

# **Las indicaciones de la cirugía en la úlcera péptica gastroduodenal**

**Dr. EVERARDO ORTIZ DE MONTELLANO \***

**L**A INDICACIÓN de la cirugía en el sujeto ulceroso, es una de las decisiones más difíciles que el médico suele tomar. Se ha establecido la regla de elegir el momento aquel en que el tratamiento médico es incapaz de suprimir el dolor, manifestación preponderante de la enfermedad.

El sujeto que ha acatado íntegramente las indicaciones del tratamiento médico, no plantea grandes problemas, sin duda, la cirugía está indicada en él. Las dificultades surgen en los casos en que la negligencia del enfermo o las circunstancias adversas del medio en que se mueve, hacen imposible la prosecución de un tratamiento médico adecuado; diríamos entonces que es el enfermo y no la enfermedad, lo que es "intratable", y cabe anotar que es el hábito del tabaco el que hace fracasar con más frecuencia la terapia médica y la causa de la precipitación de algunas desiciones operatorias. Es entonces cuando se debe hacer un balance cuidadoso de la situación, exigir del paciente toda la colaboración que le sea posible y advertir que de decidirse por la cirugía, los resultados pueden no ser del todo satisfactorios. En el ulceroso duodenal no complicado, es ésta la única indicación de la cirugía. La úlcera gástrica plantea problemas más delicados, pues la frecuente confusión de diagnóstico con el cáncer, hace peligrosa la perseverancia en el tratamiento médico; ésto, aparte de la posibilidad no totalmente descartada de la degeneración maligna de una úlcera crónica. Estudios estadísticos cuidadosos han demostrado que las posibilidades de aparición del cáncer sobre una lesión ulcerosa, no son mayores que sobre la mucosa gástrica normal y resultaría incomprendible explicarse como las lesiones duodenales nunca "degeneran" si es el factor irritativo crónico la causa

\* Médico Cirujano adjunto de la Unidad de Gastroenterología. Hospital General.

de la mutación. Parece pues difícil aceptar esta posibilidad y el último reducto de esta teoría, es la aparición ocasional de células neoplásicas en el borde de una úlcera por demás benigna. Es pues la dificultad diagnóstica con el cáncer, el principal problema y la causa de que a la úlcera gástrica se le considere un problema eminentemente quirúrgico. Es fácil observar la reducción constante en el número de ulcerosos duodenales que son intervenidos y el aumento notable de la frecuencia con que se interviene al ulceroso gástrico. Un 40% de estos últimos, ha sido intervenido por no haberse podido descartar la presencia de un cáncer; inclusive se ha llegado a la exageración de decir que solo el examen histopatológico de la pieza operatoria, es capaz de despejar la duda.

Un manejo razonable y prudente de este problema, establece las siguientes indicaciones de la cirugía en el ulceroso gástrico: 1. Fracaso total del primer intento de tratamiento médico, 2. Reaparición de los síntomas o profundización del nicho, durante el mismo tratamiento, 3. Reaparición rápida de los síntomas o el nicho radiológico después de un curso de terapia médica, y, 4. Fundada sospecha radiológica o endoscópica de la presencia de un cáncer. Los estudios citológicos han dado resultados contradictorios en la detección del cáncer gástrico y a la fecha, no es posible apoyar solo en ellos, una desición operatoria.

La selección de la operación en la enfermedad ulcerosa no complicada, es problema que se ha simplificado mucho en nuestros días. La gastroenteroanastomosis ha sido descartada por completo, ya que dejaría el problema del cáncer en la úlcera gástrica y sería una amenaza para la aparición de una úlcera gástrica anastomótica en el ulceroso duodenal o gástrico hipersecretor.

La vagotomía complementada con una piloroplastía o una gastroenteroanastomosis, es operación sencilla de hacer, de mortalidad casi nula y de buenos resultados cuando se ha logrado hacer la completa sección de los nervios. Está formalmente contraindicada en el tratamiento de la úlcera gástrica, por no resolver el problema de la confusión con el cáncer. Aplicada al ulceroso duodenal, ha encontrado serios obstáculos para ser catalogada como medida de elección. Los motivos son: a) en el 10 por ciento de los casos, no se logra una denervación completa. b). Existe la posibilidad y al parecer sucede, de la regeneración de fibras colinérgicas, c) Recaídas en 6 al 10 por ciento de los casos, y d). Síntomas atribuibles a la intervención, como son: disfagia, dificultades de vaciamiento gástrico no corregidas por la gastroenterostomía,

paresia intestinal y diarrea intratable. Aunque este tipo de intervención sigue siendo aplicada como de elección por un numeroso grupo de cirujanos y se siguen estudiando sus posibilidades, la tendencia general es la de limitar su uso al tratamiento de la úlcera yeyunal y a adjuntarla a la gastrectomía subtotal en el sujeto con gran hipersecreción.

