

FISTULA GASTRO-COLICA (*)

Dres. José A. Piquinela y Juan C. de Chiara

Traemos a la consideración de la Sociedad de Cirugía un caso de fístula gastrocólica secundaria a una gastroenterostomía posterior transmesocólica efectuada por una úlcera duodenal, con fenómenos de estenosis piloro-duodenal.

Nos mueve a ello el hecho de presentar características clínicas y radiológicas que consideramos de interés puntualizar y el haberse logrado un pleno éxito terapéutico con una táctica adecuada y que deseamos comentar.

La historia clínica del paciente que corresponde a la A 8311 del Instituto de Clínica Quirúrgica es la siguiente:

J. M. M., 72 años, masculino, oriental, casado. Ingreso: 19 - V - 52.

Motivo de ingreso: Ingresa por cuadro diarreico de 5 meses de evolución.

Enfermedad actual: Comienza hace 5 meses, con un cuadro diarreico. Hace 22 años sufre de una dispepsia hipersténica, de evolución progresiva, hasta que en los últimos meses antes de su operación hizo un síndrome pilórico frustrado, no bien precisado. Dos años después de iniciado su malestar es intervenido en el Hospital Pasteur, donde se le hizo una gastroenterostomía. La evolución post-operatoria fué buena; durante un mes sigue el régimen dietético indicado, comenzando después a ingerir toda clase de alimentos en forma paulatina.

No ha existido ningún sufrimiento post-operatorio, inmediato ni mediato. Sigue entonces su vida normal, sin trastornos patológicos digestivos acusados por el enfermo, hasta que hace 5 meses comienza con un cuadro diarreico, sin dolor, abundante; esta diarrea no tiene un carácter de horario determinado. No habían en las materias restos de alimentos sin digerir. Eructos fétidos. Adelgazamiento de 8 kilos en los últimos 5 meses.

En el momento actual ha cedido el cuadro diarreico frente al tratamiento instituido. El tránsito urinario no presenta particularidades.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 7 de octubre de 1953.

Antecedentes personales: Niega venéreas, no etilista, fumador.

Antecedentes familiares: Padres fallecidos no precisa la causa.

Operaciones anteriores: Gastroenterostomía hace 20 años.

Examen clínico: Enfermo lúcido, apirético, piel y mucosas algo pálidas; dentadura en mal estado, lengua húmeda y saburral. Pulso bien golpeado de 64 p. m. Estado de nutrición bueno.

Abdomen: Blando, depresible, se moviliza bien con la respiración.



Fig. 1. — El estudio radiológico por ingestión evidencia el pasaje de la sustancia baritada del estómago al colon.

Cicatriz mediana supraumbilical. Diastasis de los rectos a su nivel. Se palpa hígado. No se palpa bazo.

Aparato cardiovascular: Pulso blando, depresible, regular, 65 p. m. Presión arterial: Mx. 10; Mm. 6.

Aparato respiratorio: S/P.

Aparato urinario: S/P.

Exámenes de Laboratorio: 17 - V - 52: Urea: 0 gr. 40; tiempo de coagulación y sangría: 3' - 1'30". 20 - V - 52: Urea: 0 gr. 30. 21 - V - 52: Wassermann: Negativo. Massini: Negativo. 23 - V - 52: Cloremia: 4 grs. 10 ‰. Hemograma: G. R. 3.980.000; G. B. 6.200; Hgb. 74 ‰; Vgb. 0.94. Proteinemia: 66 grs. ‰. Proteínas en suero: 74 grs. ‰; 24 - V - 52; Hematocrito: 42 ‰.

Orina: 23 - V - 52: Prueba de Quick: 0 gr. 50; Valor funcional: 76 %.
Elementos anormales: no contiene. Unidades pancreáticas: 50. Proteínas:
62 grs.

ESTUDIO RADIOLOGICO DE TUBO DIGESTIVO)

(Prof. Agdo. Dr. F. García Capurro y Dr. J. C. Pecantet)

En las dos sesiones realizadas, el día 24 de abril y el día 28, una con estudio por enema y otra por ingestión, se pudo comprobar la existencia

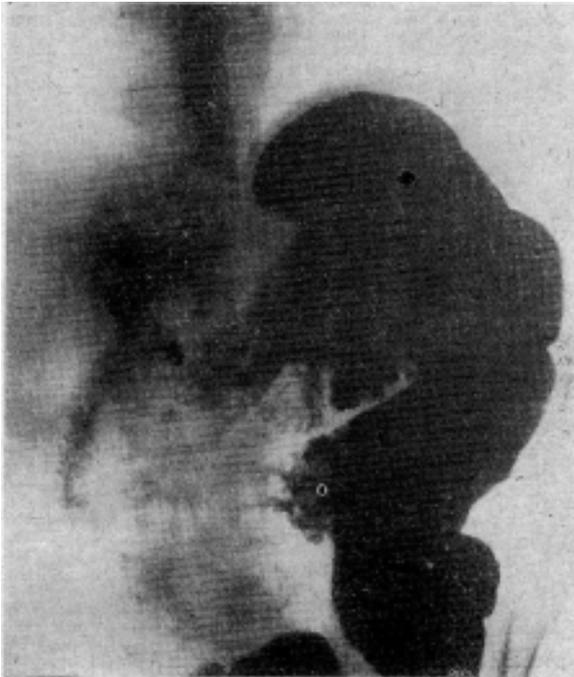


Fig. Nº 2. — Enema opaco; pasaje fácil del enema, del colon al estómago; relleno parcial del delgado vecino a la neo-boca.

de una alteración orgánica intrínseca de carácter ulceroso, a nivel de la neostomía de ese estómago gastroenterostomizado.

