

## EL SÍNDROME DEL ASA AFERENTE DESPUÉS DE LA GASTRECTOMIA (\*)

Dr. Domingo Prat

El síndrome del asa aferente o sus trastornos después de la gastrectomía, comprende el disfuncionamiento de la anastomosis gastro intestinal, que se manifiesta en los días subsiguientes o un poco más tardíamente, después de la operación de G.E. o de la gastrectomía. Nos ocuparemos de preferencia y casi exclusivamente de las complicaciones de la gastrectomía porque este disfuncionamiento además de ser bastante similar con el de la G.E., las de la ectomía son más importantes y graves, por sus mayores y más serias consecuencias, sin olvidar que la dilatación aguda del estómago y el círculo vicioso en la G.E., son complicaciones en mayor relación y frecuencia con esta operación.

Al planear el examen y estudio de este síndrome del asa aferente en la gastrectomía, debemos establecer que hay que actuar con cautela para no provocar confusiones, dado que a menudo aparecen después de la gastrectomía trastornos atenuados que se consideran como fenómenos de adaptación fisiológica post-gastrectomía, que desaparecen rápidamente y que no tienen la jerarquía ni la importancia de los trastornos que estudiamos en el síndrome del asa aferente y es por eso que éste, merece ser individualizado como una entidad patológica especial y que por lo tanto, debe ser estudiado independientemente. Otras veces el síndrome del asa aferente adquiere una mayor agudeza e importancia y puede confundirse con los fenómenos oclusivos que sue-

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía, el día 25 de mayo de 1955.

len complicar la gastrectomía y entonces sobrevendrá la duda, de si se trata de un íleo o de un simple síndrome de asa aferente.

Debemos destacar desde ya, que un buen criterio clínico, una experiencia amplia del cirujano y sobre todo, después de un completo examen clínico - radiológico de estas manifestaciones patológicas de las complicaciones de la gastrectomía, permitirá en la mayoría de los casos establecer un diagnóstico preciso y exacto. Queremos adelantar que no es nuestro deseo ni nuestra misión, ocuparnos extensamente en esta comunicación, de las complicaciones obstruictivas agudas de la gastrectomía, sino con la sola finalidad de diferenciar lo mejor posible esta complicación del síndrome del asa aferente. Consideramos conveniente establecer finalmente una síntesis de la obstrucción aguda del asa aferente en la gastrectomía, para individualizarla mejor y reconocer bien ambas complicaciones.

El síndrome clínico del asa aferente de la gastrectomía aparece habitualmente en los días que siguen a esta operación y se manifiesta por *dolores* del epigastrio o sub hepáticos, que tienen la característica de sensación de plenitud, pesadez o distensión, que aparecen de 15 á 45 minutos después de la ingestión de los líquidos o alimentos; molestias que suelen ser atenuadas, pero que pueden adquirir intensidad paroxística o de cólico, que puede hacer sospechar un accidente oclusivo. Estos dolores se calman o cesan de 1 á 3 horas, sobre todo después de los vómitos.

El *vómito* constituye el segundo síntoma importante que es muy significativo; son *vómitos de bilis*, post prandiales, abundantes de 150 á 400 c.c. y con su principal característica de ser exclusivamente *biliosos*, sin embargo, pueden presentar a veces, restos de alimentos. Es esta una importante y significativa manifestación semiológica de los *vómitos biliosos* lo que justifica que algunos clínicos pretendían diferenciar este síndrome como originario del asa aferente, sin intervención del asa eferente, ya *que la derivación de los alimentos no sufre interrupción alguna.*

El estado general se altera rápidamente en estos pacientes puesto que se *deshidratán intensamente* y *adelgazan* por la limitación o supresión de la alimentación debido a los trastornos de disfunción. Los enfermos tienen un facies desmejorado y de angustia, asténicos y con sudores fríos; no presentan tinte icterico,

signo que nos servirá para sospechar o reconocer las complicaciones biliares de la gastrectomía.

El examen clínico del paciente revela cierta distensión del vientre superior (epigastrio e hipocondrio derecho), a veces meteorismo y sensibilidad a la palpación de la región operatoria.