La gastrectomía subtotal, continúa pues siendo el procedimiento de elección. En el ulceroso duodenal elimina la fase gástrica de la secreción y restringe en forma considerable la fase céfálica, al extirpar alrededor de 70 por ciento de la superficie secretora del estómago. En el caso del ulceroso gástrico, se agrega el hecho de que se elimina la lesión y con ella la posibilidad del cáncer. Esta intervención cuenta sin embargo, con mortalidad algo mayor que la vagotomía y puesto que es una operación mayor, no siempre es posible practicarla en pacientes con trastornos generales de consideración, tales como gran desnutrición, cardiopatía, nefropatía, etc. La mortalidad que acarrea, actualmente cercana al 11 por ciento, depende mucho de las condiciones del paciente, de la localización de la lesión y de la habilidad del cirujano. Las lesiones duodenales dificultan a veces enormemente el drenaje del muñón duodenal y no es excepcional la deshiscencia de suturas a ese nivel. Ocasionalmente son heridos el páncreas o los elementos del pedículo hepático. Estas dificultades hicieron que se propusieran procedimientos de exclusión del antro pilórico (Finsterer), que pronto debieron descartarse por la enorme incidencia de recaídas; la maniobra de Bancroft solucionó este problema y actualmente se le emplea en todos aquellos casos en que el manejo del muñón duodenal resulta peligroso. La menor duda acerca de no haber extirpado toda la mucosa antral, exige el agregado de una vagotomía. La úlcera gástrica yuxtacardial dificulta a veces la confección de la gastroenterostomía por requerir una resección muy alta; el procedimiento de Pauchet resuelve la mayoría de estos problemas.

La morbilidad que sigue a la gastrectomía subtotal no es despreciable, motivo por el cual no debe llegarse a la intervención sin causa plenamente justificada. La recaída ocurre en un 2 por ciento de los casos en que se ha extirpado un 75 por ciento de la superficie gástrica total. La causa de la aparición de la úlcera yeyunal, es primariamente la persistencia de secreción ácida en cantidades importantes y secundariamente la falta de medio alcalino que bañe la boca anastomótica; se creyó que los procedimientos del tipo Billroth I obviarían este inconveniente, pero los resultados han hecho desechar esta idea. A este procedimiento sigue un 8 por ciento de recaídas cuando se aplica al ulceroso duodenal o al

gástrico hipersecretor; el gástrico normo o hiposecretor casi no tiene recaídas con cualquiera de los procedimientos. Esta es la causa de que se empleen de preferencia las operaciones tipo Billroth II.

El llamado "dumping syndrome" o "síndrome de vaciamiento rápido", es uno de los síndromes post-gastrectomía que sigue en importancia al anterior. Solamente lo mencionamos en este lugar, ya que habremos de discutirlo más adelante. Un 40 por ciento de los gastrectomizados no logran recuperar su peso o pierden peso después de la operación; aunque ésto no los incapacita para llevar una vida normal, es motivo de preocupación para muchos de ellos y a veces para el médico. Se ha observado que a veces aumenta la cantidad de grasa eliminada en las heces fecales y se piensa que a esto se debe la reducción del peso corporal; no se tiene explicación satisfactoria para esta esteatorrea. La anemia de tipo macrocítico es rarísima después de gastrectomía subtotal (0.02 por ciento). La microcítica ocurre en cambio, en un 20 por ciento de los operados y en un 10 por ciento llega a constituir un problema serio.

#### CIRUGÍA EN LAS COMPLICACIONES

*Estenosis pilórica.* Es a veces difícil valorar con justicia la situación del sujeto que muestra un síndrome de estenosis pilórica, como complicación de la enfermedad ulcerosa. Se debe tener en cuenta que son varios los factores que condicionan su aparición, y que por lo tanto, su presencia no constituye una indicación quirúrgica absoluta. Suele suceder que el piloroespasmo o el edema inflamatorio que rodea a una lesión situada cerca del píloro, sean las causas de la obstrucción pilórica; un tratamiento médico enérgico y bien conducido, hace desaparecer pronto estos factores y con celo, la indicación operatoria. Solo después de haber fracasado todas las modalidades de terapia médica, se debe hablar de obstrucción orgánica intratable; un concenso de la situación clínica, radiológica y a veces endoscópica debe dictar finalmente la indicación quirúrgica. Establecida esta última y probado que la condición está obstaculizando seriamente la nutrición del paciente, se debe intervenir lo más pronto posible, ya que una espera inútil pondrá al enfermo en peores condiciones cada día y más aún podrá llevárselo a situación de inoperabilidad.

