

SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE JAEN

Jefe Dr. Fermín Palma

Úlcera de boca anastomótica

Consideraciones a propósito de 18 observaciones (*)

Dr. Fermín Palma

INTRODUCCION

Suponemos la existencia de una úlcera anastomótica en cualquier paciente que sufrió una intervención quirúrgica, bien gastroenterostomía o gastrectomía, por úlcera duodenal, y que tuvo un período de bienestar más o menos prolongado. Esta suposición se afirma sí, además, el estudio de la secreción gástrica nos revela no tiene aclorhidria y este diagnóstico se incrementa si hay sangre oculta en heces y si existe una imagen radiológica irregular en la misma boca anastomótica, asociado a un cuadro clínico doloroso o no, pero con alguna similitud con el que motivó la intervención.

Las úlceras pepticas postoperatorias, abren, por lo tanto, un nuevo capítulo en la cirugía digestiva, que preocupa desde largo tiempo a médicos y cirujanos.

El trabajo más importante hasta la fecha, quizá sea el realizado por Perrotin y Hollender (1) en el 60 Congreso de la Asociación Francesa de Cirugía, celebrado en París en 1958.

Estos autores señalan una frecuencia del 1,3 por 100, pero hemos de advertir lo difícil de las estadísticas, desde el momento que las recidivas de un cirujano las suele operar otro. Dieciocho observaciones tenemos, de las que sólo tres, fueron operadas por nosotros la primera vez.

La recidiva ulcerosa puede aparecer unos días después, o sea, en el mismo postoperatorio o bastantes años después. Un hecho interesante es el intervalo medio existente entre la gastroenterostomía simple y la aparición de una úlcera anastomótica que es de tres veces mayor que el intervalo entre la

(1) Comunicación a las Sesiones Clínicas del Hospital Provincial, Junio 1967.
(1) PERROTIN, S. et HOLLENDER, L.: Résumé par les auteurs, en Journal de Chirurgie, 76, 456-473, 1958.

gastrectomía parcial y la úlcera anastomótica.

No tendrá fácilmente una recidiva ulcerosa el paciente al que se le indica una gastrectomía por úlcera gástrica, mientras que en el paciente con una úlcera duodenal, las posibilidades de recidiva son mayores.

*CAUSAS DE INDOLE TECNICA
EN EL DESENCADENAMIENTO
DE LA ULCERA DE BOCA
ANASTOMOTICA*

Las úlceras anastomóticas se presentan sólo en una pequeña parte de los pacientes que conservan suficiente mucosa gástrica para segregarse clorhídrico y pépsina o que sufren alteraciones endocrinas, como un hiperparatiroidismo o neoformación de células no Betas, pancreáticas. De otro lado, una gastroenterostomía que no esté protegida por una correcta vagotomía, lleva en potencia, siempre, una úlcera de boca anastomótica.

La concentración preoperatoria de la secreción de ácido gástrico, debe servir para determinar la extensión con que debe efectuarse la resección gástrica. Hay, pues, una proporción inversa entre el número de recidivas y la extensión de la resección.

1) Pero la insuficiencia de la resección, como causa de ulceración péptica postoperatoria, podrá ser hacia la derecha, al dejar mucosa

pilórica que explica el papel estímulo —secretorio reflejo— del antro, del piloro y de la primera porción duodenal. Hay, además, casos de úlceras postoperatorias curadas sólo por nueva resección del muñón duodenal.

La insuficiencia de la resección, también puede ser hacia la izquierda. En la experiencia de todos los cirujanos está como las recidivas aparecen más en aquellas resecciones inferiores a los 2/3 del estómago. Esta es una experiencia de todos.

2) La modalidad en el restablecimiento de la continuidad gastrointestinal, es continuado motivo de discusión, pero también es experiencia de todos que el Billroth I da de 3 a 5 veces más recidivas que el Billroth II (naturalmente que las posibilidades se igualarán cuando al Billroth I por una úlcera duodenal, se le asocie una vagotomía). Las causas que se invocan para estimar estas cifras así, es que la anastomosis gastroduodenal deia unas condiciones más similares a la situación anterior, y de retorno de la acidez, que la anastomosis gastroeyunal.

3) Los factores locales que pueden predisponer a la ulceración de la boca anastomótica, son:

— la disminución o supresión del flujo alcalino biliopancreático a nivel de boca anastomótica (2).

