

## Tratamiento Quirúrgico de las Úlceras Gastro Duodenales

Por el Dr. CARLOS FLORES

El tratamiento quirúrgico de las úlceras gastro-duodenales forma parte del vasto capítulo de la cirugía del aparato digestivo, al que se le ha consagrado siempre un estudio muy profundizado y detallado, dado el interés que han despertado en todo tiempo las diversas concepciones de etiología, patogenia, evolución clínica y los diferentes métodos de tratamiento médico-quirúrgico que se han implantado, cada uno de los cuales tiene su parte activa *en* su suceso; y su parte pasiva en sus fracasos.

La frecuencia abundante de esta enfermedad, como también la deficiencia de métodos para curarla, ha motivado una renovación constante de sus innumerables métodos y forma para tratarla; lo que hizo pensar que la terapéutica de lucha contra esta enfermedad, no fuera exclusivamente médica ni mucho menos ampliamente quirúrgica: sino que se llegara a una conclusión arbitraria, considerando a la enfermedad ulcerosa como a una **enfermedad!** general, en la que dados sus diferentes aspectos clínicos y anatómo patológicos no cabría una simple terapéutica médica; desdeñando el interés quirúrgico de su acción, sino que su tratamiento dependería de una estrecha colaboración médico-quirúrgica como lo veremos más adelante, y es verdad tan cierta esta íntima armonía, que Dieulafoy, Cruveilhier y otros la habían comprendido, así expresando con nitidez las normas de conducta para su tratamiento.

Pero si nos preguntamos ¿por qué existió o existe aun esa diferencia cuando se trata de abordar este problema tan interesante?, la respuesta es muy simple: ella es debida a la ignorancia que reina todavía sobre la causa de esta enfermedad. Así, para muchos, las úlceras gastro-duodenales representan una entidad de causa local; para otros, ellas forman parte de una enfermedad general: enfermedad ulcerosa; para los primeros, tratarla como enfermedad lo-

---

posible y drenar no ha perdido su prestigio, si antes dio el solo tan brillantes éxitos ahora los da **mayores** asociado a este bendito medicamento.

Aconsejan los cirujanos de mayor experiencia no atenerse exclusivamente a la solución dejada en la cavidad y a las Inyecciones sino además colocar otro tubo en la extremidad superior de la **incisión** para a través de él inyectar solución de sulfanilamida tantas veces cuantas se crea conveniente. Después de haber ensayado\* diversos títulos de solución se ha llegado a la conclusión que la mejor es la del 8 %.

localizada en esta parte del tractus digestivo; nada más simple que un tratamiento quirúrgico amplio. Y para los otros la enfermedad ulcerosa no se localiza en el tractus digestivo, dicha localización sería una complicación e indicaba un tratamiento general, médico bien entendido, y reservaban la cirugía para dichas complicaciones. La evolución de la clínica en lo que se relaciona al concepto cada día más elevado sobre las úlceras gastro-duodenales, de una parte; la introducción de nuevos métodos de investigación científica, puestos a la orden del día actualmente; han hecho variar ampliamente la orientación que se le debe dar al tratamiento quirúrgico de esta enfermedad.\*

Dejando al margen la cuestión del tratamiento médico, de él sólo diremos, como refería uno de mis maestros cuando se hablaba de este problema: "se ha hecho mucho y se ha avanzado poco," y con un espíritu profundamente convencido, afirmaba que era la cirugía la que pagaba mejor tributo cuando se discuten aisladamente la terapéutica de ellas.

