

11209

235



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL " LA RAZA "

MORBILIDAD DE LA VAGOTOMIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD
ACIDO PEPTICA, EN LOS PACIENTES TRATADOS EN EL SERVICIO DE
CIRUGIA GENERAL EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO
MEDICO LA RAZA DE ENERO DE 1998 A AGOSTO DEL 2001

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO GENERAL

PRESENTA:
DRA. MIRANDEYI SILVA HERNANDEZ

ASESOR DE TESIS
DR. JOSE FENING RODRIGUEZ

MEXICO, D.F.

SEPTIEMBRE 2002



IMSS





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



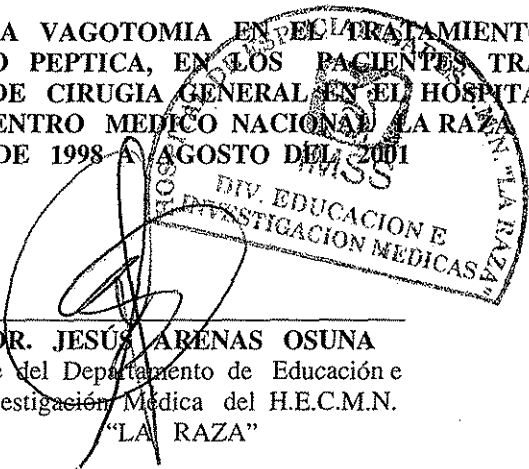
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso


DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

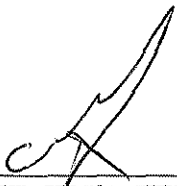
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

MORBILIDAD DE LA VAGOTOMIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA, EN LOS PACIENTES TRATADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA DE ENERO DE 1998 A AGOSTO DEL 2001


DR. JESÚS ARENAS OSUNA
Jefe del Departamento de Educación e Investigación Médica del H.E.C.M.N. "LA RAZA"

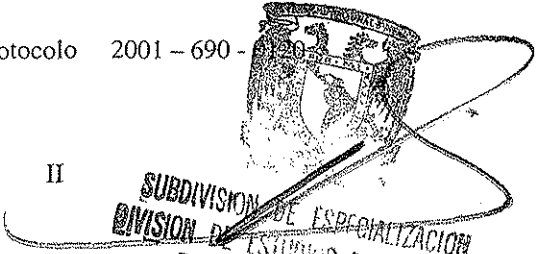

DR. JOSE FENIG RODRÍGUEZ
Jefe del Departamento de Cirugía General
Del H.E.C.M.N. "LA RAZA"
Titular del Curso


DRA. MIRANDEYI SILVA HERNÁNDEZ
Residente de Cuarto Año de Cirugía General
del H.E.C.M.N. "LA RAZA"

No. De registro de protocolo 2001 - 690 -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

II


SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente a mi hermanita Alejandra y a mi hermano Víctor Manuel, por existir, por ser unas excelentes personas, que en todo momento me han brindado su apoyo incondicional y que son mi fuerza para seguir adelante.

También agradezco a todos mis maestros que desde la escuela elemental hasta el postgrado me han inculcado con su ejemplo el amor hacia mi profesión que para mí es la mejor elección que pude haber realizado.

También doy gracias a mis amigos por haberme brindado su amistad, su compañía, sus consejos, y por los ratos de diversión y trabajo que pasamos juntos.



INDICE

PRESENTACIÓN.....	I
HOJA DE FIRMAS	II
AGRADECIMIENTOS	III
INDICE	1
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
OBJETIVOS.....	11
MATERIAL Y METODOS	12
RESULTADOS	13
DISCUSIÓN	23
CONCLUSIONES	24
BIBLIOGRAFÍA	25
ANEXO	26



RESUMEN

Morbilidad de la vagotomía en el tratamiento de la enfermedad ácido péptica, en los pacientes tratados en el servicio de Cirugía General en el Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza, de Enero de 1998 a Agosto del 2001.

OBJETIVO: Conocer la frecuencia de la Vagotomía como tratamiento de la úlcera péptica y analizar la incidencia de complicaciones tempranas y tardías, que se presentan en la realización de los diferentes tipos de Vagotomía.

MATERIAL Y METODO: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, transversal y abierto, con los expedientes de los pacientes sometidos a Vagotomía para el tratamiento de la enfermedad ácido péptica, del periodo comprendido de enero de 1998 a agosto del 2001. Del expediente clínico se registraron los datos de edad, sexo, procedimiento quirúrgico practicado, morbimortalidad, días de estancia intrahospitalaria. Se empleo análisis estadístico univariado.

RESULTADOS De los 34 expedientes revisados, se encontraron 19 pacientes del sexo masculino (56%) y 15 del sexo femenino (44%). El rango de edad fue de 18 a 83 años, con una media de 51 años. La técnica quirúrgica más frecuentemente realizada fue VT con Reconstrucción Gástrica tipo Y de Roux con 17 pacientes (77%), con Omega de Braun 5 (23%), la VT con Píloroplastia tipo Heineke-Mickulicz se realiza en 8 pacientes (73%), con procedimiento de Finney 3 (27%) y a solo 3% se les realiza Vagotomía Selectiva. La principal indicación para cirugía electiva fue Estenosis pilórica (75%). En total 10 (26%) pacientes fueron intervenidos por urgencia y 24 (71%) electivos. El 60% de los pacientes por urgencia se prefirió realizar Vagotomía Troncular con Píloroplastia y el 50% fue por perforación. El 18% de los pacientes con complicación temprana con Procedimiento de Píloroplastia presentaron dumping, controlado medicamente y el 9% presentaron como complicación tardía, gastritis por reflujo alcalino, pérdida de peso, lo que amerito reintervenir con Gastroyeyunoanastomosis, mediante apoyo nutricio parenteral, con 62 días en promedio de estancia intrahospitalaria, éste paciente presenta el antecedente de haber sido intervenido 3 años antes con parche de Graham. El 9% de los pacientes con procedimiento de Y de Roux y Omea de Braun presentaron complicaciones tempranas, tipo dumping, y gastritis biliar respectivamente. Y complicaciones tardías en 3% con gastritis biliar y pérdida de peso con Omega, que ameritó reintervención con Y de Roux, y 3% de las Y de Roux ameritó reintervención por Obstrucción de Asa aferente, reconstruyéndose la GYA en Y de Roux. Con promedio de estancia de 55. Solo a 1 (3%) paciente se le realizó Vagotomía Selectia, con Píloroplastia tipo Heineke-Mickulicz evolucionando satisfactoriamente.