Todos éstos trastornos de disfuncionamiento del post operatorio gástrico, hacen que la primer sospecha diagnóstica que establece el cirujano, es la posibilidad de una complicación mecánica de íleo y es por eso, que generalmente se recurre de inmediato al examen radiológico y éste sorprende porque, se comprueba una evacuación normal del estómago residual y un funcionamiento regular de la anastomosis, sin alteraciones del asa eferente. El *asa aferente* generalmente no se visualiza por el examen radiológico y es en esta afirmación que concuerdan la mayoría de los radiólogos y cirujanos, salvo la opinión contraria de Vachon, Mansuy y Lejeune, que encontraron en su caso, *éstasis de barita en el asa aferente* que estaba en *atonía y dilatada*. Esto contrasta categóricamente con la opinión de los clínicos y radiólogos, que destacan la *imposibilidad de poder visualizar* radiológicamente el asa aferente en estos casos de evolución patológica y que al ser visible permitiría resolver con seguridad y de inmediato la patogenia de los trastornos funcionales.

El disfuncionamiento del síndrome del asa aferente puede durar unos 5 ó 6 días, aunque puede también reagudizarse desde el séptimo día, pero en general se atenúa después de su primera crisis y los vómitos disminuyen en intensidad y cantidad, hasta desaparecer completamente al cabo de algunos meses; los dolores suelen persistir más aún que los vómitos, hasta que el estado general se recupera y el enfermo mejora mucho o se cura.

El síndrome del asa aferente puede presentar diferentes grados de intensidad, desde las formas atenuadas que permiten que pasen completamente inadvertidos los disfuncionamientos de la gastrectomía y es por eso que muchos cirujanos desconocen esta complicación de la cirugía gástrica; en cambio, existen casos de manifestaciones clínicas bien evidentes e inconfundibles, que suelen presentarse también con la sintomatología de trastornos graves, que a menudo requieren una intervención.

En lo que respecta a la patogenia de este síndrome del asa

aferente en la gastrectomía, la primera y más lógica interpretación que surge al cirujano, es la de explicar por una causa mecánica estos trastornos o disfuncionamientos de la anastomosis gastro - intestinal. Ahora bien y refiriéndonos a la gastro yeyunostomía, que es la forma más común de reconstitución del tránsito gastro intestinal después de la gastrectomía, la característica de los síntomas con vómitos biliosos sin alimentos y por otra parte el funcionamiento regular del asa eferente con una actividad normal de la anastomosis, no permite aceptar que *un agente mecánico pueda influir sólo e independientemente en el sector aferente de la neo - boca, dejando completamente intacto el eferente.*

La comprobación radiológica y el examen anatómico realizado en las reintervenciones que tuvieron la confirmación de la normalidad de la anastomosis y del asa eferente, llevan a la misma comprobación excluyente de una causa mecánica.

Otras hipótesis se han planteado que han sido desechadas: la infección p. ej., pero no se ha comprobado la existencia de procesos inflamatorios, vale decir, adherencias, bridas, etc.

La posibilidad de un edema local o la obliteración de la neo boca por un deslizamiento mucoso o un espasmo, son teorías que han sido desechadas por su inconsistencia.

En cambio la hipótesis de la *sección nerviosa del vago* que fatalmente se realiza en la gastrectomía, es una tesis que se acepta como posible etiopatogenia del síndrome del asa aferente y en el trabajo de Roux, Pédoussaut y Marchal de Montpellier, publicado en 1950 en el Lyon Quirúrgico, establecen la sección del vago como causal de este disfuncionamiento por dilatación atónica del duodeno. Vachon, Mansuy y Lejeune, en su comunicación de los "Archivos del aparato digestivo" en 1953, también aceptan esta teoría; pero ya en 1942, Mallet - Guy y Marion, habían presentado un caso de dilatación atónica del duodeno, curado con la duodeno - yeyunostomía y que permitió establecer a estos autores que el síndrome patológico post operatorio, era producido por la sección del vago en la gastrectomía, de acuerdo con las investigaciones de la tesis de Wertheimer (1) y las experiencias de G. Morin (1936), en que la sección del vago en el tórax provoca la *disminución del tono, dilatación y enlentecimiento*

*del tránsito en el estómago y el duodeno.* Este hecho con la semejanza de lo que ocurre en la distonía de las vías biliares llevó a Mallet - Guy y Marion a plantear su hipótesis patogénica de considerar la sección del vago como agente principal del síndrome que estudiamos.

