

Trabajo original

Universidad Médica de Holguín “Mariana Grajales Coello”

Vagotomía troncular videotoracoscópica en pacientes con úlcera péptica duodenal atendidos en el Hospital “Vladimir Ilich Lenin” de Holguín.

Truncal Videothoracoscopic Vagotomy in Patients with Duodenal Peptic Ulcer. “Vladimir Ilich Lenin” Hospital, Holguín.

Osmel R García Hernández¹, Alexander Tamayo Ochoa², Agustín Morejón Borjas³, Zulmira de los Angeles Velázquez Socorro⁴, Eliécer Machado Orges⁵.

1 Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Departamento de Cirugía General. Profesor Instructor. Hospital Universitario “ Vladimir Ilich Lenin ” Holguín.

2 Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Departamento de Cirugía General. Profesor Instructor. Hospital Universitario “ Vladimir Ilich Lenin ” Holguín.

3 Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Departamento de Cirugía General. Profesor Instructor. Hospital Universitario “ Vladimir Ilich Lenin ” Holguín.

4 Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Departamento de Cirugía General. Profesor Instructor. Hospital Universitario “ Vladimir Ilich Lenin ” Holguín.

5 Residente de segundo año Cirugía General. Departamento de Cirugía General. Hospital Universitario “ Vladimir Ilich Lenin ” Holguín.

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo longitudinal con 63 pacientes, con el diagnóstico de úlcera péptica crónica del duodeno, a los cuales se les hizo una vagotomía troncular videotoracoscópica de forma electiva, en el Hospital “ Vladimir Ilich Lenin” en el período comprendido de enero de 2000 a diciembre de 2007. El tiempo quirúrgico fue menor de 15 minutos en el 65,1% de los pacientes, el 8% presentó trastornos en la evacuación gástrica y recibió tratamiento médico. La estadía hospitalaria para el 74,6% solo fue de 24 h a 48 h. Se mostró el resultado del gastroquimograma después de la intervención quirúrgica hasta el año y los resultados evolutivos según la clasificación de Visick modificada por Golingher

hasta el año, representaron el 93,6% en un grado I. En este tratamiento de la úlcera péptica crónica, no se realizó ningún proceder sobre el esfínter pilórico.

Palabras clave: vagotomía troncular, cirugía videotoracoscópica, úlcera péptica duodenal.

ABSTRACT

A prospective and longitudinal study was carried out in 63 patients with chronic duodenal peptic ulcer. A truncal videothoroscopic vagotomy was applied. All the cases were operated on at General Surgery Service at V. I. Lenin Teaching Hospital from January 2000 to December 2007. Surgical time did not last 15 minutes in 65.1% of patients. 8% of them had evacuation disorders which were treated with medications, 74.6% of patients were at the hospital between 24 and 48 hours. The results after surgical treatment were described through Visick classification and Golingher modification. Surgical treatment in the pyloric sphincter was not given.

Key words: truncal vagotomy, videothoroscopic surgery, duodenal peptic ulcer.

INTRODUCCIÓN

La úlcera péptica crónica del duodeno constituye una de las enfermedades más frecuentes que afectan al sistema digestivo en el mundo y precisa de la búsqueda de métodos de tratamiento cada vez más efectivos. Nuestro país y nuestra provincia no escapan a esta problemática.

Como consecuencia de este fenómeno hoy se cuenta con un vasto y moderno arsenal terapéutico médico bien conducido y encaminado a curar la enfermedad. Pero con esta modalidad terapéutica sólo es posible la cicatrización de la úlcera en el 90% de los pacientes, de los cuales al año recidiva del 50% al 90%. ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾.

Si después del tratamiento médico bien conducido la úlcera recidiva, se denomina úlcera duodenal intratable y es entonces el momento en que el tratamiento quirúrgico desempeña su papel, pues estos pacientes quedan expuestos a la aparición de complicaciones tributarias de cirugía de urgencia; en la mayoría de los casos en medio de condiciones locales y generales precarias, que elevan indefectiblemente la morbimortalidad.

