

Vagotomía proximal selectiva sin drenaje gástrico *

R. Araiz Sanjoaquin** y M. Valencia Oyaga***

Si la Cirugía es Ciencia y Arte, no es de extrañar que tienda a perfeccionarse en sus dos vertientes. Basándose en los conocimientos anatómicos, evolución clínica y, sobre todo, en un profundo sentido fisiológico, el cirujano debe pensar si el trauma que origina su mano puede ser funesto para el paciente.

Por lo que respecta a la cirugía del úlcus gastroduodenal, tras las operaciones derivativas, surgen las grandes resecciones que todavía llenan grandes capítulos de la Cirugía. Posteriormente, Dragsted lanza, como una bomba, la vagotomía total, operación lógica, poco traumatizante, que se completó con el drenaje gástrico, ganando cada día más adeptos, no solamente por sus buenos resultados, sino también desde que se conoce el fisiologismo de la secreción gástrica con sus tres fases perfectamente definidas, pero con una íntima y continuada relación.

Dijimos que el cirujano afortunadamente mira lo que corta y por qué lo corta;

así pues, si analizamos los troncos vagales a nivel esofágico veremos que tienen multitud de fibras, casi todas amielínicas y en número aproximado de 57.000. De ellas, unas, las menos, aproximadamente 3.000, son eferentes (motoras y secretoras); las restantes, en abrumadora mayoría, aferentes que llevan los impulsos gástricos, las reacciones del estómago a los centros nerviosos; esta faceta es totalmente desconocida.

Nada tiene de particular el que si unimos a esto las complicaciones, sobre todo de tipo diarreico —aunque cada día menores—, biliares pancreáticas, etc., surgiera la Vagotomía Selectiva como un perfeccionamiento de la técnica ideada por Burge, y rápidamente aceptada por los anglosajones. Con ella se seccionan las fibras vagales que inervan el estómago, respetando las extragástricas, que tienden a inervar los restantes órganos abdominales; es preciso drenar estómago, que normalmente se hace por medio de la piloroplastia.

(*) Comunicación al "IV Coloquio del International College of Surgeons", Zaragoza, Octubre. 1970.

(**) Jefe Clínico de Cirugía.

(***) Cirujano Adjunto.

La técnica de la Vagotomía Selectiva es sencilla y fácil de realizar, sobre todo si se dispone de un buen campo operatorio. Nosotros empleamos un arco (figura 1) con doble tracción a nivel de xifoides y zona hepática, lo que nos da una buena visión y fácil maniobrabilidad. Estamos satisfechos por los buenos resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico del ulcus duodenal mediante Vagotomía Selectiva y piloroplastia en un plano, técnica adoptada por nosotros hace dos años. En la figura 2 se pueden apreciar los resultados relativamente lejanos, teniendo en cuenta que nuestros operados son vigilados y controlados por el digestólogo y por nosotros mismos.

En uno de nuestros enfermos, al que se le sometió a tratamiento de Vagotomía Selectiva con antrectomía Billroth 1 (tipo Pean) surgió una complicación: a pesar de que la boca anastomótica era

amplia y tenía aspiración continua, presentó vómitos a los siete días de la intervención, que no cedían. Radiográficamente se apreció una dilatación gástrica, lo que nos obligó a realizar una gastroenterostomía, que resolvió el problema, el cual fue originado por un edema de boca.

Este caso fue el que nos hizo recapacitar, una vez más, sobre los efectos y las consecuencias de una denervación gástrica total, y, sobre todo, en el éstaxis que la desconexión brusca origina en el estómago. Se pasa en un instante de hiperfunción, hipermotilidad e hipersecreción, a todo lo contrario, y ello naturalmente lo acusa el organismo.