(2) La anastomosis en Y de Roux, según la cual un asa distal del yeyuno se sube hasta el estómago y el segmento duodeno yeyunal proximal se anastomosa al asa intestinal por debajo del estómago, se convierte en una operación ulcerógena. Su defecto fundamental, radica en que infringe o altera el principio fisiológico, según el cual la mucosa intestinal no se puede exponer a la acción péptica, a excepción de que se permita también el contacto con las secreciones alcalinas como la bilis y el jugo pancreático.

RESUMEN ESTADISTICO DE LOS CASOS OBSERVADOS EN NUESTRO SERVICIO DE ULCERA DE BOCA ANASTOMOSTICA

Caso	Sexo	Edad	Úlcera primitiva	Método de la primera operación y fecha	Complicaciones de la úlcera péptica	Reintervención tipo y fecha	Resultado operatorio	Resultado lejano
I J. S. G.	V	33	duodenal	Polya 1950	Hemorragia	Vagotomía transtorá- cica 2-VI-54	curación	desconocido
II J. J. L.	V	44	duodenal	Polya 1952	Hemorragia	Vagotomía transtorá- cica 20-VI-54	curación	desconocido
III L. S. O.	V	37	duodenal	Polya 1954		Nueva resección. Hoff- meister Finsterer 26-III-56	fallecimiento	
IV P. C. D.	H	55	duodenal	Gastroenteros- tomía 1941		Nueva resección. Hoff- meister Finsterer 17-V-57	curación	muy bueno
V P. C. D.	V	39	duodenal	Polya 1950	Fístula gastro-yeyuno- cólica y hemorragia	Hoffmeister Finsterer y Sutura del colon 21-II-57	curación	nueva recidiva ulcerosa al año
VI A. A. C.	V	54	curvatura menor	Polya 1954	Fístula gastro-yeyuno- cólica	Hoffmeister Finsterer y Sutura del colon 21-X-58	curación	muy bueno
VII J. B. L.	V	27	duodenal	Gastroenteros- tomía 1944		Polya y Vagotomía abdominal 23-IV-59	curación	muy bueno
VIII M. B. Ch	V	46	duodenal	Polya 1956		Polya y esplenectomía accidental 20-X-59	curación	sin control
IX J. G. W.	V	29	duodenal	Reichel-Polya 1959	Intensísimo dolor de forma continua	Hoffmeister Finsterer 19-II-60	curación	muy bueno
X J. B. P.	H	42	duodenal	Gastroenteros- tomía 1946		Billroth y Vagotomía abdominal 9-7-60	curación	tiene molestias
XI D. L. N.	V	50	duodenal	Gastroenteros- tomía 1944	Fístula gastro-yeyuno- cólica	Polya antecólico y su- tura del colon 10-IX-60	curación	muy bueno
XII J. P. R.	V	30	duodenal	Gastroduodenostomía Billroth I. 1959		Vagotomía troncular infradiaphragmática III-61	curación	muy bueno
XIII J. L. G.	V	41	duodenal	Gastroenterostomía y vagotomía 1960	Pequeñas melenas. Dolor tardío intenso	Degastroenterostomía y amplia resección Reichel- Polya VI-62	curación	muy bueno
XIV M. P. L.	V	52	duodenal	Gastroenteros- tomía 1937	Fístula gastro-yeyuno- cólica	Degastroenterostomía. Resección yeyuno y colon XII-62	fallecimiento	
XV F. O. A.	V	31	duodenal	Gastroenteros- tomía 1940		Degastroenterostomía. Resección yeyuno y colon VII-64	curación	desconocido
XVI J. M. P.	V	42	duodenal	Gastroenterostomía y vagotomía 1961	Dolor intenso	Degastroenterostomía y resección amplia gástrica. H. Finsterer. I-65	curación	bueno
XVII A. N. P.	V	51	duodenal	Polya 1956	Melena	Vagotomía troncular infradiaphragmática II-66	curación	muy bueno
XVIII M. C. G.	V	65	duodenal	Polya 1927	Melenas de repetición y degeneración neoplá- sica de la úlcera	Degastrectomía. Nueva gastrectomía. H. Fins- terer. XII-66	curación	muy bueno hasta la actualidad