El planteamiento de esta hipótesis etiopatogénica, nos proporciona la oportunidad de comentar esta teoría y de paso, volver a considerar un importante problema de la fisiología de la gastroenterostomía, que ya tratamos ampliamente en nuestra primera comunicación.

Existe de parte de los cirujanos el convencimiento que la G.E. es una operación insuficiente o imperfecta, inferior a la gastrectomía y que persiste sólo por las contraindicaciones de esta intervención y que ha sido casi totalmente abandonada en la cirugía contemporánea.

Siempre hemos creído y estamos plenamente convencidos de haber demostrado lo exagerado de este juicio, con la presentación de nuestros operados de G.E. después de muchos años de la intervención, que ese criterio es una opinión muy restringida, que el fallo justo no puede ser tan absoluto y que ni siquiera es exacto, en particular en lo referente a la terapéutica del *ulcus duodenal*, siempre que se realice una G.E. que asegure el drenaje completo del antro gástrico y que suprima el hiperfuncionamiento del estómago resecaado. Los cirujanos que no opinan así se defienden estableciendo que todos los cirujanos realizan una G.E. técnicamente igual o semejante; conclusión equivocada que no aceptamos y la prueba de ello la tenemos en el resultado favorable y sin complicaciones de las G.E., practicadas con una técnica correcta y precisa tal cual lo hemos preconizado.

Acabamos de experimentar una inmensa satisfacción con la reciente publicación de Dragstedt y Feit sobre la "Vagotomía Gástrica en el tratamiento de la úlcera péptica" (2). Dragstedt el creador de la vagotomía en la terapéutica del *ulcus duodenal*, en este último trabajo que comentamos (Lyon Quirúrgico, agosto-setiembre de 1954), afirma de acuerdo con su experiencia, después de haber realizado 870 vagotomías con excelente resultado en el 90 % de los casos y sin mortalidad en los 300 últimos pacientes operados.

Pues bien, Dragstedt y Feit establecen que la vagotomía debe ser regularmente acompañada de una G.E. posterior de pequeñas dimensiones y localizada en el antro gástrico para prevenir el éstasis y la hiperfunción antral, que origina la sección del vago.

Nosotros hemos insistido mucho en la realización de esta G.E., no sólo localizada en el antro, sino que establecíamos *su precisa ubicación juxta pilórica*, para que así funcionara correctamente con excelente drenaje, sin peligro de producir retención. Es por eso que no estamos de acuerdo con la indicación y tolerancia de Dragstedt y Feit de realizar la G.E. a 8 ó 10 centímetros del píloro, práctica a evitar y desechar por los inconvenientes comprobados por nosotros.

Dragstedt confirma ahora con su amplia experiencia, lo que queda comprobado por los excelentes resultados del destacado cirujano de Chicago. Quedaría la oportunidad de comentar la posibilidad de la complicación del *ulcus péptico* en cualquiera de estas técnicas, cosa que no trataremos aquí, aunque conviene destacar como lo ha establecido Santy, quien por las enseñanzas de su maestro Delore, que le inculcó el dogma de que la terapéutica del *ulcus gástrico* que requiere una *gastroduodenectomía* y afirma categóricamente, que desde que emplea esa práctica *no ha tenido ulcus péptico*. Parodiando a Santy, deseamos declarar que desde que practicamos la G.E. cumpliendo nuestros preceptos, la úlcera péptica ha sido la excepción.

