

TECNICA DE LA DEGASTROENTEROSTOMIA Y GASTRECTOMIA PARCIAL (*)

Dr. Martín Miqueo Narancio

Dice Nissen que la operación por úlcera péptica gastro-yeyunal postoperatoria es más azarosa que las resecciones efectuadas en otras condiciones, y ello por dos razones principales. En primer lugar, porque el estado general de los enfermos es habitualmente pobre; y, en segundo término, porque las relaciones anatómicas de los elementos a tratar han sido modificadas, a veces en grado sumo, por adherencias inflamatorias de mayor o menor intensidad. Por ello es difícil standardizar un tipo de operación y muy a menudo es necesario recurrir a modificaciones del momento.

Una de estas modificaciones se nos ocurrió al efectuar nuestra tercera operación de este tipo y la hemos aplicado luego durante diez veces consecutivas con buenos resultados. Como a nuestro entender facilita mucho la intervención, hemos creído de interés traerla a esta Sociedad para que sean discutidos sus beneficios así como sus posibles defectos. No la hemos encontrado descrita en la literatura que hemos consultado, pero ello podría deberse a falta de información de nuestra parte; si ello es así, rogamos se nos saque del error.

Nuestra experiencia se limita al caso de la úlcera péptica gastro-yeyunal después de gastro-enterostomía posterior transmesocólica; por ello dejaremos de lado la técnica a seguir cuando esta complicación aparece después de gastro-enterostomía anterior, procedimiento poco usado y donde las complicaciones técnicas de todo orden son menores, y de resección gástrica por cuanto, como hemos dicho en nuestra anterior comunicación, no hemos tenido ocasión de tratar quirúrgicamente ningún caso.

(*) Comunicación presentada en la sesión del 19 de Setiembre de 1951.

Hemos efectuado la gastro-enterostomía posterior antecolónica varias veces, según lo aconseja Lahey en casos especiales, pero esos enfermos han evolucionado sin incidentes alejados.

Queremos insistir nuevamente en que todo enfermo que presenta esta complicación debe ser sometido durante el tiempo que se juzgue necesario a un correcto, eficiente y bien controlado tratamiento médico; que será definitivo si la úlcera cura y que contribuirá en grado sumo al éxito de la intervención radical si es preciso llegar a ella.

Las dificultades técnicas de todo orden son a menudo muy grandes cuando la úlcera gastro-yeyunal aparece después de gastro-enterostomía posterior transmesocólica y la perforación en las estructuras vecinas es la regla. En general la úlcera se perfora en el mesocolon y puede llegar a constituir la temible fístula gastro-yeyuno-cólica. Otras veces la úlcera se perfora en el mesenterio del asa anastomótica, pudiendo llegar a tomar la raíz del mismo y el cuerpo del páncreas. El mesocolon infiltrado está a menudo retraído y hay grave riesgo de injuria a los vasos mesocólicos; el mesenterio, a su vez, puede haberse retraído tanto que no exista prácticamente asa aferente. Por otra parte, a veces esta asa aferente es primitivamente tan corta que el cirujano puede verse obligado a utilizar otros procedimientos para restablecer la continuidad yeyunal, como ser la anastomosis duodeno-yeyunal, circunstancia en la que felizmente nunca nos hemos visto.

El estado general pobre de estos enfermos y el estado local inflamatorio que puede sospecharse por el estudio radiológico, obligan a veces al cirujano a postergar la intervención radical y establecer un riguroso reposo gástrico mediante aspiración continua y alimentación parenteral; aun mismo puede verse obligado a practicar una yeyunostomía con fines de alimentación. En todos nuestros casos hemos podido solucionar el problema mediante el tratamiento médico y la aspiración continua sin vernos obligados a llegar al establecimiento de una yeyunostomía, procedimiento que debe ser evitado siempre que sea posible.

