

CIRUGIA DE LA ENF GASTRODUODENAL (José Perea García)

INTRODUCCION:

Cirugía ha disminuido con la aparición de IBP.

Hay algunos que encontraremos operados y es importante conocer sus consecuencias.

Ya que se quita el estomago se quita todas las funciones.

TECNICAS QX:

- VAGOTOMIA: se secciona el vago, para abolir la secreción acida.
- GASTROYEYUNOSTOMIA: solo en tumores irresecables.
- GASTRECTOMIA +
Billroth I (Gastroduodeno)
Billroth II se quita el antro, y se sube el yeyuno hacia arriba... **AQUÍ HAY MAS SECUELAS Y PROBLEMAS (tto medico no funciona en secuela y hay q volver a qx) Y DE ROSS: es la mas usada!! Y la mas fisiológica!!** Se corta parte del yeyuno distal y se une al estomago y el extremo proximal se une mas abajo en el extremo distal del yeyuno.

CLASIFICACION:

- Ulceras refractarias al tto medico son las únicas q terminan operándose.
- Se opera las complicaciones: **perforación**, hemorragia ya menos, estenosis piloricas aunq ya menos xq responden al tto medico. Tb por el mal uso de antiinflamatorios sin IBP.

ULCERA POR H PYLORI:

Solo una 1/6 parte de los pacietnes con gastritis desarrollan ulceras.

CLASIFICACION DE JOHNSON DE ULCERA GÁSTRICA ¡!!

Son import xq depende de ella el tipo de cirugía

Tipo I : U. a nivel del limite con antro. En HIPOCLORHIDRIA

Tipo II y III: se dan en AUMENTO de secreción de acido: en ANTRO, y solo PREPILORICA.

Tipo IV: en curvatura menor y a nivel del cardias

Las ulceras duodenales, dolor 2 o3 horas post pandrial. Y sede con ingesta o el antiácido. Pero en la gástrica no cede y aumenta con la ingesta.

ULCERA POR AINES:

- Por la inmigración, son generalmnt gástrica y terminan en hemorragia o perforación.
- Inh cox1 y 2. La 1 es la protectora.

Dx:

Preguntar siempre en abd agudo si ha tomado AINES +glucocorticoides o anticoagulantes!!! Poner protector gástrico siempre!! Y tto causa.

ULCERAS X ESTRÉS:

En enf críticos politraumatizados, enf críticos y quemados. Son de difícil manejo porq están en toda la mucosa gástrica y son mas fácil complicación con hemorragias. Lo mas import es la prevención .

si no hay respuesta de tto hacer qx

ULCERAS ESPECIFICAS POCO COMUNES:

Gastrinoma. Zollinger-ellison → cirugía...

ULCERA REFRACTARIAS AL TTO: TODAS TERMINAN EN CIRUGIA!!

Cuando después de tto adecuado de 8 a 11 semanas la ulcera no ha cicatrizado.

La recidiva es q después de cicatrizar vuelve a aparecer.

1. Después de superar las ulceras .. hacer seguimiento porq puede estar sintomática.

Si persiste H Pylori, AINE, tabaquismo, otras causa.

Si después de 8 a 11 semanas, intentamos Intensificar tto medico (tiempo, dosis.)sin respuesta → QX

Tto qx: aunq tto medico 90%

Indicación:

URGENTES- COMPLICACIONES

ELECTIVAS : Ulcera refractaria o recidivante

FACTORES DE ENF_/ PACIENTE: 90 años , pluripatologico.

TTO ULCERA DUODENAL:

1. 1º opción: Vagotomía supraselectiva, intentar localizar al max el vago, lo mas cerca posible del duodeno.
Si no funciona:
2. Vagotomía troncular y antrectomía: quitamos las 2 causa principales de secreción de acido.

TTO DE U. GASTRICA

1. TIPO I: gastrectomía distal xq las ulceras lo tenemos en el limite con el antro y no se corta el vago
2. TIPO II Y III: implicadas en hipersecreción gástrica, sección del vago y quitamos antro.
3. TIPO IV: no hiper acido y solo se quita una parte del estomago?

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA:

1. Pocos terminan en qx xq se hace por endoscopia.
2. Indicación: situación pac con ulcera sangrante en urgencia que no se pueda controlar por endoscopia y pac en shock. Si el paciente lo permite tto de causas.
3. Técnica:
1º tto hemorragia
2º tto ulcera si nos deja el paciente

ULCERA GASTRICA:

1º SUTURA SIMPLE: buscamos la ulcera sangrante, resección en cuña con sutura, si es posible resección si nos deja el paciente.