Esto podría estar de acuerdo con la hipótesis de Dragstedt, Oberhelman, Evans y Rigler, de Chicago, cuya experiencia los autoriza a establecer que: las *úlceras gástricas* son debidas a la hipersecreción de jugo gástrico de *origen humoral u hormonal* y las *úlceras duodenales*, se deben a una hipersecreción de jugo gástrico de *origen nervioso*.

Debemos apresurarnos a declarar que simpatizamos muchísimo con la teoría de Mallet Guy y Marion y aceptamos su patogenia de la sección del vago, porque desde 1916, cuando iniciamos el método de Balfour del tratamiento del *ulcus gástrico* de la pequeña curva *por cauterización*, que destruía el vago y el pedículo vásculo nervioso de la pequeña curva; provocó una atonía con dilatación en palangana del segmento inferior antral del

estómago, con retención gástrica en nuestros pacientes, que nos obligó en algunos casos a realizar una G.E. complementaria, que resolvió definitivamente la retención antral.

Esto nos decidió a desechar la técnica de Balfour en la terapéutica del ulcus de la pequeña curva y aprendimos a conocer además, las consecuencias fisiológicas que origina la sección del vago en el estómago y por eso no quisimos practicar la técnica de la vagotomía, posteriormente preconizada por Dragstedt y

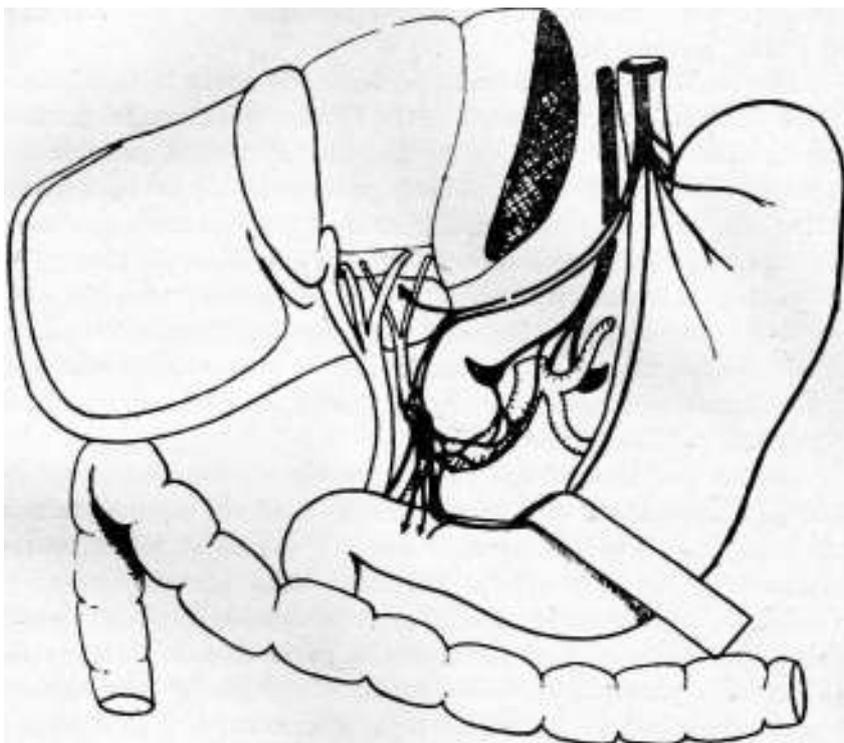


FIG. 1

que nuestra limitada experiencia nos había enseñado que la sección del vago en la gastrectomía, podía ser la causa de tales disfunciones digestivas y distonías biliares.

Es por estas razones que además de no practicar la vagotomía en la terapéutica del ulcus gastroduodenal, hemos llamado también la atención sobre la posibilidad de que la gastrectomía o la maniobra de Kocher, del despegamiento pancreático duode-

nal, puedan ocasionar alteraciones funcionales anatómicas y fisiológicas, que modifiquen fundamentalmente los resultados de la terapéutica operatoria en que se emplea esta maniobra, como lo destacamos en la 2ª comunicación de esta serie: "Complicaciones biliares de la gastrectomía" y mencionadas también en el trabajo de Zabaleta, Uriburu, García Sigüero y Gazzotti, sobre "Modificaciones anatómicas y funcionales de las vías biliares en los gastrectomizados" y publicado en la "Patología del estómago operado", del Congreso de Gastroenterología de 1953, en Mar del Plata, Buenos Aires.