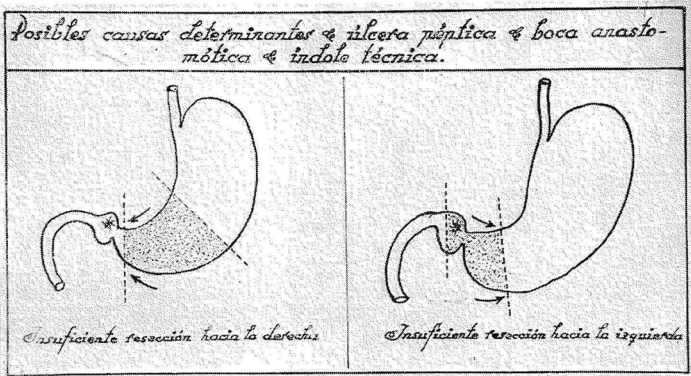


Fig. 1.^a

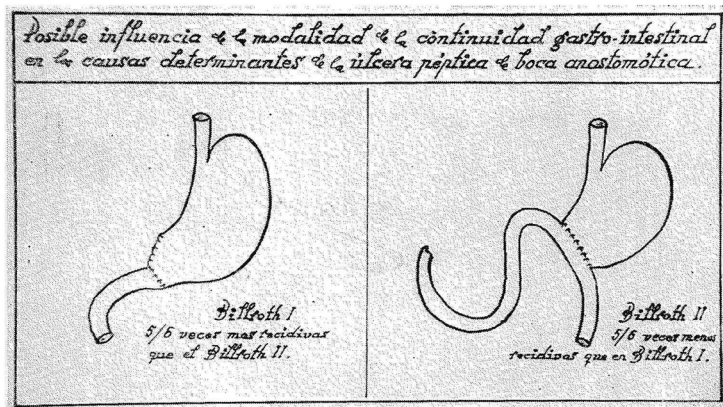


Fig. 2.^a

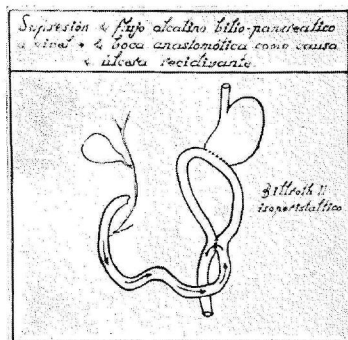


Fig. 3.^a

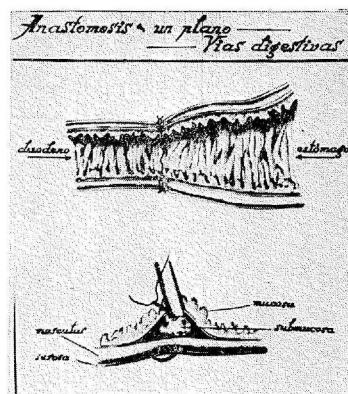


Fig. 4.^a



Fig. 5.^a—Ulcus de boca anastomótica, asa eferente.



Fig. 6.^a—Ulcera yeyunal a unos 3 cm. de la boca anastomótica. (Dr. Arroyo)