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos en cuanto a complicaciones tempranas fueron similares a los reportados en la literatura mundial y en cuanto a complicaciones tardías estuvieron ligeramente elevados.

PALABRAS CLAVE.- VT Vagotomía Troncular. Dumping. Gastritis biliar. Síndrome de Asa Aferente.



ABSTRACT

The Vagotomy' Morbidity in the peptic ulcer disease, in patients from the Department of General Surgery of the National Medical Center "La Raza" from January 1990 to August 2001.

OBJETIVE.- Describe the frequency of the Vagotomy as treatment of the peptic ulcer disease and to analyze the incidence of complications early and late, that they are presented in the different types of Vagotomy.

METHOD AND MATERIAL. This is an observational, retrospective, descriptive and transversal study with the clinical files of the patients with Vagotomy for the treatment of the peptic ulcer disease, between January 1998 to August 2001. Retrospectively the names, ages, sexes, endoscopies studies, technique of Vagotomy, morbidity, and days of hospitalization were recorded.

RESULTS. This study was 34 patients, 19 were males (56%) and 15 were females (44%) in an age range of 18 to 83 years with a median age of 51 years. The technical surgical most frequent carried was Truncal Vagotomy with R en Y Gastrojejunostomy with 17 patient (77%), with Braun'Omega with 5 (23%) the TV with pyloroplasty type Heineke Mickulicz, 8 patients (73%) with procedure of Finney 3 (27%) and to alone 3% Selective V with P tipe Heineke-Mickulicz. The principal indication for elective surgery was Pyloric Stricture (75%) 10 patients (26%) were urgent surgery therapy and 24 patients (71%) with elective surgery. The 60% of the patients with urgent surgical, the surgical technique most frequently used was Truncal Vagotomy with Pyloroplasty and the 50% were perforation ulcer. The 18% of the patients with early complication with procedure of Pyloroplasty were medical controlled and 9% presented late complications, alkaline reflux gastric and loss of weight, in this complications was necessary re-operated with Gastrojejunostomy, with support parenteral nutrition, with 62 days of the hospitalization, with the antecedent of the one patient was operated three years ago with Graham Surgery. The 9% of the patient with procedure R-Y and Braun'Omega presented complications type dumping, and alkaline reflux respectively. And late complications in 3% with reflux and loss of weight with Omega, with re-operated with Roux-en-Y and 3% of the Roux-en-Y Gastrojejunostomy was re-operated for postgastrectomy syndrome, Obstruction afferent, was reconstructed in the Roux-en -Y. With an average of hospitalization of 55 days.

CONCLUSIONS. The results obtained with early complications were comparable with the reported in the world medical and the late complications were slightly high.

KEY WORDS Truncal Vagotomy, Dumping Syndrome, Postgastrectomy Syndrome.

INTRODUCCION

En los últimos años se han presentado avances significativos en cuanto al tratamiento de úlceras péptica, debido a los avances en el tratamiento médico, y los métodos de diagnóstico más eficaces, por lo que se ha reducido el empleo de tratamientos quirúrgicos hasta en 50%, para la corrección de los mismos. Y las complicaciones como hemorragia, perforación, estenosis, han disminuido en los últimos años, debido a los diagnósticos más tempranos de la enfermedad ácido péptica y el tratamiento médico más eficaz. (1)

Dentro de la fisiopatogenia de la enfermedad ácido péptica se encuentran los factores que deterioran la barrera mucosa protectora, y los que aumentan la hipersecreción ácida, ya sea mediante estímulo parasimpático mediante el sistema de los nervios vagos, los cuales aumentan la acidez por estimulación de las células parietales y la gástrina la cual es estimulada por la distensión antral y el contacto de la mucosa con proteínas. La acidificación del duodeno produce liberación de secretina que inhibe la secreción de gástrina. Otro tipo celular son las células epitealiales superficiales que secretan moco que constituye una capa protectora contra la pepsina, secretan continuamente bicarbonato mediante las prostaglandinas que también regulan la producción de moco y el flujo sanguíneo.

También existen trastornos genéticos que aumentan la hiperacidez y éstos son principalmente; hipergastrinemia, (síndrome de Zollinger-Ellison) hiperpepsinogenemia, amilodiosis, mastocitosis y vaciamiento gástrico.(2)

El tratamiento médico puede llegar a remitir la úlcera hasta en el 90%, sin embargo en casos rebeldes puede presentar recurrencia hasta del 70%. Además de que requiere administración por tiempo aceptable, ya que logran la cicatrización de la úlcera en 75% a las 4 semanas y en 85 a 95% a las 8 semanas. Dentro de los tratamientos médicos se encuentran los bloqueadores H₂, como la ranitidina, cimetidina, famotidina, etc que actúan mediante inhibición competitiva de los receptores H₂. Los inhibidores de la bomba de protones que inhiben la última vía de secreción ácida por la célula parietal, antiácidos, protectores de la mucosa, tipo sucralfato el cual se adhiere a la mucosa gástrica y actúa como citoprotector y las prostaglandinas que aumentan la producción de moco, bicarbonato y mejoran la corriente sanguínea.(3)

Antibióticos.- Se emplean en la erradicación de *Helicobacter pylori* que es un bacilo gramnegativo que se ha detectado en el antro en más de 95% de enfermos con úlcera péptica, empleándose principalmente amoxicilina, tetraciclina y metronidazol los cuales se emplean durante 2 a 3 semanas, para lograr el 89% de erradicación de dicho microorganismo. (4)

También debe efectuarse cambios en el estilo de vida caracterizados por cambios en los hábitos alimenticios y dejar hábitos como el tabaquismo.