El completo estudio anatómico realizado sobre la innervación gastro duodenal, perfeccionado estos últimos años con la precisa investigación de la innervación de las vías biliares, al estudiar las distonías, ha permitido establecer precisamente, la innervación gastro duodeno biliar del neumogástrico y por eso se conoce bien la distribución del vago y de aquí que, en el trabajo de Roux, Pédoussaut y Marchal, que establecen la patogenia vagal del síndrome del asa aferente, ilustren con esquemas demostrativos la topografía del vago y su supresión funcional por la sección que en la gastrectomía puede sufrir este nervio en sus ramificaciones originando los trastornos.

De los dos troncos del vago, anterior y posterior, como lo pone de manifiesto el esquema de la Fig. 1, se ven algunas ramas nerviosas que siguen la pequeña curva y llegan al píloro, otras forman el plexo de la arteria hepática; otras van al duodeno y al colédoco, agrupándose alrededor de la arteria pilórica, donde están expuestos a la sección durante la gastrectomía. Existe otra vía nerviosa proveniente de las ramas eferentes del plexo solar, de naturaleza mixta, destinadas a las vías biliares y al duodeno y que según Royster corresponden preferentemente al vago.

En los esquemas 2 y 3, Roux y colaboradores establecen la denervación que se puede originar con la gastrectomía, según la altura mayor o menor de división de la rama hepato pilórica del vago y según que la gastrectomía sea muy amplia o sólo limitada a la parte inferior del estómago.

Según las experiencias de Mallet - Guy y sus colaboradores, admiten que la sola sección de la rama anterior del vago, provoca la atonía de la innervación regional correspondiente, sin ser

reemplazada por la acción de la rama posterior; como ocurre, en una úlcera duodenal con síndrome de hipertensión, la gastro-duodenectomía, corrige la hipertensión cística y coledociana por interrupción del vago.

