

DISECCION TRANSDIAFRAGMATICA DEL ESTOMAGO (*)

Fundamentos anatómicos del pasaje transpilórico de la sonda de Cantor en la oclusión intestinal

Dr. José P. Otero

En el curso de un estudio anatómico para fundamentar las intervenciones quirúrgicas sobre el nervio vago que realizamos en abril y mayo del corriente año hicimos una exposición del hipocostal izquierdo mediante la resección del hemidiafragma del mismo lado obteniendo una visión de la parte alta del estómago que nos resultó un tanto inesperada pero que creemos que es absolutamente real.

En un cadáver cuyo tronco había sido cortado transversalmente varios cms. por encima de las bóvedas diafragmáticas extirpamos el resto de los pulmones de ambos lados y seccionamos luego el hemidiafragma izquierdo de todas sus conexiones esterno-costales, conservando así intacta la anatomía regional, con el hiatus esofágico no alterado, lo cual nos permitió considerar la forma real de la tuberosidad del estómago vista desde arriba. Uno tiene siempre una visión del estómago visto a través de una incisión en la pared anterior del abdomen y no llega a formarse un criterio exacto sobre la verdadera profundidad posterior de la parte alta de la víscera. Como lo muestra la figura, que hemos hecho dibujar directamente de la pieza, la situación de la entrada del cardias en el estómago corresponde en el sentido ántero-posterior a la mitad de la distancia que corresponde a la totalidad de la gran tuberosidad; o sea, que por detrás de la implantación del

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 4 de agosto de 1949.

adelante del epiplón gastro-esplénico más o menos conglomerado y más o menos infiltrado de tejido adiposo.

En la figura se ve el corte transversal de la vértebra y de las costillas, el diafragma desinsertado en su mitad izquierda como dijimos, y luego en primer lugar el lóbulo izquierdo del hígado que hemos extirpado para dejar ver por debajo el techo gástrico y la implantación esofágica. Al costado izquierdo se ve el epiplón gastro-esplénico y más atrás el bazo mismo.

Esta nueva visión de la parte alta del estómago nos permitió explicarnos la razón de un hecho que nos había llamado muchas veces la atención y es el siguiente:

Pretendiendo pasar una sonda de Cantor en una oclusión intestinal nos llamó la atención la pertinacia con la cual el saco lleno de mercurio de la sonda caía siempre hacia atrás y se elevaba hacia arriba apenas franqueado el cardias en la posición de decúbito dorsal en que estaba la enferma y lo mismo en la posición decúbito lateral derecha. Comprendimos de pronto que la sonda llevada por el efecto de la gravedad iba a alojarse lógicamente en esa parte profunda, alta y posterior del estómago que acabamos de describir. Colocamos entonces la enferma en posición decúbito ventral para hacer venir la sonda hacia la pared anterior del estómago y luego en decúbito lateral derecho para ponerla frente al píloro.

Este hecho lo hemos observado en una sola enferma y por lo tanto no sabemos si la maniobra aconsejada tendrá siempre el mismo éxito pero podemos afirmar que basados en un concepto anatómico distinto pudimos dirigir hacia el píloro una sonda que en múltiples casos anteriores había quedado en la gran tuberosidad.

Aconsejamos por consiguiente llevar los enfermos en oclusión a la pantalla radioscópica y seguir la técnica que acabamos de describir. En esa forma esperamos que se pueda conseguir basados en nuevas directrices ubicar la sonda frente al píloro y permitir así el pasaje fácil, mientras que hasta el momento actual nos era siempre difícil conseguir la orientación correcta de la sonda, y no comprendíamos muy bien por qué se iba siempre hacia atrás y arriba ni tampoco el fundamento de las diversas posiciones y maniobras aconsejadas por los diversos autores.

Podríamos decir que para el pasaje de la sonda de Cantor

existen dos dificultades: la primera está situada en las fosas nasales y la segunda y última corresponde al anillo pilórico el cual una vez franqueado da lugar a una marcha progresiva y fácil de la sonda. Por otra parte, apenas franqueado el píloro, el paciente se beneficia ya totalmente de la acción extraordinaria del instrumento porque empieza desde el comienzo el desagotamiento efectivo del depósito intestinal que hasta ese momento escapaba a nuestra acción por el obstáculo que ofrece el píloro cerrado. El intestino debe considerarse como una cavidad cerrada que va desde el obstáculo patológico abajo hasta el obstáculo fisiológico del píloro arriba. Una vez que la sonda franquea el píloro desagota ya con eficacia el contenido intestinal y las ansas recuperan su peristaltismo normal que conduce la sonda hacia las ansas subsiguientes.

Queremos agregar que la sonda de Cantor nos fué gentilmente cedida por el profesor Larghero.