Esta lesión comunica con el ángulo izquierdo del colon, permitiendo por cualquiera de los dos procedimientos un pasaje fácil de la sustancia baritada del estómago al colon o viceversa del colon al estómago, según se puede probar en los documentos realizados en esas dos oportunidades.

Estudio gastroscópico (Dr. Arcos Pérez). — Boca de gastroenterostomía edematosa y congestiva; en su vertiente izquierda, **separada de ella por un repliegue mucoso se ve un nuevo orificio que puede corresponder a la comunicación gastro-cólica.**

Intervención (20 - VI - 52): Prof. Piquinela, Dr. de Chiara, Dr. Sa-priza. **Instrumentista:** Srta. Cazabán. **Anestesia general** (por inhalación): Pte. Ormaechea.

Incisión transversa supraumbilical que comienza a la derecha de la línea media, abriendo la vaina del recto de ese lado y seccionando parcialmente el músculo y se prolonga a la izquierda oblicuándose hacia el flanco en su parte terminal; sección del músculo recto y disociación de los planos musculares de la pared por fuera del recto. Abierto el peritoneo es necesario liberar numerosas adherencias epiploicas a la pared abdominal anterior. Se explora la gastroenterostomía por la cara inframesocólica, encontrándose el colon transverso adherido a la cara anterior de la neoboca, especialmente en su vertiente izquierda.

En el piso supramesocólico se abre la retrocavidad de los epiplones, a la izquierda y a la derecha de la neoboca. La fistula cólica parece estar



Fig. 3. — Estudio por ingestión; se evidencia la comunicación gastro-cólica.

a esta altura de la operación en la vertiente izquierda de la neoboca; el asa aferente adhiere íntimamente al estómago en una extensión de casi 20 cms. antes de la anastomosis. Exploración por fuera: se puede introducir un dedo en la gastroenterostomía y apreciar con otro dedo a través de la pared cólica que inmediatamente a izquierda de la neoboca está la fistula gastrocólica. Se abre el estómago sobre su cara anterior a unos 5 cms. por encima de la anastomosis, pudiéndose observar a izquierda de la neoboca y separada de ella por un repliegue mucoso bajo el cual se palpa un tabique fibroso de unos milímetros de espesor, la fistula gastrocólica que vista desde el interior tiene una disposición valvular, siendo necesario levantar un grueso pliegue fibromucoso del lado del asa eferente, para ponerla bien en evidencia. Al hacer la separación se aprecia

que la fístula cólica es pequeña, que se hace directamente desde el estómago y que toma el sector posterior e inferior de la circunferencia cólica.

Hecha la degastroenterostomía se hace necesario movilizar el asa aferente; enterectomía buscando fundamentalmente regularizar las asas aferente y eferente que se encuentran, tal cual la historia lo hacía prever, poco alteradas (edema del asa eferente); enteroanastomosis término-terminal. Sutura de la brecha cólica en 2 planos con hilo de algodón.

Se cubre la sutura con una gruesa franja epiploica, dejando estos puntos largos para la ulterior fijación a la pared. Se examina el estómago:

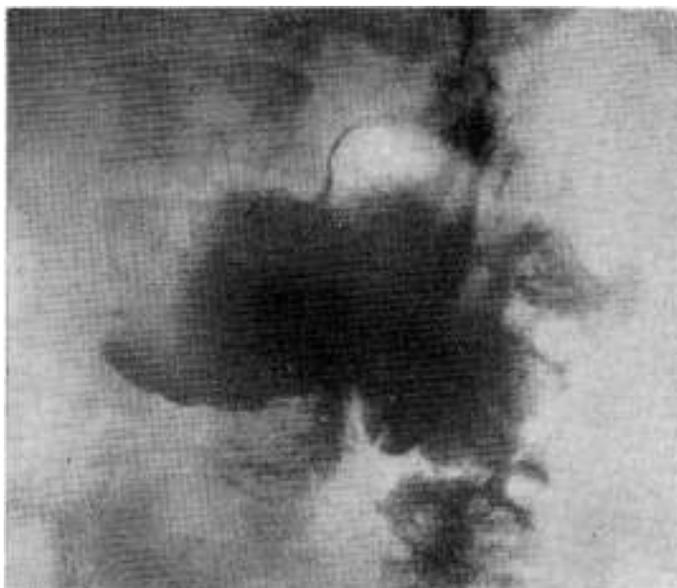


Fig. 4. — Estudio por ingestión; pasaje de la sustancia opaca al colon; relleno parcial de delgado (asa aferente).

hay una estenosis subpilórica que debe corresponder a la vieja úlcera duodenal, ahora cicatrizada, que motivó la primera operación. Resulta muy sencilla la gastrectomía subtotal.

