

Vaguetomía Altamente Selectiva en el Tratamiento de la Úlcera duodenal perforada

*Dr. Juan J. Pucci Coronado***
*Dr. Juan Arce Villalobos*****
*Dr. Marco V. Bolaños Escalante****
*Dr. Manuel Obando Venegas***
*Dr. Arnoldo Fernández Soto******
*Dr. Jorge Aguilar Alvarez****

RESUMEN

Se analiza el resultado obtenido en seis pacientes con úlcera duodenal perforada a los cuales se les practicó cierre de la perforación y vaguetomía altamente selectiva en un sólo tiempo.

Insistimos en el tratamiento quirúrgico definitivo en pacientes con úlcera duodenal crónica perforada, cuyas condiciones locales y generales lo permitan; y creemos que este tipo de operación es la que más se acerca a la ideal.

El resultado post operatorio y estado actual ha sido excelente en todos los casos, con confirmación endoscópica de la cicatrización de la úlcera; sin embargo; el tiempo transcurrido aún es corto y éste no es más que una comunicación preliminar.

A pesar de la corta experiencia, los resultados son muy halagadores y debemos recomendarla por ser un procedimiento de muy baja morbimortalidad que intenta resolver en una sola intervención la complicación y el padecimiento de fondo del paciente.

INTRODUCCION

La úlcera duodenal perforada continúa siendo un reto a la destreza y juicio del cirujano general.

Este tipo de complicación se presenta en un 1 a 2% de pacientes portadores de

úlcera duodenal, predominantemente en hombres entre la cuarta y sexta década de la vida y durante los días de trabajo. Las dos terceras partes han presentado síntomas en forma crónica y de éstos, el 50% notará una exacerbación prodrómica antes de la perforación (1-6).

El tratamiento no quirúrgico es aun usado en casos muy especiales como en pacientes con enfermedades interrecurrentes en que la intervención equivale a una ejecución, y aun en éstos casos la operación es mandatoria si no hay mejoría significativa en las próximas 12 a 24 horas (4-7-18). Algunos creen que esta conducta también puede seguirse en los pacientes con úlceras "agudas" perforadas, ya selladas. Sin embargo, debemos insistir en que la perforación de una úlcera casi invariablemente significa un evento catastrófico y necesita tratamiento quirúrgico de urgencia.

Para éste existen dos alternativas: la primera consiste en el cierre de la perforación, tratamiento clásico de esta complicación, practicado con el fin fundamental de salvar la vida del paciente; y la segunda el practicar alguna de las muchas operaciones definitivas para el tratamiento de la úlcera péptica duodenal (7-8-9-10-11-13-17).

La decisión depende de tres consideraciones:

- a) La primera es la cronicidad de la enfermedad. Recordemos que un tercio de los pacientes han presentado

*Trabajo presentado en el XLIV Congreso Médico Nacional.

**Residentes de Cirugía General, Hospital México, C.C.S.S.

***Asistente de Cirugía General No. 2, Hospital México, C.C.S.S.

****Jefe de Clínica Servicio Cirugía General No. 2, Hospital México, C.C.S.S.

*****Jefe Servicio Cirugía General No. 2, Hospital México, C.C.S.S.

síntomas durante menos de un mes antes de la perforación.

En estos pacientes el cierre de la perforación es suficiente, puesto que el 70% no tendrán más síntomas, el 10% los tendrá en forma leve, y únicamente el 20% requerirá de una segunda operación definitiva.

En contraste, cuando se trata de una úlcera crónica, después del cierre de la perforación sólo el 20% permanecerán asintomáticas y entre el 40 y 60% necesitarán de una segunda operación; aumentando este porcentaje en pacientes del sexo masculino entre los 40 y 60 años de edad (1-6-14-15).

Todo esto nos conduce a concluir que lo ideal en estos pacientes es practicar una operación definitiva de primera intención.

