

ALGUNOS RESULTADOS DE LA SECCION DE LOS NEUMOGASTRICOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ULCERAS DUODENALES *

Por el Dr. GUSTAVO BAZ,
académico de número.

Los señores académicos recordarán que hace ya algunos años que el distinguido miembro de esta institución, doctor Darío Fernández, trataba a sus enfermos de úlcera duodenal haciéndoles lo que llamaba "enervación del estómago". El maestro Fernández siguió en este procedimiento las ideas de Stierling y de Latarjette, quienes a su vez se fundaron en las experiencias de Pavlov, quien demostró la etapa psíquica de la secreción del jugo gástrico. Stierling y Latarjette se propusieron seccionar los neumogástricos a la llegada al estómago, buscando disminuir la función gástrica tanto de movilidad como de secreción. Sin embargo de haber tenido algunos éxitos, la operación quedó olvidada por varios años, de 1920 a 1932. Cushing, con su gran espíritu de observación, presentó al mundo médico numerosos casos de enfermos tratados quirúrgicamente de tumores cerebrales en quienes se produjeron úlceras del estómago, duodeno y, en algunas ocasiones, hasta del intestino delgado, cuando se intervenía en el cerebro en regiones cercanas al hipotálamo.

Las observaciones de Cushing fueron publicadas en un volumen bajo el nombre de "Papers Related to the Pituitary Body, Epithalamus and Pilocic System", por la Universidad de Harvard. El Dr. Lester Dragsted, inspirado a su vez en las observaciones de Cushing, se propuso tratar las úlceras duodenales y úlceras pépticas por la sección de los neumogástricos. Este cirujano, aprovechando los progresos de la cirugía torácica y de la anestesia controlada, secciona los vagos por vía transtorácica, consiguiendo en todos esos casos el descenso del ácido clorhídrico y la disminución de

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 11 de agosto de 1948.

la movilidad, la desaparición del dolor y la curación clínica y radiológica de las úlceras del duodeno y de la úlcera yeyunal post-operatoria.

Las publicaciones hechas por el doctor Dragsted pronto fueron seguidas por la aplicación de la sección de los neumogástricos por cirujanos de todo el mundo, sobre todo en las úlceras pépticas, y a pesar del poco tiempo que se tiene de practicar esta operación, ya es abundante la literatura y se presentan estadísticas en pro y en contra, logrando en ocasiones partidarios fervientes y grandes opositores.

Antes de presentar a ustedes mi experiencia en relación a la sección de los neumogástricos, me permito recordarles que el peristaltismo del estómago obedece a leyes generales de fisiología. Al contraerse, dirige su contenido hacia el píloro; el antro pilórico se dilata, el píloro se abre y deja pasar el contenido gástrico en pequeñas porciones.

Ahora bien, la sección de los neumogástricos, al abolir casi por completo las contracciones del estómago, deja al píloro cerrado, produciéndose entonces una retención gástrica que obliga al cirujano a poner una sonda de aspiración por la nariz hasta el estómago, que alivia al enfermo de líquidos y gases. Por otra parte, la excitación de los neumogástricos produce el aumento en la secreción del jugo gástrico y, naturalmente, del ácido clorhídrico. Al seccionar los neumogástricos, la secreción de ácido clorhídrico baja a cero, pero en algunas ocasiones se ha encontrado que este descenso no se obtiene o sólo se logra en partes. Los partidarios de la sección de los neumogástricos afirman que se ha seguido una técnica defectuosa y que no se hizo la sección completa, debiendo reintervenir hasta conseguir la anaclorhidria por sección completa de los neumogástricos. En las primeras operaciones hechas por vía transtorácica o por vía abdominal, se tuvieron recaídas de algunos enfermos y se pensó en el gran poder regenerativo de los neumogástricos. Todavía se sigue pensando en esta posibilidad y de ahí que se aconseje la ligadura con seda de los cabos de los nervios seccionados y hasta procedimientos plásticos complicados para interponer músculo entre los cabos del nervio.

