

DRENAJE DEL MUÑÓN DUODENAL EN GASTRECTOMÍAS (*)

Dr. Martín Miqueo Narancio

El cierre del muñón duodenal en gastrectomías del tipo Bilioth II con reconstrucción de la continuidad digestiva por gastro-yeyunostomía es un tiempo de gran responsabilidad para el cirujano, pues en él se juega a menudo la vida del enfermo.

No es propósito de la presente comunicación entrar al análisis ni siquiera a la cita de la frondosa bibliografía nacional y extranjera sobre el particular; así como tampoco lo es el profundizar detalles de orden técnico los cuales pueden ser fácilmente dispensados, dada la preparación de esta asamblea.

Creo que todos los presentes estarán de acuerdo conmigo en que todos los procedimientos descriptos para el cierre del muñón duodenal son excelentes cuando las circunstancias de orden anatómico y patológico así como la preparación del cirujano, garantizan un 100 % de éxito. La elección de uno u otro procedimiento es entonces material de elección, de preferencia o de mayor experiencia del cirujano. Felizmente, la inmensa mayoría de los casos garantiza el éxito de un cierre correctamente efectuado.

Sin embargo, siempre existe un pequeño porcentaje de casos en los cuales el cierre del muñón duodenal es extraordinariamente difícil y aún imposible de realizar con un 100 % de garantía de éxito. Como ejemplos más corrientes nos referiremos a:

1º) Ulceras gigantes de cara posterior de duodeno exteriorizadas en cabeza de páncreas, donde a veces toda la pared posterior de la 1ª porción está destruida y existe grave peligro de lesión a la vía biliar principal. El procedimiento de Clairmont que consiste en liberar la cara posterior del duodeno desde la papila hacia el píloro es excelente, pero engorroso y prolongado

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 7 de abril de 1954.

sin que sus resultados sean siempre todo lo buenos que sería de desear.

2º) Cánceres pilóricos o yuxta-pilóricos donde todo el bulbo duodenal debe ser reseado so pena de recidiva neoplásica en el muñón duodenal. En efecto, es sabido que, contrariamente a lo que fué clásico durante mucho tiempo, el cáncer gástrico pilórico invade las capas sub-serosas y sub-mucosas de la pared duodenal hasta unos 2 cms. a veces más allá del píloro.

Si el cirujano, aún competente y experimentado, se empeña en cerrar un muñón duodenal en tales o parecidas instancias; el cierre a tensión se abre en un cierto porcentaje de casos dando lugar a la perforación o dehiscencia del muñón duodenal con su secuela de graves complicaciones: fístulas externas y fístulas internas, abscesos, peritonitis y en muchos casos pérdida del paciente.

Hemos oído expresar repetidas veces que la suerte del muñón duodenal se juega en la neo-boca de gastro-yeyunostomía, queriendo con ello expresar que una neo-boca incorrecta o edematosa puede provocar el estallido del muñón por el mecanismo de la hipertensión del asa aferente. Nuestra opinión es otra. No negamos que en algún caso una neo-boca incorrecta o edematosa pueda producir tal hipertensión del asa aferente y el subsiguiente estallido del muñón; pero ello, a nuestro modo de ver, sólo serviría para dar la razón a algún personaje del tipo de M. de la Palisse quien, de haber sido cirujano, hubiera afirmado que las neo-bocas de gastro-yeyunostomía deben ser siempre correctamente efectuadas. Si no lo son, la culpa de la dehiscencia del muñón duodenal, es culpa exclusiva del cirujano que no supo o no quiso efectuar una neo-boca correcta. Conste que no decimos que no pudo efectuarla, porque en el caso de lesiones duodenales, la neo-boca se efectúa en órganos sanos y no hay disculpa para hacerla mal.

En todos los otros casos, que son la inmensa mayoría, y en nuestros cinco casos personales de dehiscencia del muñón duodenal; creemos firmemente que la causa de dicha dehiscencia se debió a una sutura incorrecta del propio muñón.

El drenaje del muñón duodenal al exterior por medio de una sonda colocada en el interior del duodeno, tal como lo ha pro-

puesto la Clínica de Mayo de los Estados Unidos, es el "huevo de Colón" de este tiempo de la cirugía gástrica. Se trata en suma, por paradójico que ello pueda parecer, de prevenir la formación de una fístula duodenal post-operatoria mediante la formación de una fístula duodenal per-operatoria.