U. DUODENO:

1º ligadura de la arteria gastroduodenal.

PERFORACIONES:

Es la complicación que mas se opera. Las que mas la duodenales ya que se engloban la mayoría de las silentes, no dan sx hasta q se perforan. Y dentro de las gástricas son las Prepilóricas. Dan abd agudo y sepsis inmediata y con mortalidad importante por ello estar atentos! Se suele

irradiar al hombro y abd en tabla. Hacer buena anamnesis. Y rx torax en bipedestación para ver el neumo peritoneo.

Tto:

Tto qx urgente y solucionar causa.

Raramente se da tto conservador.

En perforación duodenal hace sutura primaria y biopsiar.

ESTENOSIS PILORICA: se ve menos porq lo resuelven los clínicos.

Dx siempre es la ENDOSCOPIA.

Tto qx quitando la barrera u obstrucción.

SECUELAS DE LA CIRUGIA GASTRICA

Tenerla en cuenta porque hoy en día se ven este tipo de pacientes con esta sintomatología. Se quita una situación fisiológica y lo conviertes en menos fisiológica o antifisiología. La mejor es la Y De ROUSS y la peor el billroth II que nos da mas problemas y para resolverla se la convierte a Y de Rouss.

Complicaciones:

INMEDIATAS: como toda cirugía digestiva. Y las mas especificas son las q vienen después

TARDIAS: malignizacion sobre todo en billroth II por la exposición a acido frecuente!!..

Reflujo alcalino, sd de dumping, alt de motilidad gástrica y de absorción.

PRIMERA COMPLICACION:

ULCERA RECIDIVA: la zona del piloro es protector de la secreción gástrica , si lo quitamos como en BII pues ya no esta y el yeyuno no esta acostumbrado al acido y salen ulceras.

Tb en vagotomías incompletas o se dejaba algo de antro y que provoca secreción nuevamente y tenemos que completarlas qxmnt para evitar secreción acida.

Etiología: sd antro retenido por BII.

En el antro hay acido y gastrina que se regulan entre ellas. Si quitamos todo el antro bien pero si dejamos algo de antro y se queda en zona prox de duodeno y aumenta la gastrina al no tener el acido q la inhiba.

Y el de Z ELLISON.

CLlinica:

Tto medico primero pero son de menor respuesta ya q están tocadas, tto qx solo completar la cirugía y hacerla bien.

2º GASTRITIS POR REFLUJO ALCALINO:

Da esofagitis porq las sales pancreáticas no pasan al esófago por la barrera del piloro , si BII quitamos esta barrera y está expuesto a los jugos y se inflama → dx por endoscopia y considerarlo en pacientes gastrectomizados (cuidado con el reflujo alcalino que da esofagitis, no dar IBP sino dar TTO qx!!!! No es reflujo por acido!!! No dar IBP ya q no les sirve para nada!) → clx: vomitos biliosos con ligeros restos alimenticios, q es ddx con el sd de asa aferente

en este hay vomito alimenticio y mejora.-->tto: colestiramina bloquea las sales. Y qx transformar BII en III o Y DE ROUSS.

3º SD DE DUMPING:

Situación fisiológica: Pilora hace barrera, si hacemos qx los alimentos pasan mas rápido a duodeno. Se relaciona con la ingesta de hidratos de carbono y se inicia producción de hormonas →sx cardiovascular: sincope, etc. Y tardíamente 2 o 3 h después de ingerir HC hay un aumento de insulina dando hipoglucemias rapidas y drásticas.

Tto: mejo por clínicos y dieta. Anticolinérgicos ya menos y qx es muy raro (se coge parte del intestino y se invierte las asas en sentido antiperistáltico que enlentece el transito de la ingesta.)

4º SD DE ASA AFERENTE:

BII simple, si se deja segmento largo, las sales biliares y pancreáticas llegan y se acumulan con los alimentos y da molestias, hinchazón y inician con dolor y vomitan y vacian que son vomitos alimenticios sin digerir.

Tto hacer Y DE ROUSS

5º DIARREA POSTVAGOTOMIA:

Diarrea post pandriales y tto..

6º ALT DE L MOITLIDA GASTRICAS: se resuelve espontaneamens pero tardíamente se puede dar con estreñimiento, vomitos ocasionales y tto siempre es medico.

7º SECUELAS METABOLICAS

Cuando se alta bs de fe da anemias ferropenicis. Menos frecuetne y mas importante es la alt de abs de vit B12 dando anemias megaloblasticas q tienen pincharse constantemente vit B12.

Mal abs vitamina grasas y

Litiasis de vesicula ya q el vago se encarga del vaciamiento y si se quita el vago se da litiasis.