• Cierre del muñón duodenal con un plano total, 2 seroserosos y uno serocápsula pancreática.

Sección del estómago a la altura del primer vaso corto del lado de la gran curva y a la entrada de la coronaria del lado de la pequeña curva. Se estudia el mesocolon, juzgándose preferible hacer una anastomosis precólica; gastroyeyunostomía oral total precólica, asa larga, de pequeña gran curva. Fijación de los 2 pies del asa con 3 puntos.

Se procede al cierre de la pared por planos, extraperitonizando la sutura cólica y dejando una mecha por encima y otra por debajo de ella.

Lino en la piel.

En resumen: Gastroenterostomía. Fístula gastro-cólica en la vertiente izquierda de la neoboca.

Tratamiento: Degastroenterostomía. Enterectomía con enteroanastomosis término-terminal. Gastrectomía subtotal. Sutura del orificio del colon y fijación a la pared.

Post-operatorio: En la tarde de la operación está shockado, transfusión, oxígeno, cortigen.

21 - VI - 52: El enfermo ha sangrado por la herida operatoria, en



Fig. 5. — Estudio por ingestión; otro aspecto de la fístula gastro-cólica.

regular cantidad. Su estado general no es muy satisfactorio. Presenta una arritmia extrasistólica. **Presión arterial:** Mx. 9; Mm. 7.

Abdomen: Libre, difusible. No existen signos ni síntomas de derrame peritoneal. Se hace Pronestil intravenoso, 2 c.c. Se le hace una transfusión de 500 c.c.

22 - VI - 52: Se ha instalado una evidente mejoría en su estado general. Las extrasístoles son aisladas. Ha orinado espontáneamente.

Abdomen: Blando, difusible, se le retira el oxígeno.

22 - VI - 52: Sigue mejorando. Aparece una parotiditis izquierda que se trata con hielo, antibióticos.

29 - VI - 52: Sigue bien. Apirético. La herida tiene buen aspecto. La parotiditis continúa igual. Drena pus franco por el orificio del Stenon.

3 - VII - 52: Está muy bien, se alimenta bien. Mueve bien el intestino.

Ha mejorado la parotiditis. La curación aparece mojada en la comisura izquierda por líquido seroso fétido.

7 - VII - 52: Se ha establecido una fistula cólica a nivel de la comisura izquierda de la herida. Salió escasa cantidad de materias.

14 - VII - 52: Para curar la fistula se coloca aspiración continua. Se mantiene su buen estado general.

24 - VII - 52: La aspiración no ha sido efectiva y la fistula tiende a curarse; se mantiene la aspiración con tubo más grueso.

25 - VII - 52: Se saca la aspiración.

28 - VII - 52: Cerró completamente la fistula. Desde hace 2 días no moja nada la curación. Mueve diariamente el intestino.

29 - VII - 52: Queda por granular el tejido celular. **Alta.** Pase a Policlínica.

INFORME ANATOMOPATOLOGICO: N° 52.727.

Protocolo macroscópico: Aydte. Rodríguez.

Se abre el estómago por la pequeña curva para observar por la superficie mucosa la gastroenteroanastomosis. En la parte posterior a izquierda de la neoboca, separada de ella por un tabique de 1 cm. de espesor, se observa una pérdida de sustancia de la pared gástrica por donde se realizó la perforación en el colon. Los bordes que limitan el orificio están discretamente engrosados y aumentados de consistencia. Se toman dos fragmentos a este nivel para incluir.

Examen microscópico: Dr. A. L. Matteo.

No se observa lesión ulcerosa en el fragmento examinado.

Consideraciones clínicas.

Se trata de un paciente que inicia un sufrimiento dispéptico de tipo ulceroso a los 50 años de edad y que luego de dos años de evolución culmina con un síndrome de estenosis píloro-duodenal que obliga a su internación y a efectuarle una gastroenterostomía posterior transmesocólica.

No tenemos datos sobre si la intervención fué efectuada en pleno empuje ulceroso y de estenosis o si hubo oportunidad de hacer un tratamiento adecuado preoperatorio para dominar la crisis ulcerosa y los fenómenos inflamatorios concomitantes.

Tampoco conocemos cuál era la curva de acidez gástrica del paciente ni si ese factor fué tomado en cuenta para la oportunidad operatoria y táctica quirúrgica a seguir.

Estos datos, que lamentamos no tener, son a nuestro juicio de fundamental importancia, pues consideramos que el porvenir de un ulceroso y especialmente si es duodenal, depende en grado

sumo del balance previo al acto operatorio que permitirá ubicar con justeza la indicación operatoria, su oportunidad y la táctica y técnica a seguir.

Esta laguna en los antecedentes de nuestro paciente hace que no nos pronunciemos sobre la intervención efectuada y su posible significación en la ulterior evolución.