- b) El segundo factor es el grado de contaminación peritoneal. Aunque sabemos que la peritonitis se acentúa conforme aumenta el intervalo entre la perforación y el momento del tratamiento, no es apropiado el escoger éste de acuerdo a parámetros arbitrarios de tiempo previamente fijado. Creemos que el cirujano debe hacer su decisión de acuerdo al aspecto de la cavidad abdominal en el momento de la laparotomía. La presencia de peritonitis severa o absceso contraindican la cirugía definitiva.
- c) La última consideración es en relación a las condiciones generales del paciente, pre y transoperatorias y a la experiencia del cirujano. Obviamente la presencia de enfermedades asociadas que signifiquen riesgo quirúrgico elevado, la presencia de shock séptico, etc. contraindican el practicar una cirugía prolongada, limitando al cirujano a realizar únicamente el cierre de la perforación.

Una vez seleccionado el caso para cirugía definitiva inicial, debemos entonces escoger qué tipo de operación iremos a practicar. Con este fin se han usado fundamentalmente la vagotomía truncal con antrectomía y la vagotomía con derivación. La primera con mayor índice de morbimortalidad quirúrgica, pero con mínima recurrencia ulcerosa y la segunda con menos morbimortalidad pero

con mayor recurrencia (8-9-10). Ambas con secuelas tardías similares, y ninguna llegándose a constituir como una operación ideal, que supone es aquella que prácticamente no tenga mortalidad, no produzca síntomas gástricos postoperatorios y proteja al paciente de una úlcera recurrente.

Durante la última década a través de la popularización de la vaguectomía altamente selectiva nos hemos acercado cada vez más a éstas últimas condiciones ideales, y es así como recientemente se comienza a aplicar la misma en la úlcera duodenal perforada (5-11-12-17).

MATERIAL Y METODOS

En el Servicio de Cirugía General No. 2, del Hospital México, C.C.S.S., en un período de un año comprendido entre diciembre de 1978 y noviembre de 1979, hemos tenido la oportunidad de tratar 6 pacientes con úlcera duodenal crónica perforada con este método.

Todos fueron pacientes del sexo masculino, entre 17 y 36 años de edad (con un promedio de 27 años). Todos eran portadores de un síndrome ulceroso crónico, con síntomas entre 3 meses y 10 años de duración (12 meses de promedio), y ninguno se encontraba siguiendo tratamiento médico riguroso en el momento de la perforación. No se presentó enfermedad médica concomitante que contraindicara un tiempo quirúrgico prolongado.

El tiempo de evolución entre el momento de la perforación y la laparotomía varió entre 8 y 72 horas, con un promedio de 29 horas, factor que no hemos considerado como contraindicación para este tipo de intervención.

La operación consistió en el cierre de la perforación practicándose a continuación una vaguectomía altamente selectiva con la técnica clásicamente descrita por sus máximos precursores: Amdrup, Goligher, Johnston y Jordan (9-11).

Todas las úlceras se encontraban en la cara anterior de la primera porción del duodeno y en ningún caso se practicó resección de la misma. En algunos pacientes el exudado peritoneal dificultó la visualización de las fibras del nervio de Latarjet, sin que esto fuera de importancia esencial mientras se tuviera el cuidado de realizar la disección a lo largo de la curvatura menor

cerca de la pared gástrica; por lo cual creemos que el grado de contaminación por sí no contraindica la intervención.

El tiempo operatorio cursó entre 1:30 horas a 3:30 horas, con un promedio de 2:10 horas, obviamente dependiendo éste de las condiciones técnicas locales y de la experiencia del cirujano.

Todos los pacientes han sido controlados periódicamente hasta la actualidad, con los resultados que veremos a continuación.

RESULTADOS

No tuvimos mortalidad operatoria y el curso post operatorio inmediato fue excelente, con una estancia hospitalaria promedio de 7 días.

Como morbilidad quirúrgica, únicamente se presentó la infección de la herida quirúrgica en un paciente; ninguno ha requerido de reoperación por úlcera recurrente ni otras complicaciones post operatorias tempranas ni tardías.

