

COMPLICACION POCO FRECUENTE DE LA GASTRECTOMIA POR ULCERA DEL DUODENO

RAMÓN FLORES LÓPEZ

Académico de número

Dada la gran frecuencia con que se practica ahora la gastrectomía por úlcera, ya sea duodenal o gástrica, no es de extrañar que se presenten complicaciones postoperatorias, afortunadamente en un por ciento muy bajo, pues si se llenan todas las indicaciones y se siguen todos los principios de la técnica quirúrgica, es extremadamente rara la presentación de complicaciones. Todo esto, unido a los cuidados pre, trans y postoperatorios, al empleo de antibióticos y de una buena anestesia. Pero esta poca frecuencia con que se presentan las complicaciones después de la gastrectomía, no les resta interés, ya que es importante su conocimiento desde el triple punto de vista de la prevención, de la explicación de los fenómenos que intervinieron en su producción y de la corrección de la misma con el tratamiento adecuado.

Es indudable que existe la posibilidad de que, después de una gastrectomía, se presenten alteraciones gastrointestinales en estrecha relación con la intervención quirúrgica, ya sea por errores técnicos o complicaciones locales fortuitas, cuya sintomatología es polimorfa y difícil de interpretar de acuerdo con la lesión anatómica causal.

No se pretende hacer una exposición de todas las complicaciones que pueden presentarse después de la gastrectomía subtotal; solamente, y de acuerdo con el caso que se va a presentar a la consideración de ustedes, recordaremos las complicaciones mediatas y prescindiremos de las inmediatas y las tardías.

Las complicaciones mediatas se observan en la segunda o tercera semana que sigue a la operación y comprenden: la atonía gástrica, el asa corta, el asa larga, el vaciamiento gástrico lento y el rápido, el síndrome de vaciamiento rápido y la eventración.

De todas ellas, la que por el momento presenta para nosotros gran importancia es el asa corta, pues en el Servicio de Gastroenterología prac-

* Trabajo reglamentario, leído en la sesión del 19 de agosto de 1953.

ticamos desde hace tiempo, con el doctor Ayala González, la gastroyeyunoanastomosis precólica de asa corta y aséptica, usando las pinzas de Wangensteen.

En un período de siete años, de 1947 a 1953, se practicaron en el Servicio de Gastroenterología del Hospital General 178 gastrectomías y en ninguna se observó complicación por estrangulamiento del colon debido al asa corta. Además, la obstrucción del asa aferente con estasis y dilatación duodenal en estos casos puede favorecer la dehiscencia del muñón.

El asa corta se practica con el objeto de hacer que el contenido duodenal alcalino bañe constantemente la anastomosis e impida la formación de la úlcera yeyunal; además, en la patogenia de la úlcera yeyunal postoperatoria, la experiencia demuestra que el poder protector disminuye en el yeyuno de arriba hacia abajo, por lo cual la úlcera será más frecuente cuando se utilice asa larga.

Por otra parte, no hay regla fija para determinar la longitud que deba tener el asa corta, puesto que depende, en gran parte, de la mayor o menor cantidad de grasa que contenga el epiplón, según la gordura o delgadez del sujeto. De no ser demasiado corta para que llegue a estrangular el colon, deben buscarse otras causas que puedan favorecer tal estrangulación, como en el caso que se presenta y que desde luego vamos a referir:

Enferma A. M. P. H. de 38 años, casada, profesora, oriunda de Poza Rica, Ver. Servicio de Gastroenterología del Hospital General. Exp. N° 310.

Un hermano menor presenta cuadro ulceroso gastroduodenal. Ha padecido uncinariasis, paludismo, amibiasis, tifoidea y colecistitis crónica, por la que fué colecistectomizada.

Desde 1929 presentó dolor epigástrico con ritmo y periodicidad. Vómitos copiosos que aliviaban el dolor, y adelgazamiento. En 1942 el dolor se hizo continuo. El adelgazamiento se hizo acentuado. Vómitos de bilis en 1947, con intensificación del dolor y subictericia, lo que obligó a la intervención sobre vesícula. En 1952 ingresó al Servicio con dolor intenso. A la exploración física, además del adelgazamiento se encontró palidez de los tegumentos y, como datos de importancia, vientre en batea; cicatriz de laparatomía paramediana derecha supraumbilical, dolor en epigastrio, en hipocondrio derecho y en flanco del mismo lado. Presión arterial: Mx. 105, Mn. 50; pulso radial: 88 pulsaciones por minuto.

