

GASTRITIS POR REFLUJO ALCALINO* TRATAMIENTO QUIRURGICO

Dr. Gonzalo López Escobar
Académico Correspondiente

DEFINICION

Según Bockus "se considera la Gastritis como un proceso inflamatorio, de variable etiología, que afecta particularmente la mucosa".

La GASTRITIS POR REFLUJO suele presentarse cuando hay una disfunción del esfínter pilórico, generalmente disminución de la presión. En pacientes con estómago completo existen factores predisponentes como colecisto, pancreato o colopatías, parasitismo intestinal; o puede estar asociada a úlcera péptica, esofagitis por reflujo, ingestión de medicamentos (corticoides, analgésicos, antirreumáticos) o agentes tóxicos como el alcohol; pero es, sin duda, una complicación frecuente en gastrectomizados tipo Billroth II y tras vagotomía con piloroplastia.

El síndrome ha recibido también los nombres de: Gastritis biliar, Gastritis por reflujo biliar, Gastritis alcalina, Gastritis post-operatoria por reflujo alcalino, o Gastritis por reflujo alcalino postoperatorio.

FRECUENCIA

Fue observada por primera vez por Beaumont, en 1833, en su paciente Alexis St. Martin; y por Anton Wolfler, en 1881, después de una gastroentero-anastomosis.

Descrita por primera vez, en 1962, por DuPlessis; y más tarde, en 1968, por Bartlett y Burrinton.

* Resumen del trabajo de ingreso a la Academia.

El término de Gastritis por reflujo alcalino, fue usado por Mix, en 1922; y por Van-Heerden y colaboradores, en la Clínica Mayo, en 1969.

Después de una resección gástrica, la frecuencia varía entre 5 y 35%, según diferentes autores.

ETIOLOGIA

La causa se atribuye al efecto de las secreciones duodenales, biliares y pancreáticas sobre la mucosa gástrica, pues producen en ella cambios histológicos.

Capper menciona que el píloro es incompetente cuando está alterado por alguna enfermedad; y el grado de regurgitación es proporcional al peristaltismo, especialmente a la retroperistalsis desde el duodeno.

Trastornos psicósomáticos, como la angustia, pueden aumentar el peristaltismo.

Las secreciones duodenales pueden ser *inocuas* para la mayoría de las personas, pero en otras surge a veces, un cuadro clínico de gravedad variable.

FISIOPATOLOGIA

La barrera musoca gástrica se altera por la exposición a sales y ácidos biliares.

La secreción de moco crea una *barrera física*, que consta de dos capas: moco siálico, y neutro; se comporta como un *Gel* y reduce la difusión de los iones.

La secreción de Bicarbonato por las células epiteliales crea una *Barrera Química*, se difunde en el moco y

neutraliza el poco ácido clorhídrico que trate de penetrar.

La unión de las células epiteliales entre sí constituye la *Zónula Occludens*, que impide el paso del contenido luminal hacia la profundidad de la mucosa, formando la *barrera biológica*.

El epitelio se está renovando en un ciclo de cerca de 48 horas.

La fisiología de la barrera de la mucosa responde, pues, a un equilibrio entre los agresores fisiológicos, PEPSINA Y ACIDO CLORHIDRICO, y el sistema de defensa: MOCO, BICARBONATO y CELULAS EPI-
TELIALES.

Para ello el moco tiene tres propiedades:

1. Tampon, se debe al bicarbonato y a la propia estructura del moco;
2. Viscosidad, atribuible a la glucoproteína del moco;
3. Fluidez, capacidad de movimiento para adherirse y oponerse a la difusión de iones y moléculas.

La barrera permite movimientos restringidos de iones, pero es penetrada fácilmente por compuestos liposolubles.

La acción protectora del moco es de tipo dinámico, y su película superficial es continuamente reemplazada por la secreción epitelial.

La bilis altera el carácter del moco y provoca Citolisis del epitelio, desprendiéndolos; irrumpe por la barrera, permitiendo la penetración de iones hidrógeno; y la Fosfolipasa A, del jugo pancreático, favorece la Ruptura de la barrera mucosa, penetra en el interior de la célula y libera Histamina, lo que provoca reacción inflamatoria, edema, erosiones y hemorragia.

A corto plazo, la bilis libera Gastrina y junto con la Histamina, aumentan la secreción de ácido y pepsina, permitiendo la mayor difusión retrógrada del hidrogenión.

A largo plazo, la bilis ocasiona alteraciones como atrofia de mucosa y pérdida de células parietales con intestinalización.

DuPlessis fue el primero en estudiar los efectos del reflujo duodenal en pacientes con gastritis atrófica y úlcera gástrica.

Ivy y colaboradores, postularon que por un trastorno en la motilidad del antro, el contenido biliar refluye al estómago y las sales biliares causan gastritis o úlcera gástrica.

El reflujo de bilis quizás desempeñe un papel en la úlcera duodenal por hipersecreción intermitente y liberación de gastrina.

La estasis gástrica favorece la proliferación bacteriana y convierte las sales biliares refluidas, en ácidos biliares libres, no conjugados, como el Litocólico.

La microflora anaerobia puede contribuir a la incidencia de cáncer en el muñón gástrico, por producir también Dimetil Nitrosamida Carcinogena.

Rhodes midió la concentración de sales biliares radioactivas en aspirados gástricos, y observó niveles elevados en pacientes con úlcera gástrica.

