hospitalarios por complicaciones de úlcera péptica, esto se debe a que cada vez existen mejores medicamentos para el trata-

miento, por ejemplo en E.U. de 1966 a 1979 disminuyó a 40% el número de operaciones por úlcera duodenal (1).

ANATOMIA:

El estómago es un órgano del aparato digestivo que lo podemos dividir en 3 partes principales, la superior o fundus que está compuesta por células productoras de moco, la parte media o cuerpo cuyo componente celular es principalmente por células productoras de ácido clorhídrico y pepsina y el antro gástrico, cuyas células son productoras — principalmente de gastrina (1,2,8).

El duodeno también está compuesto principalmente por glándulas de Brunner (1,2).

Irrigación arterial está dada por ramas del tronco celíaco, el drenaje venoso es hacia la vena porta en su gran mayoría, el drenaje linfático está distribuido por cuatro grupos ganglionares: Ganglios gástricos superiores, inferiores subpilóricos, ganglios pancreatoduodenales y ganglios suprapilóricos (1,2,3,4,5,8).

Inervación. Los aspectos motores y secretores de la función gástrica están controlados por el sistema autónomo, a través del neumogástrico o vago, que al llegar al abdomen son dos troncos principales, los cuales se dividen en una rama abdominal cada uno y otra terminal que son los nervios de Latarjet, el vago izquierdo o anterior origina la rama hepática y el vago posterior o derecho origina la rama celíaca el vago posterior ocasionalmente emite una pequeña rama que transcurre hacia la izquierda por detrás del esófago para inervar el cardias y fondo ésta rama se llama nervio criminal de Grassi, para destacar su papel importante en la úlcera recurrente cuando no se secciona (2).
Funciones del estómago: El almacenamiento es la principal función del estómago para preparar los alimentos ingeridos para la digestión, la -

la capacidad gástrica en un adulto normal llega a ser de 4 Kg.

Digestión. La digestión gástrica comprende la degradación de los alimentos en partículas más pequeñas, los almidones en bolo permiten que en el centro sufran la degradación por la alfa-amilasa salival a un pH mayor de 5, las carnes sufren degradación por la pepsina y las grasas dispersión, para pasar al duodeno y segmentos superiores del yeyuno donde existe la mayor parte de la digestión(2).

Secreción. La secreción de ácido gástrico como respuesta a las comidas es una prueba clara de que existen mecanismos reguladores para estimular y frenar la secreción gástrica, ya que la función principal del estómago es mezclar y revolver el alimento con los jugos gástricos para depositarlos lentamente y en pequeñas proporciones al duodeno donde -

el ácido se neutraliza por la mezcla de enzimas pancreáticas, bilis y jugos intestinales. La pepsina sólo es activa en medio ácido pH menor de 5, por lo que no puede existir úlcera péptica si no existe acidez y puede considerarse que toda úlcero terapia consiste en conservar un pH intragástrico por arriba de 5(1,2,3,8,25). las células parietales son capaces de concentrar iones hidrogeno más de un millon de veces.

La secreción gástrica se ha clasificado como espontánea o basal y estimulada o pandrial, la primera ocurre sin estimulación en el ser humano y algunas especies, quizás refleje la secreción retrógrada de gastrina y acetil colina, hecho que fué observado por primera vez por Pavlov en 1809(1,22).

División en fases de la secreción gástrica:

Fase cefálica- Estímulos como el olor y aspecto de los alimentos activan los núcleos vagales en el hipotálamo, liberandolo con estímulo ala mucosa gástrica en el fundus con liberación de acetil colina, estimulando directamente la secreción de ácido por la célula parietal y

pepsinógeno por la célula principal así como la producción de gástrina por la célula G.

Fase gástrica-Está dada por estímulo de los alimentos cuando llegan al estómago, por contacto directo o distensión de la cavidad gástrica el mediador más importante es la gástrina la cual también es liberada por sustancias como: alcohol, péptidos, aminoácidos, álcalis, calcio: uno de los aspectos principales es cuando existe un ph de 3.5, la producción de gástrina disminuye si llega a 1.5 se suspende(1,25). La gástrina es una hormona secretada por la célula G del antro y algunas intestinales y por su parecido bioquímico con la colecistoquinina sus efectos son parecidos sobre órganos blancos(estómago, vesícula, páncreas). la secretina es producida por células de mucosa intestinal sobre todo duodenal con efecto inverso a la gástrina sobre todo en la producción de ácido clorhídrico(1,2).