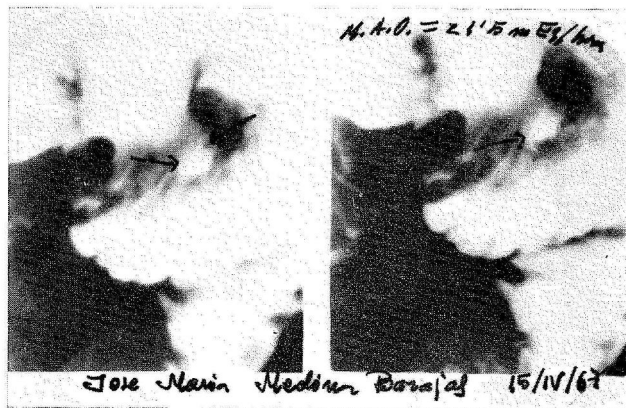


Fig. 7.^a—Ulcera asa eferente en gastroenterostomizado

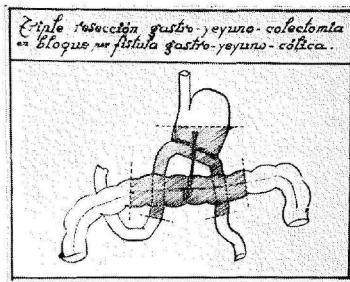


Fig. 8.^a

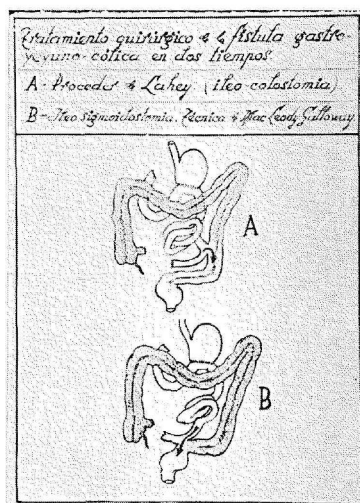


Fig. 9.^a

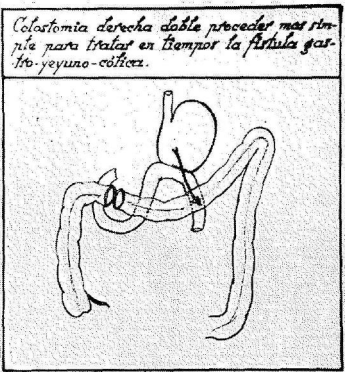


Fig. 10

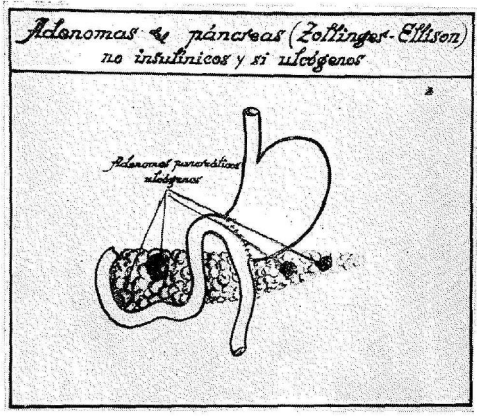


Fig. 11

- el reflujo y el estasis en el asa aferente.
- la longitud y el lugar de la boca anastomótica (3).
- el material de sutura (al ser en un sólo plano, la mucosa queda en contacto sin hilo alguno).
- los traumas operatorios.
- las perturbaciones vasculares (obstrucciones linfática), isquemias hematomas, obliteraciones y estasis.

Todo ello se evita con la anastomosis en un sólo plano.

ANATOMIA PATOLOGICA

Sabemos que la úlcera péptica a continuación de una operación anterior gástrica, puede aparecer, tanto después de una anastomosis gastroduodenal, como en la evolución postoperatoria de una anastomosis gastroeyunal, en las múltiples variedades, o sea, tanto si se hizo una resección gástrica en cualquiera de las variedades del Billroth, como si sólo se practicó una gastroeyunosotomía. Pero pese a estas distinciones, la lesión anatómica, que puede aparecer en la anastomosis o próximo a ésta, tiene bastantes caracteres comunes y que, como muy bien indican Pevcelon y Replumaz (4), corresponden o se encuentran en el potencial evolutivo de toda úlcera péptica recidivante, y que son:

- la retracción periulcerosa.

- el aspecto inflamatorio con reacción flogósica vecina, llegando a constituir o a formar un gran "tumor" inflamatorio o flogósico que incluso engloba y engancha a los órganos vecinos.

- el aspecto terebrante de las lesiones crateriformes, más o menos infiltradas, que le dan una consistencia dura y hasta callosa.

La úlcera péptica, después de una anastomosis tipo gastroduodenal, tiene algunas características. Así, por ejemplo, se oye decir que otra ventaja del Billroth I es la facilidad de nueva resección en caso de recidiva ulcerosa, cuando la realidad está, en bastantes ocasiones, algo distanciada de esta afirmación al presentarse estas úlceras penetradas en el páncreas y localizarse, no ya en el bulbo, que no existe, sino en la primera porción duodenal o incluso en su segunda porción que hace aumentar el riesgo quirúrgico durante su exéresis, ante la posibilidad de herir, tanto la vía biliar principal como las vías pancreáticas.

Distinto es el aspecto de las úlceras pépticas después de anastomosis gastroeyunales estando localizadas, la mayoría de las veces, en el asa aferente, con un aspecto de retracción del asa en forma de cicatriz irradiada y con una consistencia dura, e incluso con retracción del meso y afectación de los ganglios mesentéricos.

(3) La boca anastomótica debe ser hecha en declive extensible y contractil y con puntos sueltos y en un solo plano.

(4) PEYCELON, R. y REPLUMAZ, P.: "Los ulcères peptiques aprégastrectomie. A propos de 24 observations", Lyon Chirurgicale, 54, núm. 5, 641-656, 1958.

Lo mismo puede estar implantado el nicho en la misma boca que a 2-3 e incluso 5 cm. de boca anastomótica. No faltan ocasiones en que se sitúe frente a la anastomosis o en el lado intestinal de la inserción mesentérica, localización poco frecuente.

En dos de nuestros casos había fistula gastroyeyunocólica, en reseca- dos gástricos, tipo Polya transmesocólico (casos V y VI).

CUADRO CLINICO

Un hecho importante es la precoz aparición de la úlcera péptica después de la gastroenterostomía o de la gastrectomía, apareciendo en alguno de ellos en pleno curso postoperatorio. Da la impresión de que en su enfermedad ulcerosa no ha existido ninguna interrupción pese a la gastrectomía o gastroyeyunostomía.