CUADRO CLINICO.- Anteriormente había predominancia en cuanto a hombres, sin embargo, en la actualidad la frecuencia es igual en ambos sexos. La edad de presentación es en pacientes en edad productiva. La principal sintomatología de la enfermedad ácido péptica, es la del cese del dolor al ingerir alimentos ya que esto tiene un efecto alcalinizante, por lo que los pacientes muchas de las veces tienden a aumentar de peso. Los síntomas de la úlcera péptica son tan inespecíficos que es preciso realizar diagnóstico diferencial con otras patologías como son: la esofagitis por reflujo, las afecciones biliares, las enfermedades pancreáticas y otras patologías gastroduodenales. Otros síntomas pueden ser náusea, vómito, distensión gástrica, hipersensibilidad en epigastrio, hemorragia, que varía su presentación de 15 a 30% según magnitud de la úlcera, y estenosis en casos avanzados (5).

ESTUDIOS DIAGNOSTICOS

Primeramente es el historial clínico, la exploración clínica no muestra muchos signos, en ocasiones solo dolor a la palpación en epigastrio. Los exámenes de sangre oculta en heces, también es importante realizarlo, así como los estudios radiológicos, como lo es la serie gastroduodenal, ya que permite documentar la presencia de una úlcera duodenal a través de la presencia del cráter ulceroso, además de que permite diferenciar con otras entidades. También es importante el análisis gástrico, para determinar hiperacidez, los pacientes normales producen de 2 meq/h de ácido, mientras que los pacientes con úlcera péptica producen 4 meq/h. Los pacientes con síndrome de Zollinger-Ellison producen más de 10 meq/h. Los niveles de gastrina también es importante determinarlos, ya que los pacientes con dicho síndrome producen hasta 500 pg/ml y los pacientes normales en ayunas, valores menores de 100 pg/ml (6).

ENDOSCOPIA

Gracias a los avances tecnológicos, la endoscopia es un instrumento tanto diagnóstico como terapéutico. Su empleo es muy importante para el tratamiento de complicaciones como son la hemorragia activa, llegándose a tener éxito hasta del 70 a 80% (7).

Los métodos terapéuticos que emplea la endoscopia son:

Técnicas por calor.- Los dispositivos térmicos son los más utilizados para la hemostasia por desnaturalización proteínica, y contracción de vasos sanguíneos.

Fotocoagulación con láser.- (Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation) se emplea a partir de 1980, cohibe la hemorragia, al aplicar fotocoagulación a partir de un haz de fotones que se encuentran en una determinada longitud de onda, los principalmente empleados son de NdYAG (neodimio, itrio-aluminio-granate). Su inconveniente es el alto costo.

La escleroterapia llega a presentar éxito hasta de 89% en casos de hemorragia leve a moderada, los agentes tópicos, y los agentes mecánicos como grapas o taponamiento con balones (8).

Sin embargo la endoscopia no es inocua, ya que pueden llegar a presentarse complicaciones que van de 1 a 3% e incluyen perforación, necrosis, hemorragia ésta última con una recurrencia que varía entre 15 a 20% (9).

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ACTUAL DE LA ULCERA PEPTICA

Dentro de los factores que influyen en la decisión de realizar tratamiento quirúrgico son:

Falta de respuesta al tratamiento médico, ulceración recurrente, pérdida de peso importante, sintomatología incapacitante, hemorragias profusas, gran tamaño de la úlcera mayor de 4 cms, estenosis pilórica. cronicidad de la úlcera que después de 15 a 30 años puede predisponer a cáncer gástrico (10).

En el siglo XIX, se empleo la técnica conocida como Parche de Graham para la reparación de perforaciones por úlcera péptica, pero actualmente está en desuso ya que presenta éxito solo en 33% de los pacientes, siendo que el 66% presentará recidiva, y más de la mitad necesitará otro tipo de cirugía, ya que hasta 28% desarrollarán hemorragia, 15% obstrucción pilórica y 9% otra nueva perforación. Este tipo de cirugía se sigue empleando solo en aquellos casos en que por las malas condiciones del paciente impida la realización de algún otro procedimiento. Posteriormente se empleo a finales de dicho siglo la gastroyeyunoanastomosis, sin procedimiento vagotomía presentando hasta un 40% de recidiva. Por lo que Dragstedt y Owens en 1909 introdujeron el procedimiento de Vagotomía (11).

VAGOTOMIA

La vagotomía tiene como objetivo eliminar el estímulo de los nervios vagos hacia la estimulación ácida de las células parietales.

Vagotomía Troncal con Píloroplastia.- Este tipo de vagotomía desnerva al hígado, páncreas e intestino, lo que ocasiona tránsito intestinal rápido, formación de cálculos biliares e insuficiencia pancreática. Por lo que es necesario realizar procedimientos de reconstrucción del canal pilórico; como la píloroplastia de Heineke-Mikulicz, que consiste en el cierre transversal del píloro., la de Finney.- que consiste en la anastomosis entre antro y duodeno, y otros como Jaboulay, Balfour. Presenta una mortalidad de 0.7% y ulceración recidivante 10% (3 a 30%) y aproximadamente 8% presentan dumping temprano, flatulencia y diarrea (12).

Vagotomía Troncal con Antrectomía.- En éste procedimiento se retira la influencia ácida de las células parietales y el efecto de la gastrina a nivel antral. Presenta recurrencias de 1%, después de 5 a 10 años de la cirugía. Y aproximadamente el 7% presentan complicaciones como dumping temprano, flatulencia y diarrea. Aquí son ejemplos los procedimientos de Vagotomía Troncular, con gastroyeyunoanastomosis ya sea tipo Billroth I o II.

Vagotomía Selectiva.- Desnerva todo el estómago conservando las ramas hepática y celiaca de los vagos, presenta recidivas del 2%. Sin embargo 18% pueden presentar complicaciones tempranas.

Vagotomía superselectiva.- Consiste en la disección meticulosa de los nervios anterior y posterior de Latarjet que se distribuyen en la mucosa de cuerpo y el fondo de estómago, dejando intactos los troncos vagales, sus ramas hepáticas, celiacas y los Latarjet. Conservando el vaciamiento gástrico sin embargo debido a que se deja intacto el antro, hay recidivas hasta del 5 al 10%, y en manos no expertas puede ser hasta del 25%. En menos del 1% se presentan complicaciones tanto tempranas como tardías (13).