Las prostaglandinas reducen la producción de gástrina sin reducir la secreción de secretina de ahí la reducción de ácido clorhídrico sin reducir significativamente los jugos gástrico con el uso de éstos -- compuestos(1,2,8), en nuestro medio la secreción gástrica basal tiene como valores normales de 0.5 a 1.5 Meq. por hora, en el úlcero duodenal es de 2 a 5 y en úlcerosos con síndrome de Zollinger-Ellison es muy elevado en promedio de 8-10 Meq. Siendo un tumor de células G, generalmente pancreático o intestinal (8).

Fase intestinal-Hay pruebas claras de diversos estímulos aplicados -- a la porción media del intestino delgado pueden desencadenar secreción gástrica en un estómago desnervado, las principales partículas estimulantes son proteínas o péptidos e incluso distensión del yeyuno.

PATOGENIA DE LA ULCERA PEPTICA:

Aunque hay abundante información acerca de la patogenia de la úlcera péptica, ninguna es por sí sola absolutamente concluyente, la úlcera

tiende a acompañarse con hipersecreción de ácido pero no siempre solo el 40% de pacientes con úlcera duodenal son hipersecretorios, lo que si es evidente, que es necesaria la presencia de ácido para que exista la úlcera (1,2), si no hay ácido no hay úlcera(8). Si bien es cierto que el ácido actúa tanto por sola presencia como activando el pépsinogeno, -- también el estado de la mucosa juega un papel importante en la protección, en estudios se ha demostrado que pacientes con úlcera duodenal el número de células parietales es el doble de sujetos normales que en promedio es de un billón(1,2,8). O hay un estímulo exagerado por el vago o hipertrofia de las células G o capacidad inhibitoria de la secreta es menor, también se ha encontrado defectos en la motilidad y vaciamiento gástrico, ya que a mayor tiempo de vaciamiento mayor tiempo de contacto de sustancias estimulantes de producción de ácido(8). se ha demostrado que el daño a la mucosa gástrica da lugar a retrodifusión de iones hidrógeno y dicho daño puede estar originado por reflujo de bilis, siendo los ácidos biliares y lisolesitina del contenido duodenal los causales(5,8).

CUADRO CLINICO:

Tanto la úlcera gástrica como la duodenal, se caracterizan por la -- presencia de dolor tipo urente en epigástrico, sensación de hambre, aunque el 15% no lo manifiesta(8), si no hay complicaciones no hay irradiaciones o a veces lo pueden referir en hipocondrio derecho o hacia el izquierdo o raramente hacia la cicatriz umbilical(8). Se dice que tiene ritmo y periodicidad, generalmente se presenta tardo postprandial de 2 a 4 hrs., por las noches y despierta al paciente. Si hay complicaciones, el dolor se hace demasiado intenso, éste dolor puede hacernos confundir con Ca. gástrico, litiasis biliar y padecimientos pancreáticos, tiene las características que cede a la ingestión de alimentos antiácidos y a veces tiende a ser periodico, ya que aparece en los meses

de primavera y otoño, el dolor aumenta con alimentos muy condimentados, vinagre, alcohol, tensión emocional y angustia y es controlada con bloqueadores H₂(1,2,8), náuseas y vómito, se presenta en forma aislada en pacientes con úlcera pero cuando se hace importante y frecuente debe sospecharse de alguna complicación, ya sea penetración o perforación y o estenosis, la pérdida del apetito deberá hacer sospechar de estenosis pilórica o en Ca. (8), la regurgitación y pirosis así como los erup- tos sugieren insuficiencia cardiopulmonar con estenosis pilórica, hemo- rragia puede ser la primera manifestación de úlcera, ocurre en el 15% de los casos (8) y si el sangrado ocurre por lesión de la pared poste- rior duodenal, que lesione la arteria pancreatoduodenal es copioso y puede poner en peligro la vida (2,8,15,16,24), si no es así sólo se ma- nifiesta por melena o en una prueba de Guayaco positiva (2,8).

Obstrucción-En general las náuseas y el vómito en la úlcera aguda ha- blan de edema importante en el área antropilórica, pero si éstos episo- dios son repetitivos se deben a obstrucción por cicatrización pueden ser tan intensos que ocasionen deshidratación con alcalosis hipoclore- mica, acompañada de pérdida de peso y desnutrición (2,5,8).