Síntoma característico es el dolor epigástrico, con algunas características que señalamos más adelante, y además, pérdida de peso con alteraciones del estado general, siendo lo definitivo la objetivación de signos radiológicos en favor de un nicho.

Características de la úlcera péptica postoperatoria, es su tendencia marcadamente evolutiva y, por tanto, el de progresar, pese a remisiones que pueden condicionar el tratamiento médico. Como decía Gallart, el hecho de la aparición de una nueva úlcera después de la gastrectomía supone el carácter evolutivo y rebelde de la enfermedad ulcerosa.

El dolor de la úlcera péptica de

boca anastomótica, tiene las siguientes características:

- mayor intensidad que el que producía el *ulcus primitivo*.
- localización hacia el centro y derecha del epigastrio en el Billroth I y centro izquierda en los procedimientos Billroth II y gastroenterostomía.
- calma menos a la ingesta y alcalinos.
- primeramente, puede evolucionar como el primitivo, o sea, por brotes, pero en seguida, y especialmente, cuando se exterioriza y engloba en el proceso flogístico las formaciones anatómicas vecinas, se hace más continuo.
- como complicaciones, la hemorragia es relativamente frecuente. No así la perforación en cavidad libre abdominal. Es más usual la fijación o enganche en el colon transversal e incluso su perforación, constituyendo la fistula gastroyeyunocólica. Puig-Sureda, en nuestra patria, tiene una gran experiencia de esta complicación.

La fistula gastroyeyunocólica tiene una triada sintomática patognomónica constituida por eructos fétidos, diarreas lientéricas e incoercibles y emaciación progresiva.

Radiológicamente, es fácil comprobarla cuando por medio de una enema baritada se plenifica el estómago.

RADIODIAGNOSTICO

Ni que decir tiene que el signo definitivo será la presencia de *irre-*

gularidades en la zona de la misma anastomosis o en su proximidad. Asimismo, la *estrechez* de esta zona y su consecuencia de retención gástrica, así como la sensibilidad en el sitio de la anastomosis.

En algunos casos de gastroenterostomía, puede ser el único signo radiológico en favor de la úlcera péptica, una *zona residual de bario*, en el asa eferente y dolorosa a la presión.

Es fundamental en el estudio radiológico de estos casos, el practicar el *examen con poco contraste*.

El empleo de gran cantidad de bario, *oculta las lesiones*, bien porque el estómago replecionado y dilatado se superpone a la boca anastomótica, bien porque mucha papilla no distingue el nicho. Sin embargo, una vez explorada la boca anastomótica con poco relleno se deberá replecionar para completar el estudio.

Cuando hay retracción ulcerosa puede aparecer una *formación diverticular o sacular*, a semejanza de lo que ocurre en la retracción de las úlceras duodenales. En ocasiones hay también *irradiación de pliegues*. Cuando hay estenosis del asa eferente, parece ser se viene observando existe una destrucción del relieve de la mucosa.

Concluyendo, podemos resumir las características radiológicas de la úlcera péptica postoperatoria de la siguiente forma:

- sensibilidad persistente sobre el lugar de la anastomosis o neoboca.
- grosera deformidad de la boca anastomótica.
- estenosis de la misma.

- residuos de bario en sus proximidades.
- retraso en el vaciamiento gástrico.
- imagen de nicho ulceroso.
- fístula gastroyeyunocólica.
- deformidad del asa eferente del yeyuno próximo a la neoboca.

COMPLICACIONES

Respecto a las complicaciones de la úlcera péptica de boca anastomótica, analizaremos brevemente:

- perforación,
- hemorragia,
- estenosis de la neoboca,
- carcinoma del estoma-gastroentérico o del muñón gástrico,
- fístula gastroyeyunocólica.

La perforación libre en cavidad abdominal es muy poco frecuente; nosotros aún no la hemos observado. Es bastante más frecuente la perforación en una viscera vecina, especialmente en el colon transversal adyacente a la boca, dando origen a fístula gastroyeyunocólica.

La hemorragia podrá ser grave y de hecho la hemos observado constituyendo el síntoma más fundamental de una úlcera péptica postoperatoria, aunque en otras ocasiones, pese a la hemorragia, en la laparotomía no se encontró ninguna úlcera. Es curioso que en la mayoría de los pacientes que sangran después de la resección de estómago, habían ya sangrado anteriormente a la operación.

Respecto a la estenosis de la boca anastomótica, la tenemos observada

después de la gastroyeyunostomía, pero nunca en las gastrectomías parciales. Maingot cita cerca del 10 por 100 de las úlceras anastomóticas que producen estenosis de la neoboca.