El procedimiento de elección es la resección gástrica subtotal convencional, que en casos de gran dilatación gástrica podrá abarcar el 80

por ciento de la superficie del órgano. En sujetos con mal estado general, incapaces de resistir esta intervención, se puede practicar una simple gastroenteroanastomosis como medida paliativa para mejorar la situación del momento y en un segundo tiempo llevar a cabo la resección radical. Esta segunda operación se hace dentro de los 6 meses siguientes, lapso mínimo dentro del cual puede ocurrir la ulceración secundaria. El resto del problema, se maneja del mismo modo que en el caso de cirugía electiva en el ulceroso. En el raro caso de estenosis cicatrizal en el sujeto de edad avanzada y con hipo o anaclorhidria, la gastroenteroanastomosis puede ser la medida definitiva.

**Perforación.** Esta complicación grave de la enfermedad ulcerosa ha sido tratada de diversos modos en las diferentes épocas. Hasta 1942 este problema se consideró eminentemente quirúrgico y se preconizó la sutura simple de la perforación como el procedimiento de elección, ya que implica el menor trauma quirúrgico para un paciente grave como es éste. A partir de esta fecha, los cirujanos ingleses han propuesto el "llamado tratamiento médico" de las perforaciones, que había sido propuesto antes por Wangesteen para los casos desesperados. Ambos procedimientos: "quirúrgico conservador" y "médico" confrontan problemas serios en el futuro de estos enfermos: reperforación: 5 por ciento, hemorragia masiva: 7 por ciento, obstrucción pilórica: 23 por ciento; reaparición de los síntomas ulcerosos: 69 por ciento de los que 40 por ciento han requerido reoperación. La mortalidad para ambos procedimientos es de cerca del 5 por ciento. El tratamiento médico expone a incurrir en serios errores de diagnóstico que han causado algunas muertes; la sutura simple de la perforación, agrega un 1 por ciento de fistulas duodenales y otras complicaciones post-operatorias atribuibles a la cirugía en sí y no al procedimiento.

Los recursos con que se cuenta actualmente para reparar el estado general del paciente, los antibióticos y las técnicas modernas de anestesia, han permitido abordar el problema desde un ángulo completamente diferente y mejor para el enfermo. La resección gástrica subtotal es practicable en la inmensa mayoría de los casos gracias a estas medidas. No importa el tiempo de evolución del cuadro, el sujeto debe ser rápidamente rehidratado y restituído su volumen sanguíneo circulante, al tiempo que se inicia la terapéutica antibiótica y se instituye un sistema de aspiración gástrica continua. El poner al sujeto en condiciones de operabilidad puede requerir algunas horas, tiempo que no debe ser escatimado mientras se observe mayor progreso en la restitución del paciente. La

urgencia de intervenir es relativa y está condicionada siempre a la situación del enfermo; mientras mejor sea ésta, mayores probabilidades de practicar cirugía radical y menor mortalidad y morbilidad postoperatoria. De no lograrse la restitución del enfermo al grado de hacerlo "operable", estas medidas constituyen el "tratamiento médico" y deberá concretarse el cirujano a observar la evolución del proceso y a encomendar a esta táctica todo el tratamiento. Es raro que esto ocurra; la mayoría de las veces es posible intervenir. Aún así, las condiciones precarias del sujeto, la experiencia escasa del cirujano o lo inadecuado del medio hospitalario en que se desarrollan los acontecimientos, son indicaciones para concretarse a practicar la sutura simple de la perforación. La conducta ideal, cuando se llenan todos los requisitos, es hacer la resección gástrica convencional. La mortalidad que acarrea este procedimiento no es significativamente mayor que cuando se aplica de modo colectivo; es decir de 0 a 3 por ciento. Las secuelas post-operatorias tampoco ocurren en mayor proporción.

Aunque ésta es una buena táctica, es indudable que la mejor, es aquella que individualiza estrictamente cada caso. La edad del paciente, la localización de la lesión, la respuesta a las medidas preliminares de tratamiento médico, las posibilidades de escasa o gran siembra séptica al peritoneo, etc. son otros tantos factores, no poco importantes, que hay que tomar en cuenta en cada caso.