Kuvilaakso investigó el papel de la lisolecitina en la patogénesis de la úlcera gástrica de estrés, y sus resultados confirman que la regurgitación duodenal al estómago es un factor esencial en la causa de esta úlcera.

La presencia de bilis en aspirados gástricos merece, pues, especial atención.

En resumen, los principales factores para el origen de la gastritis por reflujo alcalino son:

1. Presencia de ácidos y sales biliares en el estómago;
2. Secreciones de jugo intestinal alto (duodenal, biliar y pancreático);
3. Barrera de la mucosa gástrica alterada por exposición ininterrumpida al reflujo duodenal;
4. Difusión retrógrada de iones hidrógeno; y
5. Proliferación bacteriana por estasis gástrica.

MANIFESTACIONES CLINICAS

El síndrome, aceptado como entidad clínica distinta, incluye las siguientes alteraciones:

Dolor: epigástrico, continuo, tipo ardor, agravado casi siempre por la ingestión de alimentos o alcalinos.

Vómito: bilioso, amargo, con presencia de comida; alivia el dolor pero no lo suprime.

Las náuseas, disfagia, pérdida de peso, anorexia, angustia y anemia, pueden estar presentes.

Después de una resección gástrica, el comienzo de los síntomas varía de meses a años, y son diferentes para cada paciente.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

En personas con estómago completo, es necesario considerar los siguientes estados patológicos:

Hernia hiatal, esofagitis por reflujo, disquinesias o litiasis biliares, pancreatitis, parasitismo intestinal, colitis.

En los gastrectomizados debe ser muy bien diferenciado de:

1. Síndrome de Asa Aferente: el asa se distiende por acumulación de secreciones, hay llenura, dolor postprandial, vómito en proyectil con bilis y ali-

mentos recién tomados; calma el dolor por completo.

2. Síndrome de Asa Eferente: generalmente por obstrucción mecánica, bridas o adherencias perianastomóticas; presenta dolor, distensión y vómito.
3. Síndrome de Dumping: se observa en un 10% de los operados gástricos, y se divide en dos fases: temprana y tardía.

En la temprana, puede ser grave e invalidante; se inicia a los 10 ó 15 minutos después de comer, hay llenura, debilidad, sudoración profusa, palpitaciones, a veces hipotensión y diarrea.

En la fase tardía, generalmente por hipoglicemia reactiva, se presentan de 1 a 4 horas después de comer síntomas leves, que se controlan fácilmente con dieta baja en hidratos de carbono.

4. Obstrucción de la Boca Anastomótica. Por edema, fibrosis, o disminución del diámetro; hay vómito post-prandial, dolor, llenura.
5. Diarrea Post-Vagotomía. Puede llegar a ser incapacitante; deposiciones líquidas, numerosas, deshidratación; puede estar asociada a gastritis por reflujo.
6. Vaciamiento Gástrico Retardado. Por atonía; hay distensión, llenura, vómito y a veces dolor.
7. Úlcera de Boca Anastomótica o Recidivante. Puede ser por vagotomía incompleta, antro retenido, resección gástrica inadecuada, síndrome de Zollinger-Ellison; hay ardor epigástrico intenso, muy similar al de la úlcera inicial.
8. Vómito Crónico. Intermitente, no bilioso, entre comida y comida, no muy característico.

DIAGNOSTICO PRUEBAS DE LABORATORIO

Pueden aclarar la causa de una anemia. La gastrina sérica es de gran utilidad en el síndrome de Zollinger-Ellison.

Los ácidos biliares en suero, por el método fluorométrico, pueden ser de gran ayuda pues en la gastritis están elevados. Los anticuerpos anticélula parietal se encuentran en un 20% de las gastritis atróficas.

ANALISIS DE JUGO GASTRICO

Tiene valor orientador, útil en úlcera recidivante y en el Zollinger. Deben determinarse el volumen y la acidez en ayunas, basal y estimulada.

Cooperman, Moreno y otros autores señalan que los análisis de secreción gástrica no han mostrado utilidad

diagnóstica en gastritis por reflujo, pues sus valores son relativos y tienen tan solo un interés académico.

El test de Hollander es de gran ayuda para comprobar una vagotomía.

Los cultivos del jugo gástrico pueden ser positivos en un 70%; se han aislado *Estreptococo hemolizante*, *Clostridium*, *E. coli*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Pseudomona*.

Los Nitratos pueden estar aumentados en gastritis crónica atrófica, en metaplasia con displasia y en carcinoma del muñón.

Los ácidos biliares en el jugo gástrico, muestran elevación en las gastritis.

La manometría esofágica y el pH por 24 horas, así como la medición de presión pilórica, son de gran ayuda en el diagnóstico diferencial.

RADIOLOGIA

En gastritis por reflujo, los estudios baritados poseen valor limitado. Pueden mostrar pliegues alargados, edematosos, engrosados o aplanados, o aclarar lesiones asociadas, como hernia hiatal, estenosis pilórica por úlcera; así como descubrir el tipo de cirugía previa y el estado de la anastomosis y valorar el tiempo de evacuación gástrica.

Un método *no invasor*, con isótopos radio-activos. usando el Tecnecio-99 (HIDA) desarrollado en los últimos años, puede demostrar la excreción biliar y la detención y cuantificación del reflujo entero-gástrico. En gastritis alcalina, el medio evacuado por el árbol biliar refluye y es depositado en el estómago, lo que da información clínica valiosa.