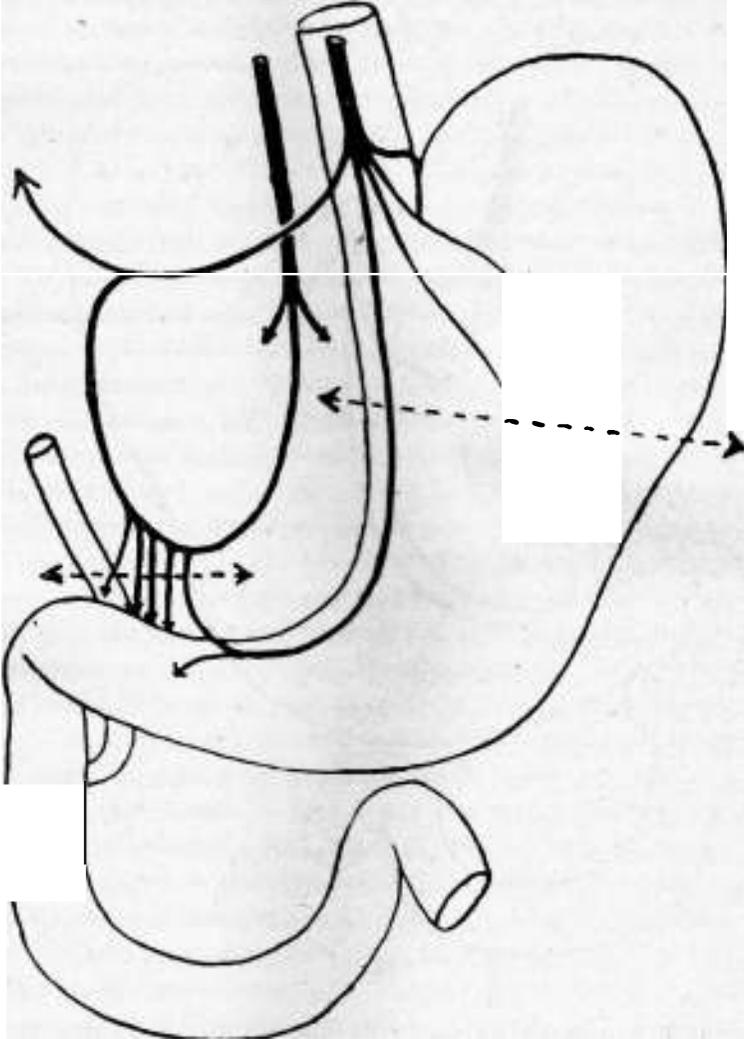


FIG. 2

Estos hechos que acabamos de comentar parecen establecer que la patogenia nerviosa de los trastornos de la sección del vago,

que aparecen después de la gastrectomía, autorizan a establecer una hipótesis seria y lógica de la patogenia de estos trastornos o complicaciones y que es precisamente ella la que está más de acuerdo con la anatomía, la fisiología y las comprobaciones operatorias de estas lesiones como la atonía y distensión duodenal.

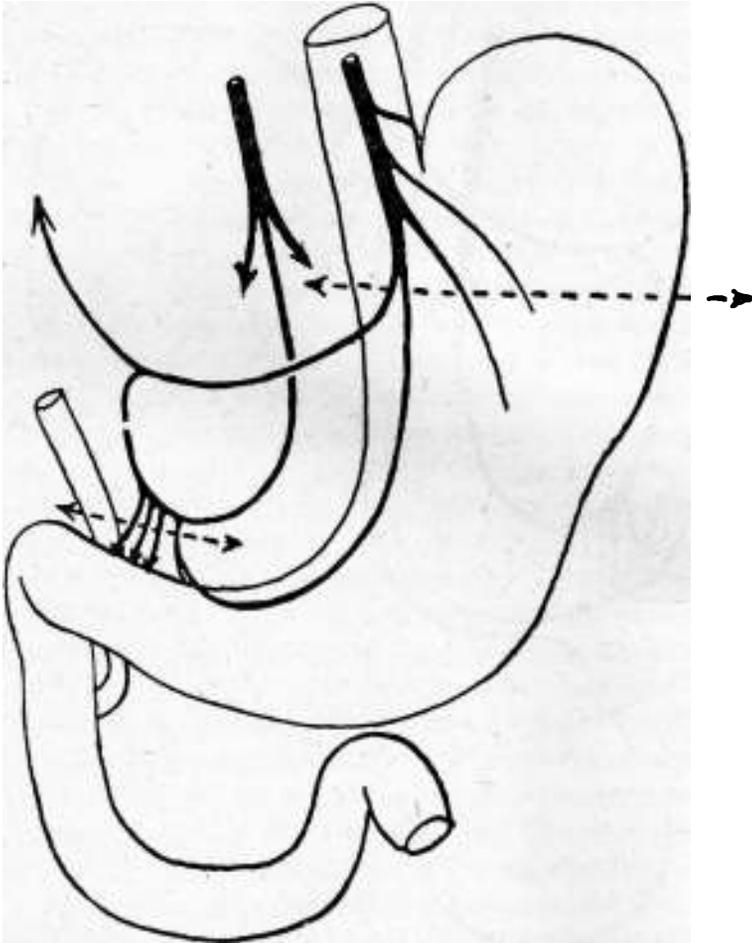


FIG. 3

Debemos admitir que a veces las disfunciones pueden presentarse como consecuencia directa de la simple y única lesión nerviosa, mientras que en otros casos, la etiopatogenia puede estar asociada a defectos mecánicos por errores de técnica, procesos inflamatorios, etc., a lo que está muy expuesta la cirugía

gástrica y que complicarán el proceso haciendo más difícil la explicación y diagnóstico del trastorno post-operatorio.