Desde los años 30 la cirugía pasó a ocupar un lugar importante en el tratamiento de la úlcera péptica crónica del duodeno. La vagotomía troncular ha sido considerada durante muchos años un elemento quirúrgico de gran peso en el tratamiento electivo y

de urgencia de la úlcera duodenal y sus complicaciones, tanto es así que ya a principios de la segunda mitad del siglo pasado, Dragstedt ⁽⁴⁾ y Grimson ⁽⁵⁾ publicaron la observación de muy buenos resultados con la utilización de la vagotomía troncular sin proceder de drenaje en el tratamiento de esta enfermedad.

En junio de 1996 se comenzó la cirugía video endoscópica en nuestra provincia. Un año después se realiza la primera vagotomía troncular videotoracoscópica en un paciente con úlcera duodenal recidivante por vagotomía sub-diafragmática incompleta.

La V.T.V.T. sin proceder de drenaje gástrico es reconocida como un tratamiento quirúrgico válido en pacientes con úlcera duodenal intratable sin cirugía previa. El manejo de los trastornos de la evacuación gástrica que pudieran aparecer con el uso de la dilatación pilórica endoscópica con balones neumáticos, así como la piloromiotomía laparoscópica amplía los horizontes de este proceder. ⁽¹⁰⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾

Motivados por los avances de la cirugía en el mundo y la experiencia alcanzada por el grupo de cirugía de mínimo acceso de nuestro hospital, se decidió hacer un estudio para mostrar los resultados de la vagotomía troncular videotoracoscópica en el tratamiento de los pacientes afectados por úlcera péptica crónica del duodeno, ya sea recidivante por vagotomía sub-diafragmática incompleta o rebelde al tratamiento médico y valorar en función de los mismos si este proceder puede ser actualmente una buena opción terapéutica en los pacientes con las condiciones antes mencionadas.

MÉTODO

Se desarrolló un estudio prospectivo y longitudinal cuyo universo quedó constituido por un total de 63 pacientes con úlcera péptica crónica del duodeno, con muestra coincidente, a los cuales se les realizó V.T.V.T. de forma electiva en el Hospital Provincial Docente "Vladimir I Lenin", en el período comprendido desde enero de 2000 a diciembre de 2007.

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión: pacientes con úlcera duodenal rebelde al tratamiento médico bien conducido, sin proceder quirúrgico previo y con úlcera duodenal recidivante luego de cirugía previa con criterios clínicos de vagotomía sub-diafragmática incompleta. Del estudio fueron excluidos aquellos con condiciones físicas que contraindicaron la realización de la toracoscopia debido al necesario neumotórax inducido que lleva implícito el proceder, además de los pacientes con úlcera duodenal rebelde al tratamiento médico bien conducido, sin cirugía previa pero con obstrucción pilórica y sin hiperacidez.

Estudiamos las siguientes variables: motivo de la intervención, tiempo quirúrgico, complicaciones, estadía hospitalaria, resultados evolutivos post-operatorios del

gastroquimograma, resultados evolutivos de la endoscopia en el postoperatorio y se empleó la clasificación de Visick modificada por Goligher (anexo1). El seguimiento se programó a los tres, seis meses y al año. La información obtenida se analizó mediante indicadores estadísticos del tipo descriptivo: número absoluto, porcentaje y media aritmética.