Perforación-Aproximadamente el 5% llega a ser libre ya que la mayoría de las veces es sellada por el epiploon mayor algunas series reportan tasas del 1 al 2 % (2), el cuadro clínico es impresionante un dolor ge- neralizado, intenso, fiebre, taquicardia, deshidratación o ileo y repre- senta una urgencia quirúrgica (2). El escurrimiento por la corredera pa- rietocólica derecha puede hacer pensar en apendicitis, al igual que en el tacto rectal doloroso (8). El diagnóstico puede ser sencillo al pal- par el abdomen muy doloroso y rebote francamente positivo, la radiogra- fía de abdomen mostrará aire libre subdiafragmático (1,2) y como conse- cuencia se desarrollará tres fases de reacción peritoneal: Fase pri- maria de irritación peritoneal, fase secundaria y una tercera de --

contaminación bacteriana posterior a 12 hrs. de evolución (4,8)..
 Penetración-Deberá sospecharse cuando el dolor cambia de caracter se hace más intenso, pierde ritmo y no mejora con alcalis o alimentos y además presenta síntomas de acuerdo al órgano penetrado que en más -- del 90% es el páncreas (8).

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico se establece en base ala historia clinica completa y se corrobora con estudios de gabinete como los RX. especificamente SEGD. se reporta una precisión del 50% (8), en otras series del 65 al 80% ,el paciente puede tener deformidades del bulbo ,la cual se apreciará, ya que el 95% de las úlceras duodenales ocurren en el bulbo, se acompañan de edema importante de la mucosa y pliegues engrosados(1
 Endoscopia-La endoscopia de la porción superior del aparato gástrointestinal es el método de diagnóstico más efectivo, sobre todo en hemorragia y conyeva a una exactitud del 80 al 90%(9) o incluso superiores llegando al 97%(1), para llevar a cabo éste estudio es necesario que el esófago, estómago y duodeno estén libres de coágulos, lo cual se logra con la instalación de SNG y lavados gástricos. Con la creación de instrumentos de fibra óptica se ha facilitado enormemente la técnica , además que brinda una información adicional al tomar biopsias e incluso puede ser terapéutica al embolizar o cauterizar el vaso sangrante(9).

Análisis gástrico-El analisis del jugo gástrico y estimulación gástrica han perdido valor en el diagnóstico de la enfermedad úlceroosa ya que individuos con secreción elevada basal de ácido clorhídrico nos harán sospechar ,pero no confirmar enfermedad péptica, se considera que hay tres indicaciones para el análisis gástrico:

- a). Pacientes quirúrgicos, para valorar el éxito de la cirugía comparando los resultados pre y postoperatorios.

b). Síndrome de Zollinger-Ellison.

c). Pacientes con úlcera gástrica para ver si padecen aclorhidria que harían sospechar de Ca.

CLASIFICACION DE LAS ULCERAS PEPTICAS:

Las úlceras han sido clasificadas por el Dr. Johnson según su topografía y asociación con úlcera duodenal en :

Tipo I- Situadas en la curvatura menor a 2 cms. o más del píloro y tienen como factor causal deficiencias del moco gástrico.

Tipo II- Situadas a nivel de duodeno y se relacionan con una hipersecreción antral por mal vaciamiento gástrico.

Tipo III_ Están situadas a nivel de la región prepilórica y duodenal y se relacionan con hiperfunción vagal, al igual que las duodenales(5)

TRATAMIENTO:

Tratamiento médico- Se considera que el 70% de pacientes con úlcera-- ción aguda con un buen tratamiento dietetico-medicamentoso curarán en 6 semanas(1), sobre todo con el advenimiento de nuevos antagonistas de la secreción ácida como son: la cimetidina, ranitidina y más recientemente el inhibidor de la ATPasa de la bomba potasio hidrogeniones -- (omeprazol), que en algunos estudios ha demostrado la inhibición de la secreción ácida basal hasta en el 94% de los casos(12). antiácidos, anti colinergicos y tranquilizantes van cayendo en desuso por la eficacia de los primeros, existen otros medicamentos también usados en el manejo de la enfermedad úlcerosa como son los procineticos (metoclopramida y cisaprida) u hormonas como la secretina y enterogástrona, así como prostaglandinas.

De hecho todos los pacientes con úlcera péptica no complicada deberán llevar manejo médico por 6 semanas, el inconveniente de éste manejo es lo engorroso y se considera que del 5 al 20% no curará y requerirá cirugía (6). además la tasa de recidiva global es del 0 al 3% en el --

lapso de un año(9), comparado con el lapso de recidiva en un año posterior al tratamiento médico de la úlcera duodenal que llega a ser del 75% incluso administrando cimetidina o ranitidina, la tasa de recidiva a los 10 y 20 años es del 10% (6).

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ULCERA PEPTICA:

Las indicaciones quirúrgicas de la enfermedad úlcerosa son :

- a). Casos rebeldes al tratamiento médico.
- b). Cuando hay complicaciones: Estenosis pilórica, hemorragia grave o de repetición en mayores de 50 años, penetración a órganos (páncreas) y la perforación(8).