Argumentos a favor de la fístula duodenal externa per-operatoria :

a) Cualquier duodeno puede ser drenado al exterior, no importa cuan vasta sea su destrucción ;

b) El drenaje de un muñón duodenal destruído lleva no más de 5 minutos, en contraste con su cierre más o menos correcto que puede demandar una hora o más ;

c) La fístula duodenal externa per-operatoria puede ser calibrada al mínimo mediante el uso de una sonda finísima, desde que lo único que se requiere es reducir a 0 la hipertensión del asa aferente. Lo anterior contrasta con las grandes fístulas duodenales externas post-operatorias que se establecen al cabo de 4 o 5 días después de un proceso de peritonitis localizada, extensos decolamientos, abscesos sub-frénicos y de la herida, etc.

d) Se evitan los dichos estadios iniciales de la fístula post-operatoria con sus graves consecuencias sobre el estado general. Se evita también toda posible re-intervención.

e) La ausencia de fenómenos hipertensivos del asa aferente y de fenómenos inflamatorios pre-perforativos permite un evidente e innegable mejor funcionamiento de la neo-boca de gastro-yeyunostomía ;

f) No hay prácticamente peligro de deshidratación, pérdida de electrólitos, etc. por la fístula duodenal per-operatoria en los días sucesivos. Si la neo-boca es correcta, y nos negamos a admitir que por definición no lo sea, el peristaltismo natural del intestino evacúa el contenido duodenal en dirección caudal de una manera espontánea. En el caso N° 2 que vamos a presentar, la sonda de drenaje duodenal no dió nada a partir de las 48 horas del post-operatorio y al mismo tiempo se recogía bilis en abundancia por la sonda intra-gástrica. Sin embargo, debe instituirse la reposición de los flúidos, electrólitos, vitaminas, etc. si la pérdida fuera abundante.

g) La técnica es sencillísima y al alcance de todos ; es la

siguiente: Una vez seccionado el duodeno y decidido que no se puede cerrar con un ciento por ciento de garantías de éxito, se coloca en su interior una sonda Pezzer, Malecot o Nélaton de calibre muy fino. Se la ajusta con una jareta de catgut 0 que toma según los casos: a) mucosa duodenal, b) pared total anterior de duodeno y mucosa posterior, c) pared anterior total de duodeno y tejido pancreático en la parte posterior. Depende de la destrucción duodenal a la vista. Lo importante es ajustarla bien de modo que no haya pérdida a los costados de la sonda; y al mismo tiempo cuidar de no ocluir la luz de la sonda. Es conveniente pero no imprescindible efectuar un segundo plano invaginante; puede ser una jareta serosa o sero-pancreática, o bien el primer plano se cubre a puntos separados uniendo la cara anterior de la 2ª porción duodenal a la cabeza del páncreas o a la fascia pre-pancreática. Si este segundo plano es imposible de efectuar poco importa; como en el caso de ciertas colecistostomías sin hundimiento de la jareta total, el epiplón hace el resto.

Una vez colocada la sonda, se la saca por contra-abertura lateral derecha. Vuelto el enfermo a su cama, la sonda se coloca dentro de un bocal a la presión atmosférica corriente. *No debe usarse jamás aspiración continua ni debe aspirarse con jeringa.* Al cabo de 48 horas en promedio, la sonda da muy poco o nada. Al cabo de 10 días pueden realizarse radiografías de control. Se pinza el tubo durante 48 horas y se retira entre los 13 y 15 días. El trayecto fistuloso cierra casi instantáneamente; la curación del día siguiente está seca por lo general. La Mayo Clinic compara el método al drenaje de colédoco con vía biliar principal sin obstáculos.

Desde un punto de vista práctico no existe inconvenientes en este procedimiento.

Antes de pasar al estudio de los casos que fundamentan esta comunicación, queremos dejar bien establecido que no aconsejamos este procedimiento en los casos corrientes y está muy lejos de nuestro ánimo proponerlo como procedimiento de rutina. Pero, en los casos difíciles creemos firmemente que tiene todas las ventajas y ningún inconveniente y nos proponemos utilizarlo ampliamente en el futuro sin la menor prevención.

CASOS PERSONALES DE UTILIZACION DEL DRENAJE DEL MUNON DUODENAL

Nº 1) Hist. Nº B 1192. Archivo Personal. (Extracto).