Otros estudios útiles pueden ser la ecosonografía de hígado, vías biliares y páncreas; así como el colon por enema y en algunas ocasiones la pancreatocolangiografía retrógrada.

ENDOSCOPIA

La gastroscopia constituye, junto con las biopsias, medio de elección para estudio, diagnóstico y clasificación de las gastritis; diferencia casi en un 100% los estados patológicos como úlcera, pólipos, cáncer, etc.

El análisis macroscópico de la mucosa debe basarse en las alteraciones de su morfología: color, espesor, adelgazamiento, transparencia de los vasos, presencia de bilis, reflujo o estancamiento, ulceraciones, hemorragia, permeabilidad y estado de la anastomosis.

Los cambios son diferentes en gastritis crónica superficial y en gastritis atrófica,

En gastritis crónica superficial, a la endoscopia, la mucosa presenta disminución o desaparición de plie-

gues, palidez, erosiones, aspecto granular y sangrado fácil.

En gastritis atrófica la mucosa es aplanada, pierde sus pliegues, adelgazada, se visualiza la red vascular submucosa y puede tomar un aspecto granular.

La gastritis puede ser localizada o generalizada. Se denomina Gastritis tipo I, o A, a la fúndica o fundocorporal, puede estar asociada a anemia megaloblástica o ser autoinmune; y Gastritis tipo II, o B a la antral, que puede evolucionar hacia la Metaplasia intestinal y Displasia; se considera precancerosa y se asocia al carcinoma gástrico superficial.

La total se denomina Pangastritis.

COLORACIONES

Al aplicar un colorante sobre la mucosa, método muy usado por los japoneses, es absorbido a través de la membrana celular y depositado en el citoplasma; permite, durante la endoscopia, determinar lesiones mínimas y apreciar cambios transicionales entre la mucosa normal y la infiltrada por una metaplasia intestinal o por un carcinoma.

Se usan el Azul de Metileno o el de Toluidina, y el Rojo Congo.

HISTOLOGIA

La mucosa gástrica tiene de 0.4 a 0.7 mm. de espesor; está formada por un epitelio superficial de células cilíndricas y por glándulas secretoras, con tres tipos de células: parietales, que producen el ácido clorhídrico; principales, el pepsinógeno; y células mucosas, situadas sobre la lámina propia y la muscularis.

Células de un cuarto tipo, las endocrinas gástricas, están dispersas a través de las glándulas.

La Gastrina se produce en las glándulas antrales.

En experimentos con perros, Delaney y colaboradores expusieron tubos de mucosa gástrica, aislados de curvatura mayor del estómago, en forma independiente a la acción del contenido yeyunal, al del jugo pancreático y al biliar; tomaron biopsias 4 a 24 meses más tarde, las compararon entre sí y con la normal, y apreciaron marcada gastritis, pero el contenido yeyunal causó cambios más acentuados que los otros, caracterizados por infiltración celular, disminución de células parietales y dilatación quística de las glándulas.

La gastritis superficial, a la histología, se caracteriza por infiltración con linfocitos y células plasmáticas en la lámina propia.

En la gastritis atrófica, hay pérdida parcial o total de las glándulas, adelgazamiento de la mucosa, infiltra-

ción linfocitaria, células plasmáticas y eosinófilos ocasionales.

En la Atrofia grave, es posible la restitución, aislada o difusa, del epitelio superficial por mucosa de tipo intestinal o metaplasia, con todos los elementos celulares.

Correa, Cuello y Duque, en Cali, basados en la atrofia de mucosa y en el reemplazo de las glándulas por células de tipo intestinal, observaron prevalencia en el carcinoma gástrico intestinal, lo cual puede ser un indicador de alto riesgo en cáncer gástrico; y en las displasias gástricas, consideran que la Adenomatosa acentuada tiene un significado real elevado hacia la evolución del cáncer.

Nagayo clasifica los displasias así:

1 - Mucosa normal; 2 - Lesión benigna con leve atipia; 3 - Lesión limitada; 4 - Probable carcinoma; y 5 - Carcinoma.

TRATAMIENTO

Los casos leves o moderados pueden ser controlados médicamente; a veces, en las formas graves o avanzadas, son necesarios los métodos quirúrgicos.

Médico. Los objetivos son calmar el dolor, favorecer la evacuación gástrica y eliminar el reflujo.

Esto se puede conseguir con dieta, medicamentos y psicoterapia.

Dieta. Fraccionada y adaptada a cada paciente.

Medicamentos. Son numerosos; éstas son las características y utilidad de cada uno de ellos.

1. Antiácidos: tienen valor limitado, no disminuyen el reflujo pero evitan la autodigestión de la mucosa.
2. Anticolinérgicos: disminuyen secreción, pero retardan la evacuación gástrica y producen efectos desagradables como visión borrosa y retención urinaria; no se aconsejan.
3. Metoclopramida: muy útil, favorece la evacuación gástrica.
4. Cimetidina: no ha tenido el beneficio esperado, controla el estímulo de secreción pero no evita el reflujo.
5. Colestiramina: resina de intercambio iónico que fija los ácidos y sales biliares, protege la mucosa. Debe tomarse en forma regular, por tiempo prolongado, y disminuir la dosis según tolerancia y respuesta. La mayor parte de informes revela fracasos y reaparición de los síntomas al suspenderla. Los efectos secundarios son náuseas, estreñimiento, sabor desagradable, alteraciones del colesterol sérico. Los éxitos son muy limitados.

