

OPERACION DE MADLENER (GASTRECTOMIA PALIATIVA POR ULCERA) EN CIRUGIA GASTRICA (*)

Dr. Martín Miqueo Narancio

Las úlceras gástricas benignas altas que asientan en la parte yuxta-cardíaca de la pequeña curvatura o en la pared posterior del fundus gástrico, y que según Portis y Jaffe comprenden el 7 % de las úlceras gástricas benignas y constituyen un serio problema para el clínico y para el radiólogo, quienes se ven ante serios inconvenientes para establecer su diagnóstico correcto. Ante no menos serio problema se ve el médico, puesto que el tratamiento dietético y medicamentoso, aún adecuadamente establecido y correctamente cumplido, fracasa muy a menudo; por lo cual recae sobre el cirujano la responsabilidad de una operación en general laboriosa, grave muchas veces, y donde existe el peligro de realizar una cirugía exageradamente radical, en el deseo de extirpar la úlcera, en desacuerdo con la gravedad de la lesión causal.

Si el cirujano, en efecto, insiste en su propósito de efectuar la exéresis de la lesión ulcerosa de localización tan alta, muy a menudo se verá obligado a realizar una gastrectomía total con anastomosis esófago-yeyunal o casi total con conservación de muy pequeña parte del fundus gástrico; todo lo cual entraña en primer lugar una peligrosa elevación de la mortalidad operatoria, aún en las mejores manos, y en segundo lugar una proporción infinitamente mayor de secuelas postoperatorias digestivas y nutricionales. Por otra parte, el hecho de tratarse de úlceras gástricas con valores clorhídricos bajos o casi ausentes, hace innecesaria una gastrectomía demasiado amplia por cuanto una exéresis gástrica razonable pone al enfermo a cubierto de los peligros de

(*) Comunicación presentada en la sesión del 7 de Noviembre de 1951.

la recurrencia ulcerosa, cuya etiología es desconocida, pero que sabemos no se produce en un estómago con aclorhidria resistente a la histamina. Una exéresis más limitada, pues, pero en manera alguna insuficiente, no entraña peligro de recurrencia ulcerosa y garantiza un mejor resultado postoperatorio.

En tales casos tiene sus indicaciones la llamada operación de Madlener o gastrectomía paliativa por ulcus gástrico, donde la lesión ulcerosa queda "in situ" o, por lo menos, no es resecada, efectuándose una gastrectomía distal a la lesión. Es dable suponer, y éste es el verdadero fundamento de la operación, que las nuevas condiciones en que la gastrectomía coloca al muñón gástrico residual, es decir: anaclorhidria resistente a la histamina, produce la curación definitiva de la úlcera, una vez desaparecido el factor péptico que la mantiene. Fundamento este en que, por lo demás, se basan todos los tratamientos médicos y quirúrgicos de la úlcera gastro-duodenal y anastomótica. La operación de Madlener está siendo cada vez más usada en diversos ambientes para el tratamiento quirúrgico de afecciones que reconocen una etio-patogenia similar a la del ulcus gástrico; es decir: las esofagitis pépticas y la úlcera péptica del esófago.

Vamos a exponer a continuación dos casos en los cuales la operación de Madlener nos permitió solucionar satisfactoriamente dos graves problemas de úlcera gástrica alta. A medida que avancemos en la lectura de los mismos, tendremos ocasión de discutir mejor los factores a tomarse en cuenta frente a estos problemas.

La observación N° 1 (B 556 de nuestro archivo personal) se refiere a U. B., uruguayo, de 47 años de edad, quien nos consulta el 22 de marzo de 1950 por síndrome de disfagia de un mes de duración. Esta disfagia había comenzado de un modo brusco con dificultad para tragar los alimentos sólidos (carne y pan) pero no los líquidos. Los alimentos supramencionados le quedan detenidos en la región medio-esternal, al decir del enfermo, quien la señala con toda precisión, pasando más tarde mediante la ayuda de tragos de agua. Esta disfagia tiende a hacerse progresivamente creciente y le sobreviene todos los días y con todas las comidas. Ha restringido su alimentación y perdido por ello 2 kilos de peso, con ausencia de todo otro síntoma. Se trata de un enfermo sordo-mudo, gran fumador. Desde hace un año el ciga-

rrillo le produce distensión epigástrica. No hay ningún otro antecedente personal o familiar de importancia. El examen físico, cuidadoso y sistemático, es enteramente negativo, revelándonos un enfermo en excelente estado general.

El examen radiológico efectuado al día siguiente por los Dres. Zerboni y Gorlero Armas, fué informado así: Esófago normal. Esófago abdominal angulado, sin signos de lesión orgánica. En la región gástrica del cardias se notan irregularidades de la curvatura menor con aspecto de lesión orgánica; probable neoplasma. El 27 de marzo el Dr. Barani efectúa una esofagoscopia, informándonos que se trata de un esófago sin aspecto patológico y un cardias de aspecto normal del cual extrae biopsias. El Dr. Barani penetra en el estómago con su esofagoscopio, sin notar alteraciones. La biopsia es informada por el Dr. Medoc como epitelio cardíaco normal, sin alteraciones.

Ante tales hechos, y pesando en nuestro espíritu la opinión de los distinguidos radiólogos, creemos se trate de un neoplasma gástrico alto que debe ser intervenido rápidamente, dada la precocidad del caso. El 2 de mayo efectuamos una consulta con el Dr. Víctor Armand Ugón, quien llama la atención sobre los hechos negativos del examen, en particular una eritrosedimentación normal y cree pueda tratarse de una úlcera gástrica yuxta-cardíaca benigna. El cirujano consultante pide una gastroscopia; al día siguiente la intenta el Dr. Gutiérrez Blanco, pero la anestesia faríngea con Butyl produce al enfermo un estado lipotímico muy serio, del que se recupera, pero que impide la prosecución del examen. El resto de los exámenes son normales.

Se decide intervenir al enfermo con el diagnóstico clínico de neoplasma gástrico yuxtacardíaco, lo cual efectúo el 5-IV-50, ayudado por el Dr. Ugón y el Dr. Gordon. Efectuamos una toractomía exploradora con resección de la 9ª costilla en toda su extensión; las pleuras están unidas, por lo cual se reclina sin abrirlas pleura y pulmón, incidiendo luego el diafragma. Se comprueba la existencia de un hígado y bazo sin evidencia de lesión; estómago grande, palpándose un nódulo crateriforme de parte alta, de pequeña curva, con gruesos ganglios inflamatorios. La lesión nos impresionó como benigna, casi sin lugar a dudas. Se decide hacer gastrectomía liberando por toractomía la gran curva, con liga-

dura de los vasos cortos y la arteria gastro-epiploica izquierda. Al llegar a este punto y vistas dificultades insuperables por ser el enfermo de tórax muy ancho, se cierra el diafragma y se entra al abdomen por laparotomía paramediana transrectal izquierda. El duodeno es seccionado después de ligar la pilórica y cerrado según técnica habitual. Efectuamos la ligadura de la coronaria y una resección gástrica al ras del extremo inferior de la úlcera con reconstrucción de la continuidad digestiva por gastroyeyunostomía término-lateral, oral parcial, antecolónica, de asa larga isoperistáltica. Cierre de ambas incisiones.

El post-operatorio inmediato fué bastante tormentoso, por cuanto se estableció una oclusión alta causada por un estrangulamiento del asa eferente en la hoja posterior de la incisión. A los 7 días se produjo una evisceración que obligó a una reintervención que permitió comprobar una neoboca gastroyeyunal con integridad conservada y un asa eferente con lesiones reversibles de estrangulación. Se efectuó la cura quirúrgica de la evisceración y desde entonces el post-operatorio retomó un camino normal.

El examen histológico de la pieza, efectuado por el Dr. Medoc, nos informa que en la parte alta de la línea de sección aparece el espesamiento de la muscular, que corresponde a la lesión ulcerosa, sin evidencia de malignidad. Los ganglios de la pequeña curva revelaban un proceso inflamatorio.

Dos meses después efectuamos un examen gástrico de control a los Rayos X, informándonos los Dres. Zerboni y Gorlero que el tránsito por el esófago se hace en forma normal, observándose una pequeña ámpula frénica en su extremidad inferior. Los pliegues son regulares, conservándose la funcionalidad habitual. El estómago ha sido amplísimamente reseado, quedando una pequeña bolsa residual que presenta sus pliegues ligeramente engrosados. El pasaje por la neoboca se hace fácilmente rellénándose tanto el asa aferente como la eferente, las que conservan sus características normales.

En el momento actual, a un año y medio de la intervención, no se han repetido los exámenes radiológicos por cuanto la curación clínica se mantiene con tolerancia absoluta para cualquier

clase de alimentos, ausencia de todo síntoma y aumento de peso de 16 kilos.

Una vez efectuado el balance de este caso, creemos que volveríamos a proceder del mismo modo si nos encontráramos en circunstancias parecidas; aunque lamentamos no haber podido llegar al diagnóstico exacto antes de intervenirlo, pues si hubiéramos podido descartar el cáncer, hubiéramos colocado a este enfermo bajo un estricto tratamiento médico que quizá hubiera dado buen resultado visto la rapidez con que curó su úlcera después de la intervención. De todos modos la aplicación de la intervención de Madlener permitió solucionar este problema con real beneficio para el enfermo. Creemos también que, ante un caso similar, debiéramos haber efectuado primero la laparotomía exploradora como lo aconseja Garlock, lo cual hubiera facilitado aún más la intervención.

El segundo caso (Obs. N° 2. B. 789 de nuestro archivo personal) se refiere a T. A. R., uruguayo, de 51 años, quien comenzó su enfermedad hace 10 años. En 1942 se estableció radiológicamente el diagnóstico de úlcera alta de porción vertical de vertiente posterior de pequeña curva. Durante 6 años es tratado médicamente por el Dr. Gallinal, siendo sus sufrimientos fácilmente controlables por el tratamiento médico y sufriendo sólo 2 empujes estacionales por año. Más tarde el Dr. Gallinal lo pasa al Dr. Germán Rubio, quien continuó tratándolo médicamente con controles radiológicos todos los años. A fines de 1950 tiene un empuje más prolongado que los anteriores pero que al final cede también. El 1° de abril de 1951 inicia un empuje violentísimo con dolores intensísimos, casi permanentes, irradiados al plexo solar y que no cede ante ninguna terapéutica. El Dr. Gutiérrez Blanco, ante la ausencia del Dr. Rubio, agota sin resultado la terapéutica médica habiendo intentado el goteo intragástrico de Winkelstein, que el enfermo no toleró dado su temperamento muy nervioso. Dadas las características del cuadro actual, se decide intervenir en junio 28, después de diez días de intensa preparación. Se juzga el caso como de "urgencia retardada" y de indicación impres-

cindible, pese a la natural repugnancia que experimentamos ante las intervenciones gástricas en agudo.

Mostraremos solamente dos exámenes radiológicos: 12-XII-50 el Dr. Zubiaurre informa: Imagen de nicho en cara posterior próxima a la parte alta de la pequeña curvatura. Esta está retraída, lo que produce alteración morfológica del estómago que es pequeño y con gruesa imagen en cascada. La mucosa presenta evidente proceso inflamatorio. No hay alteraciones funcionales de importancia. Duodeno sin alteraciones. El 23-VI-51 el Dr. Zubiaurre encuentra un nicho aumentado varias veces su tamaño con relación al examen anterior. El resto de las alteraciones no presenta variación. No se hicieron quimismo gástrico ni gastroscopia por impedirlo el temperamento del enfermo.

Intervinimos al enfermo el 29-VI-51 ayudados por los Dres. Gordon y Gutiérrez Blanco por laparotomía mediana supraumbilical. Gran espesor del panículo adiposo que sangra abundantemente así como el peritoneo. La lesión gástrica consistía en un grueso cráter ulceroso por perforación del ulcus en cuerpo de páncreas sin gran reacción de parte de este último órgano. El cráter ocupaba la parte alta de la pequeña curva yuxtacardiaca y gran parte de cara posterior del cuerpo gástrico con gruesos ganglios de tipo inflamatorio que rodeaban la hoz de la coronaria y se extendían a lo largo de la pequeña curvatura. Seccionado y cerrado el duodeno y una vez rebatido el estómago hacia arriba y a la izquierda aparece la úlcera perforada en cuerpo de páncreas, casi en región yuxtacardiaca. Separamos la úlcera del páncreas quedando su fondo adherido a este órgano y abriéndose una perforación circular de tamaño de una moneda de dos centésimos. Pretendemos pasar más arriba pero es imposible, pues todo sangra en napa y al pretender liberar la coronaria se producen tres o cuatro hemorragias de regular importancia. El anestesista se opone a una prolongación intratorácica de la incisión por el estado del enfermo; por otra parte habría que ir a una resección total o casi total que deseamos de todo punto de vista evitar. Por ello decidimos cerrar la perforación ulcerosa, lo que efectuamos en sentido transversal en un plano total y dos sero-serosos y efectuamos amplia gastrectomía total paliativa por debajo de la úlcera con restablecimiento de la continuidad

digestiva por gastroyeyunostomía término-lateral, oral parcial, antecolónica, de asa larga, anisoperistáltica según técnica habitual.

Teniendo en cuenta que la intervención por los factores enunciados duró 4 horas y 10 minutos, que se transfundieron 2.000 cc. de sangre total en la mesa operatoria y que la presión inicial era de 14-7 y final de 8-3; creemos que ésta fué la mejor solución de presente.

En cuanto al futuro de este enfermo, debemos decir que el examen de la pieza reveló sólo una intensa gastritis de tipo hemorrágico, que su evolución inmediata fué perfecta desde el punto de vista gástrico, efectuando sin embargo una retención de orina, por ser un prostático "averé", que necesitó sonda uretral a permanencia hasta que cedió; y finalmente, que, a cuatro meses de la intervención, se encuentra libre de todo síntoma, a un régimen de alimentación amplio, y aumentando de peso en forma continuada. A fin de año debemos efectuar radiografías de control, pero creemos tener el derecho a afirmar que se trataba de un ulcus gástrico benigno exteriorizado (naturalmente sin control histológico) y que este tipo de intervención que resultó ser salvadora para el enfermo en el acto quirúrgico, probará en el futuro que lo ha llevado a una curación definitiva. Por cierto no se nos escapa que es muy corto el período de "follow-up"; por ello esta última afirmación debe ser considerada como una esperanza debidamente fundada.

Resumen

Presentamos dos caso de operación de Madlener (gastrectomía subtotal paliativa por ulcus gástrico) con las consideraciones pertinentes.

Dr. García Capurro. — He escuchado con mucho interés los casos que nos ha traído el Dr. Miqueo y estoy completamente de acuerdo en que debe hacerse cualquier tipo de operación que no sea la gastrectomía total en los casos de úlceras. En realidad la gastrectomía total no es una solución para una úlcera. Por lo tanto, en los casos en que realmente no se pudiera hacer este tipo de gastrectomía que es lo que habitualmente estamos acostumbrados a hacer, agradezco que nos haya traído estos casos, pues es un recurso que probablemente podremos utilizar,

que a mí me ha refrescado esta idea y que le agradezco haya traído a la Sociedad de Cirugía.

Dr. Chifflet. — Estoy de acuerdo con lo afirmado por el Dr. García Capurro en el sentido de que la gastrectomía total es una operación que es importante y que no se justifica en los enfermos que tienen un úlcus gástrico. El problema que se plantea, difícil, no sólo antes de la intervención, sino mismo en el curso de la intervención quirúrgica es muchas veces el diagnóstico diferencial de la úlcera y del neoplasma. Seguramente más de uno de nosotros tendrá la oportunidad de tener que tratar un enfermo creyendo que es una úlcera, y estar haciendo una operación incompleta para un cáncer gástrico.

Indudablemente que en los dos enfermos que presenta el Dr. Miqueo se trataba de úlceras claras, tanto del punto de vista del examen anterior más la exploración operatoria más la evolución del enfermo. Uno queda con la duda de sobre si puede ser tan fácil una vez con el vientre abierto de hacer afirmaciones de que se trata de una úlcera, y dejar una úlcera que podría ser extirpada bien.

De manera que resumiendo lo que fuí diciendo, en primer lugar creo que la gastrectomía total por úlcera de estómago no está indicada. Frente a una úlcera, preferiría que no me hagan nada a que me hagan la gastrectomía total.

En segundo lugar queda siempre el temor de que el diagnóstico radiológico y clínico de que no sea un neoplasma, por lo tanto se justifican las otras operaciones siempre que no sea una gastrectomía total, de ir a sacar la lesión ulcerosa.

Nosotros hemos hecho en algunas oportunidades, mismo en una reciente de la semana pasada y ésta de la semana pasada, intervención por vía transtorácica, la resección del estómago hasta el cardias, sin la supresión de cardias, conservando parte del estómago. En el caso de la última enferma, conservando la cara anterior del estómago para hacer una especie de tubo, de estuche que se conserva hasta una longitud de 15 a 20 centímetros.

Para esa operación nosotros nos sentimos muy cómodos con una maniobra que es un poco desagradable pero que la prodigamos, y es abrir directamente el estómago y cortar por dentro. Nosotros hemos perdido de años atrás, el temor a la infección en el curso de la cirugía gástrica y le tememos a la zona de necrosis, a las grandes suturas, a los grandes riñones, a la cirugía grosera, torpe y preferimos abrir ampliamente el estómago y explorar por dentro a ojos vista, explorar por arriba de la úlcera y nos queda a veces, dada la situación del úlcus, la solución de reseca la pequeña curva, conservando el cardias y un estuche que se sutura hacia abajo hasta el yeyuno.

En el último enfermo tuvimos serias dudas sobre si era neoplasma o úlcera. En el acto operatorio me hice esta posición: si yo fuese este enfermo que está en la mesa y esta es una úlcera, jamás me dejaría

hacer una gastrectomía total. Impresionaba como úlcera; abrimos el estómago y tuvimos la confirmación de que era una úlcera, estaba a pequeña distancia del cardias, hicimos sección entre cardias y úlcera, sacamos la lesión y encontramos otra lesión de la cara superior de la tuberosidad y nos quedó un estuche que cerramos circularmente y con eso se hizo la continuidad.

Yo decía esto para acompañar al Dr. Miqueo a no hacer gastrectomía total en las úlceras ni recurrir a procedimientos que maten al enfermo, pero para tener la posibilidad de recurrir a procedimientos irregulares de cirugía gástrica atípica que no tienen nombre ninguno, que podrían llamarse si quiere: gastrectomía en gotera acompañado de una gastrectomía que yo prefiero llamarla cirugía atípica por vía intra-gástrica, sacando la lesión y toda la parte vecinal.

Dr. Vigil. — Cuando el Dr. Miqueo hablaba de su primer caso, yo lo acompañaba en la duda y el Dr. Miqueo había arremetido contra una úlcera, contra una lesión que no sabía qué era ni siquiera sabía su existencia y ese enfermo fué operado.

El segundo hecho que hay que destacar, que es importante en la comunicación del Dr. Miqueo, que se acompañaba de alta gástrica situada en ese punto, como dice el Dr. Miqueo, la angustia debe ser muy grande para evitar una operación que deje la lesión y no una operación que no deje la lesión.

Dr. Miqueo. — Voy a agradecer a todos los asistentes la atención prestada; estamos todos de acuerdo que la gastrectomía total no es una operación para una lesión ulcerosa sino para el cáncer, pues es una operación que tiene graves consecuencias. En eso estamos de acuerdo; por lo demás yo traigo esta operación como una intervención en realidad, de emergencia, cuando no se puede hacer otra cosa. Voy a otra cosa. El primer enfermo tiene ciertos lazos con mi familia, y yo estaba prácticamente convencido que este enfermo tenía un neoplasma; pero la lesión era típicamente una úlcera sin ningún carácter de malignidad y situada casi en el cardias. De manera que ante ese hecho naturalmente cobraban mayor importancia, todos los datos negativos del examen, claro que ante un cáncer que sólo da un mínimo de síntomas, creo que está bien el intervenir lo más rápidamente posible.

En cuanto a este otro enfermo, evidentemente, habían repetidos controles radiológicos, con la palabra de los médicos que lo trataban de que se trataba de una úlcera benigna que podía haberse transformado en maligna en ese período de tiempo entre diciembre y junio, cuando fué operado, con el aumento de tamaño, pero con todo, con ser mucho más grande, conserva carácter de benignidad, y una vez intervenido el enfermo, con el estómago en la mano, el aspecto era típico de nicho ulceroso y además en este enfermo, cualquier otro tipo de operación, dada la profusión con que sangraba, la obesidad del enfermo y el estado en que se encontraba, hubiera sido realmente muy difícil pasar por encima,

sobre todo la ligadura de la coronaria, hubiera sido realmente de una dificultad extraordinaria. En el primer caso está certificado por un año de evolución que es una úlcera, ha desaparecido toda lesión y el enfermo sigue mejor.

Este enfermo sigue el mismo camino; por eso, como dije al final, se trata de una esperanza muy seriamente fundada. Estoy completamente de acuerdo con el Dr. Chifflet: no traigo esto como una intervención a aplicarse en todos los casos de úlceras altas, sino en algunos casos en que no se puede hacer en realidad otra cosa, y creo, como decía, que cuando se trata de una úlcera, da perspectivas muy buenas de evolución futura.

●