El estudio radiológico mostró úlcera con tendencia estenosante del duodeno (figs. 1 y 1 bis).

Jugo gástrico: hipersecreción e hiperclorhidria en ayunas. Urea: 14 mg.%. Glucosa: 100 mg.%. Cloruros: 400 mg.%. Proteínas sanguíneas, ligeramente bajas. Biometría hemática con anemia normocítica secundaria. Reacción de Hanger positiva +; Van Den Bergh: directa: 0.30, indirecta: 0.35. Protombina: 82%. Orina normal. Reacciones para el diagnóstico de la lúes: negativas. Tiempo de coagulación: 5'. Prueba de Duke: 2'. Parasitoscopia fecal: quistes de amiba histolítica. Grupo sanguíneo: O.



FIG. 1



FIG. 1 bis

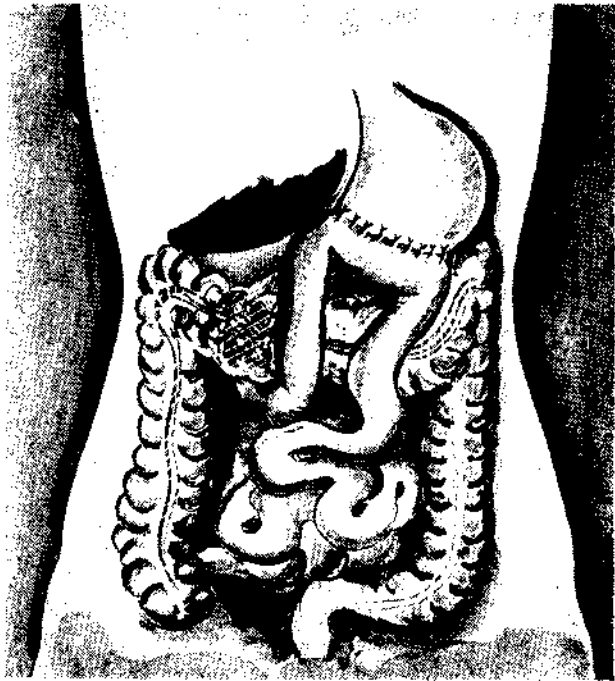


FIG. 2

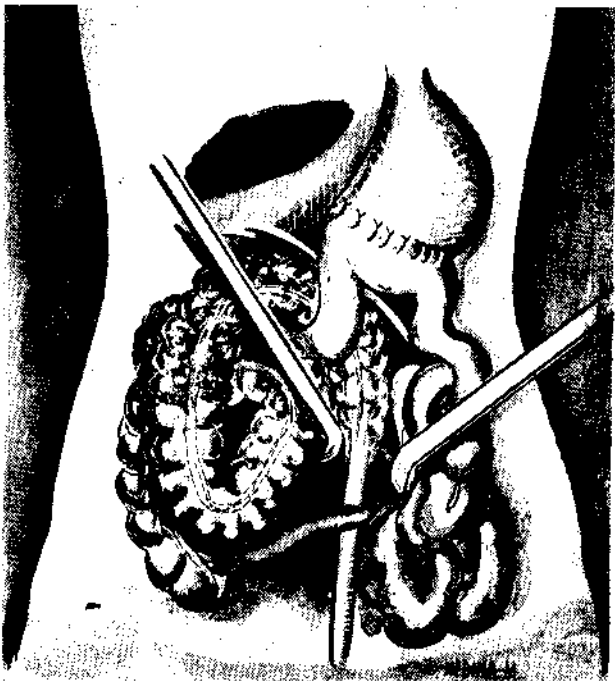


FIG. 3



FIG. 4



FIG. 5

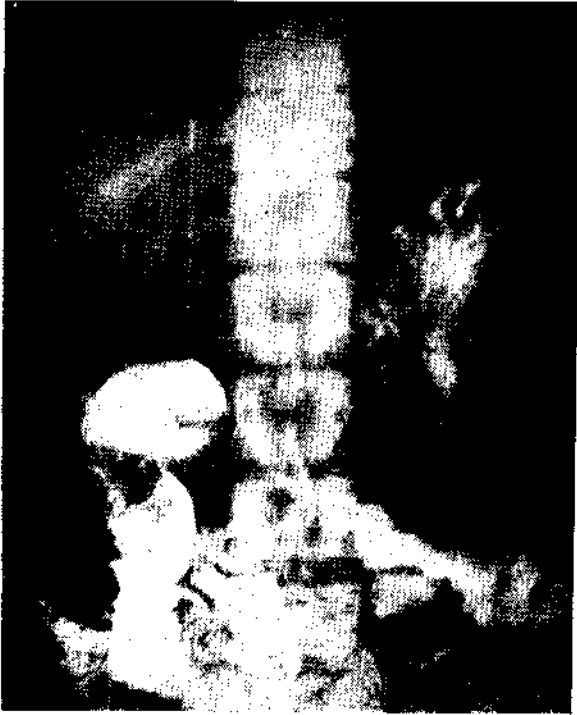


FIG. 6

El 16 de diciembre de 1952 le fué practicada gastrectomía subtotal. Cirujano: Dr. Abraham Ayala González, Ayudante: Dr. Ramón Flores López.

Resección cutánea de la cicatriz de la laparatomía anterior. Despegamiento del epiplón, que se encontró adherido al lecho vesicular. El colédoco, de calibre normal y sin cálculos en su interior. En el duodeno, zona de esclerosis en la primera porción, que se extendía hasta piloro, estenosando moderadamente. Estómago un poco dilatado y de paredes hipertrofiadas. Páncreas normal. Utero en retroversión libre. Se practicó gastrectomía parcial, con gastroenteroanastomosis de asa corta precólica tipo Polya con las pinzas de Wangensteen. Al abrir la pieza se encontró toda la superficie de la mucosa gástrica cubierta de úlceras múltiples que varjaban de tamaño entre 3 y 5 mm. de diámetro, en diferentes estados evolutivos, desde el piloro hasta el sitio del corte.

El estudio histopatológico hecho por el Dr. J. Zapiáin en doce cortes teñidos con hematoxilina-eosina, que abarcaron todos el espesor de la pared gástrica, existe: la mucosa (*Muscularis mucosae*) infiltrada por tejido de granulación inespecífico ulcerado, que consiste en linfocitos y células plasmáticas, algunos eosinófilos, vasos capilares sanguíneos dilatados y congestionados y el estroma del tejido conjuntivo hialino.