Son 5 los procedimientos quirúrgicos utilizados en la actualidad para el manejo de la enfermedad úlcerosa :

- 1-Vagotomía troncular con piloplastia.
- 2-Vagotomía troncular con antrectomía.
- 3-Vagotomía selectiva con piloroplastia.
- 4-Vagotomía superselectiva o de células parietales o también llamada gástrica proximal.
- 5-Gastrectomía subtotal.

Gastrectomía subtotal: Se refiere a la resección distal del 75% del estómago, con lo cual disminuye desde el 60 al 80% la respuesta a la acción de la gástrina(1), con una tasa de recidiva del 4%, con una mortalidad del 2%(6), con una calidad de vida a los 5 años, clasificados como Visick I y II el 62%. La principal indicación es la úlcera gástrica con alto índice de recidiva después de vagotomía troncular, úlcera prepilórica, carcinoma incipiente del antro menor(4,6).

Vagotomía troncular con piloroplastia: Es la operación más frecuente utilizada para el tratamiento de la úlcera duodenal, fué introducida por Dragstedt en 1943(7,22). Tiene una baja mortalidad y recidiva del 3 al 7% respectivamente(7), en cuanto al procedimiento de drenaje se

con más frecuencia la píloroplastia de Heinecke Mickulicks, Weimberg en enfermos con bulbo duodenal fibroso y fijo estaría indicada la de tipo Finney y Jaboley(7).

Vagotomía selectiva con procedimiento de drenaje: También desnerva -- completamente el estómago, preservando la inervación hepática y celiaca por lo consiguiente menores transtornos postvagotomía(6). Fué introducida en 1948 por Jakson y Franksson, tiene una recidiva del 2% y mortalidad semejante a la anterior(4,6).

Vagotomía superselectiva o vagotomía de células parietales o vagotomía gástrica proximal: Tiene como objeto sólo desnervar la porción proximal del estómago conservando el molino antral se ha convertido en la operación principal en pacientes con úlcera duodenal que no son hipersecretorios(4), desde el punto de vista fisiológico es la mejor, pero la recidiva también en mayor a mediano y a largo plazo se reportan tasas del 10 al 17%(6), utilizada en el hombre desde 1967 por Amdrup y Jensen(6), con una mortalidad del 0.7 al 3%(6), en otras series recientes la recurrencia a 15 años llega a ser hasta de 25.5%(19), mortalidad operatoria del 0.2%(14) el 92% se clasificaron como Visick I y II(14), en otros estudios también se demuestra que a mayor tiempo de seguimiento mayor índice de recidiva, Kaplan y Meier reportan tasas de recidiva a 15 años de hasta 27% más o menos de 4.3%(18,20).

Vagotomía con antrectomía :Esta operación sumamente efectiva en la curación de las úlceras duodenales, la incidencia de recurrencias es sólo del 1%, con una mortalidad operatoria del 1.2% según algunas series (10) y con una recurrencia del 0.7% (10), con severos síntomas postvagotomía en sólo el 1%(10), el éxito de ésta cirugía es que se eliminan los 2 impulsos más importantes de la secreción gástrica (el impulso colinérgico vagal y la gástrina antral), la resección generalmente se aproxima a la hemigástrectomía y el vínculo intestinal puede rehacer-

se con la variedad Billroth I o II, es un procedimiento realizado ampliamente desde hace 25-30 años(6).

COMPLICACIONES POSTVAGOTOMIA:

En el postoperatorio se define como morbimortalidad quirúrgica a -- las complicaciones desarrolladas desde el momento de la cirugía hasta 30 días después de la misma, éstas pueden ser después de la resección Billroth I: Filtraciones anastomóticas en el sitio de la gástrroduodenostomosis(3-4%), hemorragia 2%, trastornos del pasaje del 2 al 5% pancreatitis postoperatorias 0.9%, los problemas de filtración siempre y cuando no sea importante y se tenga un buen drenaje gástrico, como de la cavidad y ésta ocurra después de los 3 a 4 días, se podrá manejar con medidas conservadoras, hiperalimentación parenteral, cimetidina y antibióticos(4).

Estasis gástrica: Luego de la gástrroduodenostomosis generalmente se debe a edema de la misma o a un hematoma que tiende a resolverse a -- los 10 a 14 días, siempre y cuando haya un buen drenaje del estómago(4) Hemorragia intragástrica e intraperitoneal: Es infrecuente 2%, la manera de encararla depende de la magnitud, pero si para corregir el volumen se necesitan más de 6 unidades de sangre en 24 hrs es necesario -- reintervenir al paciente, si el sangrado es intragástrico a partir de la anastomosis, es necesario abrir el estómago con una incisión horizontal a unos 3-5 cms por encima de la anastomosis para revisar y realizar hemostasia directa, si proviene del bazo hay que realizar es--plenectomía.