En el último año puede decirse que hemos tratado a nuestros enfermos de ulcus duodenal con Vagotomía Selectiva y Piloroplastia en un plano, asocian-

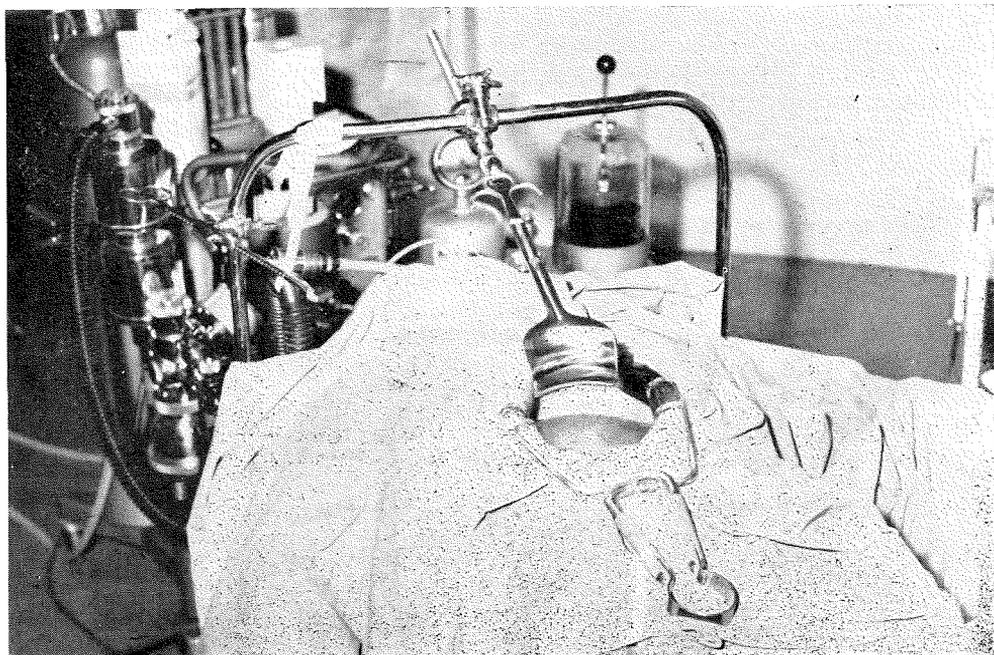


Fig. 1. Aparato de tracción ideado por nosotros que da un amplio campo operatorio. Al fondo se visualiza diafragma.

se compruebe un buen funcionalismo gástrico.

Hay algo que siempre nos preocupó: ese vaciamiento incontrolado del estómago y sus consecuencias englobadas en el nombre genérico de "dumping".

Es lógico que si nos preocupaba el estaxis, reconsideráramos los trabajos de Franksson, Burge, Holle, Griffit y Harkins y De Miguel, dirigidos a perfeccionar la Vagotomía Selectiva, y encaminados a conservar las fibras vagales prepilóricas y antrales, es decir, la Vagotomía Proximal Selectiva, Ultraselectiva o Superselectiva, que con ambas denominaciones se le conoce.

Si la Vagotomía Selectiva nace a impulsos de un perfeccionamiento de la técnica en evitación de las complicaciones que la troncular puede acarrear, pero

conservando sus indudables efectos beneficiosos, no es menos cierto que la superselectiva adquiere un valor altamente científico y desde luego evidentemente fisiológico.

Esta innovación técnica tiende a conservar, no solamente la inervación piloroduodenal, sino también la antral, respetando la porción inferior del nervio de Latarjet y, por lo tanto, la motilidad del antro. Ello permite una evacuación más normal, desaparece el estaxis y se puede suprimir el drenaje gástrico siempre y cuando la región pilórica esté expedita.

Recientemente, Burge ha comprobado con su test de estimulación eléctrica que el nervio de Latarjet es fundamental en las contracciones del antro, y, naturalmente, para la evacuación del mismo,