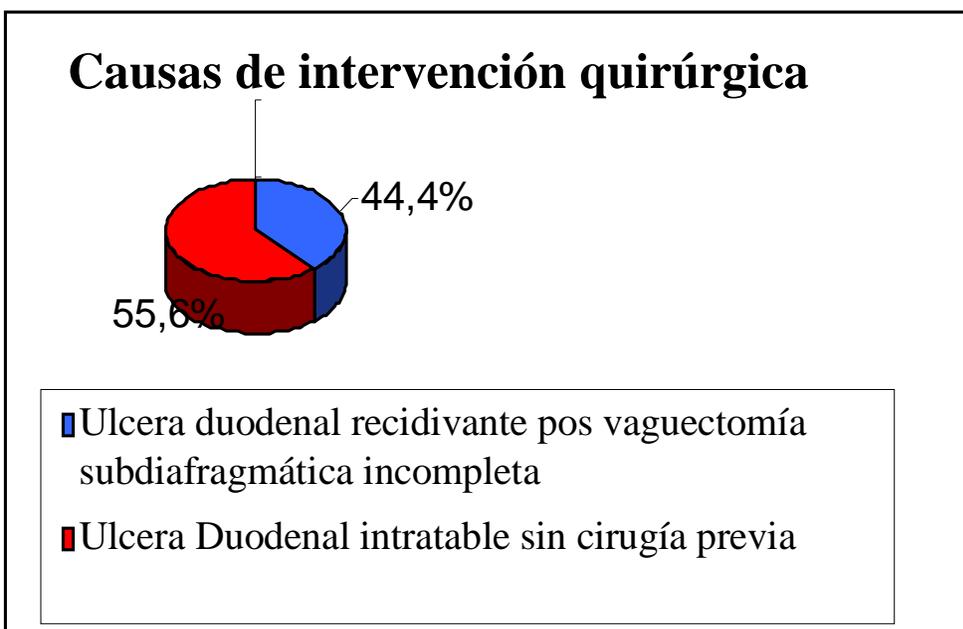
RESULTADOS Y DISCUSION

El motivo por el cual se realizó con mayor frecuencia la V.T.V.T. (gráfico 1) fue la úlcera duodenal intratable sin cirugía previa con 35 pacientes (55,6%). En estos momentos muchos cirujanos de diferentes países como: Andreu y Tardat en Francia ⁽¹³⁾; Avten, Osmen, Avci y Muslumanoglu en Turquía ⁽¹⁴⁾; Murphy y McDermott en Irlanda ⁽¹⁸⁾ y Corbelle en Argentina ⁽¹⁹⁾ entre otros obtienen resultados muy favorables con la V.T.V.T. sin proceder de drenaje en pacientes bien seleccionados, donde la ausencia de obstrucción pilórica y la presencia de hiperacidez son los requisitos fundamentales desde el punto de vista digestivo ⁽²⁰⁾.

En los 28 pacientes restantes (44,4%), la operación estuvo motivada por úlcera duodenal recidivante, luego de tratamiento quirúrgico previo por vagotomía sub-diafragmática incompleta que ya tenían proceder de drenaje. El abordaje de los vagos por medio de una toracotomía es seguido de trastornos funcionales, estéticos y dolorosos ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽²¹⁾.

La V.T.V.T. permite alcanzar fácilmente los nervios vagos sin necesidad de disección a través de densas adherencias producidas por cirugías anteriores que aumentan el riesgo de perforación esofágica, hemorragias, infecciones o imposibilidad para encontrar los nervios vagos ⁽²²⁾.

Gráfico 1. CAUSAS DE INTERVENCIÓN QUIRURGICA



Fuente: expedientes clínicos

El tiempo quirúrgico (tabla I) fue menor de 15 min. en 41 pacientes (65,1%); seguido por 16 pacientes (25,4%) que estuvo entre los 16 y 30 min y sólo en seis enfermos se prolongó más de 30 min, resulta llamativo que en el 90,5% el tiempo quirúrgico fue menor de 30 min. con un tiempo promedio de 17,3 min.

La simplicidad de la técnica en manos entrenadas, con un instrumental básico, la eliminación del habitual proceder de drenaje, la ausencia de adherencias, la poca necesidad de hemostasia, así como la rapidez para la entrada y cierre del tórax por incisiones mínimas contribuyen a la reducción del tiempo quirúrgico; lo cual es una incuestionable ventaja de este enfoque terapéutico pues disminuye también el tiempo de exposición anestésica con todos sus riesgos inherentes ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾.

En la literatura médica revisada Avtan en Turquía reporta un tiempo promedio de 42 min ⁽¹⁴⁾ y Palma en Alemania 32,5 min ⁽²³⁾. Otros autores informan un tiempo en el rango de 30 - 40 min ⁽⁵⁾⁽²⁴⁾.

Tabla I. Distribución del tiempo quirúrgico.

