

Vaguetomía con Piloroplastia de Heineke - Mikulics¹

Manuel Zeledón Pérez *

Bernardo Cartín Montero **

INTRODUCCION:

La úlcera duodenal en la población costarricense, en edad productiva, es muy frecuente; constituye el 80% de nuestros casos estudiados. La mayor parte de esta población ulcerosa es gente dedicada a labores que demandan gran esfuerzo físico. Nuestros trabajadores obreros y en especial nuestros jornaleros que recurren a los servicios de Consulta Externa del Hospital San Juan de Dios, son gentes que no pueden seguir un tratamiento médico bien llevado para una posibilidad de curación de su úlcera duodenal. Los motivos son harto conocidos en toda la población latinoamericana: a) falta de recursos económicos; b) distancias poco apropiadas de su domicilio al centro de salud más cercano; c) falta de cultura para poder entender su padecimiento y las medidas médico-dietéticas que se deben seguir, etc. Teniendo en mente este razonamiento socio-económico de nuestra población costarricense, hemos considerado que la úlcera duodenal es un padecimiento que cada día se hace más quirúrgico que médico; por otra parte los medios quirúrgicos que siempre han sido preconizados como los mejores han sido mutilantes e invalidantes para este grupo de gentes. Con la vaguetomía acompañada de la piloplastia de Heineke - Mikulics hemos conseguido un buen porcentaje de curación, muy satisfactorio, 0% de mortalidad, muy baja morbilidad post-operatoria y un paciente apto para poder soportar una vida de trabajo duro.

TECNICA QUIRURGICA:

Hemos preferido la piloplastia de Heineke-Mikulics que es la miotomía del esfínger pilórico en una forma longitudinal con cierre transversal de la incisión. Como se verá a continuación, nuestros resultados han sido excelentes y la preferimos a la piloroplastia de Finney o a la gastroduodenostomía de Jaboulay (11, 13). Fry y Thompson (5) no participan de nuestro criterio a pesar de tener un porcentaje de 28% de alteraciones digestivas post-operatorias. Nosotros practicamos la vaguetomía troncular como la describió Dragstedt (3) denervamos el esófago y resecamos de 4 a 6 centímetros de cada vago. La piloroplastia debe ser de por lo menos 8 centímetros, sutura con puntos separados en un sólo plano y siempre la acompañamos de una gastrostomía de tipo Stamm (11). Cerramos la pared abdominal sin dejar drenajes en cavidad.

MATERIAL Y METODOS:

Se estudian 50 expedientes clínicos tomados de los últimos 5 años y correspondientes a casos de úlcera duodenal tratados quirúrgicamente.

1.- Trabajo elaborado en el Servicio de Cirugía General "Carlos Durán", bajo la jefatura del catedrático de Cirugía Dr. Andrés Versalio Guzmán Calleja.

* Asistente del mismo servicio de cirugía. Docente de la Cátedra de Cirugía de la Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica.