No obstante llama la atención el post-operatorio inmediato y alejado que permitió una vida normal, sin trastornos dispépticos ni dolorosos, durante un período de 20 años.

Es en los últimos 5 meses que aparecen las primeras molestias caracterizadas por una diarrea abundante, repetida, imperiosa, indolora, con una repercusión general moderada, con 8 kilos de adelgazamiento pero conservando aún un regular estado de hidratación y un aceptable estado nutritivo-metabólico.

En las materias fecales que presentaban una intensa reacción ácida no se observan restos de alimentos sin digerir. El enfermo conservó el apetito y sólo lo molestó la diarrea y los eructos fétidos.

Si bien la *fístula gastrocólica* o *gastroyeyuno cólica* puede ser la *primera manifestación clínica* de una úlcera péptica post-operatoria de la neo-boca y la "*forma diarreica de Eustermann*" una de las maneras de presentarse la lesión aún en ausencia de verdadera fístula gastrocólica, llama poderosamente la atención en nuestro caso el hecho de no existir en un largo período de 20 años el menor signo de actividad de una úlcera de la neo-boca y el que el paciente, pese a soportar una diarrea abundante y repetida durante cinco meses, la repercusión general nutritivo-metabólica no sea de la entidad habitual en estos casos.

En efecto, la fístula gastroyeyunocólica es la complicación más temible de una gastroenterostomía por úlcera; presenta a un enfermo con un estado general malo, profundamente intoxicado y expoliado, con alteraciones marcadas en su estado nutricional y en su metabolismo y constantes físicoquímicas.

A este estado contribuye no sólo la pérdida importante por la diarrea, ocasionada por el corto-circuito gastrocólico, sino, en grado mucho más notable, la intoxicación fecal y las profundas alteraciones de absorción provocadas por las alteraciones yeyu-

nales (yeyunitis) inherentes al pasaje al intestino delgado del contenido fecal por la intercomunicación gastroyeyunocólica.

El matiz clínico de nuestro paciente ya comentado, hacía prever que la fístula sospechada clínicamente debía tener un corto circuito gastro-cólico predominante con escasa participación yeyunal, para poder así explicar la relativa conservación del estado general pese al tiempo transcurrido, aunque llamaba la atención la ausencia de síntomas de *lienteria* en las materias fecales y la ausencia de *vómitos fecaloideos*, si bien se presentaban eructos de olor fecal.

Consideraciones radiológicas

El estudio *por ingestión* evidenció la fístula gastro-cólica con pasaje rápido del estómago a la parte izquierda del colon transversal sin que se haya podido visualizar el supuesto *trayecto intermedio a nivel del asa yeyunal de la neo-boca*.

El examen *por enema de colon* mostró también un pasaje franco del bario desde el segmento transversal izquierdo al estómago, confirmando la *fístula gastrocólica*.

El estudio de la neo-boca, que se encuentra englobada en la zona fistulosa, no se puede hacer correctamente porque rápidamente el bario de pasaje cubre la zona a estudiar.

No obstante, el informe radiológico consigna la existencia de una *alteración orgánica de la neo-boca de carácter ulceroso* con complicación fistulosa gastrocólica.

El resto del estómago no mostró alteraciones; sólo la presencia de *líquido residual en ayunas con lentitud en la evacuación pilórica*.

No se observó dilatación yeyunal ni relleno marcado del yeyuno vecino a la neo-boca.

Tampoco existía disposición valvulada de la fístula y el pasaje baritado era franco tanto por ingestión como por enema.

Un estudio "gastroscópico" mostró una neo-boca patológica con una zona sobre la vertiente izquierda de la misma en la que existe un *nuevo orificio* que corresponde a la comunicación gastrocólica.

Consideraciones preoperatorias

La sospecha clínica de fístula gastrocólica fué pues, confirmada por la radiología y aún por la gastroscopia. El aspecto evidenciado por la gastroscopia y cuya exactitud comprobó la intervención ulterior le da a nuestro caso un matiz absolutamente particular, que lo separa netamente de las observaciones publicadas que son de nuestro conocimiento, vale decir la presencia a izquierda de la neo-boca e *independientemente de ella* de una fístula que comunica directamente el estómago con el colon, sin ninguna participación del delgado. A la vez que este hecho explica la relativa poca repercusión sobre el estado general lleva a pensar que es el resultado, no de una úlcera de la neo-boca propiamente dicha, sino de una úlcera gástrica desarrollada en la vecindad de la anastomosis y que pese al silencio clínico se ha perforado en el colon, sin interesar en su trayecto al delgado.

Aunque el estado nutritivo metabólico del paciente era aceptable, sabíamos de su fragilidad y del desequilibrio humoral y nutritivo inminente, lo que unido a la edad avanzada (72 años) y a la entidad del programa operatorio, llevó a someterlo a un pre-operatorio especial con:

- 1º Transfusiones de sangre total, repetidas.
- 2º Vitaminoterapia parenteral.
- 3º Equilibrio humoral.
- 4º Antibióticos generales y de acción local intestinal y eliminación de focos sépticos (dentarios ,etc.).

