

COMPLICACIONES DESPUÉS DE INCISIONES VERTICALES Y TRANSVERSAS PARA LA COLECISTECTOMÍA. PEMBERTON, L., y MANAX, W. G. Surg., Gynec and Obst. 132: 892, mayo 1971

La elección entre arabas está basada en las presuntas ventajas de la una sobre la otra. Se cree que las incisiones transversas desarrollan menor dolor postoperatorio, facilidad de toser, menor incidencia de atelectasia y de neumonitis y mas escasa dehiscencia. Los adherentes a las incisiones verticales claman que son más sencillas y más rápidas de efectuar y que permiten mejor exposición que las incisiones transversas.

Los autores hicieron estudio de 400 pacientes colecistectomizados, utilizando los protocolos postoperatorios. La relación de la incisión vertical con la transversa fue de 3:2.

Los resultados fueron los siguientes:

No existió diferencia significativa entre ambas incisiones en lo que se relaciona con el desarrollo de atelectasia, neumonitis o infección de la herida tomando en cuenta edad, sexo o peso. Estas complicaciones ocurrieron más frecuentemente con la edad avanzada. Aunque los pacientes obesos tuvieron la misma frecuencia de neumonitis e infección de la herida en ambas incisiones, los que tenían una incisión transversa tuvieron mayor incidencia de atelectasia. Los datos sugieren que la elección de la incisión no puede basarse en la incidencia de complicaciones postoperatorias inmediatas de infección de la herida y de problemas respiratorios.

Dr. Silvio R. Zúñiga

EXPERIENCIA CLÍNICA CON LA PRUEBA DE HISTAMINA AUMENTADA. ANÁLISIS DE 702 PACIENTES,—PINTO CORREIA. L, DE MOURA, M. C, AREIAS, M. A. y PEREIRA, O. G. Arquivos de Gastroent. 7: 197, diciembre 1970.

Los autores informan los resultados de 702 pruebas efectuadas en sujetos controles y en pacientes con úlcera duodenal, úlcera gástrica, carcinoma gástrico, dispepsia postgastrectomía, úlcera yeyunal y otras condiciones.

En los hombres con úlcera duodenal el promedio de la secreción acida máxima (SAM) es significativamente diferente del valor promedio de los controles. El hallazgo de una SAM sobre 30 mEq/hora en un paciente con una dispepsia semejante a úlcera es sospechoso y si está por encima de 40 mEq/hora es fuertemente sugestivo de úlcera duodenal. Pacientes con úlcera gástrica que no sea prepilórica generalmente secretan menos que los sujetos controles; el hallazgo de una SAM sobre 20 mEq/hora en una úlcera gástrica alta sugiere la concomitancia de una úlcera duodenal. Valores altos de SAM son muy raros en el carcinoma gástrico pero no pueden excluir tal diagnóstico. La prueba fue el más confiable de los métodos para establecer la presencia de aclorhidria verdadera.

En pacientes gastrectomizados una SAM alta, mayor de 20 mEq/hora, es una fuerte sugerencia de úlcera péptica. Los estudios secretorios después de efectuar diferentes técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la úlcera péptica indican que todos pueden reducir la secreción gástrica a valores bajos y que la adición de la vagotomía da un grupo de uniforme baja secreción.

A pesar de sus limitaciones, la prueba de la histamina aumentada parece ser de valor en la dilucidación de las dispepsias postgastrostomía, al establecer el diagnóstico de aclorhidria o al dar fuerza a un diagnóstico clínico de úlcera duodenal en pacientes con estudios radiológicos negativos. Aún está en discusión el valor de la prueba como guía del tipo de cirugía que debe efectuarse en los pacientes con úlcera duodenal.

Dr. Silvio R. Zúñiga

TRATAMIENTO QUIRÚRGICA DE LA ULCERA PÉPTICA
DFX ESTOMAGO.—NOGUERIA, C. E. D.
Rev. Assoc. Méd. Minas Gerais 21: 145, septiembre 1970

Estudios recientes han demostrado que las úlceras pépticas del estómago y del duodeno presentan características fisiopatológicas y clínicas diferentes. La úlcera gástrica tiende a ocurrir en individuos más viejos, de preferencia en la 5^a o 6^a década; la duodenal predomina entre los 20 a 50 años. La úlcera gástrica es relativamente más común que la duodenal entre las mujeres. La secreción ácida del estómago casi siempre es baja o normal en la gástrica y marcadamente elevada en la duodenal, que se evidencian por la investigación de la secreción basal y con estímulo. La población de células parietales es mayor o normal en los portadores de úlcera duodenal y menor en la gástrica.

Hay 3 categorías de úlcera gástrica:

Tipo I.—Úlcera del cuerpo del estómago sin patología duodenal, píloro o región prepilórica; ocurre en hipo secretores y con secreción deficiente de moco; predomina en pacientes del grupo sanguíneo A.

Tipo II.—Úlcera del cuerpo del estómago combinada o secundaria a una úlcera duodenal.

Tipo III.—Úlcera prepilórica semejante a la duodenal. En los dos últimos tipos son llamadas úlceras de los hipersecretores e inciden predominantemente en el grupo sanguíneo O.

El autor revisa 49 casos de úlcera péptica gástrica operados en 7 años. Considera que las indicaciones del tratamiento quirúrgico fueron, por su orden: intralabilidad médica, hemorragia, sospecha de cáncer, obstrucción y perforación. La operación más frecuentemente practicada fue la gastrectomía 50-60% con reconstrucción Billroth I (22 pacientes); en 5 casos de úlcera yuxtacardiaca se hizo la variante de Pauchet; en 10 casos efectuaron gastrectomía del 70% con distribución casi igual de reconstrucción Billroth I y II. En pocos casos (2) efectuaron las llamadas "operaciones económicas" (resección en cuña, vagotomía y derivación). En 9 casos de coexistencia de úlcera gástrica y duodenal efectuaron gastrectomía 70% Billroth II en 6 casos y "operaciones económicas" en 3. Los resultados fueron excelentes en el 70%, buenos en el 34%, regulares en el 1%, recurrencia en el 1%, óbito tardío sin relación con la operación en el 7% y sin control postoperatorio en el 14%.

El autor dedica un amplio capítulo a comentarios que finaliza manifestando que de acuerdo con opiniones referidas y con su propia experiencia actualmente se admite que la gastrectomía 50-60% con remoción de la úlcera gástrica es la operación de elección en la mayoría de los casos, prefiriendo la reconstrucción Billroth II, con la variante de Pauchet en úlceras altas del segmento vertical de la curvatura menor. Las "operaciones económicas" para la úlcera gástrica representan opciones aconsejables o imperiosas en condiciones especiales (mal estado general, úlcera complicada coexistente con cáncer incurable en otro órgano, etc.) Suministra 53 referencias.

Dr. Silvio R. Zúñiga