** Jefe de Clínica del mismo Servicio de Cirugía.

Piloroplastia de Heineke - Mikulics

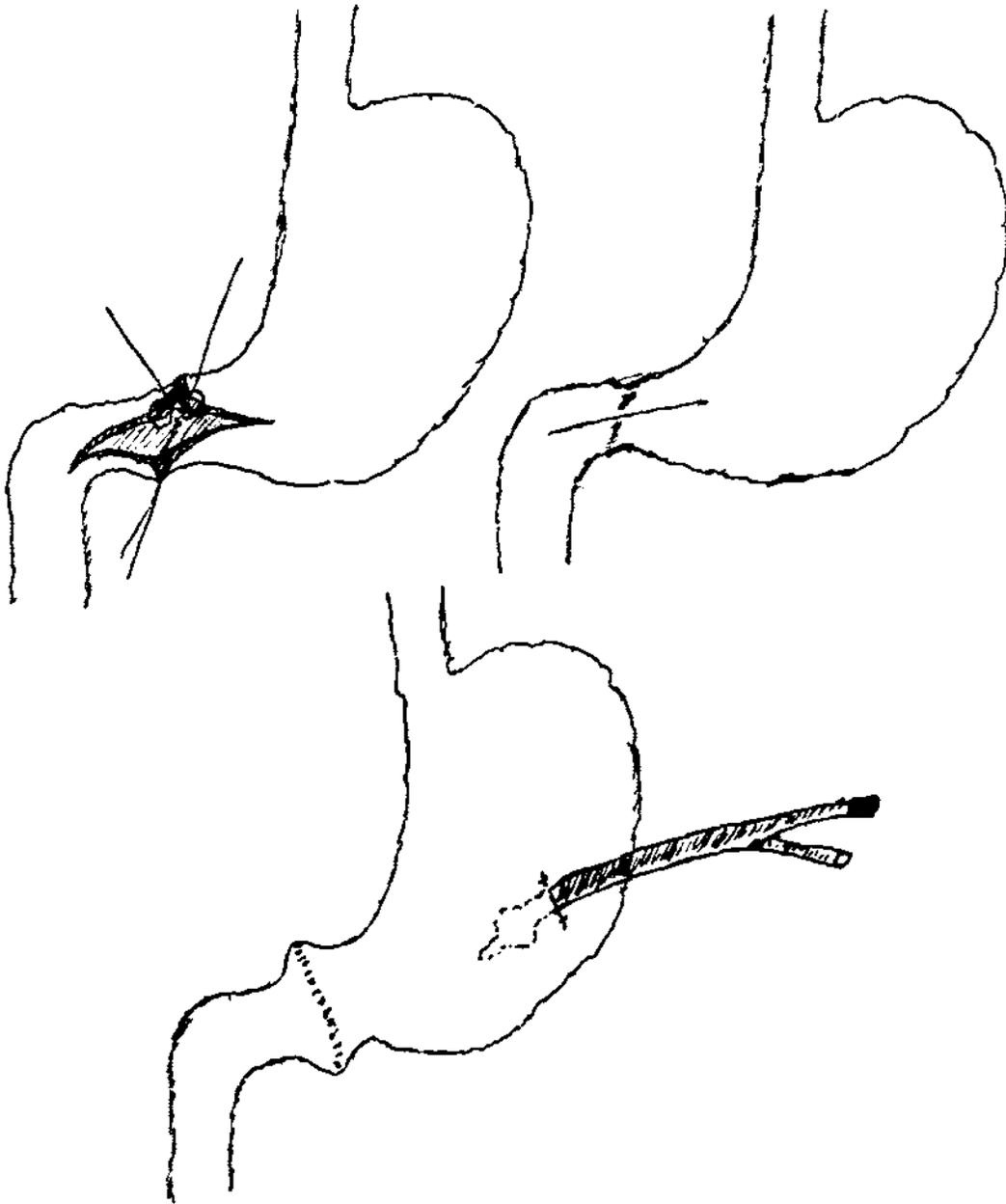


Figura número uno. La incisión debe de ser de 8 centímetros. Sutura transversa con puntos separados invaginantes de seda. Colocación del tubo de gastrostomía.

gicamente por la técnica de Heineke-Mikulic. Todos han sido pacientes del Hospital San Juan de Dios y del Servicio de Cirugía "Carlos Durán".

FACTORES SOCIO-ECONOMICOS:

Como puede observarse en el cuadro Nº 1, el 64% de los pacientes eran gentes que vivían a grandes distancias de un centro de salud donde pudieran controlarse su padecimiento ulceroso. El 81.3% de los hombres se dedicaban a oficios pesados y el ciento por ciento de las mujeres a oficios domésticos, que en nuestro medio de gente humilde, es labor física de cierta resistencia. De toda esta gente el 30% nunca había llevado tratamiento médico, el 58% tuvo un tratamiento muy mal llevado y sólo un 22% se trató con detalle y constancia.

CUADRO Nº 1

PROCEDENCIA.

Regiones.	Nº de casos	Porcentaje
Lugares cercanos a un centro de salud.	18	36%
Lugares lejanos a un centro de salud.	32	64%
	50	100%

CUADRO Nº 2

OFICIO

	Oficios	Hombres	Nº de casos.	Porcentaje.
Oficios Pesados 81.3%	Jornalero	81.3%	24	64.8%
	Obrero		6	16.5%
	Chofer		1	2.4%
Oficios livianos 18.7%	Cantinerero	18.7%	1	2.4%
	Vendedor ambulante		2	4.8%
	Intelectuales		3	7.2%
Mujeres				
	Oficios domésticos		13	100.0%

INDICACIONES:

La valoración de la serie gastroduodenal y de la curva de acidez gástrica, son muy importantes para escoger la clase de operación a realizar. Estómagos grandes y retencionistas, estrecheces del canal piloro-duodenal, con curvas de acidez ligeramente bajas o normales, son los casos que escogemos para practicar gastrectomía en úlcera duodenal. Los casos de cirugía electiva con úlcera duodenal rebelde al tratamiento médico son de estómago de capacidad normal y de curva de acidez alta (después de descartar clínica y transoperatoriamente el Síndrome Zollinger-Ellison). En nuestra serie, el 56% fueron úlceras rebeldes. Hubo tres casos de sangramiento crónico en ulcerosos rebeldes. Fueron considerados 17 casos como emergencias por su sangramiento agudo. Consideramos el Heineke-Mikulicis una operación ideal para la úlcera duodenal sangrante, como lo apunta también Zollinger (13); nos da una buena oportunidad de explorar el estómago por un lado y el duodeno por el otro, y tenemos buena visibilidad para suturar directamente el vaso sangrante. Consideramos también que esta técnica quirúrgica no solamente es adecuada sino que es la operación ideal, por lo poco laboriosa y lo poco traumática (11). Hay que tener en cuenta que esta clase de pacientes generalmente tienen anemias de pequeño y gran riesgo, el 40% en nuestro estudio fueron 20 casos operados por úlcera sangrante. La úlcera perforada libremente en cavidad abdominal, si no tiene más de ocho horas del accidente, también es caso ideal para esta clase de piloroplastia; tuvimos dos casos que consiguieron muy buenos resultados y no tuvieron mediastinitis en el post-operatorio.

CUADRO Nº 3**CLASIFICACION DE CASOS**

Clasificación	Nº de casos	Porcentaje
Úlcera rebelde	28	56%
Úlcera rebelde y sangrante	3	6%
Úlcera sangrante 1 ocasión 9	17	34%
más de una ocasión 8		
Úlcera perforada	2	4%
Total	50	100%

MANEJO POST-OPERATORIO.

La comodidad de la gastrostomía nos permite una evolución post-operatoria de magníficas respuestas a nuestras libertades en su manejo. En las primeras 48 horas mantenemos la sonda de gastrostomía abierta y con succión, no damos nada por vía oral, únicamente liqui-

dos y electrolitos por vía endovenosa. Entre las 48 y 72 horas, 3 onzas de agua cada dos horas por vía oral. Entre las 72 y 96 horas únicamente dieta líquida rica en proteínas y sin carbohidratos. Al quinto día proporcionamos dieta blanda de ulceroso durante 8 días más. Siguiendo este esquema, que podría considerarse dieta progresiva muy pronta, nunca hemos tenido problemas. Los cirujanos norteamericanos, Weinberg (11), acostumbran la dieta blanda hasta el décimo o duodécimo día. La sonda gástrica también la retiramos muy tempranamente; la cerramos a las 48 horas y la abrimos todos los días, únicamente en ayunas para medir los residuos; generalmente al cuarto o quinto día el residuo es menor de 50 c.c. y aprovechamos para quitar la gastrostomía. El promedio de estancia hospitalaria fue de 7.6 días.

EVOLUCION POST-OPERATORIA INMEDIATA.

La evolución post-operatoria fue satisfactoria en 43 casos (86%), no satisfactoria en 7 casos (14%). Cuatro de estos últimos tuvieron distensión abdominal por tres o cuatro días, problema que cedió al tratamiento con electrolitos. Como puede verse los casos de distensión abdominal post-operatorio son muy pocos, 6% en esta serie; la gastrostomía no solamente proporciona una comodidad para el paciente (Zollinger) sino que también evita el íleo paralítico. Tres de nuestros casos tuvieron complicaciones y reintervenciones; dos casos de perforación iatrogénica de esófago y uno de absceso subdiafragmático izquierdo. En los casos de ruptura del esófago, después de la reintervención y la sutura, se siguió alimentando al paciente por la sonda abdominal gástrica y los resultados fueron magníficos.

CUADRO Nº 4
EVOLUCION POST-OPERATORIA INMEDIATA

	Nº de casos	Porcentaje
Satisfactoria	43	86%
No satisfactoria	7	14%
Total	50	100%

CUADRO Nº 5
COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

	Nº de casos	Porcentaje
Perforación iatrogénica de esófago	2	4%
Absceso subdiafragmático	1	2%
Total	3	6%

EVOLUCION DESPUES DE UN AÑO DE OPERADO

En los 18 casos no se pudo seguir la evolución, dado que se trata de gentes que viven en lugares distantes y abandonan los controles post-operatorios. En 32 casos pudimos seguir los pacientes en consulta externa. Dos a tres meses después les volvemos a practicar una curva de acidez post-operatoria y si tienen molestias digestivas, serie gastro-duodenal de control. De los 32 pacientes controlados sólo 16 (50%) se prestaron para nuestro estudio de quimismo gástrico, el resto de los pacientes no quiso cooperar con este estudio. Los resultados pueden observarse en cuadro número seis.