Consideraciones tácticas y técnicas

Cuando se plantea el tratamiento quirúrgico de estos enfermos y solucionado el problema, a veces arduo, de preparación pré-operatoria la táctica a seguir debe tener en cuenta varios factores:

a) *Balance de la resistencia orgánica del paciente*, y necesidad o no de hacer una intervención quirúrgica previa con el fin de mejorar el estado general y hacerlo apto para resistir la cura quirúrgica de elección.

De este modo se ha planteado la *yeyunostomía* con la finalidad de alimentar al paciente y dejar en reposo la neo-boca, lo

que al mismo tiempo suprime en parte el corto-circuito fistuloso y atenúa los fenómenos inflamatorios regionales que hacen penosa y a veces imposible la intervención sobre el foco.

Cuando la intoxicación general y los fenómenos de yeyunitis son predominantes, o existen trastornos de estenosis cólica se plantea la necesidad de *hacer una derivación cólica*.

Esta puede hacerse ya sea por *apendicostomía simple o ensanchada, cecostomía* o como lo sostiene Lahey por una *iléocolostomía izquierda* ya sostenida por E. Finochietto y J. Arce.

b) *Estudio crítico de los focos lesionales.*

La lesión ulcerosa de la neo-boca con la complicación fistulosa y los fenómenos inflamatorios plásticos regionales son el centro del problema.

Se une a ella un foco de estenosis *duodenopilórica* satélite de la cicatrización de la primitiva úlcera del duodeno.

Posible *estenosis yeyunal aferente con retrodilatación duodenal* provocada por cicatrización y fenómenos plásticos periorales.

Posible *estenosis cólica transversa* a derecha de la fístula y *retrodilatación cólica satélite*.

c) *Técnica a emplear.*

Este capítulo está directamente influenciado por el conocimiento de los anteriores.

En efecto desde la posibilidad de hacer una *intervención mínima* como podría ser la *degastroenterostomía y cierre por separado* del orificio gástrico, yeyunal y cólico con o sin nueva gastroenterostomía anterior precólica hasta el *programa máximo* que comprende:

1º Degastroenterostomía.

2º Resección yeyunal parcial y yeyuno-yeyunostomía término-terminal.

3º Resección cólica parcial transversa y colo-colostomía inmediata o diferida.

4º Gastrectomía subtotal y gastro yeyunostomía, existen numerosas variantes que pueden ser adaptadas a cada caso en particular.

A este respecto hay que mencionar una *táctica intermedia*, preconizada por el Prof. Alfredo Navarro en 1924 que consiste en la *exclusión del foco ulceroso y fistuloso*, seccionando el estómago por encima de la lesión, cierre de la brecha inferior y *gastroyeyunostomía precólica* con asa larga, completada con yeyuno-yeyunostomía al pie a la Braun.

Lahey aconseja proceder en dos tiempos:

1) *Ileocolostomía*, con sección del íleon a 15 cms. del ciego y anastomosis con el colon descendente o sigmoideo.

2) A los 2 meses, restablecido el estado general, se realiza una *colectomía derecha y parcial izquierda* hasta el ángulo esplénico; una *yeyunectomía* de las asas aferente y eferente de la neo-boca y restablecimiento de la continuidad por *anastomosis término terminal*; una *gastrectomía subtotal amplia* y *gastroyeyunostomía precólica*.

El cirujano, pues, debe tener pleno conocimiento de las variantes técnicas y debe adoptar con oportunidad y buen sentido la táctica mejor al paciente que debe tratar.

Un programa planeado en el preoperatorio *puede y debe* ser cambiado frente a los hechos que visualiza la exploración quirúrgica, balanceados a la vez por el cálculo de resistencia global del enfermo y posibilidades evolutivas.

Nuestro paciente nos presenta el siguiente problema:

1º Edad avanzada: 72 años.

2º Regular estado general con posibilidades de mejorarlo en el preoperatorio.

3º Sospecha de *lesión fistulosa predominantemente gástrica* con escasa o nula participación yeyunal.

4º Posibilidades de *cicatrización de la úlcera péptica de la neo-boca*, quedando sólo la complicación fistulosa.

5º Posible *estenosis cicatrizal duodenopilórica*, vestigio de la primitiva úlcera duodenal.

6º *Ausencia de signos clínicos y radiológicos de estenosis yeyunal y retrodilatación duodenal*.

7º *Ausencia de signos clínicos y radiológicos de estenosis colónica.*

La *exploración quirúrgica* mostró que nuestro balance preoperatorio era correcto y que la *intercomunicación fistulosa gastrocólica* se hacía a izquierda de la neo-boca, separada por un delgado tabique fibromucoso valvulado del asa yeyunal eferente, sin elementos de yeyunitis ni dilatación marcados.

No había signos de actividad ulcerosa en la neo-boca ni en el estómago vecino, ni en el duodeno, donde existía una estenosis parcial subpilórica de tipo cicatrizal.