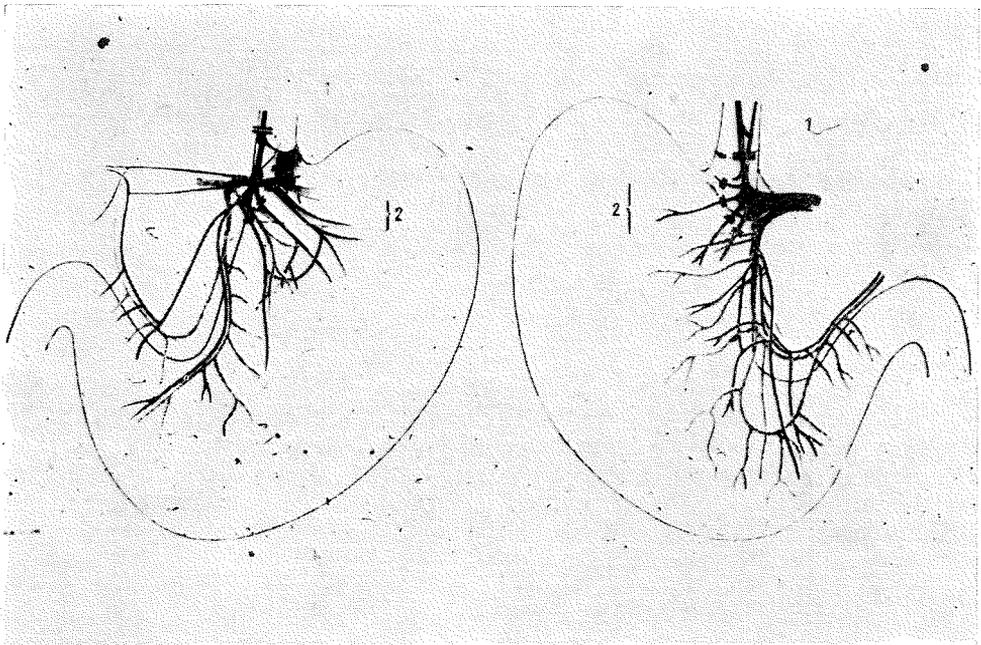


Fig. 3. Inervación gástrica anterior y posterior. Se observan fibras gástricas con el nervio de Latarjet que inerva el antro y región prepilórica; estas dos últimas ramas se conservan en la Vagotomía Proximal Selectiva.

reconoce que esta operación puede dar una recidiva más alta y que incluso estamos equivocados al realizarla, pero también hace constar que a cinco centímetros del píloro, distancia hasta la que se conserva la inervación antral, la mucosa no tiene células oxínticas.

En los últimos meses hemos realizado 10 Vagotomías Superselectivas en enfermos con ulcus duodenal y en los que no había estenosis, por lo que no se practicó drenaje gástrico. Estamos satisfechos de los resultados clínicos, no hubo diarreas ni "dumping", con una evacuación antral perfecta y regulada.

Pretendemos hacer resaltar la importancia de un tratamiento correcto en la cirugía del ulcus duodenal. Hay que tratar por todos los medios que el riesgo quirúrgico sea mínimo, evitar las complicaciones a veces tanto o más funestas que la misma enfermedad. Lo importante es hoy día "vagotomizar al enfermo duodenal".

A nuestro juicio, la Vagotomía Proximal Selectiva o Superselectiva, representa la máxima perfección de una técnica lógica, real y fisiológica. Dejemos que el tiempo nos hable de los resultados con ella obtenidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. ARAIZ, R. *Vagotomía Selectiva en el tratamiento quirúrgico del ulcus gastroduodenal*. Archivos Médicos Aragoneses. Vol. 20-21, 1972.
2. BURGE, H. *Simposium de Cirugía Digestiva*. Hospital Provincial, Valencia, 1970.
3. BURGE, H., C. MACLEAN, R. STEDEFORD, G. PINN y D. HOLLANDERS. Selective Vagotomy without Drainaje. *Brit. Med. J.* 3: 690, 1969.
4. BURGE, H. *Vagotomy*. E. Arnold. Londres, 1964.
5. FRANKSON, C. Selective abdominal vagotomy. *Acta Chir. Scand.*, 96: 409, 1948.
6. GRIFFIT, C. A., H. N. HARKINS y G. R. PRICHARD. *Complete Gastric Vagotomy: Total and Selective Technics*. XXII Cong. Soc. Int. Chi. Viena, 1967.
7. HOLLE, F., H. HEYMANN, I. KLEMPA y R. LICK. La vagotomía en el tratamiento quirúrgico de la úlcera gastroduodenal. *Med. Klin.*, 99: 55, 1969.
8. DE MIGUEL, J. Vagotomía Selectiva sin drenaje en el tratamiento del ulcus duodenal. Valoraciones provisionales. *Rev. Esp. Enf. Ap. Dig.*, 31: 4: 337, 1970.