6. Apoyo nutricional - Alimentación parenteral. Es coadyuvante muy valioso por favorecer la recuperación nutricional y los buenos resultados.
7. Antibióticos: con cultivos positivos, puede considerarse su uso en algunos casos especiales.

La depresión, angustia o ansiedad por el mismo estado clínico, requieren a veces apoyo psicológico adecuado.

Quirúrgico. El tratamiento médico puede fallar en un 35 a 50%, especialmente en casos acentuados o graves, por lo cual es conveniente la corrección quirúrgica. Las indicaciones de cirugía son:

1. Falla o falta de mejoría con el tratamiento médico estricto;
2. Persistencia de síntomas;
3. Evidencia del reflujo biliar durante la endoscopia; y
4. Comprobación histológica de gastritis marcada.

La gran variedad de operaciones permiten satisfactorio tratamiento, teniendo en cuenta dos principios básicos:

1. Derivar secreciones duodenales del estómago hacia el yeyuno, a una distancia mayor de 40 cms.; y
2. Evitar las úlceras marginales o de boca anastomótica.

Se aconsejan las siguientes técnicas:

Transformación de un B. II a un B. I, o a enteroanastomosis entre asas aferente y eferente;

Anastomosis en Y de Roux, a una distancia mayor de 40 cms. de la boca gástrica;

Asa de Henley, o interposición de un segmento yeyunal corto, iso o antiperistáltico, entre el muñón gástrico y el duodeno;

Método de Tanner-19, que es una variedad de la Y de Roux, con asa de recirculación.

Cuando existe gastritis por reflujo asociada con síndrome de "dumping", diarrea intensa, o a veces con ambos, se sugieren las siguientes técnicas:

1. Interposición de un segmento corto de yeyuno, antiperistáltico, entre el estómago y la Y de Roux;
2. Interposición de un segmento corto, a una distancia de un metro de la gastroyeyunostomía en una Y de Roux;
3. Doble interposición de segmento corto, a nivel del estómago y a un metro del segmento gástrico.

Menguy, en gastritis y "dumping", interpone un segmento de yeyuno, antiperistáltico en una Y de Roux, a 80 cms. de la boca gástrica.

Para evitar la úlcera marginal se aconseja la vagotomía, de preferencia la gástrica selectiva, aunque la mayoría de autores practican la troncular.

En los estómagos no operados que requieran cirugía por gastritis acentuada, debe practicarse vagotomía con antrectomía y reconstrucción en Y de Roux.

La distancia de la yeyuno-yeyunostomía en la Y de Roux, desde la boca gástrica, varía de 15 a 75 cms., siendo la ideal entre 40 y 50 cms.; cuando hay esofagitis por reflujo duodenal, la distancia no debe ser menos de 60 cms.

Las principales complicaciones de la Y de Roux, son:

1. Persistencia de evacuación gástrica retardada;
2. Estasis gástrica por atonía;
3. Obstrucción mecánica, no completa;
4. Úlcera gástrica o yeyunal.

Resultados. El control de una gastrectomía parcial debe basarse en el método de Visik.

Después de la Y de Roux, no debe pretenderse obtener una mejoría completa; las hay muy rápidas, aunque la imagen endoscópica e histológica puede persistir por varios meses.

Se considera *excelente*, cuando hay mejoría absoluta, el paciente está asintomático,

Bueno cuando los síntomas son leves, ocasionales y ceden con dieta.

Regular, cuando hay inhabilidad laboral o social, y los síntomas no se logran controlar médicamente; y *Malo*, cuando falla el tratamiento, la persona sigue igual o peor.

EXPERIENCIA PERSONAL

Se analizan 47 pacientes con Gastritis por Reflujo Alcalino, estudiados y tratados médica y quirúrgicamente durante 7 años, de enero de 1977 a diciembre de 1983 clasificados en los siguientes grupos:

1. En estómago completo;
2. En estómago operado;
3. Otras indicaciones para Y de Roux; y
4. Controlada médicamente.

GRUPO I

Gastritis por Reflujo Alcalino en estómago completo: Son en total 14 pacientes: 10 hombres y 4 mujeres, con edades entre 35 y 65 años.

Síntomas principales: dolor epigástrico, agrieras, vómito bilioso, llenura y hemorragia; tiempo de evolución de los mismos, de 6 meses hasta más de 10 años.

Diagnóstico: El laboratorio mostró anemia en uno, quien requirió transfusión.

A la radiología: Úlcera gástrica, 6 y 1 sospechosa de cáncer; Úlcera duodenal, 3; Hernia hiatal 2, con signos de gastritis, 1; Úlcera duodenal y gástrica, 1; Normales, 2.

Endoscopia: Gastritis crónica atrófica, 7 de cuerpo y de antro, 5; con metaplasia, 2.

Gastritis crónica del antro, 3.

Gastritis crónica con metaplasia pilórica, 1.

Úlcera gástrica, úlcera duodenal y hernia hiatal con úlcera duodenal, uno de cada clase.

Reflujo biliar abundante en 6.

Biopsias: La histología mostró Gastritis crónica atrófica, 12; con metaplasia intestinal acentuada, 7; con metaplasia y atipias, 3; y con solo metaplasia, 2.

Gastritis crónica superficial, 1 y otros con Gastritis crónica y displasia.