Refiriéndose al tratamiento quirúrgico y siguiendo los principios sentados por la escuela francesa, que ha estudiado muy profundamente los diferentes métodos de técnicas quirúrgicas, que al lado de la clínica han creado una orientación nueva en el dominio de la terapéutica quirúrgica de las úlceras gastro-duodenales, yo quiero, en esta exposición de ideas sobre los métodos imaginados y basados todos en las estadísticas que cada uno de los cirujanos han presentado en los congresos y en las reuniones científicas de gastro-enterología; presentarles, no mi opinión personal puesto que ella carece de larga experiencia, sino mostrarles los trabajos realizados durante estos últimos años y cuáles son las conclusiones que de ellos se han obtenido y ante todo decirles que nada nuevo se ha creado; si bien los cirujanos experimentando los métodos clásicos como un medio, los concilian para llegar a una finalidad más franca, categórica y sistematizada; por si muchos hacen pensar que la gastro-enterostomía simple sería un método que se adapta mejor como medio terapéutico de curación de las úlceras gastro-duodenales; otros la toman como tratamiento paliativo, que no satisface en nada las nuevas, orientaciones de la cirugía gástrica y que expone a graves complicaciones; reemplazándolo por la gastrectomía —método seguro radical en mano de cirujanos experimentados da una mínima mortalidad y que expone muy raras veces a complicaciones post-operatorias.

*Método quirúrgico en el tratamiento de las úlceras gastro-duodenales.*—Yo no quiero extenderme en esta exposición para describir con amplitud de detalles las indicaciones de esta clase de cirugía; sólo diremos que ellos derivan del sitio de la úlcera, de su evolución y de la evolución del tratamiento médico.

¿Cuáles, son los métodos adaptados para luchar contra esta enfermedad ulcerosa? La respuesta es muy simple; ella deriva de

los resultados obtenidos por los diferentes cirujanos. Mientras los unos, netamente conservadores, contemporizan con los más económicos métodos de derivación o de exclusión, que para ellos presenta una baja mortalidad post-operatoria, al contrario, para los otros, sería considerado el problema en otros sentido, no el tratamiento paliativo, sino un tratamiento radical; las resecciones amplias y las gastrectomías.

Cada uno expone sus razones basándose en los caracteres físicos, patológicos y anátomo-clínicos de las úlceras gastro-duodenales.

Para nosotros sería muy largo exponerlos todos, y sólo me li-mito a citar algunos de ellos, insistiendo sobre los, dos métodos que rigen actualmente la cirugía gastro-intestinal: la gastro-entero-anastomosis y la gastrectomía.

Los muchos métodos quirúrgicos de la cirugía gástrica, los dividiremos en dos grupos:

Los unos, que se pueden llamar métodos indirectos, y son los métodos de derivación y de exclusión. Los otrosí, que podemos llamarlos directos, y son los métodos de resección.

*Entre los métodos indirectos*, tenemos los métodos de derivación.

Los métodos de derivación tienen por único objeto, como su nombre lo indica, derivar el curso del jugo gástrico hiperácido, de manera que ponga la úlcera en reposo. *La yeyunostomía*, método aplicado sobre todo en las úlceras del duodeno y la gastroentero-anastomía.

La gastroenteroanastomosis aparece como un método ideal de derivación, al que le consagran su fidelidad muchos cirujanos, que la consideran como una operación benigna que lo más a menudo, da muy buenos resultados. Si ella no trae la curación de la úlcera, permite, dentro de ciertas condiciones, un tiempo preparatorio para una gastrectomía.

Además, presenta *sus* indicaciones. Si para unos es el tratamiento ideal de la cirugía gastro-duodenal, para otros es un simple tratamiento paliativo. Pero esita cirugía especializada tiene sus indicaciones imperdonables; úlceras cicatriza dais estrechando el piloro —en la úlcera duodenal, cuando ella está en estado de actividad y sobre todo en los casos de úlceras callosas, extremadamente adherentes, y en fin cuando el estado general del sujeto no permite hacer una gastrectomía (fu-era de los casos de urgencia: perforación o hemorragia).

*Métodos de exclusión.*—*la*, exclusión tiene una pretensión bastante teórica; además de la simple derivación, actúa poniendo la úlcera perfectamente al abrigo del quimo hiperácido. Pero, como la procedente, expone a las complicaciones postoperatorias, úlcera péptica.