No olvidemos nunca que un cirujano que inicia su práctica tendrá al principio complicaciones y resultados defectuosos, que desaparecen a medida que se adquiere práctica y experiencia, lo que quiere decir, que debemos plantear siempre, si las molestias y secuelas no corresponden a deficiencias de la técnica o complicaciones infecciosas; para suprimirlas o corregirlas. Es por esto que a pesar de admitir la evidente intervención de la sección vagal, en la patogenia del síndrome del asa aferente, aceptamos también la visible acción mecánica de los errores de técnica y la inflamación perivisceral, como agente causal del síndrome.

En cuanto al tratamiento del síndrome del asa aferente, ya vimos que existen dos grados que establecen una diferenciación principal: accidentes simples y de poca jerarquía, que se corrigen generalmente con el sondeo y el lavaje gástrico, que recomendamos realizar particularmente con la sonda de intubación intestinal y no con el tubo de Faucher, que es traumatizante y hasta peligroso.

Consideramos que muchos de estos síndromes no aparecen por la excelente práctica de dejar la sonda gástrica a permanencia en los operados de estómago durante 24 ó 48 horas, para aspirar el contenido gástrico que nos parece la mejor profilaxis del post operatorio de estos trastornos y que colabora eficazmente para obtener un post operatorio normal y corriente.

Muchos cirujanos no han tenido oportunidad de comprobar estas complicaciones de la gastrectomía o que después de haber adquirido experiencia en esa operación no las tienen; pero tan pronto como se manifiesten sus síntomas, se debe recurrir al tratamiento médico de elección, si persisten aquéllos se realizará el estudio cuidadoso del equilibrio biológico del paciente, que es de rigor en todo post operatorio y no se retardará *el examen radiológico del funcionamiento de la anastomosis*, lo que nos orientará eficazmente para el diagnóstico.

En los casos graves o persistentes conviene y todos los cirujanos están de completo acuerdo, en no retardar la reintervención; una vez bien comprobado el diagnóstico y su no regresión y sí por el contrario, la agravación de los síntomas.

La operación estará de acuerdo con las lesiones encontradas después de una completa y precisa exploración operatoria y minuciosa búsqueda de las lesiones. Comprobado el síndrome del asa aferente que hemos estudiado, la operación de elección será la *anastomosis yeyuno yeyunal o duodeno yeyunal*, según la operación realizada en la reconstitución del tránsito gastro intestinal. Esta operación en la generalidad de los casos ha dado excelente y rápido resultado, que parece establecer una confirmación más de que la patogenia está en relación con un proceso funcional de atonía de origen nervioso, vale decir, la sección de los filetes del vago y del simpático que provocan la enervación gastro duodenal y de las vías biliares con la aparición de los trastornos funcionales ya conocidos.

Agotado nuestro tema principal, podemos ocuparnos ahora de la síntesis prometida sobre el íleo agudo en la cirugía gastro intestinal.

La grave complicación del íleo se ha presentado con relativa frecuencia en cirugía gástrica como lo comprueban los casos publicados en nuestra obra "Ileo" de 1931 (3), en la que se describen los tipos de oclusión de la G.E., que con la anastomosis fijada en la brecha mesocólica, que se desplaza aquella al piso supra mesocólico, provocando la estrangulación.

Se han relatado casos de invaginación retrógrada de las asas anastomóticas, sin olvidar que los hechos más frecuentes de oclusión son por estrangulación del intestino delgado o del grueso, ya sea del asa aferente o eferente, en que actuaban éstas como bridas, torsión o vólvulo del asa o que se producía la estrangulación del delgado en anillos o forámenes residuales como la hernia de Petersen, etc.

En nuestro Boletín del "Instituto de Clínica Quirúrgica" de 1948 (4), se publican dos casos de íleo post gastrectomía; uno de Prat y otro de Miqueo, que hicieron una complicación oclusiva por torsión y brida del asa aferente de la gastrectomía realizada en posición aniso peristáltica de derecha a izquierda, oclusión producida meses después de la operación, complicación que originó la muerte de los dos pacientes.

