

LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DE LA ULCERA PEPTICA GASTRICA Y DUODENAL

C. A. PROTZEL

En el presente trabajo nos ocuparemos solamente de las indicaciones quirúrgicas en el tratamiento de las complicaciones de la úlcera péptica, gástrica y duodenal.

Antes que nada, enunciemos que el ulcus es una enfermedad muy frecuente, y cuyo tratamiento fundamental debe ser médico, solamente sus complicaciones deberán ser tratadas quirúrgicamente. La incidencia de esta afección es tal, que, en realidad, reviste caracteres serios, y no pecamos de exagerados si la colocamos entre las enfermedades sociales y del siglo del maquinismo.

Su compleja etiología, no bien definida, muy discutida y frecuentemente investigada, está siempre a la orden del día en el ambiente científico y es tema central en Congresos y Justas Científicas; por tal razón se estima en un millar las publicaciones anuales sobre este tema.

Si bien el criterio de las distintas Escuelas discrepa en relación hacia el tratamiento del ulcus debe ser médico o quirúrgico, estas mismas están de acuerdo en que sí está indicada en las siguientes complicaciones:

- a).—Perforación; ya cerrada o en cavidad abierta.
- b).—En los ulcus hemorrágicos.
- c).—En la estenosis pilórica.
- d).—En los ulcus crónicos, rebeldes al tratamiento médico.
- e).—En los ulcus en peligro de generación maligna o sospechosos de tal.
- f).—Criterio Económico-Social.

Estimamos pues que hay seis indicaciones que aconsejan operar. Las cinco primeras de carácter somático y la sexta condicionada al criterio Económico-Social.

No analizaremos, por conocidas de todos, las cinco primeras indicaciones, pero si lo haremos en relación a la Sexta.

El año 1946, presentamos un trabajo en compañía con nuestro Asistente Gilberto Barrantes, a la Quinta Asamblea del Colegio Internacional de Cirujanos, reunida en Lima, y en la cual referíamos nuestra experiencia quirúrgica en relación a la Cirugía gástrica, revisando las indicaciones de su operabilidad. En aquella ocasión, señalamos la conveniencia de operar a ulcerosos que se encontraban imposibilitados de llevar un régimen Higiénico Dietético y de reposo prolongado, por no permitírsele su condición económica. La averiguación la hicimos en el Hospital Obrero de Lima, ella nos demostró la imposibilidad en la que estaba el enfermo para tener una larga Hospitalización, segundo, ya fuera del Hospital, continuar el reposo, tercero, el sostenimiento de la dieta. La razón se encuentra en factores Económicos; el costo de la dieta consumía la mitad de su salario, y el desnivel que ocasionaba en el sostenimiento de la familia, aún cuando no tuviera ningún desembolso por atención médica. El régimen dietético, el reposo físico y psíquico difíciles de llevar, nos determinaron a pensar en la conveniencia de tratarlo quirúrgicamente, pues así conseguíamos abreviar tiempo y superar un prolongado tratamiento que no podía ser llevado, reintegrando al seno de su familia y a la producción a estos enfermos.

Si bien es verdad que nuestras primeras observaciones fueron hechas en un Hospital que atendía solamente obreros, en la última década hemos operado a más o menos medio millar de enfermos de distintos estratos sociales, en los cuales los factores Económico-Sociales eran dominantes.

Primó en nuestro criterio, la observación personal del caso sometido a nuestro cuidado, la revisión minuciosa de su historia, las complicaciones anteriores o presentes, la investigación socio-económica, las dificultades familiares, medio ambiente, docilidad del paciente para observar un régimen higiénico dietético prolongado, sus reacciones a tratamientos anteriormente instituidos, solamente así resolvíamos la intervención quirúrgica.

La medida terapéutica en ciertos casos tiene carácter profiláctico, pues hemos operado enfermos en pleno tratamiento médico que han hecho una perforación o accidenets hemorrágicos de gran volumen que amenazaban su vida.

En nuestra experiencia y con cirugía bien reglada, estimamos que la intervención quirúrgica aparece un riesgo mínimo. La mortalidad en esta última década alcanzó un medio por ciento, igual por lo demás a la de otros medios quirúrgicos, salvo el caso de operar enfermos en condiciones críticas.

La técnica por nosotros empleada en el diagnóstico, la exploración radiológica, endoscópica en casos dudosos y de laboratorio, no varían en nada a la de otros Centros Quirúrgicos. Sometemos a un cuidadoso pre-operatorio a todos los pacientes, aún en los casos de emergencia, para evitar en lo posible el riesgo quirúrgico. Durante la operación tenemos buen cuidado de evitar las pérdidas de sangre y mantener la presión sanguínea y la volemia con transfusiones de sangre, plasma y otros fluidos, si estos no están a disposición.

En razón a la Técnica empleada, resecamos siempre 3/4 de estómago y primera porción de duodeno y practicamos la anastomosis término lateral a lo Hoffmeister-Finsterer antecólica.

En los últimos cinco años hemos abandonado definitivamente el procedimiento de Polya por creer que él predispone el Dumping, y hemos procurado siempre que fuera posible practicar la operación de Billroth y el de Belcher por ser operaciones ideales para la continuación gastro duodenal. La mortalidad como anunciamos anteriormente es de medio por ciento.