Tratamiento: médico a base de dieta, Metoclopramida, Cimetidina y antiácidos; en algunos Colestiramina, pero no fue tolerada; obtuvieron mejoría pasajera 2.

Se les ofreció y fue aceptada la cirugía; se practicó a todos Y de Roux, así: a todos resección gástrica, con vaguectomía selectiva, 9, y troncular 5. Gastroyeyunostomía término-lateral, 13, y término-terminal, en 1. Transmesocólica en 13, y antecólica en 1.

La yeyuno-yeyunostomía término-lateral, para completar la Y de Roux, entre 40 y 50 cms. de la boca gástrica.

La patología del segmento gástrico resecaado informó gastritis crónica 7; con metaplasia. 4; con metaplasia escamosa, 1; y con úlcera gástrica, 2. Gastritis atrófica con intestinalización, 3. Úlcera gástrica única en 2. Úlcera gástrica y pseudointestinalización, 1. Úlcera gástrica y carcinoma superficial, 1.

En este último paciente, es de anotar que la radiología informó úlcera benigna, la endoscopia úlcera dudosa, y la biopsia gastritis crónica atrófica con metaplasia intestinal y atipias.

Complicaciones: abscesos pélvico y subfrénico, uno que requirió laparotomía, lavado y drenaje peritoneal, complementado con antibióticos y apoyo nutricional; evolucionó satisfactoriamente.

Estenosis de boca gástrica, 1; se revisó quirúrgicamente, se liberaron adherencias y se amplió la boca, con buen resultado, a este paciente se le había practicado gastro-yeyunostomía término-terminal.

Neumonía basal izquierda, 1; cedió al tratamiento médico.

RESULTADOS. Se han controlado de 5 a 7 años, 8 de 2 a 4 años, 4; y a 1 año, 2.

Se encuentran en excelente estado, 9 o sea 64.4%. Bueno, 4 (28.5%); acusan llenura ocasional, pero se controlan con dieta y Metoclopramida. Regular, 1 (7.1%), parece cursar con adherencias intestinales.

Analizando en forma global, en este primer grupo se puede concluir que en 64% el diagnóstico definitivo fue gastritis crónica con metaplasia intestinal o gastritis atrófica con intestinalización; Úlcera gástrica simple, 15%; Gastritis crónica, 14%; y Carcinoma gástrico superficial, 7%.

Como la aconseja la mayoría de los autores, en casos de estómago completo con gastritis biliar acentuada asociada o no con úlcera péptica, se practicó resección gástrica con vaguectomía y reconstrucción en Y de Roux, con resultados satisfactorios en más del 90%.

GRUPO II

Gastritis por Reflujo en Estómago Operado

Nueve (9) pacientes: 6 hombres, 3 mujeres. Edad entre 25 y 65 años.

Fueron intervenidos previamente por úlcera gástrica 4; úlcera duodenal estenosante, 2; y carcinoma, 3: dos del antro y uno cardioesofágico.

Cirugía inicial: resección gástrica con vaguectomía gástrica selectiva, 5; troncular, 3; una esófago-gastrectomía tipo Claggett.

Sus síntomas de gastritis aparecieron desde las pocas semanas, hasta 3 años después; predominaron el dolor, llenura, agrieras y vómito bilioso.

Diagnóstico: laboratorio, normal.

Radiológico: Normales, 4. Edema y engrosamiento de pliegues, 3. Úlcera marginal, 1 pero no se visualizó durante la endoscopia.

Gastroscopia: Enrojecimiento, inflamación y congestión cerca de la anastomosis con reflujo biliar permanente en todos.

Biopsia: Gastritis crónica, 7. Gastritis crónica con metaplasia intestinal, 2, y en uno de éstos con displasia.

Durante la endoscopia se apreciaron hilos de sutura, con reacción granulomatosa a nivel de la anastomosis, se logró extirparlos en un caso.

Tratamiento: médico durante 4 a 12 meses, pero sin mejoría; se intervienen quirúrgicamente y como todos tenían B.II, se secciona asa aferente a nivel gástrico, cerrando la proximal, y el cabo distal se une al yeyuno, término-lateral, a unos 40 a 50 cms. de la boca gástrica para completar la Y de Roux. Se revisó la vagotomía, tipo selectivo.

Al paciente del Claggett se le seccionó el duodeno, cerrando muñón y practicando Y de Roux.

Complicaciones: ninguna.

Resultados: Controlados de 5 a 7 años, 3. 3 a 4 años, 3. 1 a 2 años, 2. Y a 1 año, 1

Se consideran excelentes, 6; buenos dos, acusan llenura ocasional que cede con Metoclopramida. El paciente con cáncer esofágico, al año y medio presentó recidiva (cáncer escamocelular) y se complementó con radioterapia. Regular, 1: presenta llenura, distensión y estreñimiento, pero el control radiológico es normal; responde a la dieta y medicación.

En este segundo grupo, todos presentaron síntomas de gastritis, se comprobó y el tratamiento médico no dio los resultados esperados, por lo cual se les practicó cirugía correctora, Y de Roux, con resultados excelentes y buenos en un 88.8%.

GRUPO III

Otras indicaciones de la Y de Roux.

Se clasifican así: Úlcera gástrica, 4. Úlcera del muñón gástrico, 2. Carcinoma gástrico, 3.

Úlcera gástrica. Cuatro pacientes: 2 hombres y 2 mujeres, edad entre 26 y 60 años.