L. de A. 68 años. Dispepsia hiperesténica de varios años de duración. Dolores de H. I., adelgazamiento, anorexia, astenia. Mal estado general. Palidez de piel y mucosas. PMx 90 Mn 50. Nada abdominal. A los Rayos X irregularidad de pliegues de región prepilórica con edema y depósito anormal que podría corresponder a un nicho. GR. 3.800.000 Hb 60 %. Anaclorhidria resistente a la histamina. Operación: Grueso nódulo de cabeza de páncreas con destrucción total de la pared posterior del duodeno. Dudamos si se trata de un úlcus con pancreatitis reaccional o de un carcinoma pancreático invadiendo duodeno. Decidimos efectuar gastrectomía. Otra conducta está formalmente contra-indicada dado el mal estado general del enfermo que no reaccionó a la terapéutica médica pre-operatoria. Al liberar el duodeno, la úlcera se abre al ras del píloro y alcanza por debajo a la 2ª porción duodenal. Drenaje de duodeno con sonda Pezzer fina ajustada por una jareta total y hundida por tres puntos más o menos invaginantes. Gastro-yeyunostomía. Duración total de la intervención: 1 hora 20 m. Bien tolerada.

Evolución post-operatoria: Sin incidentes. Excelente desde el punto de vista abdominal y gástrico. La sonda de drenaje dió 700 cc. el primer día, 500 cc. el 2º y nada desde entonces en adelante. Se efectuaron radiografías de control. El tubo fué pinzado el 10º día y permaneció así sin trastornos hasta el 14º en que fué retirado. Cierre inmediato de la fístula; cicatrización perfecta. Alta al 20º día.

El informe A. P. del Dr. Casinelli reveló una infiltración epiteliomatosa glanduliforme a células oscuras del extremo duodenal de la pieza de resección. Adeno-carcinoma secundario de duodeno.

El enfermo falleció a los 4 meses en caquexia, sin ningún trastorno gástrico.

Nº 2. His. B 1227. Archivo Personal (Extracto).

L. M. S., 32 años. Síndrome pilórico de 6 meses de duración. Examen físico negativo. A los Rayos X canal pilórico rígido, inextensible, muy afinado y con imágenes lacunares en su interior. Exámenes humorales normales.

Operación: Tumor pilórico firme, de tamaño de un huevo de paloma, adherente a cabeza de páncreas y raíz del mesocolon. Gastrectomía amplísima ensanchada por cáncer con exéresis de todo el bulbo duodenal. Drenaje del duodeno con sonda Pezzer muy fina ajustada por una jareta total y cubierta por un plano invaginante de cara anterior de 2ª porción duodenal a cabeza de páncreas. Gastroyeyunostomía. Duración total: 2 horas 35 m. Bien tolerada.

Evolución post-operatoria: Grave complicación pulmonar derecha que cedió a la terapéutica habitual. La sonda de drenaje duodenal dió 100 cc. el primer día, 100 cc. el 2º y nada desde entonces en adelante.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Se efectuó radiografía contrastada el 13º día y se retiró sin previo pinzamiento el 14º Cerró en pocas horas y cicatrizó bien. Alta al 16º día en buenas condiciones.

El Dr. Casinelli informó la existencia de una úlcera gástrica yuxtapilórica crónica cancerizada con invasión muscular y sub-serosa de la pared duodenal hasta 1 y $\frac{1}{2}$ cms. más allá del píloro, deteniéndose la invasión carcinomatosa antes del corte de sección duodenal.

Nº 3. — Hist. 1252. Archivo Personal (Extractado). A. C. 56 años. Dispepsia post-prandial desde hace 3 años. Síndrome pilórico desde hace 3 meses. En las últimas semanas la obstrucción es completa. Mal estado general, deshidratado, anémico. Clapoteo y reptación gástricos.

A los Rayos síndrome pilórico completo. Operación el 31 - III - 54. Gruesa úlcera duodenal perforada en cabeza de páncreas con destrucción de la pared posterior de la 1ª porción duodenal. Sección de duodeno y drenaje del mismo con sonda Pezzer muy fina ajustada por una jareta total y cubierto este plano por otro invaginante de cara anterior de duodeno a fascia pre-pancreática.

Evolución post-operatoria hasta el día de hoy: Excelente. La sonda dió 300 cc. en promedio por día durante 4 o 5 días. Se alimenta y mueve el vientre. Nada abdominal.

En el día de hoy lleva 7 días de operado y se encuentra en Sala Navarro del Hospital Maciel, a disposición de los Señores Consocios que deseen verlo. Naturalmente tiene aún su sonda "in situ".

