

GASTRECTOMIA ENSANCHADA. PRESENTACION DE PIEZA (*)

Dr. Juan C. del Campo

La pieza que presentamos a consideración de la Sociedad de Cirugía corresponde a una gastrectomía ensanchada por neoplasma del antro, en cuya ejecución se ha seguido un criterio diferente al seguido hasta ahora en estos casos.

Este criterio pretendemos seguirlo en forma general en otros sectores, pero consideramos hoy exclusivamente la localización gástrica antral por ser el primero en que lo seguimos y por prestarse muy bien para la exposición del criterio en general.

La pieza, como ustedes ven, comprende la totalidad del estómago y de los mesos que lo unen a las vísceras y paredes vecinas y un segmento medio del páncreas. Dejaré de lado toda una serie de detalles de ejecución que considero importantes pero que llevarían a discusiones colaterales, para concretarme a lo capital, a la idea directriz del procedimiento adoptado.

Hasta ahora la gastrectomía por neoplasma del antro pilórico comprendía la extirpación de los $\frac{4}{5}$ del estómago para lo más, de la totalidad para algunos pocos, a la que se agregaba la extirpación del pequeño epiplón, del gran epiplón decolándolo del colon y del mesocolon, de la hoja anterior de la cápsula del páncreas y el ligamento profundo del estómago.

Con esta técnica se pretendía hacer una extirpación lo más completa posible del segmento visceral invadido, de las láminas portadoras de linfáticos y de los ganglios terminales. (Láminas célula-ganglionares).

Creo que en la concepción de esta técnica se ha incurrido

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 26 de octubre de 1949.

hasta ahora en un error, estableciéndola sobre las disposiciones anatómicas adquiridas del adulto y olvidándose por completo de las disposiciones anatómicas embriológicas que guían la situación topográfica de los vasos sanguíneos y linfáticos. A consecuencia

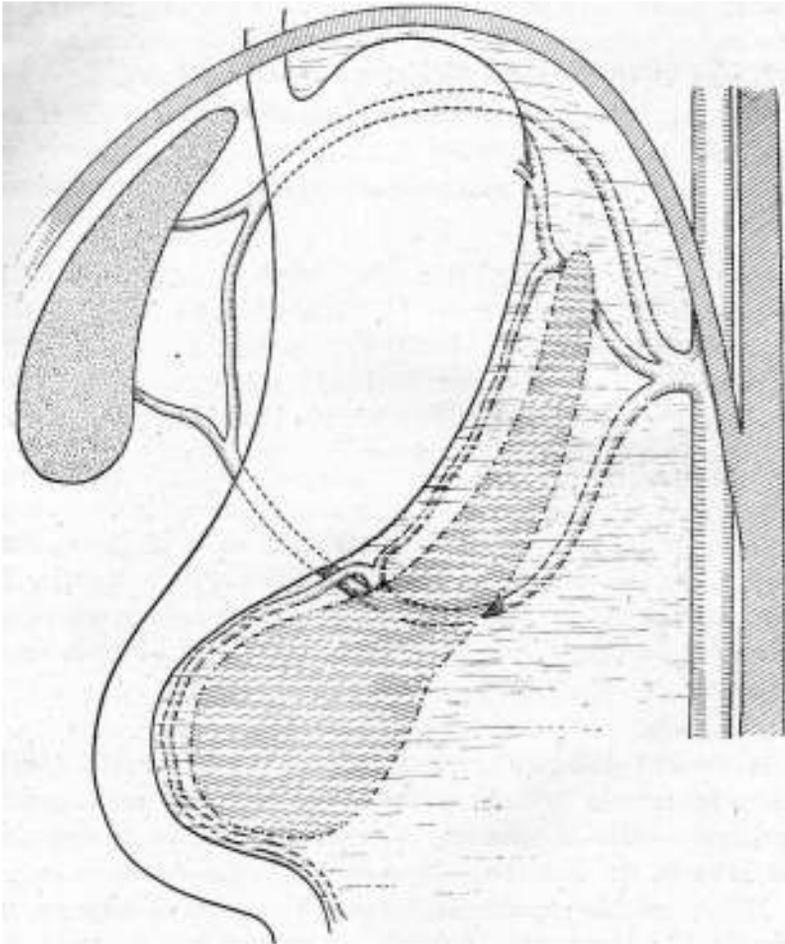


FIG. 1. — Disposición embriológica del estómago, mesogastrio anterior y posterior mostrando hígado, estómago, páncreas y el tronco celíaco con sus 3 ramas: superior (coronaria estomáquica), media (esplénica) e inferior (hepática). Tomada de F. Paire, H. Lacaze y S. Dupré. Práctica anatómicoquirúrgica ilustrada.

de ello la técnica clásica en estómago no ha seguido las reglas generales de la cirugía del cáncer.