El método que presenta mayor éxito es la utilización de vagotomía selectiva con procedimiento de drenaje. Es el que presenta menor número de recidivas y de complicaciones.

A partir de 1940 se efectúa la reconstrucción gástrica ya sea empleando la GASTRODUODENOANASTOMOSIS (Billroth I) o GASTROYEYUNOANASTOMOSIS (Billroth II), sin embargo aunque todavía se emplean hay una alta recidiva de úlcera en el tipo I y en el tipo II hay aun gran riesgo de fuga por el muñón duodenal, además de que hay una elevada incidencia de saciedad temprana, pérdida ponderal y síndrome de vaciamiento rápido por la bolsa gástrica residual pequeña (14).

Los procedimientos de reconstrucción gástrica tipo Billroth, son en algunas series tan exitosos como el procedimiento de Vagotomía con algún procedimiento de drenaje, sin embargo la morbilidad a nivel mundial reportada es mayor, así como ligeramente es mayor la mortalidad, hay mayor pérdida de peso, mayores secuelas metabólicas, el dumping es mucho más común. Y el riesgo de carcinoma gástrico es tres a seis veces mayor que lo esperado con los procedimientos de vagotomía debido a la constante exposición de la mucosa gástrica, al reflujo enterogástrico (15).

Después de las operaciones en el estómago, se puede presentar el síndrome postgastrectomía, que incluye alteraciones en los hábitos digestivos, siendo el 20% grave, el 5% desarrolla síntomas durante toda la vida y el 1% sintomatología discapacitante. Las complicaciones postoperatorias tempranas comprenden: hemorragia, fuga por el muñón duodenal, de la anastomosis, pancreatitis, obstrucción del asa aferente, de la eferente, del píloro y la atonía gástrica. Y los efectos adversos a largo plazo son: esofagitis o gastritis por reflujo, síndrome de vaciamiento rápido, hipoglucemia postprandial tardía, diarrea postvagotomía, obstrucción de intestino delgado, cálculos vesiculares, desnutrición, anemia y cáncer gástrico residual (16).

El VACIAMIENTO RAPIDO, se produce en cerca del 20% de los pacientes, postvagotomizados, o postgastrectomizados, y se relaciona con el quimo hiperosmolar, lo que produce liberación de serotonina, y polipéptido intestinal vasoactivo, lo que ocasiona cólicos, náusea, vómito, mareo, rubor y palpitaciones.

DIARREA POSVAGOTOMIA., ésta se presenta hasta en 30% de los pacientes a los cuales se les realizo vagotomía troncal, se produce por paso rápido de sales biliares,

GASTRITIS POR REFLUJO ALCALINO.- después de operaciones que afectan el esfínter pilórico, se presenta reflujo biliar al estómago, presentándose dolor epigástrico o, náusea crónica, que se agrava con las comidas, el diagnostico se hace mediante endoscopia o con gamagrafia biliar con tecnecio, el tratamiento es mediante ácido ursodexocólico, o el tratamiento quirúrgico mediante a la anastomosis en Y de Roux.

SACIEDAD TEMPRANA.- Se presenta atonía postquirúrgica, estasis gástrica, consecuencia de la deservación o por el síndrome de remanente pequeño, son consecuencia de resecciones amplias de estómago, responde a los agentes procinéticos que estimulan la motilidad gástrica, como la metoclopramida, eritromicina, y cisaprina, cuando estos fallan, la elección es la gastrectomía total.

SÍNDROME DE ASA AFERENTE.- después de una reconstrucción Billroth II, se puede presentar obstrucción mecánica del asa aferente por torcedura, estrechamiento el anastomosis o adherencias, casi siempre se presenta dolor epigástrico posprandial, vómito, el tratamiento es mediante reconstrucción en Y de Roux.

OBSTRUCCIÓN DEL ASA EFERENTE.- se manifiesta por dolor epigástrico, distensión y vomito biliar.

BEZOARES.- son concreciones obstructivas de alimento no digerido, que se desarrolla después de la gastrectomía por alteraciones en la motilidad gástrica.

CARCINOMA DEL MUÑÓN GÁSTRICO.- se desarrolla en cerca del 3% de los pacientes que se realizo algún procedimiento de gastrectomía se observa que la incidencia de cancer ha aumentado, pero aun no se ha establecido, el plazo en el que esto se presenta (17).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la morbilidad postvagotomía en el tratamiento de la úlcera péptica, en el Departamento de Cirugía General del H.E.C.M.N. "La Raza" de enero de 1998 a agosto del 2001, así como cuál es el protocolo de estudio al que se someten los pacientes?

O B J E T I V O S

Objetivo general.- Conocer la frecuencia de la Vagotomía como tratamiento de la úlcera péptica.

Objetivo específico.- Analizar la incidencia de complicaciones tempranas y tardías presentadas, en la realización de los diferentes tipos de Vagotomía realizados, para conocer cual es el procedimiento quirúrgico que presento la mayor morbilidad..

MATERIAL Y METODOS.

Se llevó a cabo un estudio clínico retrospectivo, observacional, abierto, descriptivo y transversal, de la población adscripta al Departamento de Cirugía del Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza, a la cual se le realizó algún procedimiento de Vagotomía Para el tratamiento de la enfermedad ácido péptica de enero de 1998 a agosto del 2001, mediante el análisis de expedientes clínicos.

Se incluyeron los expedientes clínicos, de pacientes mayores de 18 años, tanto hombres como mujeres, que contaron con el diagnóstico clínico de enfermedad ácido péptica, corroborada mediante estudio de endoscopia a los que se les haya realizado algún procedimiento de Vagotomía para su tratamiento, en el periodo comprendido entre Enero de 1998 al mes de Agosto del 2001.

Se excluyeron a los pacientes que no contaran con expediente completo, menores de 16 años, con patología maligna o que presentarán trastornos de la motilidad gástrica o de malabsorción intestinal.