Meditando sobre el problema, se ve uno obligado a volver al estudio de la Fisiología y recordar que la secreción del ácido clorhídrico en el estómago tiene primero la fase descrita por Pavlov como la "psíquica"; una segunda, producida por contacto de determinados alimentos en el estómago; una tercera, producida como reflejo duodenal, y aún se afirma que puede haber secreción producida por la absorción a través del intestino delgado. Puede agregarse aún la observación que todos los mé-

dicos han podido hacer en enfermos con apendicitis, colecistitis, etc., en los cuales los pacientes se quejan de regurgitaciones ácidas; pero si bien puede ser exclusivamente por retención gástrica que obedece a espasmo pilórico reflejo, puede también producir modificaciones en la química y en la mecánica del estómago.

Por todo esto puede pensarse que no se ha llegado todavía a precisar las indicaciones de la sección de los neumogástricos en el tratamiento de las úlceras duodenales. De ahí entonces, la explicación de que la sección de los neumogástricos como único tratamiento, principalmente en las úlceras duodenales, puede no ser bastante para la curación, y en el caso de retención gástrica por perturbación del peristaltismo gástrico o de estenosis pilórica, se aconseje hacer al mismo tiempo que la sección de los neumogástricos, la piloroplastia o gastro-entero-anastomosis. Pero aún en estas condiciones, se han señalado fracasos y es posible que suceda que, o no se ha hecho totalmente la sección, o las perturbaciones funcionales del estómago obedecían a otras causas que no actúan a través del sistema nervioso.

De todas maneras, la sección de los neumogástricos en el tratamiento de las úlceras pépticas y de las úlceras duodenales es un paso importante que da la cirugía. Considerándolo así, es como lo he aplicado en 17 de los 29 enfermos del estómago y del duodeno que he operado en este año; en todas estas 17 intervenciones, la sección de los neumogástricos la he practicado por vía abdominal.

De esos 17 enfermos, dos han sido de úlcera del estómago y 15 de úlcera duodenal; de estos últimos, el estudio clínico reveló síndromes de estenosis pilórica. En los 17 enfermos, el diagnóstico clínico fué ratificado por el estudio radiológico.

El estudio del jugo gástrico denotó hiperclorhidria en 16 casos e hipoclorhidria en uno de úlcera del estómago. En 10 de los primeros se obtuvo descenso a cero y en los otros a signos, solamente, de hipoclorhidria. En los 17 casos se hizo el estudio de la química sanguínea antes y después de la operación, encontrando en todos ellos descenso de la glicemia, que oscila alrededor de 70 miligramos por ciento. En el post-operatorio se tuvieron dos casos de flebotrombosis que nos obligaron a hacer la ligadura de las dos femorales. En cuatro casos se presentaron complicaciones pulmonares, dos de embolia pulmonar correspondiente a flebotrombosis y dos a focos bronconeumónicos. En estos cuatro casos se aplicó penicilina a dosis altas y se obtuvo la curación.

De los 17 enfermos, a 16 se les hizo gastrectomía amplia y, para reconstruir el tránsito, en uno se siguió el procedimiento de Billroth número 1, o sea anastomosis directa-término-terminal del muñón gástrico al duodenal; en cuatro enfermos se hizo el Billroth número 2 o sea la anastomosis látero-lateral-trans-meso-cólica. En el resto, se hizo la técnica Polya 2, o sea la anastomosis término-lateral-trans-mesocólica del estómago al yeyuno.

A esta relación debe agregarse un caso más de úlcera péptica en un enfermo operado de gastrectomía ocho años antes. En este enfermo, al operarlo, se encontró gran foco inflamatorio que adhería la úlcera marginal de la anastomosis al colon transverso. Se trataba en este caso de un hombre de 68 años de edad, diabético, y que murió con complicaciones bronco-pulmonares severas. De los 17 casos anteriores, murió uno en el que se presentó hepatitis aguda.