*Hemorragia.* Pocos problemas han sido tan debatidos en el terreno de la gastroenterología, como el tratamiento de esta seria complicación de la úlcera péptica. Las dificultades empiezan desde el momento en que se discute el diagnóstico, ya que con relativa frecuencia, la hemorragia es la primera y la única manifestación de la enfermedad. La posibilidad de tener que intervenir quirúrgicamente para interferir con la hemorragia, es la principal preocupación del médico, pero si el diagnóstico es dudoso pudiera no quedar justificada su intervención o inclusive ser fatal. Afortunadamente se cuenta siempre con tiempo suficiente para practicar estudios que orienten hacia el tipo de enfermedad causante de la hemorragia y poder descartar así, los padecimientos no quirúrgicos. Sin embargo, no es excepcional el caso en que ni la laparotomía logra descubrir el origen de la hemorragia y mucho menos tratarla.

Establecido el diagnóstico seguro o probable de úlcera péptica sanguínea, el siguiente problema es valorar la cuantía de la hemorragia y sus repercusiones sobre el estado general. Hay que recordar que personas con idéntico estado general aparente, pueden mostrar distintas manifestacio-

nes clínicas cuando han perdido cantidades semejantes de sangre; se debe tener presente además, que las condiciones previas del paciente, pueden hacerle más susceptible a sufrir graves consecuencias por una hemorragia de relativa poca consideración, anemia, desnutrición, deshidratación, senectud, etc., son factores que influencian de modo importante este cuadro.

El grado de taquicardia e hipotensión, la aparición de síntomas de choque y las determinaciones de hemoglobina, hematocrito y volumen sanguíneo circulante, son útiles para cuantificar el sangrado. En las primeras 4 horas después de ocurrida la hemorragia, el recuento de eritrocitos y la cantidad porcentual de hemoglobina pueden no estar alterados. En este momento, solo la determinación del volumen sanguíneo circulante, mediante la técnica del T-1824, puede dar datos ciertos acerca de la cuantía de la hemorragia. Posteriormente, la hemodilución compensadora hace bajar las cifras del hematocrito y hemoglobina de modo más o menos paralelo a la cantidad de sangre perdida, a menos que haya pre-existido una anemia. El etiquetar de pequeña o severa una hemorragia, puede ser poco importante si se prescinde del criterio clínico que valore sus consecuencias.

En general las pequeñas hemorragias no deben alterar el ritmo habitual del tratamiento antiulceroso y solamente constituyen una advertencia de que puede ocurrir una mayor. Las moderadas y masivas, plantean un serio problema a la conducta del médico: ¿se debe o no intervenir?, y ¿en qué momento hay que hacerlo?

Conviene recordar que un 30 por ciento de los ulcerosos tienen episodios hemorrágicos de poca trascendencia, que no son índice de la severidad de la enfermedad y que no tienen significación pronóstica. Un 20 por ciento más, tienen hemorragias severas que llevan a la muerte en un 5 por ciento de todos los casos con hemorragias. La impresión que se tienen de que son muchas las posibilidades de repetición de la hemorragia, no es enteramente exacta; solo un 30 por ciento de los que han sangrado masivamente, vuelven a tener episodios importantes. Más parece ser, que a mayor tiempo de evolución de la enfermedad ulcerosa, sean mayores las posibilidades de ocurrir.

Finalmente anotaremos que la mortalidad que causa este accidente es de un 3 a 4 por ciento en sujetos menores de 50 años y de 10 a 15 en los que sobrepasan esta edad; la esclerosis vascular y las defensas generales reducidas del viejo, son seguramente la causa de estas cifras.

Con estos hechos en mente, se debe planear una táctica razonable

a seguir en cada caso. El tratamiento inicial de cualquier hemorragia debe ser "médico". La restitución de la sangre perdida es el primer paso; habitualmente son necesarios de 750 a 1,500 c. c. de sangre para estabilizar la tensión arterial en niveles de seguridad de cuando menos 100 mm. de presión sistólica; es posible que la hemorragia continúe a velocidad menor que al principio y que se haga necesario transfundir más sangre en forma de goteo lento, para mantener la T. A. Si este goteo lento no logra el efecto, seguramente la hemorragia continúa activa o se ha re iniciado. Conviene, al mismo tiempo que se trata la anemia aguda, favorecer la hemostasis a nivel del sitio sangrante; se prefiere pasar al estómago una gruesa sonda de Levine y aplicar succión continua que permita el colapso de las paredes gástricas y aspire el jugo gástrico ácido capaz de digerir el coágulo. El aspirar la sangre derramada a la luz del tracto digestivo, tienen además la ventaja de impedir grandes reabsorciones, causantes de fiebre y ascenso de la urea sanguínea. Además, se tienen en el sifón un indicador de la persistencia o supresión de la hemorragia. La aplicación de drogas favorecedoras de la coagulación sanguínea es de beneficio dudoso.