El orificio fistuloso era pequeño (1 cm. de diámetro) y el estado del colon perifistuloso era aceptable, sin fenómenos inflamatorios de entidad y con buen aspecto de las paredes.

Nuestra preocupación se dirigió a *deshacer el foco fistuloso y la gastroenterostomía.*

La *resección yeyunal* necesaria fué pequeña y se pudo, luego de movilizar el asa aferente adherida en unos 20 cms. al estómago, restablecer la continuidad por *yeyuno-yeyunostomía término terminal.*

La *gastrectomía subtotal amplia* fué fácil completada con gastroyeyunostomía oral total precólica a asa larga, fijada por sutura sero-serosa al pie.

El *orificio cólico*, pequeño, regular, rodeado de tejidos de buen aspecto y sin estenosis cólica no nos justificaba una resección e hicimos un *cierre correcto previa resección económica de sus bordes*, completado con la *exteriorización subperitoneal de la sutura* y pequeño drenaje de celofán del foco.

Evolución post-operatoria

El post-operatorio inmediato fué tumultuoso, pues el paciente pese a la transfusión intra operatoria adecuada, hizo un grave estado de shock que duró 6 horas y del que conseguimos, mediante atenta y continua atención, salir airosos.

Al día siguiente el enfermo estaba relativamente bien; lo manteníamos intubado en el estómago, con oxigenoterapia y transfusiones e hidratación por venoclisis continua gota a gota.

A las 48 horas la situación era francamente favorable; venía

bilis por la sonda gástrica y el estado general era bueno. Se inició la alimentación líquida.

La mejoría siguió acentuándose en los días subsiguientes, tolerando progresivamente la dieta instituída y movilizándolo su intestino normalmente.

No obstante hizo una parotiditis al 5º día de la que se repuso rápidamente con antibióticos y el drenaje espontáneo por el canal de Stenon.

A los 15 días, cuando el enfermo parecía hallarse completamente restablecido, hace una pequeña fístula fecal por la comisura izquierda de la herida, por falla parcial de la sutura cólica exteriorizada subperitonealmente.

Con aspiración continua y dieta adecuada, cierra en 18 días y el enfermo es dado de alta en perfectas condiciones; lo hemos visto repetidas veces, citado al efecto, y en la actualidad a 15 meses de la intervención está perfectamente bien.

En resumen

a) Gastroenterostomía posterior transmesocólica por úlcera duodenal estenosante, a los 52 años de edad;

b) Excelente post-operatorio inmediato y alejado que permite durante 20 años una vida normal, sin trastornos de ninguna índole;

c) Ausencia de historia clínica de úlcera péptica postoperatoria; estado diarreico bien que con ausencia de lenteria y de vómitos fecaloideos y moderada repercusión sobre el estado general, anunciando la complicación fistulosa y haciendo prever una relativa poca participación del delgado;

d) El estudio radiológico afirmando la comunicación del estómago con el colon, tanto al examen por ingestión como al enema opaco y una alteración orgánica de la neo-boca con caracteres de úlcera; ausencia de dilatación yeyunal y de relleno marcado del yeyuno, vecino a la neo-boca;

e) La gastroscopia evidenciando, hecho que la operación comprobó, la existencia de un orificio fistuloso, a izquierda de la neo-boca, comunicando el estómago con el colon, y separado por un delgado tabique de la anastomosis gastroyeyunal;

f) La intervención practicada de acuerdo con las lesiones encontradas: degastroenterostomía, resección yeyunal limitada (unos 20 cms.) y enteroenterostomía término terminal; gastrectomía subtotal y gastroenteroanastomosis oral total precólica; cierre del orificio colónico previa resección económica de sus bordes con exteriorización subperitoneal de la sutura;

g) La evolución: choc inmediato del que sale bien y fístula colónica a los 15 días que cierra definitivamente en 3 semanas; post-operatorio alejado, excelente.

Consideraciones finales

La fístula gastroyeyunocólica es la complicación más grave de la úlcera péptica post-operatoria o ulcus anastomótico post-operatorio. La elevada mortalidad que acompaña a su tratamiento quirúrgico habla bien a las claras de esa gravedad, si bien es cierto que los modernos aportes técnicos y tácticos conjuntamente con la terapéutica de reposición nutritiva y antibiótica sugieren un futuro menos sombrío.

No existe un procedimiento aplicable sistemáticamente a todos los casos de fístula gastroyeyunocólica. El hecho se explica fácilmente si se tiene en cuenta que se trata de enfermos con estado general siempre comprometido y con alteraciones metabólicas constantes aunque de intensidad variable a lo que debe agregarse la diversidad de situaciones que el cirujano debe enfrentar y resolver ya que el estado lesional es distinto y de diferente complejidad de un enfermo a otro.

El éxito depende en gran parte de saber aplicar a cada caso el criterio táctico adecuado a la lesión y al estado general. El tratamiento llamado conservador cuyos recursos técnicos fueron inicialmente empleados en forma sistemática, se reserva hoy para casos bien seleccionados. El tratamiento radical (gastrectomía, colectomía con restablecimiento inmediato o diferido de la continuidad; y enterectomía con entero anastomosis) es un procedimiento formidable que si puede representar de un punto de vista doctrinario el ideal terapéutico, asegurando desde luego un porcentaje reducido de recidivas, se acompaña si se le aplica indiscriminadamente, de una elevadísima mortalidad.