Infección de la herida: Se reportan casos del 3.5%(17).

Complicaciones tardías: Se observan problemas postgástrrectomias graves en el 3 y 5%(4), gastritis crónica del 80-90% de los pacientes sometidos a resección gástrica con reconstrucción Billroth II desarrollan gastritis crónica de variable extensión, la mayoría no se queja de --

síntomas a pesar de cambios histológicos importantes sólo en el 10% presentan síntomas que requieren tratamiento(4).

Reflujo gastroesofágico :Es un síntoma molesto que es raro sea consecuencia de la gástrroduodenoanastomosis,generalmente el paciente ya presentaba incontinencia cardiohiatal desde antes de la cirugía los - síntomas son controlados con procinéticos, en raros casos ameritaran una derivación gástroroyeyunal con asa eferente larga (4).

Dumping :Este se presenta por la pérdida de la función esfinteriana-- del píloro o por falta de la capacidad almacenadora del estómago o -- por ambas, los síntomas suelen aparecer a los 15 a 30 minutos después de comer y comprenden palpitaciones, sudoración, debilidad, necesidad de acostarse para no caer, lipotimia real(cardiovascular), nausea, borboritmos, calambres, diarrea(gastrointestinal)(6). es menos frecuente en el Billroth I que en el II, la frecuencia es en el 7 y 29% de los pacientes, el control se logra principalmente con medidas dietéticas :Evitar comidas copiosas y ricas en carbohidratos así como líquidos escasos, deberá comer espaciado con bolos pequeños y dieta seca, las drogas para el manejo no son del todo satisfactorias y se llega a realizar cirugía que consiste en una interposición yeyunal antiperistáltica hasta en el 1% de éstos pacientes(4,17).

Diarrea :El dumping puede acompañarse de diarrea episódica y explosiva por el rápido vaciamiento, pero la diarrea por vagotomía, es persistente y episódica, se considera que se debe a alteraciones hepátobiliares con excreción fecal excesiva de ácidos quenodesoxicólico y otros ácidos biliares desoxidados, ya que ésta diarrea casi no existe en pacientes en que se respeta la rama hepática y celiaca(6).

Se presenta en el 10 al 25% de los pacientes sometidos a vagotomía -- troncular, en el 3% de los pacientes con vagotomía selectiva y en el 1% en los pacientes con vagotomía de células parietales, el tratamien-

to es en principio dietético, se pueden usar antibióticos intraluminal como la neomicina y anticolinérgicos. Si es refractaria incluso requerirá la inversión de un segmento yeyunal de aproximadamente 10-12 cms a 90 o 100 cms del asa fija(4).

Mala absorción: Esta complicación se ve más frecuentemente en reconstrucción Billroth II que en el I y sobre todo cuando se dejan asas aferentes largas, por el acumulo de líquidos y proliferación bacteriana en ésta asa, el paciente desarrolla desnutrición y anemia e incluso puede desarrollar insuficiencia pancreática(6).

Formación de bezoares: Consiste en la formación de masas sólidas de pelo ingerido (tricobezoares) o más frecuentemente fibras vegetales (fitobezoares) y suelen ocurrir posterior a la cirugía Billroth I, por estenosis de la misma y posterior a la piloroplastia, el tratamiento en principio es médico, se utilizan sustancias que destruyan fibras vegetales como la gástroenterasa o extracción endoscópica(4,6).

Carcinoma del múnion gástrico: El riesgo de desarrollar cancer en el múnion gástrico se ha reportado cada vez más frecuente, se considera como factor causal el efecto de los ácidos biliares sobre la mucosa gástrica y también la acción bacteriana es reduciendo a nitrosamidas, esto es más frecuente en reconstrucciones Billroth II y se considera a 10 años del 5% de riesgo de desarrollar Ca.(6).

Úlcera recidivante: Actualmente la causa más común de recidiva es la vagotomía incompleta, anteriormente era la resección incompleta, otras son la retención de tejido antral en reconstrucciones Billroth II, hiperplasia de células G, gástrinomas, neoplasia endocrina múltiple, la estasis gástrica o en la rama aferente, fármacos úlcero-genicos. Las gastrectomías del 65% sin vagotomía tienen una recurrencia del 5%, la vagotomía troncular con drenaje se asocia con el 10 y 15% de los casos la vagotomía gástrica selectiva, más procedimiento de drenaje --

ocupa el 3 al 8%, pero si se realiza vagotomía troncular con antrectomía la incidencia cae al 0.5 al 2%(4).