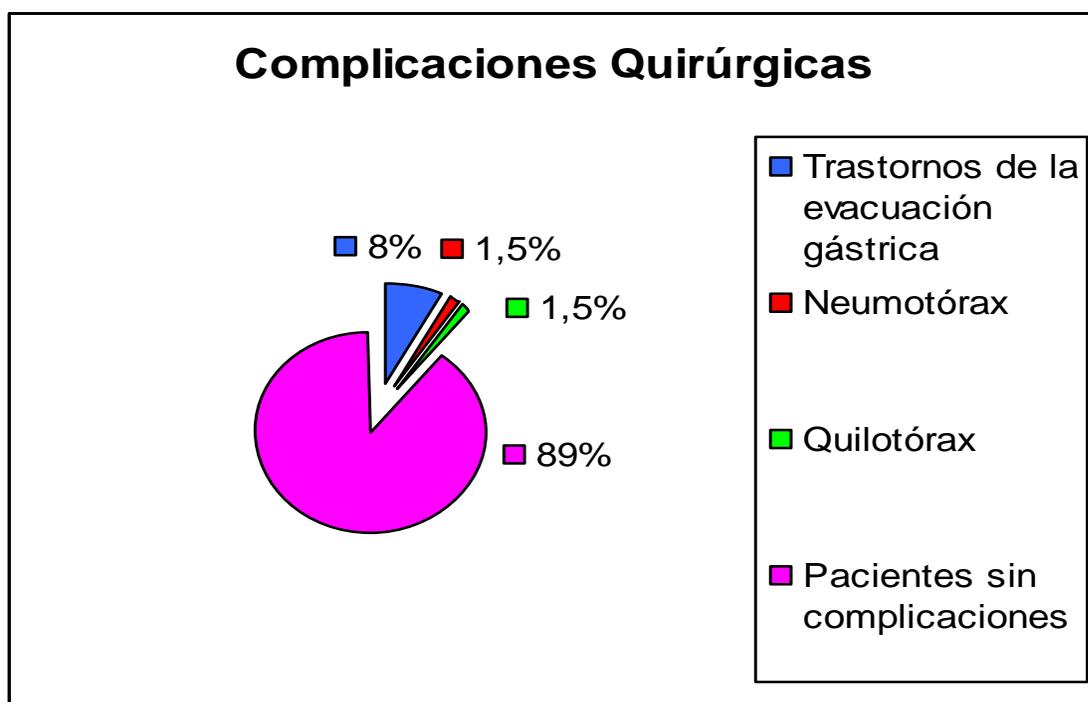
Tiempo quirúrgico	No. pacientes	%
Menos de 15 min.	41	65,1
Entre 16 y 30 min.	16	25,4
Más de 30 min.	6	9,5
TOTAL	63	100

Fuentes: expedientes clínicos

En el post-operatorio se registraron siete pacientes complicados (gráfico 2), de ellos cinco (7,9%) por problemas inherentes a la denervación gástrica, que provocó trastornos de la evacuación del estómago; en cuatro de los cuales el cuadro desapareció con medidas generales sobre la base de un régimen dietético líquido y semilíquido unido al uso de metoclopramida.

Solo en un caso se necesitó proceder de drenaje por vía convencional pues en un estudio endoscópico evolutivo a los tres meses, se comprobó que la úlcera estaba localizada en el píloro. En la literatura revisada autores como Dubois F. ⁽¹⁰⁾ preconizan en sus protocolos de tratamiento de la úlcera duodenal con V.T.V.T. sin drenaje, la selección adecuada de los pacientes, no fueron tributarios de esta modalidad terapéutica aquellos con algún grado de obstrucción pilórica.

Gráfico 2. Complicaciones quirúrgicas



Fuente: expedientes clínicos.

El comportamiento de la estadía hospitalaria (tabla II) fue muy alentador, encontrándose que 47 pacientes (74,6%) egresaron entre las 24 y 48 h, mientras que 6 (9,5%) entre 49 y 72 h y 10 enfermos (15,8%) permanecieron en el hospital por más de 72 h, entre estos últimos estaban los que se complicaron.

Llama la atención que el 84,2% egresó antes de las 72 h, resultado muy positivo pues se logró una incorporación precoz del paciente al entorno familiar y social. En Francia, Champault reporta un promedio de estadía hospitalaria de 4,6 días ⁽²⁵⁾ y Poon en Hong Kong 5 días ⁽²¹⁾. En otras instituciones se informa un rango entre cinco y siete días ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁶⁾.

Tabla II. Comportamiento de los pacientes según la estadía hospitalaria.