En el caso que presentamos las lesiones encontradas obligaron a una intervención evidentemente importante para un enfermo de 72 años; la colectomía que se juzgó innecesaria en el acto operatorio, cosa que la evolución confirmó, hubiera agravado singularmente la situación de este paciente, que presentó un prolongado estado de choc al salir de la mesa de operaciones. Volvemos a destacar que aun cuando el tipo de lesión obligó a tratarlo como si fuera una fístula gastroyeyunocólica en realidad este enfermo tenía como hecho saliente una comunicación gástrica independiente de la anastomosis y difícilmente atribuible a la evolución de una úlcera de la neo-boca. Más verosímil parece pensar que, a pesar del silencio clínico, la terebración yuxta-anastomótica haya sido la consecuencia de una úlcera gástrica vecina aunque independiente de la boca de gastroenterostomía.

Las consideraciones precedentes justifican que la táctica sugerida por Lahey (derivación previa del contenido del colon por ileocolostomía y segundo tiempo de exéresis, dos o tres meses después), haya dado en sus manos excelentes resultados y parezca destinada a imponerse en el manejo de muchos casos de fístula gastroyeyunocólica. De cualquiera manera creemos que a pesar de los perfeccionamientos técnicos y de las medidas de reparación y de sostén que pueden y deben emplearse en el pre y post-operatorio y durante la intervención, sigue siendo una verdad absoluta el que la técnica debe adaptarse a cada caso teniendo fundamentalmente en cuenta el balance de la resistencia orgánica del paciente y el estudio crítico de los focos lesionales. La variabilidad de ambos factores justifica nuestra opinión.

Dr. García Capurro. — He tenido ocasión de atender algunos enfermos con esta complicación. Recuerdo que hace años un enfermo atendido por mi padre, se le hizo una degastroenterostomía, el cierre del intestino del colon y del estómago. Ese enfermo volvió a hacer su úlcera duodenal por la cual había sido operado primitivamente y tuvo luego que ser gastrectomizado con lo cual ha marchado bien.

En otros dos casos que tuve con la misma complicación siempre por gastroenterostomía, no la he visto nunca en gastrectomía. En esos dos enfermos practiqué de entrada la operación completa. Considero que hoy en día con los medios que disponemos para la alimentación paraentérica de un enfermo, y como la mayoría de los enfermos ya no vienen a nosotros tan tardíamente, debemos tratar en todos los casos posibles de hacer una

operación definitiva que cure al enfermo. Creo que las otras operaciones que se indican de yeyunostomía, colostomía, etc., y demás, en estos casos no nos deben ayudar mucho y sólo debemos reservarlas para los casos en que nos parezca un desatino el intentar la operación completa.

En los casos por mi tratados, hice la resección de colon, resección de intestino delgado y la resección del estómago en una pieza. Luego hice la reconstitución del intestino, después de la anastomosis del estómago con el ansa yeyunal, dejándola retrocólica, y terminando la operación por la anastomosis del colon término-terminal.

Uno de los enfermos, con seguridad lo traje aquí, a la Sociedad de Cirugía hará unos tres o cuatro años. El resultado en esos dos casos fué muy bueno y aunque la operación es grande hoy en día en que hacemos procedimientos formidables de gastrectomías totales, en esplenectomías y pancreotomías al mismo tiempo, no me parece que el procedimiento sea mayor que esas grandes operaciones. Hoy día con buenas transfusiones y siguiendo cuidadosamente el post-operatorio de los enfermos estamos acostumbrados a que los enfermos las toleren.

Dr. Cendán. Quería decir dos palabras respecto a la comunicación del Dr. Piquinela. El problema del tratamiento de las fistulas gastro-yeyuno-cólicas, es evidentemente un problema extraordinariamente serio, puesto que significa una intervención de gran jerarquía, en enfermos que no siempre están en condiciones de tolerarla ya sea por razones de orden general o por razones de edad en muchos casos. Recuerdo en este momento un enfermo que tuve que intervenir hace alrededor de un año, en el cual coincidían esas condiciones. Era un gastrectomizado por ulcus gástrico, hace alrededor de 15 años, que había hecho una fistula gastro-yeyuno cólica, que lo había desnutrido considerablemente; persona de edad avanzada, en que se imponía hacer una terapéutica quirúrgica lo más contempladora posible. Luego de un cuidadoso preoperatorio, se resolvió la intervención. En ella se encontró una cantidad tal de adherencias que la simple búsqueda de la neo-boca y su liberación significó una gran tarea. No era, a mi criterio, aconsejable en ese momento, realizar ninguna terapéutica con pretensión curativa en el sentido de hacer una gastrectomía más amplia, con resección de toda la zona patológica. En esa situación y dadas las dificultades técnicas locales, me decidí por hacer una técnica que a la postre resultó muy útil, que fué simplemente aislar la zona de colon transversal que estaba en relación con la fistula hundiéndola y dejándola unida a la gastro-yeyunostomía y restableciendo la continuidad del colon transversal liberado, por anastomosis término-terminal. La evolución fué excelente y este enfermo que se pensó que en el futuro tendría que ser sometido a una nueva operación, no ha requerido ningún otro tratamiento porque ha evolucionado muy bien.