Esta exclusión se puede realizar de varias maneras; enfundamiento de la úlcera; bloqueo del piloro -y sección del piloro. Todavía

ella puede ser más amplia, no como sección, sino como asociada a una resección, *la gastrectomia*. Este último método es eminentemente superior a la exclusión simple y encuentra su indicación muy justificada en el caso de úlceras inextirpables por sus adherencias; en las úlceras terebrantes es más fácil y menos grave que la resección amplia.

*Método de resección.*—En Este grupo entran todos los métodos de ataque directo de la úlcera contribuyendo a su exéresis, sea por excisión local, sea por destrucción in situ, sea por ablación segmentaria del tractus dañado.

*La simple excisión.*—Operación, fácil, que es reservada a úlceras especiales por su sitio y movilidad. La cauterización, operación de Balfour, en boga durante muchos años, ha caído en desuso.

Las excisiones segmentarias ellas comprenden las duodenectomías y las gastro-duodenectomías.

Las duodenectomías son operaciones difíciles y graves; muchos cirujanos americanos han obtenido un gran suceso, sobre todo Judd. Las gastroduodenectomías, son. resecciones más extendidas, del lado del estómago y limitadas del lado del duodeno según el territorio de la úlcera. Según su colocación, la técnica de la gastroduodenectomía es bien reglada y da una débil mortalidad.

Las resecciones amplias, las gastrectomías; sin ocuparnos de las pilorotomías y pilorogastrectomías que forman parte de las, gastrectomías parciales que son métodos de indicación bien relativa y que forma parte del cuadro de las gastrectomías. La gastrectomía amplia parece una operación ideal, pues ella se adapta mejor a la concepción moderna de las úlceras gastroduodenales, si no cura casi siempre, ella da menor porcentaje de mortalidad, y expone a lo menos la úlcera péptica; precisar sus indicaciones, sería, superfluo. Representa para muchos cirujanos el tratamiento ideal,, al cual se le añade muchas veces la gastro-enterostomía.

Resecar un estómago no es cosa difícil, refería un cirujano eminente; lo más difícil es aplicar esta resección en los casos que convenga, para obtener un mínimo de mortalidad y mayor seguridad de éxito. Luego para aplicarla en los casos que son justificables de este tratamiento, está el criterio del cirujano y a su habilidad manual, no se puede imponer tal o cual método; cada cirujano debe emplear la técnica que le parezca más apropiada a cada caso.

Después de haber analizado rápidamente todos los métodos que existen como medio de tratamiento quirúrgico de las úlceras gastro-duodenales, la experiencia ha demostrado que sólo dos merecen tomarse en cuenta y es de ellos de los que me ocuparé ampliamente:

La gastro-entero-anastomía y la gastrectomía.

Voy a exponer claramente la situación tal como se ha presentado en las reuniones anuales o mensuales de la Academia de Ci-

rugía o de la Sociedad de Gastro-enterología de París; en el Congreso de Cirugía en lengua francesa, reunido en París en 1928, se discutió sobre los resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico de las úlceras duodenales.

El profesor O'Kinczic, planteó su punto de vista sobre el tratamiento quirúrgico de las úlceras duodenales y expresó que en el estado actual de circunstancias, por el hecho de no tenerse una noción neta de la causa de las úlceras, su tratamiento quirúrgico quedaba limitado a un simple tratamiento paliativo y aún .más, dice el expositor, que si consideramos a las úlceras digestivas como formando parte de un todo, que es la enfermedad ulcerosa, más podríamos aplicar una terapéutica local a una enfermedad general, que tiene como punto de partida probablemente el estómago y en el que las localizaciones duodenales o yeyunales no serian sino complicaciones. En tal circunstancia, dice el autor, en los casos de úlcera duodenal el tratamiento lógico y racional es atacar el estómago; y, de otra parte, todos los métodos ideados no pueden hacer otra cosa que modificar las condiciones locales de una enfermedad probablemente general (es decir, la autodigestión). En fin, el autor presenta una estadística de sus largos años de experiencia, con un porcentaje de mortalidad de 7.67 % de enfermos operados.