CUADRO N° 6
EVOLUCION DESPUES DE UN AÑO

	N° de casos	Porcentaje
Muy satisfactoria	25	78.1%
Satisfactoria	6	18.7%
No satisfactoria	1	3.2%
No se pudo seguir evolución	18	
Total		

Los resultados fueron muy satisfactorios en los 25 casos (78.1%), pacientes completamente curados, sin ninguna molestia digestiva. Satisfactorios en 6 casos (18.7%), estos últimos son pacientes con mínimas molestias digestivas; 3 con aerofagia, 1 con distensión abdominal y dos con náuseas de vez en cuando. Nunca con diarrea como lo apuntan otros autores (7). Nosotros diríamos que los resultados han sido halagadores en el 96.8% y no satisfactorios en el 3.2%; se trató de un caso de cirrosis hepática que tenía úlcera sangrante y por su misma condición hepática sangró de nuevo en el post-operatorio tardío. La mortalidad fue de 0%.

RESUMEN.

Se estudian 50 casos de úlcera duodenal operados por la técnica de Heineke-Mikulics, se revisan los detalles de la técnica quirúrgica, lo cómodo del uso de la gastrostomía para conseguir un buen post-operatorio; obtenemos un 86% de resultados satisfactorios en el post-operatorio inmediato, tres casos de complicaciones que fueron resueltos exitosamente, (96.8%), de resultados buenos, después de continuar la evolución por un año o más tiempo de efectuada la operación. Se considera una operación ideal: por lo poco laboriosa, por lo poco traumática para el paciente y por los magníficos resultados ya anotados.

SUMMARY.

We have Studied 50 cases of duodenal ulcer that we operated on the Heineke-Mikulics technic. We reviewed all the details of the operation and we found the gastrostomy to be very comfortable for getting an operating succed; we also got 86% of satisfactory results in the close post-operative care. Three cases were complicated but were treated with very good results. After a follow up for one year or more time we could get a 96.8% of very good results. We believe that this operation technic is ideal for the easy way to work it out, for the poor risk for the patient and for the succed that we have gotten.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.— BALLINGER, Walter F. The Extragastric Effects of Vagotomy. The Surgical Clinic of N.A. Vol. 46, Nº 2, 1966.
- 2.— BLANCO Roberto y Col. Acción de una Anti-pepsina y Antigastrina sobre la Secreción Gástrica. División de Cirugía. Instituto Nacional de Nutrición de México.
- 3.— BROOKS J.R., Moore F.D. Empiricism and Rationality in Duodenal Ulcer Surgery. The Sug. Clin of N. Amer., Vol. 46, 235 - 243, April, 1966.
- 4.— DRAGSTEDT, Lester R. HOERR, Stanley O. Vagotomía Sub-diafragmática y Gastroyeyunostomía Antecólica. Atlas de Técnica en Cirugía, Madden, 240 - 42, 1967.
- 5.— FRY William J., Thompson Norman W., Vagotomy and Pyloroplasty for Duodenal Ulcer, The Surg Clinic of N.A., Vol. 46, Nº 2, 1966.
- 6.— GRIFFITH Charles A., Selective Gastric Vagotomy. The Clinic of North Amer., Vol. 46, Nº 2, 1966.
- 7.— HARKINS Henry N., MATTHEUS Farris Jack, Vaguetomía Selectiva y Gastroduodenostomía Laterolateral (Jaboulay) Atlas de Técnica de Cirugía, Madden 256 - 60, 1967.
- 8.— ORTEGA B. José Angel, Bozo Alfredo, Importancia del Quimismo Gástrico en la Cirugía Selectiva de la Ulcera Péptica. G.E.N., Vol. XX número 1, 1965.
- 9.— PAN Chacón Jesús y Cal. Vagotomía Selectiva Bilateral en Asociación con Antrectomía en el Tratamiento Quirúrgico de la Ulcera Duodenal, G.E.N., Vol. XXIV Nº 2, 1969.
- 10.— SONZINI A. Carlos, Ulcus Gastroduodenal. La Prensa Médica Argentina, Vol. 57, Núm. 15, 1970.
- 11.— WEINBERG Joseph A. Vagotomía Transabdominal Pyloroplastía (Heineke-Mikulics) Gastrostomía. Atlas de Técnica en Cirugía, Madden, 248 - 54, 1967.
- 12.— WELCH. E.C. Subtotal Gastrectomy for Duodenal Ulcer, The Surg. Clin. of N. Amer., 46, 339 - 338, 1966.
- 13.— ZOLLIGER Roberto M., Reparación de Gastroyeyunostomía y Pyloroplastía (Finney). Atlas de Técnica de Cirugía, Madden, 270 - 74, 1967.