Cuatro pacientes tienen doce meses de evolución después de la intervención, uno diez meses y finalmente uno cuatro meses. Únicamente un paciente ha presentado sensación de plenitud post prandial. En ninguno se han presentado otros síntomas post operatorios tardíos descritos, como diarrea, disfagia, síndrome de vaciamiento rápido, vómitos o dolor.

Todos los pacientes han sido sometidos a control endoscópico reciente, encontrándose un 100% de cicatrización de la úlcera y todos se encuentran reincorporados a sus labores habituales desde hace varios meses.

COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Exceptuando aquellos casos con úlceras agudas perforadas y selladas y aquellas con altísimo riesgo quirúrgico, la úlcera péptica perforada es de tratamiento fundamentalmente quirúrgico (7-20).

En el primer grupo de pacientes se recomienda efectuar una gastroduodenografía con un medio de contraste hidrosoluble para tratar de definir si la perforación se encuentra ya sellada (4-18).

Cuando el paciente no tiene síndrome ulceroso previo o éste es de corta evolución el simple cierre de la perforación es tratamiento suficiente para el 80% de los casos.

Sin embargo, cuando el padecimiento es crónico, de un 40 a 60% necesitarán de una segunda intervención definitiva, sobre todo en hombres entre los 40 y 60 años de edad, según varios estudios (1-6-7-14-15-16-19).

Estas cifras han impulsado a muchos a practicar cirugía definitiva desde el momento del accidente con el propósito de ahorrarle al paciente, una segunda intervención.

Obviamente, que en aquellos pacientes con riesgo quirúrgico muy elevado por enfermedades médicas asociadas, la presencia de absceso intraabdominal o shock, el fin del tratamiento quirúrgico debe ser fundamentalmente el salvarle la vida al paciente a través del cierre de la perforación, estando contraindicada la cirugía prolongada.

Cuando se ha seleccionado el caso a través de los parámetros anteriores para practicar una operación definitiva en el momento de la perforación, debemos escoger qué tipo de tratamiento quirúrgico es el más indicado (2-13-19).

La evolución de este tipo de terapéutica ha consistido inicialmente en la gastrectomía sub-total, posteriormente en la vagotomía troncal y antrectomía y finalmente en la vagotomía con un procedimiento de drenaje con la esperanza de alcanzar una operación más segura con menos síntomas post operatorios tardíos. Sin embargo, muchos estudios han demostrado una mayor recurrencia ulcerosa sin que se lograran disminuir las secuelas post operatorias a través de este último tipo de intervención. Fue hace alrededor de 10 años que Amdrup y Johnston describieron la vagotomía gástrica proximal sin drenaje en pacientes con úlcera duodenal y hasta hace pocos años ha sido aplicada por múltiples autores en la úlcera perforada. Su mínima morbimortalidad quirúrgica, sus pocas secuelas tardías y su adecuada protección contra la úlcera recurrente la han popularizado (5-11-12-17).

Su contraindicación fundamental es la obstrucción pilórica y algunos casos de obesidad extrema que hagan técnicamente insegura la operación. Hemos aplicado esta técnica durante el último año con nuestros pacientes perforados de úlcera duodenal y les hemos comunicado nuestros halagadores resultados.