La parte del fondo de las úlceras presenta degeneración acentuada (ulceración) de la mucosa en su porción superficial.

La muscular presenta igualmente infiltración moderada de este tipo de células inflamatorias.

La serosa, con numerosos vasos sanguíneos dilatados y congestionados.

No se encuentran signos de degeneración maligna.

Diagnóstico microscópico: gastritis crónica difusa con ulceraciones múltiples de tipo benigno.

Después de la operación estuvo en buenas condiciones, y se aumentó poco a poco su alimentación, hasta el 29 de diciembre de 1952 cuando presentó vómitos, atribuidos en un principio a obstrucción por edema de la boca anastomótica. Al examen radiológico se encontró el muñón gástrico en buenas condiciones; su contenido vaciaba correctamente por la boca anastomótica y había dilatación moderada del asa aferente. Más tarde hubo imposibilidad para la expulsión de materias fecales y gases por el recto y dolor intensísimo de tipo cólico. El 2 de enero de 1953, además del cuadro anterior que persistía, inclusive con vómitos de color amarillo y verde, se presentó hipotensión y gran deshidratación con colapso periférico. Se practicó dosificación de potasio y sodio en la sangre, con los resultados siguientes: sodio: 275 mg.%, (normal 300 a 330 Weimback); potasio: 11.4 mg. %, (normal 16 a 22 mg.). Por ello se instituyó tratamiento con suero fisiológico glucosado al 5% y cloruro de potasio disuelto en él, y se administraron 4.47 de cloruro de potasio Merck en el término de 12 horas. Con esto mejoró la presión arterial, desapareció el estado de shock y fué posible plantear la reintervención quirúrgica con el diagnóstico de oclusión intestinal. Esta se realizó por el suscrito al día siguiente y se encontró que el colon izquierdo, a partir de la mitad del transversal, había pasado a través de la porción que deja el asa aferente de la gastrectomía, en sentido antiperistáltico, hacia el lado derecho del mesenterio. (figs. 2 y 3).