Tiempo de estadía	No pacientes	%
24 y 48 h	47	74,6
49 y 72 h	6	9,5
Más de 72 h	10	15,9
Total	63	100

Fuentes: expedientes clínicos

Los resultados evolutivos del gastroquimograma en el post-operatorio (tabla III) cumplieron con nuestras expectativas pues a los tres meses de la intervención en 54 pacientes (85,7%) se obtuvieron resultados normales, solo en ocho (12,7%) persistió la hiperacidez estando entre ellos los que presentaron trastornos de la evacuación gástrica.

A los seis meses se les realizó nuevamente el estudio a los ocho pacientes que en el estudio previo se informó hiperacidez y se encontró que esta persistió en uno, coincidiendo con el décimo paciente que por la endoscopia se nos informó la localización pilórica de la úlcera y se operó por vía convencional. Resultados muy similares son reportados por Andreu en Francia y Avten en Turquía entre otros. ⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁶⁾⁽²⁶⁾.

Tabla III. Comportamiento de los pacientes según el gastroquimograma en el posoperatorio.

Gastroquimograma	3 meses		6 meses		12 meses	
	No	%	No	%	No	%

Normal	54	85,7	12	19	7	11,1
Hiperacidez	8	12,7	1	1,6	1	1,6
No realizado	1	1,6	50	79,4	55	87,3
Total	63	100	63	100	63	100

Fuentes: expedientes clínicos

La observación endoscópica evolutiva en el post-operatorio (tabla IV) mostró que a los tres meses en ocho pacientes la úlcera no había cicatrizado lo cual coincidió con los pacientes que presentaron gastroquimograma con hiperacidez y trastornos de la evacuación gástrica como complicación. A los seis meses en un nuevo control endoscópico se encontró que en solo uno la úlcera persistió, fue el caso que se operó por vía convencional y se realizó un proceder de drenaje para lograr su cura. Informes análogos a los nuestros son reportados en la literatura internacional. (10)(13)(14)(16)(18)(26)(27).

Tabla IV. Comportamiento de la endoscopia evolutiva en el post-operatorio.

Gastroduodenoscopia	3 meses		6 meses		12 meses	
	Pacientes					
	No	%	No	%	No	%
Positivo	8	12,6	1	1,6	1	1,6
Negativo	53	84,2	5	7,9	1	1,6
No realizado	2	3,2	55	87,3	61	96,8
Total	63	100	63	100	63	100

Fuentes: expedientes clínicos

Los resultados finales según la escala clínica de Visick, modificada por Goligher, pueden objetivarse en la (tabla V). A los tres meses el 80,9% de los pacientes fue clasificado en los grados I y II, el 19,1% restante se clasificó en los grados III y IV. La mayoría de estos últimos fueron los que presentaron trastornos de la evacuación, que en una nueva evaluación a los seis meses el 95,2% se clasificó en los grados I y II; sólo un paciente (1,6%) grado IV, fue que el necesitó operarse por vía convencional. Murphy y McDermott en Irlanda reportan un 82% de sus pacientes clasificados Visick I al mes y el 94% a los tres meses⁽¹⁸⁾. Otros autores reportan resultados similares (13)(14)(16)(19)(20)(21)(26)(27)(28).

Tabla V. Evolución según la clasificación de Visick modificada.

Grado	3 meses		6 meses		12 meses	
	Pacientes					
	No	%	No	%	No	%
I	45	71,4	51	80,9	59	93,6
II	6	9,5	9	14,3	2	3,2
III	3	4,8	2	3,2	0	0
IV	9	14,3	1	1,6	2	3,2
TOTAL	63	100	63	100	63	100