Estamos conscientes de que el tiempo transcurrido aun es corto y ésto es únicamente una comunicación preliminar; sin embargo, la impresión es que esta operación es la más fisiológica y más segura alternativa en el tratamiento de la úlcera duodenal perforada.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- COUTSOFTIDES, T. and HINAI, H.S.: Perforated Gastroduodenal Ulcers; Factors Affecting Morbidity and Mortality and the Role of Definitive Surgery. *Am. J. Surg.* 132: 575, 1976.
- 2.- DONOVAN, A. J.; VINSON, T.L.; MAULSBY G. O. and GEWIN J. R.: Selective treatment of duodenal ulcer with perforation. *Ann. Surg.* 189: 627, 1979.
- 3.- FELDMAN, S. D. et al.: Review of elective surgical treatment of Chronic duodenal ulcer. *World. J. Surg.* 1: 9, 1977.
- 4.- GRECO, S. and CAHOW, E.: Alternatives in the management of acute perforated duodenal ulcer. *Am. J. Surg.* 127: 109, 1974.
- 5.- HEDEUSTEDT, S.; LUNDQUIST, G. and MOBERG, S.: Selective proximal vagotomy in the treatment of duodenal ulcer. *Acta. Chiv. Scand.* 138: 591, 1972.
- 6.- JARRETT, F. and DONALDSEN, G.: The ulcer diathesis in perforated duodenal ulcer disease. *Am. J. Surg.* 123: 406, 1972.
- 7.- JORDAN, G. and DE BAKEY, M.: Surgical management of perforated peptic ulcer. *Ann. Surg.* 179: 628, 1974.
- 8.- JORDAN, P.H.: A following report of a prospective evaluation of vagotomy-pyloroplasty and vagotomy antrectomy for treatment of duodenal ulcer. *Ann. Surg.* 180: 259, 1974.
- 9.- JORDAN, P.: An interim report on parietal cell vagotomy versus selective vagotomy and antrectomy for treatment of duodenal ulcer. *Ann. Surg.* 189: 643, 1979.
- 10.- JORDAN, P.H. and CONDON, R.E.: A prospective evaluation of vagotomy pyloroplasty and vagotomy-antrectomy for treatment of duodenal ulcer. *Ann. Surg.* 172: 547, 1970.
- 11.- JORDAN, P.H.; HENDENSTEDT, S.; KOROMPAL, F. and LUNDQUIST, G.: Vagotomy of the Fundic Gland Area of the Stomach without Drainage; a Definitive Treatment for Perforated Duodenal Ulcer. *Am. J. Surg.* 131: 523, 1976.
- 12.- JORDAN, P. and KOROMPAL, F.: Involvement of a new treatment for perforated duodenal ulcer. *Surg. Gin. and Obst.* 142: 391, 1976.
- 13.- KIRKPATRICK, J.R.: The role of definitive surgery in the management of perforated duodenal ulcer disease. *Arch. Surg.* 110: 1016, 1975.
- 14.- MARK, J.B.: Factors influencing the treatment of perforated duodenal ulcer. *Surg. Gin. and Obst.* 129: 325, 1969.
- 15.- McDONOUGH, J.: Factors influencing prognosis in perforated peptic ulcer. *Am. J. Surg.* 123: 411, 1972.
- 16.- NEMANICH, G. and NICALOFF, D.: Perforated duodenal ulcer; long term Followup. *Surg.* 67: 727, 1970.
- 17.- SAWYERS, J. and HERRINGTON, L.: Perforated duodenal ulcer managed by proximal gastric vagotomy and suture plication. *Ann. Surg.* 185: 656, 1976.
- 18.- SAWYERS, J.; HERRINGTON, J.L. et al.: Acute perforated duodenal ulcer. *Arch. Surg.* 110: 527, 1975.
- 19.- SKARSTEIN, A. and HAISAETER, P.: Perforated peptic ulcer: A comparison of long term results following partial gastric resection or simple closure. *Br. J. Surg.* 63: 700, 1976.
- 20.- WANGENTEEN, S.L., NRAY, R.C. and GOLDEN, G.T.: Perforated Duodenal Ulcer. *Am.J.Surg.* 123:538, 1972.

Cuadro No. 1
**VAGUECTOMIA ALTAMENTE SELECTIVA
 EN ULCERA PERFORADA**

No.	Sexo	Edad	Tiempo evol. sind. ulceroso	Tiempo evol. perforación	Morbilidad. quirúrg.	Síntomas tardíos	Ulcera cicatrizada	Tiempo evolución
1	Masc.	27	10 a.	12 hrs.	No	Plenitud post-prand.	Sí	12 m.
2	Masc.	24	3 m	24 hrs.	No	No	Sí	12 m.
3	Masc.	36	4 m	72 hrs.	No	No	Sí	12 m.
4	Masc.	17	3 m	8 hrs.	No	No	Sí	12 m.
5	Masc.	32	6 m	8 hrs.	No	No	Sí	10 m.
6	Masc.	27	8 m	48 hrs.	Infec. herida	No	Sí	4 m.