No hay resultado del examen histológico aún, pero se trataba de una úlcera duodenal exteriorizada típica.

Marzo 1955: La evolución de este enfermo fué perfecta; se encuentra curado y ha aumentado 15 kilos en un año.

En resumen: Relatamos nuestra experiencia personal, muy limitada por cierto pero concluyente, con un nuevo procedimiento de tratamiento quirúrgico del muñón duodenal en gastrectomías de tipo Bilroth II. Establecemos su indicación, fundamentos y mostramos documentos radiológicos únicos en el país.

Dr. De Chiara. — La comunicación que ha presentado el Dr. Miqueo, además del valor intrínseco por la utilidad del procedimiento que ha merecido comentarios en Sala y con los cuales estoy completamente de acuerdo, tiene el valor de una experiencia de fisiología. Confirma que es función de hipertensión duodenal la dehiscencia del muñón, puesto que el mismo ritmo que lleva el drenaje de la sonda está demostrando que existe una hipertensión evidente en las primeras 48 horas, que en casos de cierre precario y de mantenerse llevarían fatalmente a la fístula; vale decir, que el porvenir se juega en el muñón duodenal, pero es función de una hipertensión que puede estar alejada en su causa.

Ahora bien, como esa hipertensión se presenta del punto de vista fisiológico como normal en toda anastomosis de este tipo, pienso que esta comunicación puede llevar a utilizar un procedimiento de rutina, para evitarla, ya no por el drenaje del muñón, sino por el drenaje a través de la neo boca, del asa aferente. Es decir, que esa sonda que los cirujanos dejamos en las primeras 48 horas hasta que se reinicia la alimentación y que la dejamos habitualmente en el estómago, no costaría nada pasarla en el mismo acto operatorio hacia el asa aferente, para dejarla drenada y no hacer correr el riesgo de esa hipertensión, y contra la cual no podemos luchar con métodos técnico ni tácticos; es una cuestión fisiológica. Felicito al Dr. Miqueo por la documentación presentada y el resultado obtenido.

Dr. Cendán. — Voy a hacer algunos comentarios respecto a la comunicación del Dr. Miqueo. En primer lugar para decirle que el procedimiento que él ha traído hoy a la Sociedad de Cirugía me parece, como lo ha dicho, muy útil para situaciones en las cuales el cierre del muñón duodenal constituye un serio problema a resolver. El ha hecho algunas consideraciones del punto de vista de la fisiología patológica del post operatorio y ha dicho entre otras cosas algo que no estoy completamente de acuerdo o por lo menos no considero como un hecho único: la hipertensión duodenal a punto de partida de los trastornos en la evacuación del asa aferente por obstáculos en la neo boca o en el asa aferente misma.

Nosotros, el año pasado, trajimos a la Sociedad de Cirugía un trabajo sobre dehiscencia del muñón duodenal en el cual analizábamos todos los casos que habíamos tenido ocasión de observar en las guardias del Maciel y de ese estudio llegábamos a la conclusión de que si en realidad el factor determinante de la dehiscencia duodenal es el factor hipertensión duodenal, ese factor hipertensión como muy bien lo dice el Dr. De Chiara es un factor obligado del post operatorio, y tiene una entidad variable de acuerdo con diversas circunstancias. Cuando hay un obstáculo mecánico a la evacuación del asa aferente, la hipertensión llega a grados elevados y es factor decisivo de dehiscencia aun cuando el cierre del muñón duodenal haya sido realizado correctamente.

Pero existe otra serie de casos en los cuales el problema no está tanto en la hipertensión sino en la incapacidad del organismo para realizar la cicatrización, en los casos de neoplasma, por ejemplo, casos en los cuales basta la hipertensión relativa por íleo duodenal post operatorio para que la dehiscencia sobrevenga, y ello sin que existan obstáculos a la evacuación del asa aferente. Vale decir entonces que creo que el factor hipertensión duodenal por obstáculo mecánico en la neo boca, o no, es el responsable de la dehiscencia del muñón duodenal y no porque la neo boca haya sido mal hecha; muchas veces puede ser correctamente hecha. He tenido ocasión de ver en la autopsia, casos en los cuales el aspecto de la neo boca era normal. En otros casos, el factor obstructivo mecánico es evidente y obedece a diversas causas: en primer lugar por la