Síntomas: dolor, llenura, agrieras y vómitos; de 2 a 10 años de evolución.

Radiología: Úlcera de la pequeña curva, 2. Estenosis pilórica, 1. Normal, 1.

Gastroscofia: Úlcera gástrica doble y estenosis del antro, 1. Úlcera crónica de la pequeña curva, 1. Estenosis pilórica, 1 y Hernia hiatal con reflujo y úlcera, 1.

Biopsia: Úlcera péptica crónica.

Tratamiento: médico, dieta y medicamentos, sin mejoría.

Quirúrgico: resección gástrica, vagüectomía selectiva y Y de Roux.

Los segmentos de estómago resecado, en la patología, mostraron úlcera gástrica crónica en dos y gastritis crónica, otros 2.

Complicaciones: dos al 6o. y 8o. días, fístula duodenal, tratados con drenaje, succión con chupo, antibióticos, hidratación y alimentación parenteral; evolucionaron satisfactoriamente; buen estado en la actualidad.

Resultados: Excelente, en 3 hasta los 5 años de operados. Bueno, 1; ha necesitado tratamiento psiquiátrico para estados depresivos, por problemas familiares.

Úlcera de muñón gástrico. Dos pacientes, de 60 y 26 años. Habían sido intervenidos por úlcera gástrica, 28 años y 3 meses antes de sus síntomas, caracterizados por dolor, llenura y vómitos.

Las radiografías mostraron: Úlcera de pequeña curva, en el uno, estenosis de anastomosis B.I, en el otro.

Endoscopia: úlcera atípica, sospechosa de malignidad, 1 (la paciente de mayor edad) y en el otro, estenosis de boca anastomótica.

Biopsia: úlcera gástrica crónica.

Tratamiento: Al primero por su cronicidad y dudas diagnóstica, y al segundo por la estenosis, se les practicó resección distal del muñón, incluyendo la úlcera, con cierre del duodeno, revisión de la vagüectomía, tipo selectivo, y reconstrucción en Y de Roux.

El estudio patológico del segmento resecado diagnosticó úlcera gástrica crónica, el primero, con cambios adyacentes atróficos; y en el otro, gastritis crónica.

No hubo complicaciones.

Cáncer gástrico (3): dos mujeres de 26 y 51 años, y un hombre de 76. Tiempo de evolución de síntomas, de 1 a 3 meses.

Las radiografías mostraron lesión infiltrativa del antro, 2; y estenosis pilórica y úlcera, uno.

Gastroscofia: lesión infiltrativa del pílora, 2; y úlcera del antro, una.

La biopsia confirmó el adenocarcinoma en los tres.

Tratamiento: Vagüectomía selectiva en dos, y troncular, una; con gastrectomía subtotal radical y Y de Roux; esplenectomía en uno.

El segmento gástrico y ganglios, en la patología mostraron adenocarcinoma infiltrante con metástasis a ganglios regionales, dos; y en un paciente, la más joven, 26 años, los ganglios estaban libres de invasión.

Dos han recibido tratamiento complementario con Quimioterapia, 5-F-U.

Complicaciones: ninguna.

Resultados: Controlados de 1 a 2 años, se encuentran en aceptables condiciones.

Este tercer grupo es de gran interés; de acuerdo con DuPlessis, Delaney, Herrington, Roberts, Van-Heerden, y otros autores, se considera que el reflujo duodenal juega un importante papel como causa de la úlcera gástrica; para no exponer el muñón al contacto permanente de la bilis, se practicó corrección en Y de Roux, ofreciéndoles así mayor beneficio y satisfactoria evolución.

GRUPO IV

Gastritis por reflujo controlada médicamente.

Quince pacientes, 12 mujeres y 3 hombres. Edades similares a los grupos anteriores, entre 25 y 64 años. Sintomatología de dolor epigástrico, agrieras, llenura, náuseas y vómitos amarillos, biliosos; anorexia y pérdida de peso. Hemorragia leve en 1.

El tiempo de evolución varió de 1 mes, hasta más de 9 años.

Antecedentes. Colectomías, 3; gastrectomía tipo B.II, 2; y una de ellas con colectomía posteriormente.

Gastroscoopia: Reflujo biliar permanente en 9; y en uno ascendía hasta el esófago. Gastritis crónica, 14; acentuada del antro, 8; atrófica, 4; y con metaplasia intestinal, 2. Gastritis superficial, 1.

Biopsias: Gastritis crónica en todas, pero con metaplasia, 4; atrófica, 1; y con úlcera, 1.

Por control endoscópico a los 5 meses, se observó en la biopsia de un caso un adenocarcinoma bien diferenciado.

Tratamiento: médico, se insiste en la importancia de la dieta y medicamentos como Metoclopramida, en algunos Colestiramina, Cimetidina y enzimas digestivas.

Resultados: Controlados hasta 6 meses, 9. 1 año, 2. De 4 a 5 años, 4.

Acusan mejoría 9. El paciente con carcinoma fue operado en forma oportuna.

En este IV grupo, a pesar de su sintomatología sospechosa de enfermedad ácido-péptica, la gastroscoopia aclaró la gastritis, confirmándola por histología; los controles periódicos son muy importantes, y así se logró diagnosticar un carcinoma en forma temprana.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

La causa de la gastritis por reflujo alcalino, es multifactorial. La disfunción o remoción del píloro permite el reflujo duodenal. El efecto irritante de la bilis es el más importante.