Dr. Chifflet. — La comunicación de los Dres. Piquinela y De Chiara es de un gran interés porque analiza problemas ligados a una afección desarrollada a consecuencia de la obra de la propia cirugía.

Sólo deseo referirme a un punto concreto y es el de la conducta con el colon. Es indudable que no se pueden sentar premisas rigurosas ya que las circunstancias pueden ser muy variables, tanto desde el punto de vista general (enfermos desnutridos, viejos, tarados) como desde el punto de vista local (mesos retraídos, masas epiploicas, adherencias). Estos factores harán que la prudencia y capacidad del cirujano haga elegir en cada caso la conducta más apropiada.

Pero a pesar de todas estas variaciones creemos que se puede proceder con cierta orientación dominante. Frente a la solución de continuidad de la perforación cólica, nos parece que la resección intestinal con sutura término-terminal es una operación de cierta jerarquía a la cual es innecesario llegar. Es suficiente la regularización de los bordes de la brecha de la perforación y la sutura correcta, hecha transversalmente, con regularidad y respeto por la irrigación de los labios.

Así realizada la sutura, creemos que el intestino debe reducirse dentro del vientre en posición correcta y cerrar la pared abdominal. El drenaje no debe usarse porque es factor causante de fistulización. En cuanto a la exteriorización del asa suturada, nos parece que tampoco debe realizarse. Es causa de angulaciones del intestino que dificultan el libre curso de gases y materias y causa de angulaciones vasculares, que provocan isquemias responsables de necrosis y fistulizaciones. Consideramos que el colon debe operarse con seguridad, suturándolo en tejido sano y con técnicas perfectas para proceder luego a su ubicación dentro del vientre, en condiciones que normales en lo anatómico podrán serlo en lo fisiológico y en la cicatrización.

Dr. Piquinela. — Agradezco a los Dres. García Capurro, Cendán y Chifflet su participación en la discusión de este trabajo. En el caso que presentamos hay un matiz que debe subrayarse y que no aparece citado en ninguna de las numerosas observaciones estudiadas por nosotros. Nos referimos al hecho de que la comunicación gastrocólica era independiente de la neoboca de gastroenterostomía. La participación del delgado debía ser mínima tal cual la clínica lo hacía prever y lo confirmaron la radiología y la gastroscopía. La intervención evidenció una fistula gastro-cólica a izquierda y por detrás de la neoboca, totalmente independiente de ella de la que estaba separada por un tabique de 1 cm. de espesor.

Discrepo con lo que sostiene el Dr. García Capurro; entiendo que la técnica y táctica operatorias deben necesariamente adaptarse a cada caso. En el enfermo que presentamos la resección de colon era absolutamente innecesaria, hubiera agravado singularmente la intervención y lo que es más importante aún no estaba indicada de acuerdo con las lesiones encontradas. La evolución puso en evidencia lo acertado del juicio. Separado el colon del estómago quedó en el grueso un orificio pequeño, perfectamente suturable. Resecar el colon en esas condiciones hubiera sido en mi opinión un exceso injustificable. La extrema variabilidad lesional en las fistulas gastroyeyunocólicas justifica ampliamente el que la táctica

y técnica quirúrgicas deban adaptarse a lo que se encuentra en cada caso y al estado general de los enfermos.

Es particularmente interesante la técnica seguida por el Dr. Cendán que ya conocía por habérmela referido. Creo que puede ser muy útil en determinados casos.

Con todo respeto a la opinión del Dr. Chifflet le diré que si volviera a encontrarme con un caso como el que presento, procedería en la misma forma que lo he hecho. Es asunto cuestionable si la sutura de colon se debe dejar extra o intraperitoneal, fijada a la pared o libre en el vientre; las dos tendencias poseen partidarios en nuestro ambiente. Creo como el Dr. Chifflet que se debe perder el temor al colon pero creo que lo que dicta la conducta en cuanto a dejar o no extraperitoneal la sutura del colon son otros factores y esencialmente las condiciones locales que se manejan, variables de un caso a otro y el estado general de los enfermos; todo ello cuenta para el éxito de la sutura. En mi opinión no es cuestión fundamentalmente de técnica sino de indicación. Conozco más de un caso de sutura de colon realizada por excelentes técnicos con falla ulterior y peritonitis.

Vale decir en conclusión, que defiendo la táctica y técnica seguidas en este enfermo por entender que era la que mejor convenía a las lesiones y al enfermo y afirmo una vez más, que particularmente en este tipo de cirugía lo que se hace y la manera cómo se hace debe adaptarse a cada caso dada la variabilidad grande de las lesiones y el estado general siempre serio de los pacientes.