La degeneración maligna de una úlcera péptica de la neoboca, es posible, pero no frecuente. No sabemos hasta qué punto las carcinomas de muñón gástrico que hasta ahora hemos observado (tres casos) hayan tenido como punto de partida una úlcera marginal. Sin embargo, hay más sospecha que desde el principio se tratara de una degeneración del muñón de gastrectomía.

Finalmente, la fístula gastroyeyunocólica, o puede presentarse como secuela de la úlcera péptica después de la gastroenterostomía e incluso después de la gastrectomía parcial, ya que en una anastomosis tipo Polya retrocólica, una úlcera en el asa eferente puede producir una infiltración del mesocolón que al retraerse sitúa el colón transversal junto a la lesión péptica del asa yeyunal afectada. Nuestro compatriota Puig-Sureda (5), se ha ocupado ampliamente de esta complicación. Según él, puede ocurrir del 10 al 20 por 100 de los pacientes con úlceras anastomóticas, aumentando su posibilidad conforme aumenta el tiempo de evolución.

La sintomatología de la fístula es clara, va que aparecen los eructos y el aliento fétido y una diarrea que se exagera después de las ingestas y que no cede a ningún tratamiento médico. En ocasiones se llega al vómito fecaloideo. A estos

síntomas hay que sumar una astenia, anorexia y, sobre todo, una emaciación progresiva con manifestación de signos carenciales. El diagnóstico queda establecido, como hemos señalado anteriormente, con el paso del contraste al estómago después del enema opaco.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ULCERA DE BOCA ANASTOMOTICA. CONDUCTA QUE SEGUIMOS

- Si la exéresis gástrica inicial es correcta, bastará, al menos en principio, con una vagotomía por vía abdominal o por vía torácica;
- si se piensa que la exéresis gástrica es insuficiente, si existe una úlcera voluminosa anastomótica, es preciso asociar a una nueva resección gástrica una vagotomía abdominal; dos técnicas se pueden hacer, según se reopere en un Billroth I o II. (Aplicable este último a la gastroenterostomía).

ULCERA PEPTICA EN ANASTOMOSIS GASTRO-DUODENAL

Es una intervención que se lleva de una forma similar a una resección habitual por úlcera duodenal, haciendo una liberación meticulosa de toda la primera porción duodenal, cuidando mucho el que quede un muñón duodenal, que haga posible un cierre en un solo plano,

(5) PUIG-SUREDA, J.: Annals de Mod., t. 24, 1930.

haciendo para ello un corte limpio que deje bordes regulares en tejido sano y perfectamente vascularizado, haciendo hemostasia de sus vasos en el mismo borde con pinzas mosquito. De esta forma se podrá cerrar en un solo plano.

El cierre del duodeno es un problema de buena dirección del mismo y de buena nutrición. Se acabará la intervención con una anastomosis gastro-yeyunal y vagotomía, cerrándose la mitad superior de la sección gástrica (6).

Cuando se trata de úlcera péptica en anastomosis gastro-yeyunal, habrá que distinguir cuando se hizo gastrectomía o sólo gastroenterostomía, pues en esta segunda situación habrá que acabar la intervención realizando una amplia resección.

En ambas situaciones, habrá también que reseca la porción del intestino delgado que forma la boca anastomótica y parte del asa aferente y eferente, restableciéndose la continuidad intestinal con anastomosis término-terminal o boca abierta y en un solo plano, como la venimos haciendo.

En línea general, en la operación habrá que guardar los siguientes tiempos:

- amplia incisión abdominal extirpando la antigua cicatriz y sobrepasando el ombligo hacia abajo;
- liberación de todas las adherencias, dejando libre el colon transversal, estómago e hígado,

especialmente su borde anterior y cara inferior;

- exploración, que confirme el diagnóstico;
- colocación de una valva tipo Doyen a nivel del apéndice xifoides que haga fuerte tracción y vagotomía infradiaphragmática;
- elevación del colon transversal y comienzo de la disección de la boca anastomótica y movilización;
- disección de las asas aferente y eferente de la boca y tracción de las mismas, pasando cintas de color;
- se prosigue la disección hasta conseguir liberar la boca anastomótica de todo el mesocolon. Este proceder será difícil si hay gran flogosis y retracción del meso, en cuyo caso corre peligro la arcada vascular que nutre al colon. Hay dos soluciones: O se reseca el colon transversal, la parte afectada; o se abre la boca anastomótica y colocando un dedo dentro de ella se prosigue la liberación del meso en el borde de fijación al estómago;
- sección del intestino delgado a nivel del asa proximal y distal y restablecimiento de su continuidad con anastomosis en un plano. Cierre de su meso;
- todo el bloque del estómago y de la boca anastomótica pasa al espacio supramesocólico;

(6) LATARTE, J.: et BISMUTH, H.: Encyclopedie M.—Chirurgicale Techniques Chirurgicales Ap. digestil (3-1965) 40.355-6,7.