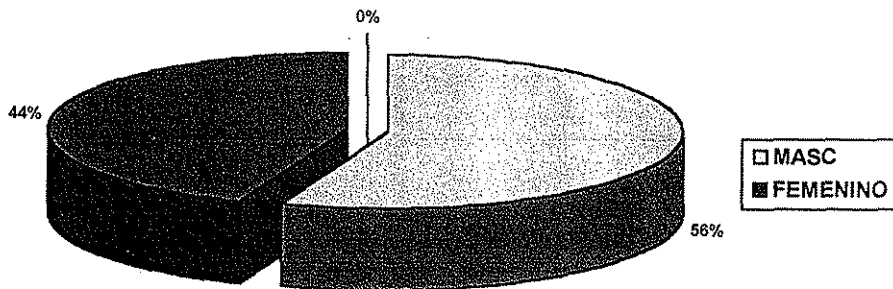
Se registraron los datos por edad, sexo, antecedentes de tratamiento médico, diagnóstico mediante endoscopia, si fue cirugía de urgencia o programada, cuadro clínico prevalente, tipo de Vagotomía realizada y procedimiento de drenaje en caso de ameritarlo, estancia postoperatoria, complicaciones tempranas y tardías, y tipo de reintervención en caso necesario, los que se concentraron en una hoja diseñada para éste método, anexada.

El análisis de resultados se realizó con estadística descriptiva.

RESULTADOS

El universo de trabajo consto de 34 expedientes clínicos revisados, que contaron con todas las características de inclusión de pacientes a estudiar, encontrándose la siguiente distribución por sexos, masculino fueron 19 (56%) y del sexo femenino fueron 15 (44%).

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES POR SEXO



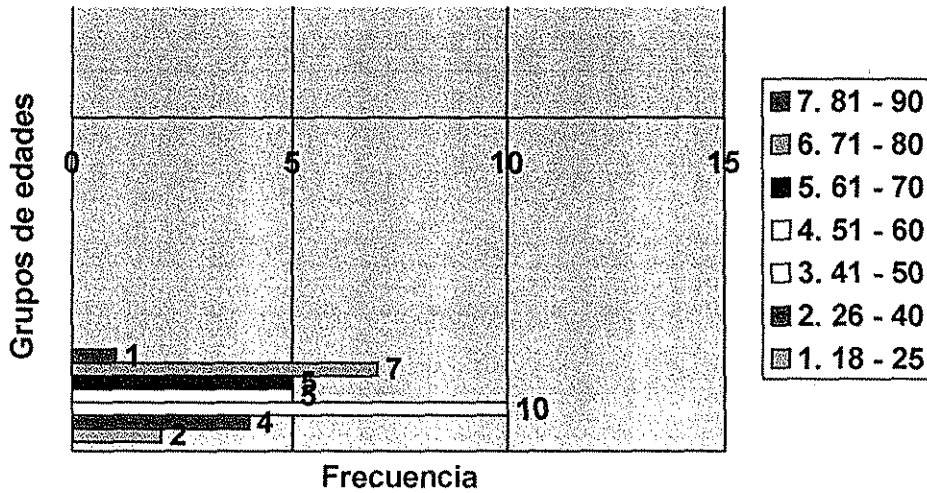
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. Distribución por grupos de edades de los pacientes fueron los siguientes:

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
1. De 18 – 25 años	2	5.8%
2. De 26 – 40 años	4	11.7
3. De 41 – 50 años	10	29.4
4. De 51 – 60 años	5	14.7
5. De 61 - 70 años	5	14.7
6. De 71 - 80 años	7	20.5
7. De 81 - 90 años	1	3

El promedio de edad fue de 51 años, con rango de edad desde 18 a 83 años, siendo el grupo de edad con mayor porcentaje de pacientes de 41 a 50 años, que son pacientes en edad productiva.

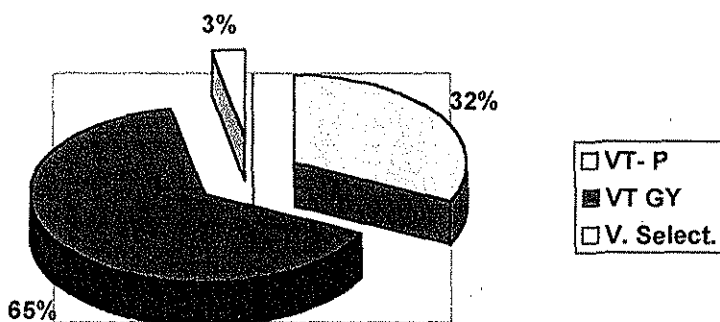
DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES POR EDADES



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

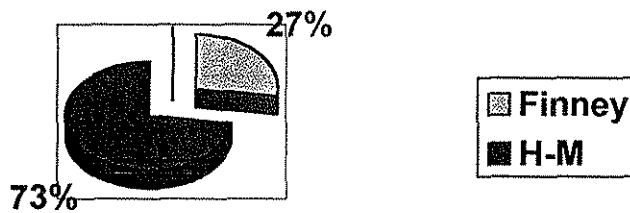
3. DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE VAGOTOMIA, de los cuales hubieron 11 (32%) pacientes a los cuales se les realizó Vagotomía Troncular con piloroplastía, hubieron un total de 22 (62%) pacientes, que fue el grupo predominante, a los cuales se les realizó Vagotomía Troncular con Reconstrucción Gástrica, y solo 1 (3%) paciente con vagotomía selectiva.

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES POR PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EFECTUADO



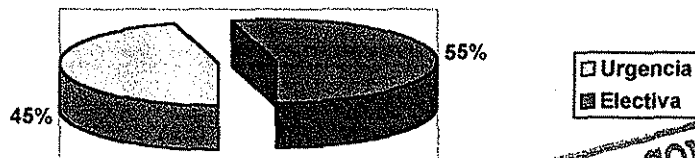
4. A continuación se muestran los procedimientos de piloroplastia que se efectuaron junto con la Vagotomía Troncular, y fueron 3 (27%) procedimientos de Finney, y 8 (73%) de Heineke-Mickulicz, habiendo preferencia marcada por éste último. 2 de los procedimientos de Finney, se efectuaron en pacientes que presentaron perforación a nivel de antro, por la úlcera péptica.