Desde el año 1907 a 1927.

Divididos así:

Sobre 147 resecciones, 78.56 de buenos resultados; y para, gastro-yeyunostomías, 65 % de buenos resultados.

Su conclusión era la siguiente: si se desconoce la causa de la enfermedad ulcerosa, el tratamiento quirúrgico será únicamente paliativo. Tratándose de una úlcera duodenal, no debemos contentarnos con una simple gastro-yeyunostomía; sería cuestión de ensayar métodos más amplios, siendo la antrectomía, la resección amplia, el tratamiento más eficaz de la úlcera del duodeno.

Delore, de Lyon, discute la opinión del profesor O'Kinczic y encuentra en la gastro-duodenectomía la operación a escoger, porque da al mayor porcentaje de resultados lejanos dejando la gastro-enterectomía en segundo plano. En fin, Pauchet concluye como loa dos precedentes; y dice: la gastro-enterectomía cura dos tercios de enfermos; la gastrectomía cura 75 %, y agrega: el único defecto de la gastrectomía es de necesitar una técnica correcta, que se obtiene por medio de la experiencia. Leriche sostiene que las úlceras todas tienen una tendencia a la cicatrización natural, salvo las úlceras perforadas que serían justificables de la resección; luego, él es partidario de la gastro-enterostomía en todos los casos de úlceras del duodeno.

Como vemos, en esta cuestión el debate es interminable, sin poder obtener conclusiones definidas, pues si los unos preconizan las intervenciones indirectas gastro-entero-anastómicas; para otros la gastrectomía sería el procedimiento a escoger en caso de las úl-

ceras gastr-duodenales. Para ilustraros más sobre la orientación del tratamiento quirúrgico de las úlceras gastro-duodenales, voy a recorrer, brevemente, la exposición estadística de los **cirujanos** y de los médicos franceses en las reuniones de la sociedad de Gastroenterología de París, de 1932, en las que los expositores demuestran cada uno con sus estadísticas y sus métodos operatorios diferentes, sus resultados obtenidos; **que** se inclinan los unos a la gastro-enterostomía y los otros hacia la gastrectomía si cada vez. que encuentren una úlcera gastro-duodenal.

Luego agregaré el debate de los médicos, que igualmente señalan sus estadísticas y los resultados obtenidos con **el** tratamiento médico, e inclinándose muchos de ellos por el tratamiento quirúrgico, sin discusión. Muchos de los cirujanos **franceses** y los más eminentes han presentado sus estadísticas a las reuniones quincenales de la Sociedad, de Gastroenterología de París, en sus sesiones *del* año **1932**.

Citemos entre ellos a Charrier Desmaret, Robineau Bergeret, Gosset **Deplats**, Puig Gureda, Baumgartner, Gatellier, O'Kinczic y Lambret.

Los unos, como Gosset Deplats, Robineau **Bergeret**, **Charrier** y Baumgartner son más rígidos en sus conclusiones, declarándose partidarios fieles; unos de la gastro-enterostomía y otros de la gastrectomía.

Los otros, como Desmaret, **Gatellier**, Puig Gureda y O'Kinczic son más eclécticos y juzgan sus métodos con **más** sutileza, dando las indicaciones de la gastro-enterostomía a un determinado grupo de formas de úlceras gastro-duodenales, reservando la gastrectomía para otros.

En el primer grupo tenemos a Gosset, partidario fiel y profundo de la gastro-enterostomía. Verdad es que en su estadística él ha expuesto una estadística de las úlceras duodenales, **considerando** que el tratamiento quirúrgico de estas úlceras, es la gastro-enterostomía.