Esas reglas obligan a extirpar: 1) la totalidad de una víscera

o un segmento de ella según las circunstancias; 2) la lámina célula ganglionar portadora de los vasos linfáticos; 3) el grupo ganglionar que los recibe, lo cual dada la vinculación de los linfáticos con el sistema venoso supone en la mayoría de los casos, la disección o la extirpación de un segmento de vena de cierta importancia (vena axilar, para la glándula mamaria, vena yugular en el cuello, vena hipogástrica en la pelvis).

Si seguimos estas reglas para el tratamiento del cáncer del antro y las basamos sobre las disposiciones embriológicas y no sobre las disposiciones anatómicas adquiridas, veamos cuáles son las consecuencias. (Ver esquema 1).

1) El segmento de estómago a resecar dependerá de la extensión del neoplasma y de la vinculación de los pedículos linfáticos con el mismo. Creemos por razones que no podemos desarrollar aquí que cada vez se harán más gastrectomías totales, llevándola en el otro extremo hasta la unión de la primera y segunda porción del duodeno.

2) El mesogastrio anterior será reseado en lo que es reseable, es decir: a) desde el diafragma hasta el borde libre del ligamento duodeno hepático, comprendiendo hoja anterior de este ligamento y la totalidad de la pars flácida y de la pars condensada en el sentido vertical y b) hasta el hilio del hígado en el sentido pósterior - anterior.

El mesogastrio posterior será reseado por lo menos desde (hacia arriba) la arteria coronaria estomáquica hasta (hacia abajo), la arteria gastroduodenal y la resección será llevada dorsalmente hasta la vena porta, vena directriz de la disección como lo es en sus territorios la axilar, la yugular, etc.

Esta resección comprende, como lo vemos en el esquema, un segmento de páncreas que deja de ser así el órgano parietal del operado clásico para ser colocado en su verdadera situación de órgano ubicado en pleno meso y sin cuya extirpación, por lo menos en un segmento dado, no puede hablarse de extirpación completa de la lámina célula ganglionar. He ahí la explicación de la pieza.

La extirpación del segmento de páncreas no se ha hecho por motivos de invasión local, que no la hay, sino por motivos de exéresis linfática, por formar parte del mesogastrio posterior y

ser prácticamente imposible separar de él la lámina célulo-linfática, a partir de cierto grado de invasión.