TIPOS DE PILOROPLASTIA



5. De los procedimientos de Píloroplastia 5 (45%) fueron procedimientos de urgencia y 6 (55%) de cirugía programada, siendo casi similares.

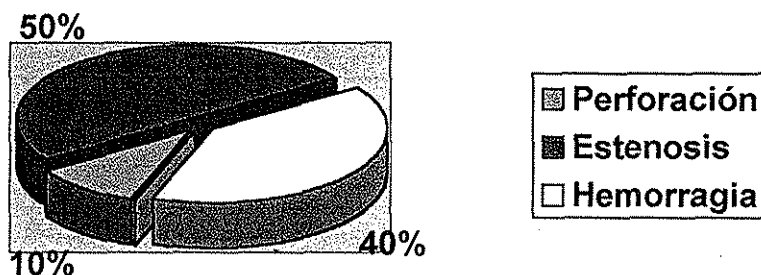
DISTRIBUCION POR CIRUGIA DE URGENCIA



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

6. Dentro de las causas que llevaron a la decisión de realizar algún procedimiento quirúrgico, para el tratamiento de la enfermedad ácido péptica se encuentran las siguientes: 1 caso (10%) fue por PERFORACION 5 (50%) por ESTENOSIS PILORICA y 4 (40%) por HEMORRAGIA, dentro de los casos de hemorragia y perforación fueron los 5 casos reportados como cirugía de urgencia ya mostrada en la gráfica anterior, en los casos de hemorragia en 2 casos se produjo Choque Hemorrágico tipo I, y en 2 Choque Hemorrágico tipo II, por lo que la cirugía fue de alto riesgo. En el caso de perforación, ya tenía el antecedente de habersele realizado hace 2 años, el Procedimiento de Parche de Graham, también por perforación, y volvió a recidivar.

CAUSAS POR LAS QUE SE REALIZO VAGOTOMIA TRONCULAR CON PILOROPLASTIA



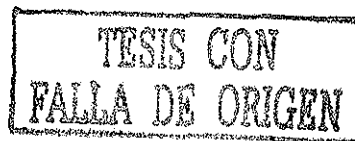
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7. De los 11 pacientes intervenidos quirúrgicamente, solo 2 mostraron síntomas tempranos, y predominó el dumping, el cual se autoremitió en los dos casos con tratamiento médico, a las 3 semanas de postoperados, sin embargo 1 paciente evolucionó hacia la disfagia como complicación tardía, lo que ameritó nuevo tratamiento quirúrgico tipo Gastroyeyunoanastomosis en Omega de Braun, mientras tanto la alimentación fue realizada mediante Nutrición Parenteral Total, éste paciente fue el que tuvo el antecedente de Parche de Graham, que se le realizó Vagotomía Troncular con Píloroplastia tipo Finney, sin embargo la Omega, le produce GASTRITIS POR REFLUJO como complicación tardía.

	Frecuencia	Tipo de complicación	Tratamiento	Antecedentes
Complicación temprana	2 (18%)	Dumping	Médico	Sin importancia
Complicación tardía	1 (9%)	Disfagia Gastritis por Reflujo Alcalino	Quirúrgico. GY Omega de Braun evolución Tórpida, se Realiza, GY En Y de Roux	Paciente intervenido anteriormente con Parche de Graham Apoyo nutricio con NPT

8. DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA DE LOS PACIENTES CON PROCEDIMIENTO DE VAGOTOMIA TRONCULAR CON PILOROPALSTIA

	VT - P H-M Electiva	VT - P Heineke-Mickulicz Cirugía de urgencia	VT-P Finney Urgencia. Perforación	VT- Finney Cirugía Electiva	VT- Finney Se reopera Ant. de Parche de Graham
Número De pacientes	6	2	2	1	1
Días de estancia En promedio	8	8	8	7	62

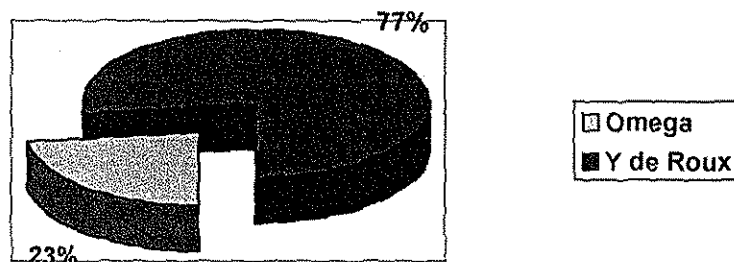


VAGOTOMIA TRONCULAR CON PROCEDIMIENTO DE RECONSTRUCCIÓN GÁSTRICA

9. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON PROCEDIMIENTO DE VAGOTOMIA TRONCULAR CON RECONSTRUCCIÓN GÁSTRICA.

De los cuales a 5 (23%) se les realizó Omega de Braum y a 17 (77%) Gastroyeyunoanastomosis en Y de Roux.

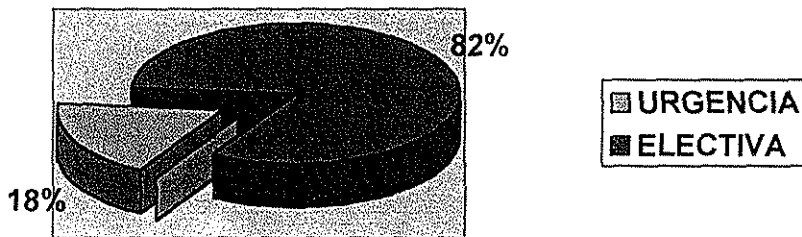
DISTRIBUCION POR RECONSTRUCCION GASTRICA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

10. Distribución de los pacientes de acuerdo a tipo de Cirugía efectuada, de acuerdo a si es de urgencia o electiva. Se efectuaron 4 procedimientos de urgencia y 18 de cirugía programada.