- si estamos ante una degastroenterostomía, se prosigue todo como en una gastrectomía habitual;
- si se está realizando la degastrectomía, se libera algo del muñón gástrico hasta una altura prudente que realice una nueva resección;
- sección gástrica cerrando la mitad superior de su sección y anastomosis gastro-yeyunal en un solo plano, haciendo subir un asa del delgado que está unos 7/8 cms. por debajo de la sutura yeyuno-yeyunal;
- se puede aprovechar para la subida del asa la misma brecha del mesocolon que quedó una vez separada. Hay autor que prefiere hacer una nueva.

RECORTE DEL MUÑÓN DUODENAL

La existencia de una úlcera péptica puede ser debida, como decíamos, por una insuficiente resección gástrica a la derecha. Cada vez que se compruebe esta causa, el recorte del muñón duodenal debe ser hecho. Asociada, naturalmente, a una vagotomía y a una resección gastro-yeyunal donde asienta la recidiva ulcerosa.

VAGOTOMIA

Reduce casi completamente la acidez, suprimiendo uno de los factores de la secreción gástrica. La hemos venido haciendo bilateral y troncular, o sea, completa (conocemos la selectiva, pero no nos hemos sentido atraídos por su práctica).

Los test del quimismo permiten apreciar la eficacia de la vagotomía.

En los que actúan por mecanismos extra-vagal, tales como el de la histamina (M. A. O.), la vagotomía bilateral no tiene ninguna acción.

En cambio, en los test de mecanismo vagal —insulina por ejemplo—, la vagotomía bilateral total, suprime el estímulo.

Estos test pueden tener el interés de

- fijar la importancia del vago en la causa de las perturbaciones antes de la operación;
- después de la operación se podrá averiguar si la sección de los vagos ha sido completa.

Las variaciones anatómicas de las ramificaciones del décimo par destinadas al estómago son numerosas. Justamente por debajo del hiato, aún son tronculares, siendo en esta región donde se procede a su sección completa. El izquierdo, por delante del esófago. El derecho, por detrás del esófago y a la derecha. En algunas ocasiones, son los dos más derechos de lo que se piensa.

A tres o cuatro centímetros debajo del hiatus, los nervios vagos se dividen, existiendo de 3 a 5 ramas nerviosas, aproximadamente.

Por ello, hay que ser muy cautos, pues así como la individualización troncular es neta por encima del diafragma, no lo es tanto por debajo, por lo que habrá que prever la sección, en ocasiones, de varias ramas, tanto por el vago anterior como por el posterior, si se quiere denervar por completo el estómago.

Al principio realizamos vagotomías transtorácicas. Es muy fácil, pero requieren un tiempo largo de abertura y cierre del tórax; y tiene el grave inconveniente de no permitir la exploración de la lesión péptica por la que se interviene.

Por norma, practicamos la vagotomía abdominal que aprendimos de Llauradó, utilizando una valva suprapúbica que se coloca bajo el apéndice xifoides y que una fuerte tracción da un amplio campo subfrénico con visibilidad perfecta del hiatus esofágico. Bastará traccionar el estómago para apreciar la cuerda que forma el vago anterior.

El rechazo del pilar derecho diafragmático, hacia la derecha, y del esófago hacia la izquierda, permitirá la visibilidad del vago derecho posterior que, por medio de un "gancho" o instrumento en asa, se podrá exteriorizar. La reconstrucción del ángulo de His, será una buena norma para evitar el reflujo.

LA GASTRECTOMIA TOTAL

Existen en la literatura bastantes casos y en nuestro Hospital uno que operó el Dr. Salas, de gastrectomía total por úlcera de boca anastomótica recidivante y por la evolución insistente de la enfermedad ulcerosa. Es una eventualidad rara y poco de desear. Debe ser, por lo tanto, de una indicación de excepción, siendo ésta la úlcera péptica hemorrágica recidivante,

tras gastrectomías correctas asociadas a la vagotomía completa.

(Casos de exploración pancreática. Síndrome de Zollinger Ellison).