Aun mismo, y ya en el acto quirúrgico, el cirujano se ve obligado a veces a efectuar un procedimiento en dos tiempos. En el primer caso de nuestra experiencia así lo hicimos, efec-

tuando degastro-enterostomía simple en un primer tiempo y gastrectomía parcial en un segundo. Creemos firmemente que si hubiéramos utilizado la técnica que pasamos a describir, el caso hubiera podido ser favorablemente resuelto en una sola intervención con real beneficio para el enfermo.

Técnica.

El primer tiempo de toda intervención de este tipo consiste, claro está, en la incisión de los planos parietales que puede hacerse por la incisión que mejor convenga para el caso especial; pero que debe ser siempre lo suficientemente amplia para no incomodar en las maniobras intra-abdominales. Las adherencias epiploicas a la pared, que siempre existen, deben ser siempre cuidadosamente destruídas hasta restablecer la normalidad anatómica de la región.

Una vez liberado el epiplón, levantamos el colon transverso exteriorizándolo y examinamos la anastomosis en el piso infra-mesocólico. Esta exploración nos dará los siguientes datos:

- a) localización de la lesión;
- b) grado de infiltración del mesocolon y del mesenterio;
- c) grado de retracción de los mismos;
- d) (punto capital) longitud de la porción intraperitoneal del asa aferente desde el ángulo duodeno-yeyunal hasta la anastomosis.

Cuando, prácticamente, no existe asa aferente, sea porque primitivamente haya sido muy corta o porque la inflamación resultante de la úlcera haya retraído al máximo su mesenterio, el cirujano puede verse obligado a utilizar diversos procedimientos para restablecer la continuidad de la misma si ella es reseca. Uno de ellos, que no hemos utilizado nunca, es la anastomosis entre la segunda porción del duodeno y el asa eferente, cerrando el asa aferente en su porción distal, anastomosis que se efectúa a través de la brecha mesocólica. Otro procedimiento que hemos utilizado dos veces, es el despegamiento del ángulo duodeno-yeyunal desde la izquierda (procedimiento de Clairmont) trayendo al piso infra-mesocólico intraperitoneal la cuarta porción duodenal. Lahey, por su parte, despega en estos casos la 3ª y 4ª porciones duodenales y las hace pasar al piso inframesocólico por la brecha mesocólica.

Una vez satisfechos de los datos recogidos en esta exploración, abandonamos el piso inframesocólico y detenemos toda acción con respecto a la anastomosis gastro-yeyunal, a diferencia de todos los autores que hemos consultado.

Pasamos pues al piso supramesocólico del abdomen, iniciando de inmediato el decolamiento de la gran curvatura gástrica y abriendo así la retrocavidad de los epiploes. Este tiempo puede

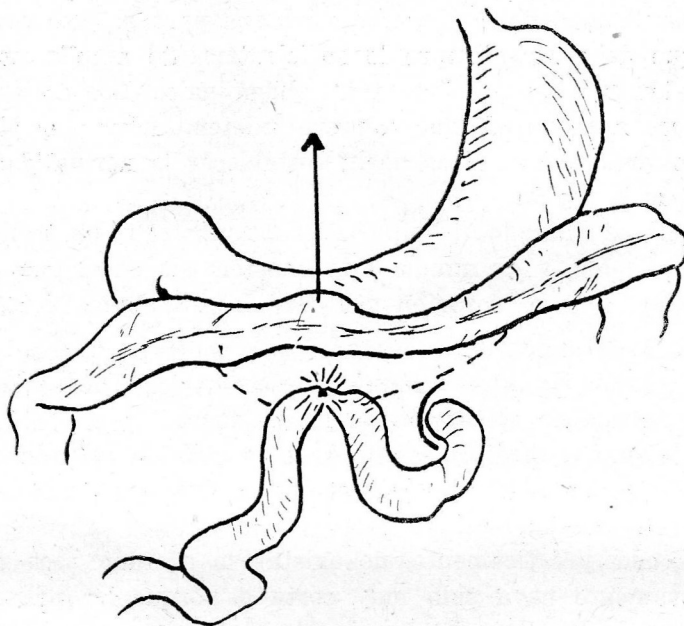


Fig. 1

ser dificultoso y a menudo lo es, dada la gran cantidad de adherencias entre el ligamento gastro-cólico y el mesocolon transverso; pero ello se obvia iniciando el decolamiento bien alto sobre la gran curvatura, casi a nivel de los vasos cortos o a ese nivel, donde no existen adherencias firmes por lo general. Proseguimos el decolamiento en dirección distal, cuidando mucho de no herir el mesocolon transverso que, como dijimos, está a veces fusionado con el ligamento gastro-cólico, pasamos el píloro y liberamos la gran curvatura del bulbo duodenal hasta llegar por debajo de la primitiva úlcera si ésta era duodenal. Insistimos, como lo hicimos en nuestra anterior comunicación, en que debe resecarse

el píloro y la primitiva úlcera en el caso de ser ésta duodenal, lo cual, asociado a una amplia resección gástrica, es una gran garantía contra una posible recidiva ulcerosa. Una vez ligada la arteria pilórica y liberada la pequeña curvatura del bulbo duodenal, seccionamos el mismo y lo cerramos por el procedimiento que sea factible, en general con una sutura total en guarda griega y dos jaretas invaginantes con enterramiento bajo la fascia pre-pancreática, como lo preconiza Cames (fig. 2).

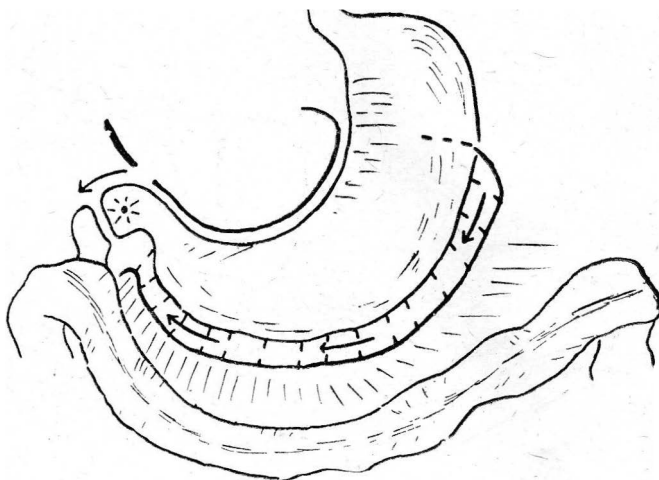


Fig. 2

Este tiempo es la maniobra llave de la operación; rebatiendo entonces fuertemente el estómago a izquierda y traccionando del mismo, se forma un embudo a vértice superior constituido por la anastomosis y cuyos lados lo constituyen las asas anastomóticas cubiertas por el mesocolon transverso (fig. 3). La maniobra siguiente consiste en separar el estómago del mesocolon restableciendo así la brecha mesocólica; este tiempo que es particularmente peligroso por el riesgo de injuria a los vasos mesocólicos, se ve facilitado por dos circunstancias:

- a) porque habiendo seccionado el duodeno en la forma antedicha, toda la anastomosis y el mesocolon se hallan bajo el control de la vista;

- b) y porque efectuamos esta separación dejando adherente a la brecha mesocólica un delgado fragmento circular de serosa gástrica o de sero-muscular, lo cual protege a los vasos mesocólicos que a menudo no se ven, pues están envueltos en el magma inflamatorio adherencial resultante de la lesión.

Una vez liberada la brecha en toda su circunferencia, trac-
cionamos aún más el estómago y hacemos pasar la anastomosis
y sus asas al piso supramesocólico a través de la brecha mesocó-
lica y proseguimos la intervención en este piso (fig. 4).

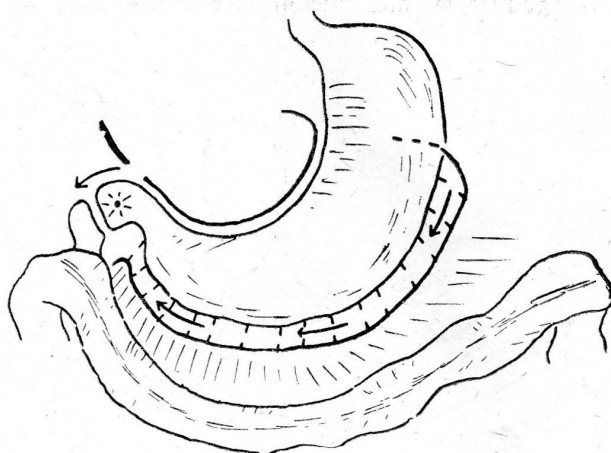


Fig. 2

El tiempo siguiente de la intervención consiste en la degas-
tro-enterostomía. La mayoría de los autores insisten en diversos
procedimientos para despegar el estómago del yeyuno y cerrar
la brecha yeyunal cuando ello es posible sin resección del asa.
Descorazonados por haber perdido un enfermo a consecuencia
de un mal cierre de dicha brecha yeyunal y ante las dificultades
encontradas en otros casos donde, después de haber degastro-
enterostomizado y cerrado el asa yeyunal, debimos resecarla por
no satisfacernos dicho cierre; ahora reseca sistemáticamente
el asa anastomótica. Varios detalles deben tenerse en cuenta en
esta intervención:

- a) Liberar el asa aferente en extensión suficiente para
efectuar una yeyuno-yeyunostomía correcta;

- b) (Punto de capital importancia) : Seccionar el mesenterio al ras del intestino a fin de preservar hasta la última ramita vascular pues, de otro modo, la circulación intestinal en especial la del asa aferente podría verse seriamente comprometida. Quiere decir que toda resección en cuña del mesenterio debe ser proscripta;

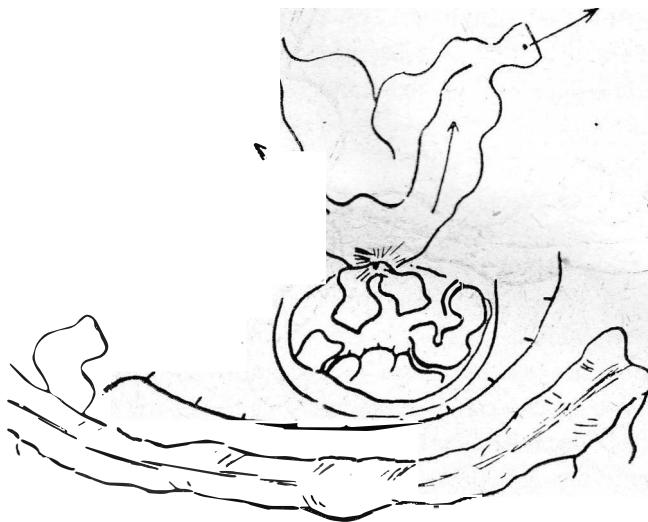


Fig. 4

- c) Usar clamps sólo en los segmentos intestinales que van a ser resecados y no colocar clamps en el extremo distal del asa aferente ni en el extremo proximal del asa aferente. La sutura yeyuno-yeyunal debe hacerse a cielo abierto y con la ayuda de la inevitable hemorragia, que ensucia un poco el campo operatorio, pero que nos dará confianza en la vitalidad de los segmentos a anastomosar;
- d) Efectuar la yeyuno-yeyunostomía por el procedimiento término-terminal o látero-lateral, según convenga. El látero-lateral es el que preferimos por ser más seguro, aunque más largo, y sobre todo porque a menudo existe desproporción de calibre entre ambas asas como resultado de lesiones de estenosis cicatrizal o inflamatoria, derivada del proceso ulceroso.

Una vez efectuada la degastro-enterostomía, resección del asa anastomótica y yeyuno-yeyunostomía por el procedimiento descrito, proseguimos la intervención efectuando una gastrectomía subtotal muy amplia con restablecimiento de la continuidad

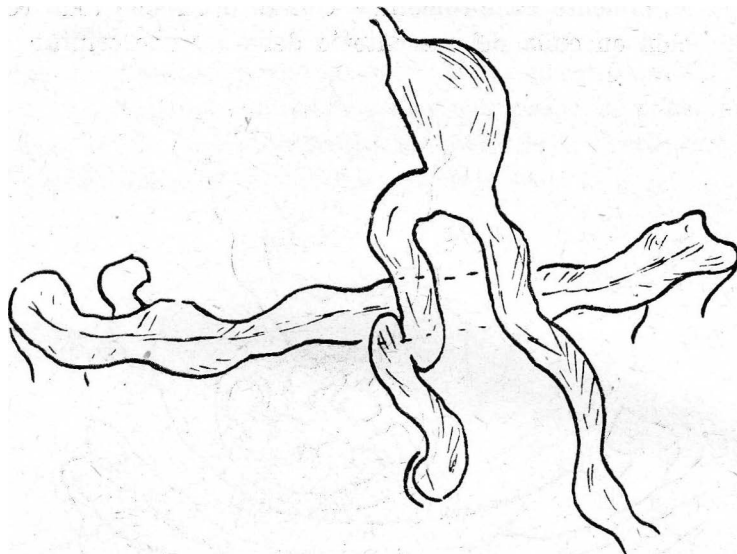


Fig. 5

digestiva por gastro-yeyunostomía (distal a la yeyuno-yeyunostomía) término-lateral, oral parcial, antecolónica, de asa larga, íso o anisoperistáltica, según convenga. Para ello cerramos la brecha mesocólica al surget de catgut luego de haber dejado caer el yeyuno al piso inframesocólico, ligamos la coronaria en su hoz y continuamos la resección y anastomosis utilizando la técnica de Cames como lo hacemos habitualmente en cuanto a las suturas.

No se nos escapa que puede ser discutible, y por cierto lo es, la elección entre la anastomosis transmesocólica de asa corta o la antecolónica de asa larga; pero no creemos del caso extendernos aquí por ser otro problema. En nuestra experiencia hemos usado sistemáticamente y en todos los casos la gastro-yeyunostomía antecolónica después de gastrectomía, desde que volvimos de Estados Unidos en 1944, con una recurrencia de úlceras pépticas post-gastrectomía de aproximadamente el 4 % sobre algo más de 100 intervenciones de resección por ulcus gastro-duodenal, lo

cual es un buen resultado. Es cierto que no hemos podido seguir todos nuestros enfermos por las dificultades propias del ambiente; pero en cambio podemos afirmar que ninguno de nuestros enfermos de úlcera péptica gastro-yeyunal post-gastro-enterostomía ha recidivado su afección por períodos que van desde cinco años hasta pocos meses.

A riesgo de parecer cargosos, volvemos a insistir en que estos enfermos deben ser atendidos estrictamente del punto de vista médico después de la intervención radical. No sólo pueden presentar todos los trastornos que aparecen en los gastrectomizados sino que, además, se nota a menudo una gran atonía del muñón gástrico residual que persiste por semanas o meses y que obliga a repetidos controles radiológicos. Ello es explicable si se tiene en cuenta la magnitud y longitud de la intervención, el tironeo de los mesos, su infiltración por anestésicos, edema o hemorragias intersticiales, tipo de anestesia empleado, etc.

En resumen: Describimos una manera especial de concebir la táctica y la técnica quirúrgicas en la operación radical por ulcus péptico gastro-yeyunal después de gastro-enterostomía posterior transmesocólica. Con la preparación adecuada del enfermo antes de la intervención, la correcta anestesia, las medidas de reposición de masa sanguínea y terapia anti-shock que son corrientes actualmente en nuestro medio, y con la utilización de esta técnica la operación se ve facilitada durando en promedio entre tres y cuatro horas sin peligro para el enfermo. Está pues al alcance de todo cirujano que posea una discreta experiencia en cirugía gástrica y esté familiarizado con la sutura intestinal.

Dr. De Chiara. — He escuchado con mucho interés la comunicación del Dr. Miqueo que tiene en algunas afirmaciones, puntos en que está completamente de acuerdo con lo que se ha afirmado en esta tribuna, con motivo del correlato que llevo a Buenos Aires. La conclusión que surge de lo que ha presentado el Dr. Miqueo es que es imposible encerrar en una fórmula una técnica standard para el ulcus péptico, porque las situaciones anatómo-patológicas que presenta el campo operatorio son variables, e incluso, a veces, un procedimiento conservador criticado y vilipendiado en beneficio de los llamados tratamientos radicales, puede ser una salida útil, si bien no ideal, pero útil, frente a enfermos que están completamente agotados en sus reservas metabólicas por el proceso que soportan.

En cuanto a la técnica en sí, me parece ingeniosa y me propongo

utilizarla en la primera oportunidad que tenga, puesto que la argumentación que el Dr. Miqueo ha presentado y a través de la experiencia que él ha manejado, demuestra que algunas situaciones, que son realidad en el campo operatorio, pueden corregirse o por lo menos facilitarse con la maniobra que él aconseja.

Ahora, también, me parece interesante la insistencia que hace el Dr. Miqueo en su trabajo respecto a los cuidados post-operatorios. Es una realidad, todos los cirujanos tendrán que reconocer que durante mucho tiempo la preocupación técnica y táctica preocupó mucho más que el post-operatorio. Para los cirujanos, en general, el acto quirúrgico terminaba con el alta del enfermo del hospital o del sanatorio. Hay que saber, y eso es ya una cosa incorporada, que el post-operatorio bien seguido es una de las mejores armas que tenemos para defender el éxito de la intervención. Creo que del punto de vista técnico se ha llegado a una perfección sobre la que muy poco más se puede conseguir, haciendo siempre las concesiones al optimismo que hay que tener sobre el progreso de la ciencia; pero mucho se podrá hacer en beneficio de los operados siguiéndolos en sus post-operatorios. Hay muchos enfermos que el cirujano pierde de vista, o no le da importancia a esos pequeños síntomas de retención, a veces pequeñas molestias que pueden ser el camino de una recidiva que puede evitarse vigilando al enfermo en su alimentación y en la corrección de pequeños síntomas premonitorios. He afirmado en el correlato, que todo operado de úlcus duodenal o de úlcus recurrente o de úlcus post-operatorio, debe ser seguido por lo menos clínica y radiológicamente, en forma atenta, por un período nunca menor de un año, porque es una enfermedad, de acuerdo con lo que opina la mayor parte de los gastro-enterólogos y cirujanos que se dedican a esta cirugía, en que el porvenir del ulceroso se decide en el primer año, sin descartar los casos tardíos; pero es evidente que el ulceroso que va a hacer una recurrencia de su sufrimiento, generalmente es un ulceroso que no marcha bien en los primeros meses y que muchas veces, guiándolo con el cuidado del caso se puede evitar esa recurrencia. Desde luego que desecho los casos de diátesis ulcerógena que son una realidad; en estadísticas recientes le dan un porcentaje del 5 %, pero es evidente, y repito lo que ya afirmé en esta tribuna, que la diátesis ulcerógena debe ser perfectamente tamizada, con cierto rigor científico, descartando lo que es mala indicación, táctica infeliz y selección equivocada de los casos. Vuelvo a felicitar al Dr. Miqueo por su interesante comunicación y expresar el placer con que lo he escuchado.

Dr. Palma. — La Mesa agradece al Dr. Miqueo el trabajo presentado.

Dr. Miqueo. — Agradezco la atención con que he sido escuchado, así como las palabras del Dr. De Chiara y asimismo sus felicitaciones, y realmente cuando pueda usar este tipo de técnica verá facilitada su labor. Por lo demás estamos completamente de acuerdo.