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES DE ACUERDO A TIPO DE CIRUGIA

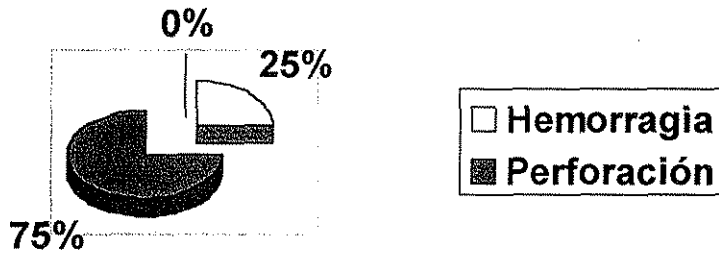


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

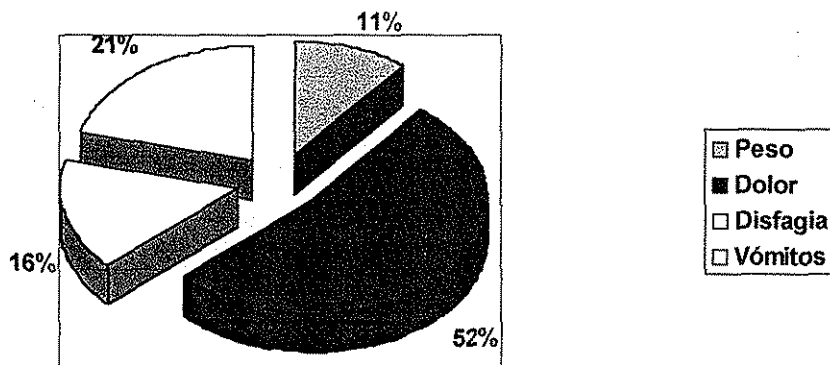
11. En cuanto a la Cirugía de Urgencia las causas son las siguientes: 1 caso fue por hemorragia y 3 por perforación.

CAUSAS DE LA CIRUGIA DE URGENCIA EN CUANTO A RECONSTRUCCIONES GASTRICAS CON VAGOTOMIA



12. Distribución de los pacientes de acuerdo a la sintomatología encontrada:

SINTOMATOLOGIA PRESENTADA



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

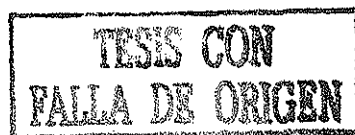
13. En lo referente a las complicaciones se encontró lo siguiente: Dos de los pacientes a los que se les realizó Omega de Braun, presentaron complicaciones tempranas caracterizadas por gastritis biliar, 1 de ellos desarrollo una complicación tardía, agudizándose éste problema así, como pérdida de peso, pirosis y dolor, por lo que se le tuvo que realizar una Y de Roux. 2 de los pacientes a los que se les realizó Y de Roux, presentaron como complicaciones tempranas, dumping, uno se corrigió medicamente y otro desarrolla obstrucción del asa aferente, por lo que se le tuvo que realizar reconstrucción de Y de Roux.

	Número de pacientes	Complicaciones tempranas	Complicaciones Tardías	Tratamiento médico	Tratamiento Quirúrgico
Omega de Braun	2	2 . Gastritis biliar	1. Persiste con gastritis biliar Pérdida de peso	1 paciente mejora con procinéticos	A uno se le Realiza Y de Roux
Y de Roux	2	2 presentaron Dumping	1 desarrolla obstrucción Pérdida de peso	1 mejora con cambios dietéticos	Uno presenta Obstrucción Asa aferente NPT

14. DIAS DE ESTANCIA INTAHOSPITALARIA. Promedio de días de estancia

	Cirugía de urgencia sin complicaciones	Cirugía electiva Sin complicaciones	Complicaciones tempranas	Complicaciones Tardías
Omega de Braun	10	10	15 Por espera De tolerancia A vía oral	55
Y de Roux	10	10	15	55

A todos los pacientes que se estudiaron se les realizó estudio de ENDOSCOPIA reprotándose en el 80% Le Forrest II, con reporte de biopsia negativo a malignidad, el 20% restante, reprotan Le Forrest I, en 5% de los pacientes, se les realizó escleroterapia de úlcera sangrante, no siendo exitosa, por lo que se tuvieron que someter a cirugía.



DISCUSIÓN

El tratamiento quirúrgico para la enfermedad ácido péptica ha disminuido en frecuencia por el empleo de medicamentos antiulcerosos poderosos como los inhibidores de la bomba de protones (3).

Se encontró que la frecuencia de Vagotomías fue de 34 pacientes en un periodo de 44 meses.

Lo cual es una frecuencia baja con respecto al número de pacientes operados, lo corrobora lo dicho anteriormente(1).

En nuestro estudio se observó una frecuencia igual en ambos sexos, el promedio de edad fue de 51 años, que son pacientes en edad productiva, ya que ellos están sometidos a mayor estrés y mayores trastornos alimentarios (5).

La causa principal que conduce a la realización de cirugía es la Estenosis Pilórica, como lo reportado por Stanley (9).

Aunque la literatura mundial reporta que hay mayor número de complicaciones tempranas con los procedimientos de Vagotomía Troncular con Reconstrucción Gástrica tipo Gastroyeyunoanastomosis ya que 20% son graves, 5% son graves y 1% son discapacitantes ameritando 6% reintervención quirúrgica. En nuestro estudio resultó el tipo de Cirugía mayormente empleado., obteniéndose 65% de incidencia, al contrario de la literatura mundial, quizás ésta diferencia sea debida a que la mayoría de los pacientes fueron operados mediante cirugía electiva (16).

En cuanto a complicaciones, se obtiene un porcentaje menor en cuanto a tempranas, ya que fue del 9% y en algunas series se reporta hasta 20%, coincidiendo en que es mayormente el dumping (síndrome de vaciamiento gástrico rápido) y fue similar en cuanto complicaciones tardías ya que fue 3% y en la literatura se reporta 5% ameritando reintervención en éstos casos(17).

La estenosis pilórica al igual que la literatura mundial fue la principal causa de cirugía electiva (75%) y la perforación 50 a 75% fue la principal causa de cirugía de urgencia. También concuerda con lo ya descrito por los libros de cirugía que hasta el 66% de los pacientes que se les realiza la reparación tipo Parche de Graham recidivan, aunque solo 1 paciente tuvo éste antecedente recidivó lo que ameritó transformar la vagotomía con piloroplastia en Reconstrucción Gástrica tipo Y de Roux (11).