técnica de gastroenterostomía empleada, por ejemplo el uso de la transmesocólica que significa una tracción sobre la neoboca fijada al mesocolon o el uso de la pre cólica, cuando se ha hecho una resección gástrica muy grande que trae como consecuencia que una vez terminada la intervención el muñón de estómago se retrae y acode el asa aferente, es decir que no se ha dejado un asa aferente suficientemente larga para evitar el accidente. En esos casos la hipertensión duodenal mecánica juega un papel fundamental. Para obviar el inconveniente de la hipertensión duodenal, aparte de los cuidados en la técnica, existen otros medios; por ejemplo, en el curso de la intervención se aconseja lo que el Dr. De Chiara decía hace un momento: la inturbación del asa aferente; y para eso se ha ideado una serie de tubos reabsorbibles o no reabsorbibles, que son dejados un cierto número de días hasta que la hipertensión, desaparece, pero eso no ha tenido general aceptación. En cambio el procedimiento del drenaje del muñón duodenal para obviar esos inconvenientes, tal vez sea la mejor solución, pero insisto en un hecho: cuando el cirujano está convencido de que no hay un obstáculo a la evacuación de la asa aferente que pueda incidir en el post operatorio no importa la manera como se cierre el muñón duodenal. He llegado a dejar algunos muñones duodenales en los cuales estoy seguro de que el cierre ha sido precario y aún incompleto, y para ponerme a cubierto de accidentes he puesto un tubo de drenaje cerca del muñón. El post operatorio marchó sin embargo perfectamente bien, lo que quiere decir que la evacuación del asa aferente se realizó bien y no hubo hipertensión y si la hubiera habido con sutura en buenas condiciones, seguramente la dehiscencia se hubiera producido a pesar de la sutura, de manera que estoy de acuerdo con el Dr. Miqueo que el procedimiento del drenaje del muñón duodenal es un excelente procedimiento para los casos que lo exijan, pero que no se debe prodigar y creo que sería un procedimiento aconsejable en los casos precisamente donde la alteración humoral o del orden que se quiera llamar, en los casos de neoplásicos donde uno sabe que existe una gran tendencia a la dehiscencia, esa sería desde luego la principal indicación, a mi manera de ver, y muchas gracias.

Dr. Miqueo. — Agradezco a los señores consocios el interés con que han escuchado la comunicación, y en particular a los que han hecho uso de la palabra.

Con el Dr. Bermúdez estoy completamente de acuerdo, también con el Dr. Stajano. En cuanto al punto que él trata de las complicaciones post operatorias, me parece sumamente interesante de desarrollar en otra oportunidad, por cuanto el objeto de esta presentación es el drenaje del muñón duodenal.

Creo con el Dr. De Chiara que el drenaje a través de la neo boca de la sonda intra gástrica es un buen procedimiento, y que debiera usarse más de lo que se usa; porque hay un periodo evidente de las 24, 48 horas que la neo boca no se evacúa bien, tanto es así que cuando las co-

sas marchan bien al cabo de 24 o 36 horas se recoge bilis y a las 48 horas el agua que toman los enfermos no se recoge. Hay pues un período en el cual la neo boca no funciona; eso es evidente y fisiológico.

Ahora, con respecto al Dr. Cendán, estamos en parte de acuerdo; creo que estamos casi en todo. No niego que existe la hipertensión duodenal por obstáculos de la neo boca del asa aferente. En primer lugar creo que existe una hipertensión duodenal normal o fisiológica de las primeras 48 horas de la intervención quirúrgica pero estamos un poco en desacuerdo en otros puntos. Si el muñón no ha sido bien suturado entonces puede fallar; no estoy tan de acuerdo que el muñón no cicatrice en los neoplásicos o en los enfermos debilitados. Por lo menos esa no es mi experiencia; el primer caso que presenté muestra un enfermo en pésimo estado general, con un neoplasma secundario de duodeno, y sin embargo la cicatrización de la pared fué perfecta y la cicatrización de la fístula duodenal, también.

El Dr. Cendán habló de neo-bocas correctamente efectuadas cuya asa aferente quedó corta o angulada; a eso lo llamo una neoboca incorrectamente efectuada por bien hecha que haya quedado la sutura.

Estoy de acuerdo que no es un procedimiento prodigable; lo digo en el trabajo. No es un procedimiento que recomiende como procedimiento de rutina, pero en los casos que no se puede obtener en el 100 % de garantías de cierre del muñón duodenal, es un procedimiento que puede dar grandes resultados y salvar la vida del enfermo.