Si la hemorragia ha cedido a las 24 horas, se retira el sifón gástrico y se administra un régimen antiulceroso más o menos liberal, suficiente para llenar las necesidades calóricas de sostén y reparación del estado general. Conviene agregar neutralizantes a cortos intervalos para evitar la digestión del coágulo, es posible que las drogas anticolinérgicas sean también útiles para lograr reposo motor y secretor del estómago, pero no son aplicables cuando el choque es inminente o está presente.

Cuando la hemorragia no ha cedido a los primeros pasos terapéuticos, o reaparece dentro de las siguientes 72 horas, habrá que pensar en la posibilidad de tener que intervenir a corto plazo. En pacientes de cualquier edad en quienes persiste la hemorragia por más de 24 horas consecutivas, conviene operar desde luego.

En sujetos mayores de 50 años, conviene acortar este plazo a 12 o 18 horas, si se demuestra la presencia de marcada arterioesclerosis, grado apreciable de desnutrición o dificultad de mantener la T. A. con transfusión a moderada velocidad.

Cuando la hemorragia reaparece dentro de las siguientes 72 horas, hay que intervenir en todos los pacientes mayores de 50 años y podrá darse otra oportunidad a sujetos muy jóvenes con buen estado general; en los restantes, habrá que individualizar todavía más el caso. A este respecto, conviene recordar las minuciosas observaciones de Welch y

Finsterer; el primer autor tuvo una mortalidad operatoria de 10 por ciento entre sus pacientes operados dentro de las 48 horas siguientes a la iniciación de la hemorragia y de 54 por ciento entre los operados después de este lapso; Finsterer obtuvo cifras de 5 y 27 por ciento respectivamente. La depleción y deterioro progresivo del sujeto con hemorragia continua, o repetida a cortos intervalos, es seguramente la explicación de estas cifras.

La coexistencia de otras complicaciones de la enfermedad ulcerosa, pueden modificar la actitud terapéutica. No es excepcional el sujeto con hemorragia y perforación simultáneas, en cuyo caso, la intervención deberá hacerse de inmediato. La presencia de estenosis pilórica, puede autorizar cierto grado de precipitación en la desición operatoria, ya que probablemente la cirugía será necesaria de todos modos y por ende resulta menos razonable a aceptar el riesgo de una hemorragia prolongada. El paciente con úlcera gástrica plantea un problema similar al anterior; independientemente de que algunos autores han encontrado mayor mortalidad en sujetos con úlcera gástrica, la posible confusión diagnóstica con el cáncer, puede autorizar conducta más radical. El sujeto que en pleno tratamiento médico tiene hemorragia masiva, probablemente tenga un proceso muy activo y requiera más estrecha vigilancia. El antecedente de otros episodios hemorrágicos severos ha sido valorado de distinto modo por los observadores; la mortalidad que provoca el primer accidente es mayor que la causada por cualquiera de los subsecuentes, pero si se suma la de todos, a la larga resulta mayor en los sujetos con hemorragia recurrente que en los que han tenido un solo episodio. Es por esto que suele tomarse este antecedente como argumento a favor de la intervención inmediata. Es mejor valorar cada episodio por sus propios méritos.

El tipo de operación que se debe practicar es idealmente, aquella que resuelve el problema de fondo, es decir, la gastrectomía subtotal. Cuando la hemorragia está activa en el momento de la intervención habrá que insistir en la resección de la úlcera misma. Esto último, casi siempre es posible cuando se trata de úlcera gástrica, pero resulta difícil o innecesariamente peligroso en casos de úlcera duodenal. En esta situación, conviene ver directamente el vaso sangrante y ligarlo por transfixión, no importando después el dejar la lesión. En raras ocasiones una úlcera duodenal no es accesible a la vista y entonces conviene ligar las arterias gastroduodenal, gastroepiplóica derecha, pancreatoduodenal superior y pilórica con objeto de dejar exangüe la zona sangrante. Es necesario recordar que a menudo coexisten dos o más lesiones ulcerosas en duodeno,

estómago, o estómago y duodeno; en estos casos hay que hacer una gastroduodenotomía que permita comprobar el origen de la hemorragia y actuar en consecuencia.

Cuando las condiciones generales del paciente no permiten practicar una operación radical habrá que concretarse a suprimir la hemorragia. El procedimiento de elección es la excisión de la úlcera; cuando por razones técnicas esto no es fácil, la ligadura o electrocoagulación del vaso sanguíneo pueden ser suficientes. Las ligaduras vasculares a distancia son de resultados inciertos y deben relegarse como último recurso.