El profesor Gosset reúne en su estadística los casos de úlceras duodenales operados desde 1919 a 1931. 615 casos de úlceras duodenales operados en su servicio, la mayor parte por él y un mínimo por sus asistentes; él **concluye** que los resultados fueron los siguientes: 74 % de curación; 10 % mejoraron y 16 no mejoraron.

Casi todos fueron tratados por gastro-enterostomía simple, salvo un caso de excisión de la úlcera; 3 de duode-endotomía; **12** pilorotomías; 2 esfinterectomías y una vez exclusión *del* píloro. En total una mortalidad de 2.27 por ciento.

**Desplate** da igualmente preferencia a la gastro-enterostomía, que considera como una operación benigna, que da buenos resultados en los casos de úlceras duodenales pilóricas o gástricas. Presenta sus estadísticas, **que** se descomponen como sigue:

158 operados de gastro-enterostomía; 90 seguidos después de la operación, es decir que quedaron perfectamente bien; o sea en total: 90 % de curados y 3 % de resultados insuficientes.

Robineau, aconseja siempre la gastro-enterostomía. El dice: bien hecha esta operación conduce a un funcionamiento casi siempre normal del estómago, y ella es sensiblemente' menos grave que la gastrectomía. En su estadística, Robineau tiene, sobre 60 operados de gastro-enterostomía por úlceras gastro-duodenales, 44 curados y sólo dos de ellos fueron reoperados; luego un 95 % de curados.

En seguida viene **Charrier** que ha practicado un número considerable de gastro-enterostomías. Se inclina por la gastrectomía, considerándola indispensable en los casos de úlceras pilóricas y de la curvatura menor. En su estadística de intervenciones, él da un porcentaje de 87 curaciones, sobre 100 enfermos.

Bergeret, representa uno de los defensores de la gastrectomía y reserva la gastro-enterostomía para los casos de úlceras estenosantes del píloro y la úlcera duodenal aunque ella esté en actividad. Todos los otros casos, así sean de úlceras de curvatura, úlceras inveteradas, deben ser operados por gastrectomía amplia.

Su estadística es la siguiente:

Sobre 610 operados, 317 por úlceras, se hicieron 185 gastrectomías y 129 gastro-enterostomías. De ellas, el porcentaje de mortalidad fue: de 25 % para las gastro-enterostomías y de 36 % para las gastrectomías.

En fin, Baumgartner se coloca en el mismo grupo de Bergeret y proclama la gastrectomía. En su estadística él señala que sobre 34 operados de gastrectomías, 25 siguieron perfectamente.

En el segundo grupo tenemos a Desmarets, quien escoge el tratamiento para cada caso. Cuando hay hipersecreción o hiperelohidria, hay que preferir la gastro-pilorectomía, en el caso contrario una simple gastro-enterostomía. En los casos de úlceras del duodeno, él es partidario de la gastro-enterostomía. No presenta ninguna estadística.

Gatellier ha sido conducido a dar preferencia a la gastro-ente-

rostomia, pero él cree que todos los casos no son justificables de un mismo tratamiento, puesto que todas las úlceras no son semejantes; y según la variedad de la úlcera se puede aconsejar un tratamiento adecuado, teniendo en cuenta el estado general del sujeto y sólo en un individuo sólido de contextura, con estado general perfecto, puede preferirse la gastrectomía -a la gastro-enterostomía.. En los casos de estado general defectuoso, la gastro-enterostomía es el tratamiento a aconsejar.

Su estadística es la siguiente: sobre 143 úlceras operadas, en 1920: 76 % de excelentes resultados, 13 % resultados mediocres, y 10 % de resultados pésimos.

Lambret, que tiene mucha experiencia sobre los métodos ya citados, da preferencia a la excisión de la úlcera seguida de gastro-enterostomía. Su estadística es como sigue: sobre 537 úlceras operadas: sólo 154 necesitan una nueva intervención; luego un porcentaje de 89 % de curación; 11 % de mejoría después de la operación, y 2 % de úlceras pépticas.