Todo el colon izquierdo situado en esta porción anómala estaba lleno de coprolitos muy grandes que impedían en lo absoluto las maniobras para regresar el colon a su sitio normal. Después de fraccionar con cuidado los coprolitos a través de la

pared intestinal, se hizo tracción sobre el colon distal para volverlo a su posición anatómica; después de lograrlo, se resecó todo el epiplón mayor. En la anastomosis gastroeyunal no se encontraron estenosis ni dehiscencia de las suturas. El postoperatorio transcurrió sin incidentes, excepto estreñimiento que se corrigió con enemas de Harris, aceite mineral y algún agente antiámibiano.

En el estudio radiológico de control se encontró buen funcionamiento de la boca anastomótica (fig. 4).

Al pasar la papilla baritada por el colon fué tomada otra radiografía en la que se aprecia elevado el colon transverso en el sitio donde está el asa aferente (fig. 5).

El día 10 de febrero de 1953, después de aconsejarle el tratamiento que debía seguir, fué dada de alta la enferma, quien hasta la fecha se encuentra bien; solamente se observa tránsito rápido, con vaciamiento del estómago a los 20 minutos (fig. 6).

DISCUSIÓN

El caso es interesante en varios aspectos: la gastritis crónica ulcerosa con ulceraciones múltiples, la deshidratación con hipopotasemia y la complicación postoperatoria, única a la que vamos a referirnos.

No fué posible hacer el diagnóstico preciso de la variedad de oclusión intestinal, porque la radiografía simple no dió datos de interés y en el estudio radiológico de la boca anastomótica solamente se observó moderada dilatación del asa aferente.

Puede atribuirse la complicación al asa corta precólica; pero ésta tal vez por sí sola no explique la anomalía encontrada y se deba atribuir a la presencia de coprolitos que a su vez se explicaran por la toma de bario que se administró dos días antes y que pudiera acarrear otra complicación de orden mecánico: la bariostasis; pero ya se había iniciado el cuadro con vómitos y dolores; además, no se vieron radiológicamente; si acaso, la bariostasis acentuó la complicación preexistente, por el asa corta que, aun después de corregida, sigue elevando y en cierto modo estrechando al colon aunque con una disminución de calibre compatible con un tránsito correcto, por lo cual creemos, como ya se dijo antes, que el estrangulamiento por la sola asa corta se observa en muy pocas ocasiones, ya que requiere otra causa que actúe para desencadenar el cuadro, como la coprostasis del caso que nos ocupa.

Se considera poco frecuente esta complicación por la anomalía observada del paso del colon izquierdo hacia la derecha del asa aferente en sentido antiperistáltico, acodando el intestino grueso y poniendo en tensión el descendente, sigmoide y recto, para provocar de esta manera la oclusión intestinal. La resección del epiplón se practicó para facilitar el paso del colon a través del asa.

RESUMEN

Se presenta el caso de una enferma de 38 años de edad, operada de gastrectomía subtotal por úlcera duodenal y gastritis crónica de ulceraciones múltiples, en la que se practicó gastroenteroanastomosis precólica tipo Polya, de asa corta, con la técnica aséptica de Wangensteen y que presentó complicación postoperatoria que consistió en el paso del colon izquierdo hacia la derecha a través del asa aferente, en sentido antiperistáltico, con estiramiento del descendente, sigmoide y recto, con síntomas de oclusión intestinal y moderada dilatación de asa aferente. Se fragmentaron los coprolitos para dejar el colon izquierdo en posición correcta y se reseccó el epiplón. La enferma evolucionó hacia la curación.

SUMMARY

The case of a female patient 38 years old in whom subtotal gastrectomy for duodenal ulcer and chronic gastritis with multiple erosions, is hereby presented. A precolic anastomosis of the Polya type with short loop and the Wangensteen's aseptic technic was performed. A postoperative intestinal obstruction followed, since left colon had displaced to the right through the afferent loop, in an antiperistaltic sense which stretched the descending segment, sigmoid and rectum, together with moderate dilation of the efferent loop.

Coprolites were smashed to place the colon in its correct position and the omentum was resected. The patient had a favorable evolution.