Otras complicaciones tardías de tipo mecánico son: Obstrucción crónica del asa aferente, obstrucción crónica del asa eferente, hernias intestinales, intususcepción yeyuno-gástrica, obstrucción gástrroduodenal tardía.

CLASIFICACION DE VISICK:

Para el seguimiento de control para pacientes operados por úlcera péptica:

GRADO I: Excelente, no hay síntomas anormales o sólo los identifica al interrogatorio intensificado y no requieren manejo ni interfieren con el estilo de vida.

GRADO II: Buenos resultados, mínimos síntomas, que corrigen con manejo dietético con un control fácil de los síntomas y no hay cambios del estilo de vida.

GRADO III: Moderadamente, resultados satisfactorios, moderados síntomas que requieren tratamiento y ajustes con el control incompleto de los síntomas, pero tolerables, no requieren serios cambios en el estilo de vida.

GRADO IV: Resultados insatisfactorios, severos síntomas, incompleto control con los métodos de tratamiento e interfieren significativamente con el estilo de vida, recidiva de la úlcera.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La cirugía por enfermedad ácido péptica aunque tiende a disminuir se mantiene dentro de las más importantes y difíciles de manejar por las secuelas que puede provocar,ésto nos motivo para llevar a cabo éste estudio y demostrar la eficacia del tratamiento quirúrgico en la enfermedad ácido péptica, ya que no existen estudios previos en particular sobre vagotomía con antrectomía, en nuestro hospital de especialidades y contamos con un número significativo de pacientes manejados por úlcera péptica a quienes se les ha realizado vagotomía troncular con antrectomía como manejo definitivo. Sin embargo no contamos con estadísticas que nos representen la correlación clinicopatológica y ni resultados obtenidos por dichas cirugías.

Se recopilaron y analizaron los expedientes clínicos de pacientes con úlcera péptica a quienes se les había realizado cirugía del 10 de Enero de 1990 al 30 de Septiembre de 1992 en el servicio de cirugía de - gástro del Hospital de Especialidades del CMN MAC, Puebla.

Para cumplir con los siguientes objetivos:

a). General :Conocer la frecuencia con que se realiza la vagotomía con antrectomía, para el manejo de la úlcera péptica, sus indicaciones, variantes de la técnica quirúrgica de reconstrucción del tracto digestivo, sus complicaciones y resultados.

b). Específicos:

1-Conocer el # de cirugías llevadas a cabo, en que se realizó vagotomía troncular con antrectomía como tratamiento definitivo de la úlcera péptica.

2-Determinar el grupo de edad más afectado.

3-Conocer la variante de la técnica de reconstrucción del tracto digestivo.

4-Determinar los beneficios obtenidos con la cirugía.

Con los siguientes criterios:

1. INCLUSION: Todos los pacientes independientemente de su edad, sexo o patología agregada a quienes se les confirmó el diagnóstico de úlcera péptica y se les realizó cirugía del tipo vagotomía troncular con antrectomía.
2. DE NO INCLUSION: Pacientes con patología gástroduodenal de tipo traumático o de otro tipo que no sea la inflamatoria.
3. DE EXCLUSION: Se excluirán aquellos pacientes que se les diagnóstico y se les realizó cirugía mencionada, pero que no se pueda localizar el expediente clínico para la recolección de datos necesarios para el cumplimiento de los objetivos.

MATERIAL Y METODOS :

Fueron tomados los datos de los expedientes de quirófano y archivo -- clínico de pacientes con úlcera péptica a quienes se le realizó cirugía del 1o de Enero de 1990 al 30 Septiembre de 1992, del servicio de cirugía de gástro del Hospital de Especialidades CMN MAC.

RESULTADOS:

De la revisión de los archivos clínicos y de quirófano se identificaron 23 pacientes a quienes se les había realizado cirugía por enfermedad ácido péptica del 1o de Enero de 1990 al 30 Septiembre de 1992 en el servicio de gastrocirugía del Hospital de Especialidades del CMN MAC IMSS Puebla, de los cuales se excluyeron 3 por no hallar los expedientes en el archivo clínico, quedando sólo 20 pacientes para el estudio, 12 masculinos y 8 femeninos.

SEXO	# DE CASOS	PORCENTAJE
Masculino	12	60%
Femenino	8	40%
Total	20	100%

En relación a la edad se halló la más joven, un femenino de 21 años y el más viejo fué un masculino de 76 años, con un pico máximo de los 36 a 45 años de edad.