La retrodifusión de iones hidrógeno rompe la barrera mucosa. La estasis del estómago y proliferación bacteriana, favorecen la deconjugación de las sales y ácidos biliares con penetración del hidrogenión y gastritis.

La bilis y el contenido duodenal pueden estar presentes en los estómagos completos, así como en los operados, sin producir efectos clínicos; en algunos causan gastritis con síntomas intensos.

El comienzo de síntomas de gastritis, después de una cirugía gástrica, varía desde uno o dos meses, hasta 20 o más años.

La entidad clínica debe ser muy bien diagnosticada y distinguirla de otros síntomas, y de secuelas de gastrectomía.

La selección y documentación debe basarse en los siguientes métodos complementarios de estudio clínico:

1. Reflujo biliar en aspirados gástricos,
2. Determinación de gastrina sérica;
3. Estudios radiológicos y de evacuación gástrica, de preferencia con Tecnecio-99 (HIDA);
4. Endoscopia y biopsias;
5. Clasificación histológica; y
6. Respuesta al tratamiento.

Los casos leves y moderados pueden ser controlados médicamente, con dieta y medicamentos como Metoclopramida y Colestiramina, con buenos resultados.

Los casos acentuados deben recibir tratamiento médico por tiempo prudencial, pero si falla, una cirugía remedial apropiada estará indicada; y solamente la derivación completa de la bilis lejos del remanente gástrico, ha demostrado ser efectiva.

La gastritis por reflujo puede estar asociada con "dumping", con diarrea intensa post-vagotomía, o con ambos; y a su vez, muchos de estos pacientes pueden cursar con gastritis sin manifestaciones sintomáticas.

Se han sugerido numerosas operaciones remediales, algunas con éxito.

La mayoría de los autores indican la Y de Roux, como el método más simple y efectivo.

La interposición de asa de Henley es más difícil, y en algunos casos puede agravar la gastritis.

La interposición de segmentos cortos debe reservarse para la corrección del "dumping" o de la diarrea grave; pues parecen ser efectivos para ello.

Según Griffiths y Van-Heerden, la investigación negativa no necesariamente contraindica la operación, especialmente cuando los síntomas son intensos y desagradables.

DuPlessis ha propuesto el uso de la Y de Roux como el método de reconstrucción ideal, en operaciones primarias para úlcera gástrica.

Por todo lo anterior, la Y de Roux, descrita en 1897, puede ser considerada como el procedimiento inicial para el tratamiento de la enfermedad ulcerosa péptica que requiera resección gástrica, y aunque alcanza un

éxito de 85 a 90%, no deja de tener secuelas, como el retardo de evacuación gástrica.

Se recomiendan controles periódicos, clínicos, endoscópicos con biopsia, para apreciar los cambios histológicos de la mucosa gástrica y valorar los resultados a largo plazo.

RESUMEN

Los principales síntomas de gastritis por reflujo Alcalino son dolor y vómito bilioso.

El diagnóstico está basado en la endoscopia y la histología. El manejo inicial debe ser médico con dieta y medicamentos que fijen las sales y ácidos biliares, y favorezcan la evacuación gástrica. Si falla, la cirugía

remedial con una Y de Roux, a más de 40 cms. de la boca gástrica, brinda los mejores resultados.

Se presentan 47 pacientes, como casuísticas personal, con Gastritis por reflujo alcalino, clasificados en 4 grupos, estudiados y tratados durante 7 años (enero/77 a diciembre/83). Treinta y dos (32) fueron intervenidos, practicándoles una derivación biliar en Y de Roux; se lograron controles hasta por 7 años, con resultados excelentes y buenos en más del 90%.

Se comparan los resultados con diferentes autores y se analizan los métodos de estudio y tratamiento, según autores americanos y europeos.

(Las 99 referencias de este trabajo se hallan a disposición de los interesados en la biblioteca de la Academia Nacional de Medicina, Calle 60A No. 5-27, Bogotá, Colombia).

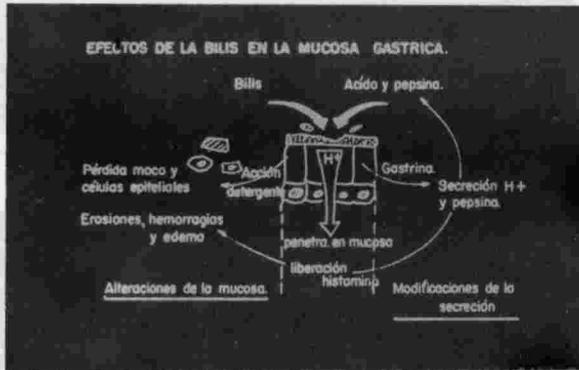


Figura 1. Efectos de la bilis sobre la mucosa gástrica.



Figura 3. Estudio radiológico, hernia hiatal.

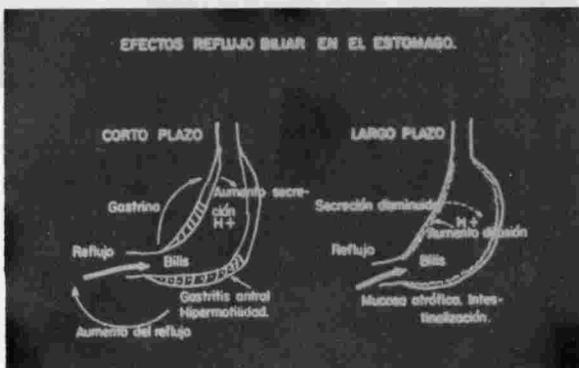


Figura 2. Efectos de la bilis, a corto y largo plazo, sobre la mucosa.

