

GASTRECTOMIA TOTAL Y ANASTOMOSIS EN Y POR NEOPLASMA DEL CARDIAS (*)

Dr. Abel Chifflet

El día 24 de julio operamos una señora de 57 años con un neoplasma alto de estómago invadiendo el cardias y la extremidad inferior del esófago. Se abordó por tóraco-freno-laparotomía con resección de 8ª costilla. Se extirpó el estómago, el bazo, el epiplón y extremidad inferior del esófago. Se restauró la continuidad por esófago-yeyunostomía término-terminal y unión yeyuno-yeyunal término-lateral por debajo. La operación fué bien tolerada. El postoperatorio normal. A los 10 días se realizó un estudio radiológico por el Dr. Mescia que muestra lo siguiente:

“El esófago está discretamente dilatado pero ya lo estaba antes de la operación y además se dilata siempre algo por efecto de la resección.

La disminución de calibre al nivel de la esófago-yeyunostomía resulta en parte del proceso inflamatorio reciente y en parte de la dilatación esofágica, pero radioscópicamente el pasaje es normal.

El asa yeyunal que le sigue está oblicuamente dirigida hacia izquierda y adelante estando discretamente dilatada, pero sin ningún obstáculo a la evacuación en el estudio radioscópico. Se ha constituido un verdadero órgano de almacenamiento temporario. En los cambios de posición, se provoca su vaciado rápido, lo que nos hace pensar que la dinámica de la base del tórax, provocará la regularización de esta cámara de retención, cuando desaparezcan los fenómenos inflamatorios de la operación.

El yeyuno está normal por debajo, rellenándose como en lo

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa el día 30 de setiembre de 1953.

normal las asas pélvicas a los 30'. No hay reflujo en el asa duodeno-yeyunal. Hay algunas imágenes que podrían corresponder a yeyunitis o edema yeyunal pero examinando todas las placas se ven imágenes de yeyuno normal lo que conduce a aceptar el carácter funcional del fenómeno."

La exéresis en los neoplasmas del cardias debe comprender siempre un segmento importante del esófago, porque es habitual la extensión neoplásica por este órgano. Esta exéresis sólo es posible por vía torácica.

La extensión de exéresis gástrica hacia abajo puede estar limitada, pero la necesidad de la amplia resección de mesos y hojas peritoneales vecinas hace más lógica la exéresis total.

La restauración después de exéresis parcial puede hacerse por esófago-gastrostomía. Esta operación ofrece ciertas dificultades técnicas que influyen desfavorablemente en el postoperatorio inmediato. El abandono del cabo gástrico inferior o mejor aún la resección total del estómago con anastomosis esófago-yeyunal ofrece mejores posibilidades. Hemos realizado con buen resultado la esófago-yeyunostomía término-lateral. En la observación presentada practicamos la sección del yeyuno y la anastomosis en Y.

Desde el punto de vista técnico no hay dificultades si, seccionando el yeyuno a unos 15 cms. del ángulo duodeno-yeyunal, se va liberando el cabo inferior por sección de las arterias yeyunales, conservando las arcadas, hasta llevarlo sin tensión hasta el corte del esófago. La sutura esófago yeyunal por técnica corriente de anastomosis digestiva y la unión yeyuno-yeyunal no ofrecen dificultades. El yeyuno pasa a discreta presión en diafragma y en mesocolon.

El postoperatorio inmediato se desarrolla sin complicaciones y sin molestias, si se instituye una alimentación racional.

En cuanto al resultado alejado, fuera del problema del cáncer, creemos que ha de ser bueno: 1º porque se ha suprimido todo el estómago, evitando así el riesgo del úlcus yeyunal tan posible en la gastrectomía parcial con anastomosis en Y de Roux; 2º porque se ha creado una cámara antes de la llegada de los jugos digestivos biliopancreáticos, permitiendo así una coordinación digestiva eficaz.

Dr. Cendán. — Creo que es muy interesante lo que nos ha mostrado el Profesor Chifflet y lo felicito por los resultados. Creo que, como ha dicho el Dr. Cosco, la anastomosis en Y es otra solución en materia de restablecer el tránsito en la gastrectomía total y tal vez muy superior a la técnica de la anastomosis término-lateral al yeyuno.

Ahora bien; esta técnica tiene el mismo inconveniente apuntado para las anastomosis tipo Billroth II en las cuales el duodeno deja de ser un sector del tubo digestivo para convertirse prácticamente en una prolongación por así decir de la canalización bilio-pancreática, bajo la forma de un asa diverticular, permitiendo que los jugos digestivos lleguen al yeyuno por vía del duodeno. Siendo el pasaje de los alimentos por el duodeno, fundamental para un correcto metabolismo, según los estudios fisiológicos de algunos autores, (los que más han insistido en esto son los autores ingleses) se explica que se haya buscado restablecer la continuidad del tubo digestivo por anastomosis en la continuidad de tipo Pean aunque naturalmente muy modificado para lo cual se utilizan las anastomosis con interposición de segmentos aislados de íleon o colon, contrariamente a las técnicas que excluyen el duodeno. Dejando aparte estas técnicas por sustitución, evidentemente la técnica de anastomosis esófago-yeyunal término-terminal con yeyunostomía en Y de Roux, parece superior a las esófago-yeyunostomía término-laterales.

Dr. Stajano. — Voy a decir dos palabras a propósito de esta comunicación que presenta una forma no habitual de anastomosis y resulta muy simpática. Cendán prefiere el hacer la continuidad del tracto digestivo con interposición de colon, pero dentro de la práctica habitual llevamos el ángulo del asa hacia arriba, que no satisface muchas veces, que tiene sus inconvenientes. La anastomosis en Y y antes de llegar al desiderátum de la continuidad por interposición creo que es muy interesante y me propuse realizarla, desde que oí al cirujano inglés Allison el proponerla.

La anastomosis en Y —viejo procedimiento de Roux— es fecunda en sus aplicaciones: en este caso la gástrica radical.