El tiempo transcurrido después del tratamiento de estos enfermos es todavía muy corto para sacar conclusiones definitivas; sin embargo, todos ellos han visto desaparecer sus antiguas molestias, han aumentado considerablemente de peso y han vuelto a sus trabajos. El número es, no obstante, insignificante porque de mis enfermos operados por úlcera duodenal con anterioridad a estos casos, una gran proporción se ha curado también sin la sección de los neumogástricos. Tengo solamente cinco casos de úlcera reincidente que justificarían la sección de los nervios como preventiva de la aparición de la úlcera péptica. Uno de esos enfermos fué a Rochester en donde lo operaron por vía torácica y curó.

Como se habrán fijado los señores académicos, a todos los enfermos a quienes se les ha seccionado los neumogástricos se les ha hecho también gastrectomía subtotal, amplia, porque en la mayoría de ellos el estómago había aumentado en sus dimensiones; casi todos eran trabajadores de escasos recursos en los cuales era preferible resolver definitivamente su problema. En el único caso en que se hizo sección de los neumogástricos y piloroplastia dejando la úlcera en su sitio, el enfermo continuó con molestias caracterizadas por fenómenos de retención gástrica, que nos ha obligado a reencamar al paciente para practicarle la gastrectomía.

Dos enfermos han tenido diarrea, uno de ellos ha estado muy mal por esta complicación. Dejamos anotado que, como lo afirman los cirujanos de Cleveland, en casos seleccionados puede bastar la sección de los neumogástricos. Es decir, en casos en que el estómago tenga aspecto normal y en los cuales se encuentra solamente la úlcera duodenal e hiperclorhi-

dria. Enfermos del tipo angustiado o ansiosos y que, en último caso, es para ellos fácil dejar su trabajo para volver al hospital.

Para terminar este trabajo, han sido tratados diez enfermos más de úlcera duodenal, a los cuales se ha hecho también la sección de los neumo-gástricos y gastrectomía.

Los resultados lejanos de los enfermos que puedan controlarse procuraré traerlos a esta docta agrupación el año próximo. Por último, debe advertirse a los presentes que el control de la acidez gástrica ha sido hecha con la técnica de la histamina y no de la insulina, por no estar completamente seguros nuestros laboratoristas en el manejo de la segunda.

BIBLIOGRAFIA

Ransom, Henry K., M. D. "Subtotal Gastrectomy for Gastric Ulcer", *Annals of Surgery* Vol. 126, N° 5, nov. 1947, p. 633.

Schoen, Arthur M., M. D., Griswold, R. Arnold, M. D. "The Effect of Vagotomy on Human Gastric Function", *Annals of Surgery*, Vol 126, N° 5, nov. 1947, p. 655.

Moore, Francis D., M. D. "Vagus Resection for Ulcer: An Interim Evaluation", *Annals of Surgery*, Vol. 126, N° 5, nov. 1947, p. 664.

Walters, Waltman, M. D. Neibling, Harold A., M. D. Bradley, William F., M. D. Small, John T., M. D. Wilson, James W., M. D. "A Study of the Results, both Favorable and Unfavorable of Section of the Vagus Nerves in the Treatment of Peptic Ulcer", *Annals of Surgery*, Vol. 126, N° 5, nov. 1947, p. 679.

Drastedt, Lester B., M. D., Harper, Jr., Paul V., M. D. Toves, E. Bruce, M. D. Woodward, Edward E., M. D. "Section of the Vagus Nerves to the Stomach in the Treatment of Peptic Ulcer", *Annals of Surgery*, Vol. 5, nov. 1947, p. 687.

Meyer, Karl M., M. D. Roser, Peter A., M. D. Stein, A. F., M. D. "The Rational Studies of Vagotomy in Treatment of Peptic Ulcer", *Surgery, Gynecology and Obstetrics* Vol. 86, N° 5, 1948, p. 524.

Meyer, Karl M., M. D. Roser, Peter A., M. D. Stein, A. F., M. D. "Studies on Vagotomy in Treatment of Peptic Ulcer". "The use of Insulin in Testing for Completeness of Vagotomy". *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, April 1948, Vol. 85, N° 4, p. 473.