La zona extirpada ha sido en nuestro caso una parte del

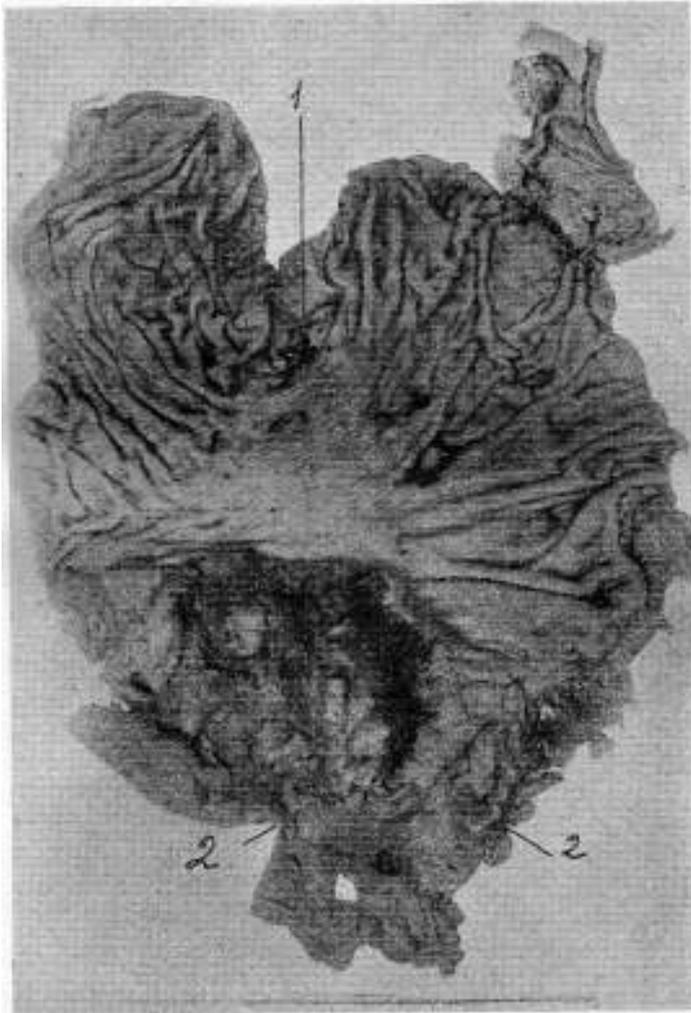


FIG. 2. — Vista anterior de la pieza de resección. 1 Cardias; 2 pílora. El estómago ha sido cortado a lo largo de la gran curva, dejando 3 ó 4 centímetros del borde derecho de la gruesa tuberosidad para mostrar bien la ubicación del cardias.

cuerpo, incluyendo el cuello; ella pasa a izquierda de los vasos mesentéricos superiores, a izquierda y en plena cabeza de pán-



FIG. 3. — Vista posterior de la pieza de resección: 1 cardias; 2, píloro. 3, El sector encuadrado en rayas corresponde al segmento de páncreas reseccionado; sobre su cara profunda o posterior se ven 2 ganglios, señalados con ++; el superior se continúa con la cadena de la hepática.

creas a derecha. La extensión exacta a extirpar sólo podrá ser determinada después de estudios de varias piezas de resección.

La razón de la extirpación está en la pieza misma; se ve el cuello del páncreas casi podríamos decir cerclado por ganglios invadidos. Cualquiera que sea la suerte del sujeto, y el caso es demasiado avanzado para ser optimistas, puede decirse que ninguna resección, obedeciendo a la técnica clásica podía aspirar a tener éxito.

Adjunto a continuación el protocolo operatorio y el estudio anatomopatológico.



FIG. 4. — Corte topográfico mostrando páncreas (1), en el tejido celular que rodea el páncreas un ganglio totalmente invadido por cáncer (2).

Enfermo M. P. — Intervención: 14-X-49. — Prof. del Campo, Dr. Otero, Dr. Comas, Srta., Vázquez Amézaga. Anestesia general: éter C3, H6 intubado. Dr. Pernin. — Incisión mediana supraumbilical, seccionando el 6° cartilago costal izquierdo y resecando el apéndice xifoide. Gran tumor gástrico tomando todo el antro, salvo una parte de la gran curva. Hay ganglios de aspecto neoplásico en la cadena gastro epiploica y retropilóricos. Hay uno o dos ganglios pequeños duros en la parte alta del pequeño epiplón contra la curva menor. Liberación del gran epiplón y decolamiento del mismo del colon levantando con él todos los ganglios subpilóricos hasta la unión de las venas gastro epiploica derecha y cólica. Sección del epiplón gastro-esplénico. Sección del duodeno en unión de la primera y segunda porción. Liberación de la hoja anterior del ligamento hepato-duodenal ligando y

seccionando la pilórica y la gastro-duodenal. Separación del pequeño epiplón del hígado. Sección de la coronaria a ras del páncreas. Resección del cuello del páncreas, siguiendo el tronco gastrocólico y vena porta; volcando toda la pieza hacia la derecha y seccionando el páncreas a través de la cabeza. Sutura del páncreas. Sección del esófago. Anastomosis esoyeyunal, transmesocólica. Anastomosis por invaginación (Coenen) en el asa eferente, fijando el asa al diafragma atrás y adelante y por puntos separados a la musculosa esofágica. 2 drain-cigarettes a los costados de la anastomosis. Mecha en el lecho pancreático.

Examen de la pieza: Grueso tumor ulcerado Fig. 2, de bordes levantados, brotante ocupando todo el antro, dejando sólo una pequeña banda a lo largo de la gran curva junto con el estómago. Viene un segmento de páncreas de 4 a 5 cm. de diámetro, fijo en parte al estómago y rodeado en ambos lados de ganglios que al corte aparecen netamente como neoplásicos.