En fin, Piug Gureda, distingue dos clases de úlceras: las úlceras relicario de una enfermedad actualmente apagada. Una gastro-enterostomía o una resección sería suficiente para curarla. La enfermedad ulcerosa activa, acompañada de la gastro-duodenitis o gastritis extendida, es del resorte de un tratamiento médico prolongado y sólo en caso de fracasar éste, se aplicaría el tratamiento quirúrgico, que será una resección amplia.

O'Kinczic dice que todas las úlceras no revelan de un tratamiento quirúrgico de hecho; a menudo la cirugía ejerce un gran efecto sobre la enfermedad ulcerosa en evolución y hay que intervenir en el momento, de declinamiento del estado evolutivo y sólo, ■ en los casos de úlceras con estenosis del píloro, el espasmo pilórico; irreductible, las úlceras callosas y las úlceras terebrantes. El autor irreductible, las úlceras callosas y las úlceras tenebrantes. El autor dice: es muy vano oponer la mortalidad de la gastroenterostomía, a la de la gastrectomía, no hay en ellos una fórmula matemática; hay que hacer la operación que cure y el tratamiento corresponderá a una indicación precisa que dé los resultados perfectos.

En resumen diremos, según esta larga exposición de métodos y estadísticas, que para el cirujano la úlcera gastro-duodenal es una afección grave, pero que se cura en la gran mayoría de casos por una operación quirúrgica conveniente.

Vengo a la segunda parte de esta exposición, que se relaciona, con la orientación dada por los médicos sobre el tratamiento de; las úlceras gastro-dúodenales

En la misma sesión de la sociedad de gastr-enterología en 1932, los médicos tomaron también parte en el debate y presentaron sus estadísticas del tratamiento médico y con resultados inferiores a los obtenidos por los cirujanos.

Entre los médicos hubo unos más pesimistas que los cirujanos-

y solamente Durand fue el más escéptico en el tratamiento médico-quirúrgico. Así, **Sabignac**, sobre 85 enfermos, tratados por tratamiento médico, cuenta dos curaciones completas, 16 mejorías o sea 20 % de buenos resultados.

**Gutmann**, sostiene que la úlcera evoluciona por crisis más o menos espaciadas y cada una cura espontáneamente y luego toda medicación instituida al fin de la crisis tendría un poder milagroso, pues la crisis habría podido curarse espontáneamente.

**Moutier**, sobre 628 úlceras se curaron 177, o sea 28 % de individuos curados por el tratamiento médico. En fin, Durand establece una comparación entre el tratamiento médico y el tratamiento quirúrgico, y dice:

Tratamiento médico 20 % da resultados satisfactorios; 80 % de recidivas.

Tratamiento quirúrgico; 70 % de resultados satisfactorios y 30 % de recidivas.

En conclusión, Durand dice: cada úlcera tiene su ritmo evolutivo, que se puede medir por el suceso, de un tratamiento médico prolongando los **períodos** de calma. Postula, luego, que después de un tratamiento médico de un año de duración, que exige Durand, la recidiva de accidentes dolorosos y otros, es indicación de un tratamiento quirúrgico, sin espera. La conclusión general de estas diversas **comunicaciones médicas** parece ser la siguiente:

La úlcera es una enfermedad grave, el tratamiento médico da raramente una curación completa. El tratamiento quirúrgico tiene más **suceso**, pero al pago de una mortalidad inmediata bastante elevada y con recidivas frecuentes.

**Conclusión.**—**Para** el cirujano las úlceras gastro-duodenales son una afección grave; pero ella **se** cura en la gran mayoría de los casos, con un tratamiento quirúrgico, juiciosamente escogido. {De "Gaceta Peruana de Cirugía y Medicina.— Lima, Diciembre de 1941).