DISTRIBUCION POR GRUPOS ETARIOS:

EDAD & AÑOS	# DE CASOS
21 - 25	1
26 - 30	0
31 - 35	1
36 - 40	4
41 - 45	3
46 - 50	0
51 - 55	2
56 - 60	3
61 - 65	2
66 - 70	3
71 - 75	0
76 - 80	1
Total	20

En relación con factores predisponentes como el alcoholismo, tabaquismo: El 65% tenían antecedentes de alcoholismo, 30% de tabaquismo y 30% con ingesta crónica de medicamentos, éstos últimos eran pacientes mayores de 45 años de edad, 2 diabéticos, 1 hipertenso y 3 con enfermedad articular degenerativa.

FX. PREDISPONENTE	# DE CASOS	%
Alcoholismo	13	65
Tabaquismo	6	30
Ingestión crónica de med.	6	30

El cuadro clínico fué el reportado por la literatura en general y el DX. se estableció clínicamente en el 100% de los casos.

SINTOMAS/SIGNOS	# DE CASOS	%
Dolor epigástrico	20	100
Pirosis	19	95
Regurgitaciones	12	60
Obstructivos	9	45
Hemorragia	9	45

En el 95% de los casos se realizó SEG, el 20% fué falsa negativa la endoscopia se realizó en el 85% de los casos y fué positiva en el 100%, no se efectuó endoscopia solo en 3 casos; pero las imágenes RX fueron muy evidentes, cuadro clínico clásico, cita para estudio endoscópico tardía o por ser una urgencia.

ESTUDIO	# DE CASOS	%	POSITIVIDAD
SEG	19	95	80%
Endoscopia c/biopsia	17	85	100%

El 95% de los pacientes habian llevado TX.médico,pero sólo en el 40% de los casos regular,los demás irregulares,con un mínimo de 3 meses y un maximo de 5 años.

El sitio más frecuente de localización de la úlcera fué el bulbo duodenal en el 65%,el resto 35% prepilórica;el tratamiento quirúrgico en el 90% fué electivo y sólo en el 10% de urgencia:Uno por sangrado masivo y otro por perforación.No existieron complicaciones transoperatorias que lamentar,el tipo de reconstrucción del tracto digestivo fué Billroth II,con la tecnica de Hofmeister en el 80% de los casos y -- Polya en el 20%,se usaron engrapadoras para realizar la anastomosis en el 80% de casos,en el 100%antibioterapia cefalosporinas.

SITIO DE LA ULCERA	# DE CASOS	%
Gástrica	0	0
Prepilórica	7	35
Duodenal	13	65

Tiempo de hospitalización postoperatorio mínimo fué de 7 días y el maximo de 20 días,éste último un paciente de 66 años de edad,obeso con EPOC,que desarrollo eventración postQX. al 7o día de POP.y otro paciente diabetico de 54 años que se complico con absceso de pared al 8o día de POP,no se registraron muertes operatorias.

De acuerdo con la clasificación de Visick,al momento de realizarse el estudio el 65% fué clasificado como Visick I,el 30% Visick II,y sólo uno como Visick III,éste último,paciente femenino de 46 años de edad con antecedente de artritis reumatoide de 10 años de evolución de difícil control,manejada con antiinflamatorios esteroideo y no esteroideos.

El tiempo mínimo de control POP fué de 5 meses y el maximo de 20,con un seguimiento POP maximo más frecuente de 8 meses en el 50% de los casos,al momento de hacer el estudio.

RESULTADOS POP CON LA CLASIFICACION DE VISICK:

VISICK	# DE CASOS	%
I	13	65
II	6	30
III	1	5
IV	0	0
<hr/>		
Total	20	100

CONCLUSIONES:

- En los 32 meses que se tomaron para el estudio, se realizaron 23 vagotomías con antrectomía para el manejo definitivo de la úlcera péptica, lo cual indica que es un procedimiento frecuente.
- El DX. de la enfermedad es clínico, confirmandose con SEGD y endoscopia con toma de biopsia.
- El grupo de edad más afectado es el de mayor productividad de los 30 a los 50 años.
- La técnica QX. más efectuada para la reconstrucción del tracto digestivo es Hofmeister en el 80% y Polya en 20% de los casos, utilizandose engrapadoras con un resultado por demás satisfactorio.
- El tratamiento de la enfermedad ácido péptica en principio y si no hay complicaciones deberá ser médico, cuando éste falla sera definitivamente quirúrgico.
- La vagotomía troncular con antrectomía como TX. definitivo de la enfermedad ácido péptica es idoneo ya que elimina el estímulo vagal y el antral(gástrina), por lo que las recidivas serán mínimas y con el desarrollo de la anestesia y técnica QX los riesgos también mínimos.
- No existieron complicaciones tardías, aunque el tiempo de control pop fué corto en promedio de 8 meses.
- Deberán realizarse más estudios, sobre el particular, sobre todo de -- tipo prospectivo y longitudinal.