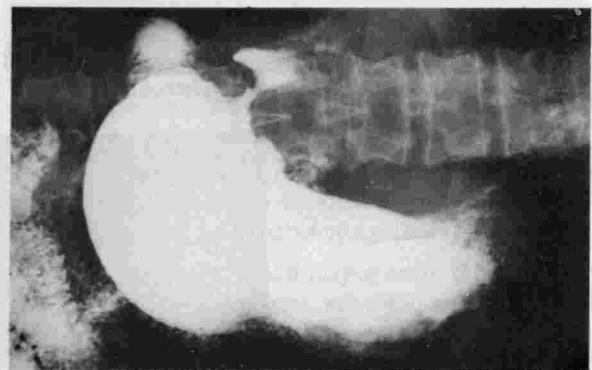


Figura 4. Estenosis por úlcera pilórica.



Figura 5. Estenosis boca anastomótica, control B. I.



Figura 6. Estenosis y dilatación Asa de Henley.

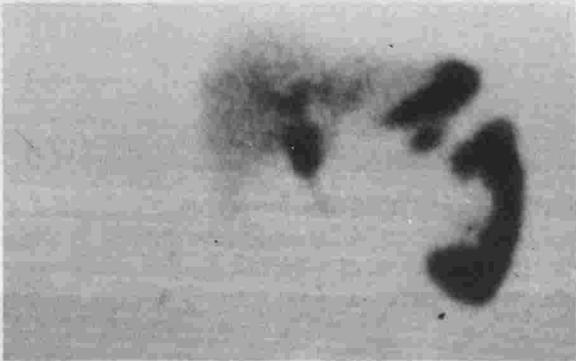


Figura 7. Estudio HIDA, reflujo entero-gástrico.

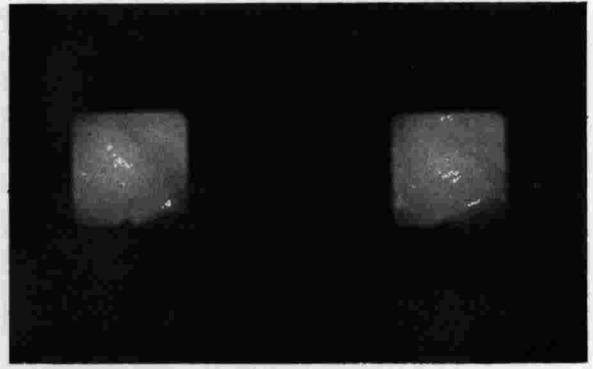


Figura 8. Estudio endoscópico: gastritis atrófica.

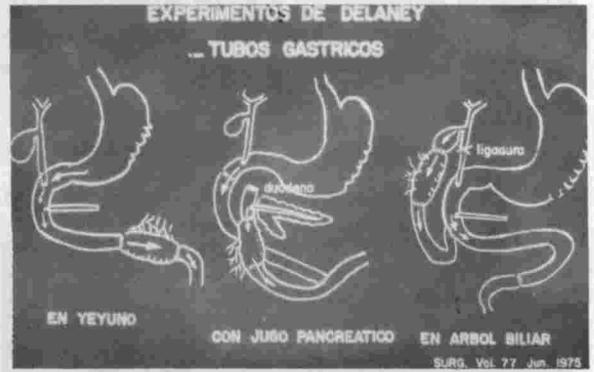


Figura 9. Experimentos de Delaney, tubos gástricos expuestos a la acción de diferentes jugos.

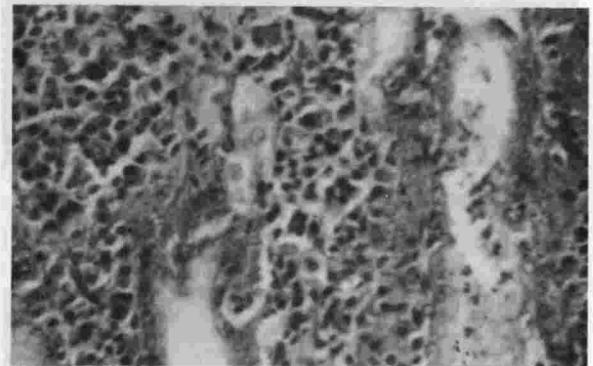


Figura 10. Estudio histológico: gastritis superficial.

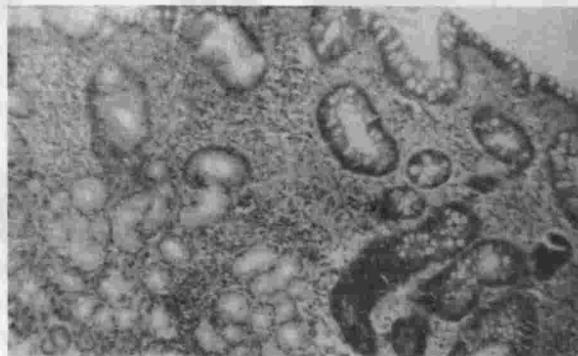


Figura 11. Histología: gastritis atrófica grave con metaplasia intestinal.