COMPLICACIONES DE LA VAGOTOMIA

De hecho una vagotomía puede ir seguida de:

- 1) Trastorno hidro-electrolítico.
- 2) Atonia gástrica.
- 3) Diarreas.
- 4) Paresia intestinal.
- 5) Disfagia.
- 6) Hipotonía y flujo lento biliar o vesicular tras la vagotomía.
- 7) Se puede agravar una ligera hipertensión preexistente y la aparición de signos subjetivos característicos de la enfermedad hipertensiva, consecutiva a la resección de los neumogástricos (la hipertensión arterial, pues es una contraindicación de la vagotomía). Otros señalan que la hipertensión es un fenómeno pasajero tras la vagotomía.

El conocimiento de cada una de ellas, puede hacer que se traten mejor y sobre todo hacer la profilaxis.

SINDROME DE ZOLLINGER-ELLISON

Zollinger y Ellison (7) publicaron

(7) ZOLLINGER, R. M. and ELLISON, E. H.: Primary peptic ulcerations of the jejunum associated with islet cell tumors of the pancreas. Ann. Surg., 142: 709-728, 1955.

en 1955 su famoso trabajo sobre "tumores ulcerógenos del páncreas" que, evidentemente, ha sido una nueva aportación a la enfermedad ulcerosa.

El diagnóstico clínica de este síndrome podrá hacerse ante la triada:

- úlcera péptica recidivante de evolución grave;
- hipersecreción gástrica;
- tumor pancreático, no secretor de insulina.

La úlcera presenta el carácter de rebeldía al tratamiento, tanto médico como quirúrgico (hemorragias, perforaciones). La hipersecreción alcanza hasta 3.000 c. c. en 24 horas y 60/90 mEg/1CIH. El tumor pancreático puede ser variado en su localización. En ocasiones habrá, además, diarrea, a veces anterior al síndrome ulceroso. Se trata, por lo tanto, de una hormona parecida a la gastrina y segregada por las células (no-B) del páncreas tumoral o simplemente hiperplásico.

Anatómicamente se suelen situar estos adenomas de células no beta en la cola del páncreas. De ahí que se imponga la exploración sistemática del páncreas en estos casos.

Histológicamente, este neoplasma pancreático está constituido por proliferaciones trabeculares de células polieédricas en contacto con

una rica red capilar estasiada y con un estroma fibroso poco abundante.

Histológicamente, los límites de este tumor son difusos y se encuentran imágenes de invasión, permitiendo considerarlos como tumores malignos, pero es preciso señalar que los tumores endocrinos malignos del páncreas, no poseen, a menudo, más que una malignidad local y producen excepcionalmente, metástasis a distancia.

Se trata, en resumen, de células no Beta (B), productores de una secreción que se ha incriminado al glucagon, otros a la serotonina y más actualmente, a una sustancia de efectos fisiológicos comparables a la gastrina.

Existe, además, una estrecha relación entre la úlcera péptica y adenomas múltiples endocrinas, ya que no solamente se comprobaron adenomas pancreáticos en los enfermos de úlcera péptica, sino que también se mencionan en los trabajos de Zollinger y Elliot (8) adenomas de hipófisis, paratiroides y suprarrenales y que Viladerll (9), en nuestra patria, ha recogido en una revisión que hace del problema. Mogena (10) también lo ha hecho con Arrieta.

Pernod, Mercadier y Hepp (11), proponen someter estos casos a una gastrectomía total con pancreatectomía izquierda.

Naturalmente, que esta forma de

(8) ZOLLINGER, R. M., and ELLIOT, D. W., and COLS.: An. Surg., 156: 570-578, 1962.

(9) VILARDELL, F.: Rev. Clín. Esp. 6, 382-385, 1960.

(10) MOGENA, H. G. y ARRIETA, A. F.: Rev. Clín. Esp. 81: 387-395, 1961.

(11) PERNOD, J., MERCADIER, M. et HEPP, J.: A propos du traitement Chirurgical du syndrome de Zollinger-Ellison. Arch. Mal. App. Dig., 51: 323-330,

proceder, aparte de su agresividad, es un poco empirica, porque habría casos en que el tumor radicaría en la cabeza pancreática. Tampoco, a veces, la gastrectomía total es suficiente, pues se citan casos de ulceración esofágica como en el caso de Bellack y Cols (12), de la Clínica Quirúrgica de Fontaine, poniendo en duda si la gastrectomía la habría evitado. Es preciso, pues, esperar que un mejor conocimiento de las células no B y de la hormona que segregan, haga posible un tratamiento médico y quirúrgico más racional del síndrome.

(12) BOLLACK y COLS.: Lyon Chirurgial 60, 500-510, 1964.