CONCLUSIONES

En cuanto a la morbilidad encontrada en éste estudio se encuentra que dentro de las complicaciones tempranas se encuentra el dumping en el 18% de los pacientes con Vagotomía Truncular con Píloropalstia y 9% presentaron como complicación tardía gastritis por reflujo biliar presentando disfagia importante, lo que amerita apoyo nutricional con Nutrición Parenteral Total, reinterviniéndose con Y de Roux. Con un periodo de estancia intrahospitalaria de aproximadamente 65 días.

En los casos de Reconstrucción Gástrica tipo Y de Roux, se encuentra en el 9% dumping en las complicaciones tempranas, y obstrucción de asa aferente en el 3% por lo que se tuvo que reintervenir con reconstrucción de la Y de Roux, en cuanto a la morbilidad de la Omega de Braun, se encuentra en las complicaciones tempranas que el 3% presenta gastritis biliar, que se controla medicamente y el 3% presenta pérdida de peso, por lo que hizo necesario reintervención con Y de Roux, con un periodo de días estancia intrahospitalaria de 55 días.

BIBLIOGRAFIA

1. Hoak BA, Tiley E. Kusminsky R, et al Parietal cell vagotomy for bleeding duodenal ulcers. *Am Surg* 54: 249-252, 1988
2. Bruce E. Tratamiento quirúrgico actual en las úlceras duodenales. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. Cirugía gástrica. Ed. Interamericana. 1992. p 319.
3. Kenneth R. Tratamiento médico de la ulceropatía péptica. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. Cirugía Gástrica. Ed. Interamericana. 1992. p 283.
4. Chiba N. Meta-analysis of Helicobacter pylori eradication trials. *Gastroenterology*. 1989. 100:43.
5. Evoy Denis. Estómago. Schwartz. Principios de Cirugía. Tomo II. McGrawHill. Interamericana. 7ª. Ed. 1999. pp 1272-1273
6. Yeo Charles J. and Zinner Michael. Ulcera duodenal. Zuidema George. Schackelford. Cirugía del Aparato Digestivo. Tomo 2. 3a. Ed. Panamericana. 1995.
7. Dent L. Thomas and Kukora John. Esofagogastrotroduodenoscopia. Schackelford. Cirugía del Aparato Digestivo. Tomo 2.. 3ª. Ed. Panamericana. 1995. pp. 55-62.
8. Rutgeerts, Controlled trial of YAG laser treatment of upper digestive hemorrhage. *Gastroenterology*. 1982. Vol. 83. pp 410-416.
9. Choichi Sugawa. Intervenciones terapéuticas endoscópicas en úlceras duodenales y gástricas sangrantes. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. Cirugía Gástrica. Ed. Interamericana. 1992. pp 301-302.
10. Johnston D. A new look at selective vagotomies. *Am J. Surg* 156:416-427, 1988.
11. Wallam A. Effect of omeprazole and ranitidine on ulcer healing and relapse in patients with benign gastric ulcer. *N. Eng. J. Med.* 1989. 320:69.
12. Sawyers John. Vagotomía y Píloroplastía. Schackelford. Cirugía del Aparato Digestivo. Tomo 2. 3ª. Ed. Panamericana. 1995. pp. 174-82.
13. Johnston David. Ulcera Péptica. Zinner Michael et al. Maingot. Operaciones Abdominales. Tomo I. 10ª. Ed. Panamericana. 1998 pp.876-879.
14. Bruce E. Tratamiento quirúrgico actual de las úlceras duodenales. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. Cirugía Gástrica. Ed. Interamericana. 1992. p. 289
15. Johnston David. Ulcera péptica. Zinner Michael et al. Maingot. Operaciones Abdominales. Tomo I. 10ª. Ed. Panamericana 1998. pp.875
16. Miastien W. Postoperative results of distal partial gastrectomy, selective vagotomy plus antrectomy and selective proximal vagotomy for duodenal ulcers. *J. Surg* 19:708-717, 1989.
17. Stanley W. Ashley. Estómago. Schwartz. Principios de Cirugía. Tomo II. 7ª. ED. McGraw-Hill Interamericana. 1999. p. 1294.

ANEXO

Edad _____ Sexo _____

Hoja de recolección de datos mediante el análisis de expedientes clínicos:

- Antagonistas de los receptores H₂ _____
- Inhibidor de la bomba de protones _____
- Citoprotector de sucralfato _____

Por cuanto tiempo se administraron _____

Endoscopia previa a la cirugía para establecer diagnóstico

- Con toma de biopsia _____ Reporte histopatológico _____

Motivos por los cuales se toma la decisión de realizar un procedimiento quirúrgico

- Cronicidad de enfermedad ácido péptica _____
- Presencia de sintomatología importante _____ Incapacitante _____
- Falta de medicamentos _____
- Hemorragia por úlcera péptica _____
- Perforación de la úlcera _____
- Estenosis pilórica _____
- Estado nutricional _____
- Presencia de endocrinología ulcerogénica _____ Tipo _____

Tipo de vagotomía fue realizada y porque:

- Vagotomía troncular con procedimiento de drenaje _____ sin drenaje _____
- Tipo de piloroplastia que se empleo cuando estaba indicada:
 - Heineke-Mickulicz _____
 - Finney _____
 - Jaboulay _____
- Vagotomía selectiva _____
- Vagotomía altamente selectiva _____



Predilección por procedimientos de Reconstrucción gástrica.

- Billroth I _____
- Billroth II _____

COMPLICACIONES ENCONTRADAS

- Vaciamiento rápido _____
 - Diarrea posvagotomía _____
 - Saciedad temprana _____
 - Síndrome de asa aferente _____
 - Bezoares _____
 - Carcinoma del muñón gástrico _____
- Tiempo de presentación. - _____

Que casos requirió de una reintervención para aliviar complicaciones.

Requirió reintervención quirúrgica _____ de que tipo _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN