

## GASTRECTOMIA

### OBSTRUCCION CERRADA DEL ASA AFERENTE (\*)

Dr. José A. Piquinela

Como una contribución a la comunicación del Dr. Cendán, leída en la sesión anterior, sobre dehiscencias del muñón duodenal, traemos esta observación personal de obstrucción cerrada del asa aferente, post-gastrectomía.

F. R. E. Ingresa a la sala 23, Hospital Pasteur, por una úlcera duodenal con antecedentes de hematemesis y melenas.

Se le practica (17-III-49) una gastropilorectomía seguida de gastroyeyunostomía término lateral, oral total, precólica. Llama la atención el estado congestivo de las paredes gástricas.

El examen macroscópico de la pieza muestra una úlcera gástrica, una úlcera duodenal y una gastritis difusa, confirmada esta última por el examen histológico.

Al día siguiente de la operación (18-III-49), el estado general es bueno. Se evacúa el estómago: 90 c.c. de líquido sanguinolento.

A los dos días (19-III-49) sigue bien. La sonda gástrica evacúa 100 c.c. de líquido claro, sin bilis. Exoneración intestinal. Al tercer día (20-III-49), a la hora 0.30, llama a la guardia por hipo y sensación de distensión abdominal. Está febril; no se nota nada anormal ni respiratorio ni circulatorio. Le indican penicilina, cloruro de sodio al 20 % intravenoso y sonda rectal. A las 7 a.m. se le extrae 100 c.c. de líquido claro del estómago. Se le hace un enema salado. A las 10 y 30, estado general conservado; temperatura axilar 37 ½; vientre tenso, doloroso, con defensa parietal anterior, sobre todo en su parte superior y algo más a izquierda que a derecha.

Fosas lumbares dolorosas y con contractura; dolor a la percusión; Douglas indoloro. El enfermo considera que esta crisis dolorosa es exactamente idéntica a crisis reumatismales anteriores.

El Prof. del Campo aconseja se le reintervenga, pensando en oclusión duodenal cerrada en base a:

(1) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa el día 26 de agosto de 1953.

- 1) ausencia de bilias en el líquido extraído del estómago;
- 2) conservación del tránsito intestinal;
- 3) asociación de distensión abdominal, dolor y defensa parietal anterior; dolor y contractura lumbar;
- 4) Douglas indoloro.

**2ª intervención:** 20-III-49; Prof. José A. Piquinela, Dr. Valls, Dr. Outeda. Anestesia general: éter. Se abre la herida operatoria y se prolonga luego hacia abajo unos 3 cms. Se encuentra el asa aferente (cabo duodenal) distendida y traccionada, impresionando en este momento como si fuera un asa un poco corta. A unos 5 cms. de la anastomosis la distensión es considerable, presentando la pared del asa zonas de infarto hemorrágico. A nivel del muñón duodenal la sutura sigue hermética, siendo también grande a ese nivel, la distensión. Páncreas engrosado, viéndose algunas zonas de piqueteado hemorrágico. Se practica yeyunoyeyunostomía entre cabos aferente y eferente, muy cerca de la boca anastomótica para evitar la zona de infarto del asa aferente. Cierre de la pared por planos; lino en la piel.

En la tarde de la operación ya está mejor; a las 24 horas ha expulsado gases; abdomen y fosas lumbares más depresibles y menos dolorosas. Con sonda gástrica se extraen 500 c.c. de líquido bilioso. En adelante marcha bien, salvo una supuración de la herida.

Ha sido vuelto a ver en estos días (14-VIII-53), encontrándose perfectamente bien.

---

La complicación a que hace referencia la historia precedente entra dentro del capítulo *obstrucción post-gastrectomía, en el asa aferente*. Creemos que el valor de la observación que traemos radica en el hecho del diagnóstico de la obstrucción del cabo duodenal antes de producirse la perforación, lo que ha permitido hacer el tratamiento adecuado evitando la indiscutible gravedad del episodio de ruptura, sea dehiscencia del muñón duodenal, sea estallido del asa. Este síndrome hay que colocarlo al lado del *síndrome perforativo*, que en algunos enfermos es absolutamente neto mientras que en otros — especialmente caquéticos, neoplásicos — puede pasar más o menos inadvertido, siendo en ciertos enfermos un interrogatorio minucioso el que permite descubrir el episodio de perforación.

Las características salientes de esta *obstrucción duodenal en asa cerrada*, son las siguientes y aparecen muy evidentes en nuestro enfermo:

1º **Antecedentes:** no llega líquido bilioso al estómago. Este es el elemento de juicio que tenemos en clínica para juzgar si

el asa aferente restablece o no su circulación; habitualmente el líquido que se extrae del estómago viene teñido de bilis entre las 36 y las 48 horas del post-operatorio, anunciando la función restablecida. En nuestra observación viene sólo líquido claro hasta el tercer día.

2º **Tránsito intestinal:** conservado. Ha habido una deposición con caracteres normales a las 48 horas.

3º **Presencia y asociación de distensión abdominal, dolor y defensa parietal.**

4º **Douglas:** indoloro.

5º **La sintomatología lumbar:** dolor, contractura; percusión dolorosa. Era muy neta en nuestro enfermo, que la atribuía a su viejo reumatismo y explicable por la repercusión pancreática que la gran distensión duodenal trae aparejada y que la reintervención evidenció al mostrar un páncreas engrosado, edematoso y con un piqueteado hemorrágico. Pensamos que esto justifica el estudio de las unidades pancreáticas en casos similares y que el cuadro llega a ser, por lo menos en el enfermo que presentamos, un verdadero síndrome duodeno-pancreático.

Es un cuadro muy diferente al de las oclusiones del asa eferente, donde el dolor no adquiere la importancia que tiene en casos como el nuestro, pudiendo mismo estar ausente. Además la sonda trae líquido bilioso del estómago y el tránsito intestinal no se restablece.

No poseemos documento radiológico de este enfermo; se señala que en estos casos hay gases en el colon certificando la permeabilidad de la neoboca y del asa eferente, en tanto que en la obstrucción de estas últimas la ausencia de gases en el colon es hecho saliente traducido por las placas .

La reintervención y el resultado obtenido confirma lo que la clínica sugiere en cuanto al carácter mecánico de los accidentes, sin que puedan excluirse otros factores contribuyentes al desencadenamiento del cuadro, sean de tipo inflamatorio, sean de origen nervioso (una gastrectomía supone una sección vagal con dilatación duodenal consecutiva). En este caso el sitio de la oclusión duodenal asentaba, en nuestra opinión, en la boca de gastro-yeyunostomía, tomando la dilatación todo el cabo aferente, desde

la neoboca hasta el muñón duodenal que mantenía la hermeticidad del cierre a pesar de la gran distensión (fué cerrado como lo hacemos habitualmente, con un plano total, uno sero-seroso y uno sero-cápsula pancreática, volcando prácticamente el muñón sobre el páncreas contra el cual queda aplicado). El asa presentaba el aspecto típico de las asas en obstrucción cerrada con lesiones parietales máximas (zonas de infarto hemorrágico) a 5 cm. de la anastomosis gastro-yeyunal. El asa aparecía traccionada hacia arriba habiéndose producido una considerable ascensión de la neoboca (hecho habitual por retracción de la pequeña curva pero que aparecía particularmente acentuado en este caso); la gastrectomía había sido muy amplia, dada la doble lesión ulcerosa y el sitio alto de la úlcera gástrica. El asa se había anastomosado cuidando mucho el dejar una longitud suficiente de la misma, máxime tratándose de una anastomosis precólica y terminada la operación llegaba libremente al estómago, sin angulaciones ni rotaciones entre ella y el duodeno, hecho que cuidamos siempre en este tipo de operación.

La anastomosis fué realizada por delante del colon, lo que hacemos actualmente por necesidad, no por elección. Preferimos siempre que sea posible la anastomosis retrocólica.

Entre otras cosas diremos que comparando nuestros casos de anastomosis por detrás y por delante del colon, después de la gastrectomía, y juzgando del restablecimiento de la circulación del asa aferente por la llegada de bilis al estómago, encontramos que esa función se normaliza más rápidamente en las retrocólicas (36 a 48 horas; a veces a las 24 horas). Pero la colocación de la anastomosis con relación al colon no puede hacerse con criterio sistemático siendo elementos que obligan en un sentido u otro: la forma del mesocolon, su grado de infiltración grasosa; el tipo, la disposición y la visibilidad de sus arcadas vasculares; la altura de la sección gástrica, su distancia del mesocolon.

Es evidente que el porvenir de un gastrectomizado, suponiendo desde luego que la exéresis haya dado cuenta de la lesión que la motiva, depende fundamentalmente del tiempo operatorio de realización de la anastomosis. Abonan en favor de esta afirmación las numerosas discusiones sobre puntos de técnica tendientes a evitar las complicaciones post-operatorias: actuar sobre el án-

gulo duodenoyeyunal a la manera de Lahey, deshaciéndolo, para evitar el doble codo que puede hacer el asa aferente; colocación de la anastomosis por delante o por detrás del colon; dirección y longitud del asa; amplitud de la neoboca; previsión de la hernia precólica y de la hernia de Petersen. Hay por otra parte, en todos los casos, una obstrucción o si se quiere, falta de función del asa aferente, que puede llamársele fisiológica o considerarse que entra dentro de los límites normales cuando no se prolonga más allá de 36 a 48 horas. Pero puede hacerse patológica, lo que no es extraño si se considera que duodeno y asa aferente forman un divertículo, expuesto como todos los divertículos a procesos de retención y obstrucción.

Es esencial pesquisar los síntomas que anuncian la obstrucción digamos patológica de ese divertículo, que se manifiesta generalmente en el postoperatorio inmediato — puede aparecer alguna vez tardíamente — para, reconociéndola, adelantarse al episodio perforativo.

Finalmente señalamos el éxito inmediato de la yeyuno-yeyunostomía que debió hacerse, por las razones expuestas — estado de la pared del asa — inmediatamente por debajo de la neoboca. Este resultado certifica el carácter mecánico de los accidentes y hace pensar nuevamente sobre si la entero-enterostomía debe o no complementar ciertos tipos por lo menos, de anastomosis. Considerada como factor de ulcus péptico desde que aleja el jugo duodenal alcalino del segmento inicial del asa eferente, nos parece sugestiva la manera como aconseja hacerla Steinberg, en 1949. La llama anastomosis “en pantalón” y la técnica consiste esencialmente en una yeyuno-yeyunostomía hecha a nivel mismo de la gastro-yeyunostomía con lo cual el autor busca evitar los accidentes obstructivos, impedir la entrada del contenido intestinal en el estómago (responsable según él de anorexia, náuseas, vómitos, gastritis severa) permitiendo sin embargo que los jugos duodenales tomen contacto con el asa yeyunal eferente.

---

**Dr. Cendán.** — La presentación que nos hace el profesor Piquinela de un caso perfectamente documentado de oclusión cerrada de asa aferente post-gastrectomía, confirma en gran parte muchas de las cosas que nosotros tratamos en nuestro trabajo de la sesión anterior. Es muy importante anotar que la complicación se produce en un caso de gastrec-

tomia sub total. Creo que hay que insistir en ello; las complicaciones de este orden se ven precisamente cuando la extensión de la exéresis sobrepasa los límites habituales y son los casos precisamente en los cuales hay que tener una precaución mayor del punto de vista técnico para prevenirse del peligro que implica la retracción del muñón gástrico y por lo tanto el acodamiento del asa llevada hacia arriba.

Ese es un problema serio, es un problema que ha sido tratado no sólo en nuestro ambiente sino en publicaciones extranjeras y precisamente uno de los elementos que se ha preconizado para evitar este problema es el de la gastrectomía por sustitución, evitando la existencia de un asa diverticular, y permitiendo hacer una resección todo lo amplia que se quiera mediante un injerto ya del intestino delgado o del colon.

Respecto a las gastrectomías clásicas con anastomosis gastro-yeyunales término-laterales, creo que, precisamente, en contraposición con lo que cree el Prof. Piquinela en las resecciones subtotales, la anastomosis pre-cólica es la técnica de elección.

La anastomosis trans-mesocólica hecha en esas condiciones, obliga a llevar el yeyuno hacia supra-mesocólica, y si se ha hecho una gastrectomía amplia, y se quiere fijar la neo boca al meso-colon, significa tracción sobre el muñón del estómago. En la mayoría de los casos es absolutamente imposible realizarla si se ha hecho una resección amplia de la pequeña curva; quieré decir que la ventaja de la trans-mesocólica que fundamentalmente es que la neo boca quede en infra-mesocólica, no se consigue en este caso, mientras que la anastomosis pre-cólica permitiendo pasar el asa todo a lo largo que se desee, como decía, permite la movilidad del muñón gástrico y su retracción normal y evita, en cierto modo, el peligro del acodamiento.

La comprobación hecha por el Prof. Piquinela en la reintervención de que el asa era aparentemente corta, cuando en el momento de la intervención le había parecido de longitud suficiente, es un hecho de frecuente observación y deriva de la gran retracción del muñón gástrico en las resecciones amplias, por lo cual, una vez establecida la longitud del asa aferente a anastomosar, conviene agregar un trozo más para ponerse a cubierto de que la retracción del muñón gástrico produjera acodamiento por estiramiento del asa hacia arriba. Creo que en estos casos fundamentalmente la técnica debe evolucionar hacia la gastrectomía por sustitución; creo que es la mejor solución, evitando el asa diverticular muy amplia o evitando los inconvenientes del acodamiento.

Felicito al Prof. Piquinela porque es una observación muy interesante, muy bien documentada y perfectamente resuelta. No he tenido ocasión de reintervenir ningún caso de oclusión de asa aferente en momento oportuno; en los dos casos que he visto, se había producido la dehiscencia antes que se pudiera intervenir.

**Dr. Cosco.** — Considero muy interesante el caso presentado por el Dr. Piquinela. En realidad hay dos problemas: uno, el de la oclusión duodenal cerrada post-operatoria, debiendo felicitarlo por el correcto diag-

nóstico el cual a menudo no se lleva a cabo; el otro, que me interesa especialmente, es el de la coexistencia de una oclusión duodenal con una pancreatitis, lo que es evidente dado el tipo de dolor y la comprobación en el acto quirúrgico de un páncreas engrosado.

Por lo tanto, estos casos, además de todos los elementos sobre los cuales ha insistido con acierto el Dr. Piquinela, presentan particular importancia para el estudio de la etiología de las pancreatitis, en este caso secundaria a la oclusión duodenal.

Sobre este punto tan debatido, últimamente Bottin, en base a sus experiencias, no admite la etiología generalmente aceptada del reflujo de la bilis en el páncreas como causa de las necrosis agudas. Este autor, lleva a cabo la duodenotomía en el perro y a continuación conecta el colédoco con el Wirsung por medio de una pequeña cánula de vidrio con goma en sus extremos; observa que el páncreas se impregna de bilis pero no se produce pancreatitis. Sostiene que es el reflujo del jugo duodenal más que el de la bilis la verdadera causa de la necrosis aguda del páncreas. Defiende la teoría del reflujo duodenal, ya que pequeñas cantidades de enteroquinasa serían suficientes para ocasionar un efecto fatal puesto que una sola gota de jugo duodenal que entrara en el Wirsung es capaz de activar 20 c.c. de jugo pancreático y provocar la pancreatitis.

Del punto de vista de la patogenia de la pancreatitis, el caso del Dr. Piquinela es sugestivo y muy interesante. En el futuro, en casos similares sería conveniente llevar a cabo la búsqueda de las unidades pancreáticas por ser un test diagnóstico fundamental, lo mismo que la exploración palpatoria del páncreas en el acto quirúrgico. Considero que de esta manera se lograría un aporte valioso para la etiología de las necrosis agudas del páncreas. Se llegaría a la evidente demostración, de que, en ciertos casos, el líquido duodenal se introduce en el Wirsung y provoca pancreatitis.

Es lo que quería decir, y felicito al Dr. Piquinela por lo interesante de su comunicación.

**Dr. Stajano.** — No iba a hacer uso de la palabra, pero ya que el doctor Cosco se ha referido a la concomitancia de una pancreatitis en el curso de este caso de oclusión cerrada de duodeno y siéndole simpática al Dr. Cosco la teoría del reflujo bilioduodenal hacia el Wirsung generando esa pancreatitis. No voy a sacar ninguna conclusión, pero ese caso del Dr. Piquinela me resulta interesante para abordar un nuevo hecho que me permite sustentar la hipótesis, simplemente hipótesis, del papel de la distensión aguda de esa asa cerrada. Esa distensión sin necesidad del reflujo, provocó la crisis pancreática. Esa injuria distensiva del duodeno no es habitual o frecuente, pero en este caso existían, determinó una crisis pancreática que se me ocurre es una crisis que no necesitó el reflujo duodenal del Wirsung para producirse.

No puedo sacar ninguna conclusión por hoy, pero me resulta muy simpática la idea de que la injuria distensiva duodenal en este caso, determinó por vía refleja la crisis intersticial pancreática. Simplemente

aporto el concepto y nada más. Felicito al Dr. Piquinela por su caso interesante.

**Dr. Piquinela.** — Le agradezco a los Dres. Cendán, Cosco y Stajano el interés mostrado por esta comunicación.

Al Dr. Cendán le diré que de acuerdo con lo que él piensa, creo que en las resecciones muy altas es conveniente, en la mayoría de los casos, hacer anastomosis por delante del colon y creo también que en estas gastroenteroanastomosis precólicas está indicado quizás más frecuentemente de lo que se hace, el complementarlas con una yeyuno-yeyunostomía, sea a distancia de la neoboca, sea a la manera de Steinberg, junto con la neoboca, haciendo la anastomosis llamada en pantalón.

A juzgar por lo que manifiesta el Dr. Cosco, evidentemente su enferma hay que catalogarla como un síndrome duodeno-pancreático. En casos como el que he presentado es indiscutible que la reacción pancreática existe, como lo señalo en la comunicación, cualquiera sea su mecanismo. Esa reacción pancreática se traduce en la sintomatología y aparece certificada por las lesiones encontradas en el curso de la intervención.