Examen anatomopatológico de estómago y cardias. — Macroscópicamente estómago abierto por la gran curva y fijado en extensión. En el antro y canal pilórico hay una extensa lesión ulcerada de bordes levantados, situada sobre la pequeña curva, cara anterior y parte de la cara posterior (Fig. 2). La lesión tumoral, aproximadamente circunferencial, mide 8 cm. de diámetro (sobre la pieza ya fijada), y no alcanza a ocupar toda la circunferencia del antro pilórico, quedando una zona de mucosa aparentemente no invadida de unos 4 cm. de extensión.

El fondo del tumor ulcerado tiene varios levantamientos mamelonados y la superficie, congestiva y hemorrágica, está revestida de una capa necrótica. El borde inferior se sitúa prácticamente a nivel del píloro, el cual no se puede individualizar claramente. Por debajo hay un segmento de duodeno, de unos 4 cm. de extensión aproximadamente de pared delgada. Por la superficie peritoneal se observa:

a) La serosa está irregularizada, en la porción tumoral, por numerosos nodulitos subserosos blanco amarillentos, que señalan el crecimiento infiltrante y destructivo del tumor sobre todo el espesor de la pared gástrica; además la pared gástrica, en esta región aparece retraída.

b) En el cabo inferior píloro-duodenal, se encuentra una curva adherida, por una atmósfera céluloadiposa, una porción de glándula pancreática, aproximadamente de 5 cm. de extensión sobre la pieza ya fijada, Fig. 3) que está rodeada por varios ganglios con caracteres macroscópicos de infiltración tumoral secundaria total. En la observación macroscópica no hay evidencia de infiltración tumoral de la atmósfera retroperitoneal, ni de la glándula pancreática. El fragmento de páncreas y las adenopatías que lo rodean, se desprenden fácilmente en bloque con la sonda.

c) En la parte alta de la pequeña curva (región de la coronaria estomacal), el cirujano disecciona y aísla dos o tres nodulitos, como granos de alpiste, que parecen ganglios, y pequeños pelotones adiposos, sospechosos de contener también pequeños ganglios.

Un corte longitudinal mediano sobre la pequeña curva y el tumor pilórico, muestra infiltración y destrucción completa de la pared gástrica. En el cabo superior, existen varios ganglios subserosos, alguno de ellos con aspecto de infiltración metastásica.

- Histología de:*
- a) Fragmentos del tumor gástrico.
 - b) Fragmentos del páncreas y ganglios anexos.
 - c) Ganglios e la parte alta de la pequeña curva.

Diagnóstico histológico: a) Fragmentos del tumor gástrico. Epitelioma glanduliforme de células cilíndricas oscuras, infiltrando extensamente todo el espesor de la pared gástrica, hasta la subserosa inclusive. En la zona de infiltración se hace de tipo sólido simple o medular, con células poliédricas necrosis y área central de ulceración con caracteres de digestión péptica. En el fragmento correspondiente al extremo cardial, hay varios ganglios linfáticos en la subserosa, uno de los cuales está extensamente infiltrado por el epiteloma gástrico, el que aquí en general adopta una disposición adenocarcinomatosa más característica. El corte quirúrgico pilórico pasa lejos de la zona de crecimiento e infiltración tumoral.

b) Ganglios altos de la pequeña curva. De todos los ganglios extirpados por el cirujano, uno de ellos de volumen algo mayor que un grano de arroz cocido, tiene un pequeño foco de incipiente colonización metastásica reproduciendo el tipo cito-arquitectural del tumor gástrico primitivo.

c) Fragmentos de cabeza de páncreas con ganglios regionales periglandulares (Fig. 4). En los dos fragmentos que comprenden tejido glandular pancreático y ganglios en la atmósfera célula-adiposa circundante, se observa: dos ganglios de uno de los fragmentos, están totalmente colonizados por el tumor gástrico. En el otro fragmento, uno de los ganglios está parcialmente infiltrado por el tumor, y el otro no.

El tercer fragmento está constituido por tejido adiposo, con vasos sanguíneos de pared gruesa, una banda de tejido conjuntivo con proceso inflamatorio crónico productivo y exudativo leucocitario, un pequeño ganglio linfático sin metástasis, y un grueso ganglio, del volumen de un garbanzo, totalmente colonizado por el epiteloma gástrico; en este ganglio, hay extensas áreas de necrosis del tejido tumoral.

En las metástasis ganglionares, el epiteloma adopta una arquitectura sólida, alveolar y en partes glanduliformes. Los caracteres citológicos están muy alterados por la fijación defectuosa de muchas partes de los fragmentos.

Dr. J. F. Cassinelli.