Fuente: expedientes clínicos

CONCLUSIONES

- 1.- La úlcera duodenal intratable fue la indicación más frecuente de vagotomía troncular videotoracoscópica.
- 2.- El tiempo quirúrgico y la estadía hospitalaria fueron muy breves en la mayoría de los pacientes.
- 3.- El trastorno de la evacuación gástrica fue la complicación más frecuente.
- 4.- En casi la totalidad de los casos el gastroquimograma y la endoscopia mostraron resultados favorables a los seis meses en el post-operatorio.
- 5.- Los resultados según la clasificación de Visick a los seis meses fueron muy alentadores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Campos, C.; Pardo, P.; Núñez, J. R.; Soriano, E.; Tamanes, S.: La
2. vagotomía gástrica proximal como tratamiento de la úlcera duodenal. Estudio de las
3. recidivas ulcerosas tras 1-11 años. Cir. Esp. 1988; 6(73) :852-62.
4. Kimmey, M. B.: Duodenal ulcer. Management and Maintenance. En: Jamie S. Barkin ;
5. Arvey J . Rogers : Difficult Decisions in Digestive.2 ed ST Louis : Mosby ,1994: 97103.
6. Shackelford, R. T.: Estómago y Duodeno En: Cirugía del aparato digestivo . La Habana Ediciones revolucionarias , 1968 ; T.I : 482.
7. Butte B., Jean Michel; Dagnino U., Bruno; Tapia V., Alvaro; Llanos L., Jorge. Estado actual del tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica perforada en el Hospital Regional de Talca: Experience of a regional hospital. Rev. Chil Cir. 2007; 59(1):16-21.
8. Navarrete, Salvador; Leyba, José; Cono, Gumina; Navarrete Llopis, Salvador. : Abordaje laparoscópico de la úlcera duodenal perforada. Rev Gac. Med. Car. 2005: 113(2):247-251.
9. Rodríguez Rodríguez, Ibrahim; Albertini López, Giselle. Operaciones conservadoras de órganos en la úlcera péptica duodenal. Rev. Cub. Med. Mil. 2004 ;33(4).
- 10.Andreu, J. M.; Tardat, E.; Balandraud, P.: Cador, L.: Trunca vagotomy using videothoracoscopy without gastric drainage Chirurgie 1999; 124 (4) : 4,Q6-11 .
- 11.Avtan, L.; Ozmen, V.; Avci, C.; Muslumanoglu, M.; Buyukuncu, Y.: Video
- 12.endoscopic trunca vagotomy without gastric drainage. Surg Laparosc Endosc 1997;
- 13.7(6): 43944.
- 14.Roca Goderich R. Temas de Medicina Interna. Tomo II. Tercera Parte.
- 15.Enfermedades del Sistema Digestivo. Úlcera Péptica Gastroduodenal. 4ta edición.
- 16.Editorial Ciencias Médicas. Editorial Oriente del Instituto Cubano del Libro. 2002;
- 17.177-83.
- 18.Corbelle, J. L.: Indication for Thoracoscopic trunca vagotomy . Surg Laparosc endosc 1993 ; 3(5) : 395-7.

19. Abella, Martín. E.: Vagotomía sin drenaje : Informe de 185 casos . Rev. Cub. Cir. 1997; 36(1) : 253-61 .
20. Poon, R.; Chowl, L.; Lim, B.; Gertsch, P.: Thoracoscopic vagotomy for recurrent ulcer after previous gastric operation . Aust N Z J Surg 1997 ;67(4) : 177-80 .
21. Gulla, P.; Tassi, A.; Cirocchi, K.; Longaroni, M.: Thoracoscopic truncal vagotomy. J. Cardiovasc Surg (Torino) 2000; 41(6): 491-93.

ANEXO 1

Escala de clasificación clínica de Visick, modificada por Goligher:

Grado I. Excelente: ningún síntoma. Resultado perfecto.

Grado II. Muy bueno: el paciente considera el trabajo perfecto, pero el interrogatorio resulta con síntomas ocasionales, ligeros, fácilmente controlados con la dieta.

Grado III. Satisfactorio: síntomas ligeros o moderados no controlados con los cuidados habituales y que provocan algunas molestias, pero el paciente y el cirujano se sienten satisfechos con los resultados, no interfieren seriamente con el disfrute de la vida y el trabajo. Se incluyen los pacientes que precisan tratamiento médico para controlar los síntomas.

Grado IV. No satisfactorio: síntomas ocasionales o frecuentes de carácter severo que precisan de tratamiento médico y que interfieren las actividades laborales o sociales. Médico o paciente no están satisfechos. Incluye los casos con comprobación endoscópica de recidiva, aunque la sintomatología no sea severa o no exista. Los casos reintervenidos por recidivas aunque estén asintomáticos.

Correspondencia : Zulmira de los Angeles Velázquez Socorro . Dirección Particular: Calle Fomento # 233 entre Arias y Aguilera. Holguín, Teléfono: 482310. Correo: zulmira@cristal.hlg.sld.cu