BIBLIOGRAFIA:

1. Thompson J. Estómago y duodeno. Sabiston D. C., Tratado de Patología quirúrgica. Interamericana Mc Graw-Hill. México, 1988, vol I, 829.
2. Moody F. G., Mc Greevy J., Estómago. Schwartz S. I., Principios de Cirugía, Mc Graw-Hill, México, 1987, vol II, 1113.
3. Skandalakis J. E., Stephen y col., Complicaciones anatómicas en cirugía. Mc Graw-Hill. México, 1985, 50.
4. Rudiger J. Gastrup H. J. Gastrectomía Billroth I y II, Nyhus M. Baker, - El Dominio de la Cirugía. Panamericana, Argentina, 1991, vol I, 619.
5. Norman B., Aldrete J., Estómago y duodeno. Romero Torres, Tratado de cirugía. Interamericana, México, 1985, vol II, 1385.
6. Johnston D., Ulcera duodenal y gástrica. Schwartz S., Ellis A., Operaciones Abdominales. Panamericana, Argentina, 1989, vol I, 724.
7. De la Rosa C., Ulcera péptica. Gutiérrez G., Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo, Manual Moderno, México, 1988, 87.
8. Villalobos J. J., Ulcera péptica. Villalobos J. J., Gastroenterología. -- Mendez Oteo, México, 1985, vol I, 499.
9. Dent T., Detección y vigilancia endoscópica de cánceres gástricos e intestinales, Schrock, Clínicas quirúrgicas de Norte America. Interamericana, México, 1989, vol 6, 1299.
10. Humbert J. Kierman H. D. et al, Truncal Vagotomy and Resection in the treatment of duodenal ulcer, clín. Proctológicas, 1990, 55:19.
11. Lundergardh G. Holmberg, and Krusemo U. B., Long-term survival in patients operated on for benign peptic ulcer disease, Br J. Surgery, 1991 78:234.
12. Lind T. Cederberg M. And Olve, 24 hour intragastric acidite and plasma gastric after omeprazole treatment and after proximal gastric in duodenal ulcer patients. Gastroenterology 1990, 99:1593.
13. Hartley M., and Mackie, Gastric adaptive relation and symptoms after, vagotomy, Br J. Surgery, 1991, 78:24.

14. Johnston G., Spencer E. et al. Proximal gastric vagotomy follow-up at 10-20 years, Br J. Surgery, 1991, 78:20.
15. Choon-lan, Prema Raj and Cheng-Hock, relative risks of complication in giant and nongiant gastric ulcers, T Am J. Surgery, 1992, 164:94.
16. Hunt P., and Clintyre M. Choice Emergency operative procedure for Bleeding duodenal ulcer, Br J. Surgery 1990, 77: 1004.
17. Ronald K., Tompkins. Reintervenciones en cirugía. Doyma, Espana, 1991-41.
18. Meisnar S. Lara N., et al, the Kaplan and Meier and the Nelson, estimate for the probability of ulcer recurrence 10 y 15 years after parietal cel. Vagotomy, Ann Surgery 1988, 207:1,1.
19. Macintyre A., Nillar C.A. et al. Highly selective vagotomy 5-15 years, on, Br J. Surgery, 1990, 77:65.
20. Koruth N.M., Dua K.S., et al. Comparason of Highly selective vagotomy my with truncal vagotomy and pyloroplasty results et 8-15 years, Br J. Surgery 1990, 77:70.
21. Richard J., Gear W., et al. efficacy of octrectide acetate in treatment of severe postgastrectomy dumping sindrome, Ann Surgery, 1990, 212: 678.
22. Steven J., Waisbren M.D. and Irvin M., The evolution of therapeutic vagotomy, Surgery Gynecology Obstetrics 1990, 170:179.
23. Hom S., Sarr M., et al, postoperative gastric atony after vagotomy for obstrunting peptic ulcer, Am J. Surgery 1989, 157:282.
24. Branicki F., Boey J. et al, Bleeding duodenal ulcer, Ann Surgery 1990, 211:4, 411.
25. Sun D., etiología y anatomía patológica de la úlcera péptica. Bockus H., Gastroenterología, Salvat, Espana, 1980, vol. 1, 608.