En agosto de 1953, los Profs. Cendán Alfonzo (5) y Piquinela (6), en la "Sociedad de Cirugía del Uruguay", presentan

comunicaciones sobre la obstrucción aguda cerrada del asa aferente en la gastrectomía; ambos autores en sus trabajos, tienen particular interés en destacar la complicación de la dehiscencia del muñón duodenal en este tipo de íleo.

Más recientemente en junio de 1954, Schena presenta en la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires, una comunicación sobre "Obstrucción aguda del asa aferente pre colónica en la gastrectomía" (7), en la discusión que originó este trabajo, intervinieron muchos cirujanos argentinos.

Como se comprende no podemos ni debemos abordar este problema del íleo agudo, como complicación de la gastrectomía; pero como su cuadro clínico tiene una aparente similitud que a veces podría confundirse con el síndrome del asa aferente o con el "dumping", consideramos conveniente hacer algunos comentarios sobre la obstrucción aguda en la gastrectomía, por lo menos para tratar de diferenciar bien el diagnóstico de estos síndromes y especialmente para establecer una correcta y precisa orientación terapéutica.

El síndrome de la obstrucción aguda de la gastrectomía como manifestación del íleo, se caracteriza por sus síntomas cardinales: el dolor en forma de cólico paroxístico; el vómito con supresión de toda eliminación por el intestino y el balonamiento del vientre. El examen radiológico y el sondeo, nos darán datos y signos de exploración semiológica que permitirán comprobar rápidamente el diagnóstico, que la operación de urgencia confirmará. En el síndrome doloroso del asa aferente, los trastornos y los síntomas *no son tan graves ni agudos*, aunque por excepción pueden existir cuadros de intensidad pasibles de confusión, pero por lo general esta complicación se produce a continuación de la gastrectomía y no como el íleo que por lo general se presenta más tardíamente y con su característica gravedad inicial.

Quiere decir que el cirujano debe establecer una *neta diferenciación* entre la obstrucción aguda, inmediata o tardía de la *gastrectomía* y el *síndrome del asa aferente*, que se caracteriza y se diferencia por su manifestación clínica con trastornos de pequeña jerarquía y los vómitos *exclusivamente biliosos, sin trastornos funcionales del asa eferente*, cosa que la radiología pone bien de manifiesto.

Dijimos ya que en el síndrome del asa aferente, aceptando la teoría etiopatogénica de la sección del vago, que el duodeno y aún toda el asa aferente sufren una *atonía y dilatación*, que provocará el *relleno paralítico* de esta asa; creo que Pasman la ha llamado el "*llenamiento*" del asa aferente. Esta atonía, parálisis, dilatación y relleno del duodeno, seguramente favorece la dehiscencia del cabo duodenal y hasta el estallido del asa y por eso, el evitar esta grave complicación será la principal preocupación del cirujano.

En los casos presentados por Cendán Alfonso y Piquinela, se comprobó que la dehiscencia del cabo duodenal, se produce después de la obstrucción aguda de la gastrectomía y por lo general como existe un íleo evidente, se admite que la causa principal de la perforación duodenal o estallido del asa, se debe a la oclusión; por nuestra parte nos permitimos sugerir la posible intervención de una patogenia mixta, mecánica y nerviosa, aunque resulta indudable, que es más difícil explicar esta intervención nerviosa cuando el íleo aparece tardíamente después de la gastrectomía, cosa mucho más factible de interpretar, si la complicación fuese consecutiva a la operación, que es cuando la sección nerviosa ejerce su mayor acción fisiológica.

Tanto Cendán Alfonso como Piquinela, llaman la atención sobre la aparición del dolor lumbar posterior derecho, previo a la perforación duodenal y a la complicación de la pancreatitis en la obstrucción aguda avanzada del asa aferente, que constituye un excelente signo que debe tener muy presente el cirujano, para actuar rápidamente operando de urgencia al paciente, antes del estallido duodenal con la fatal producción de la temible peritonitis.

Entre los medios eficaces a que recurre la cirugía actual para evitar o limitar por lo menos estos accidentes de retención gastro duodenal post gastrectomía, parece haber dado excelente resultado, el empleo de la sonda gástrica a permanencia, ya sea la sonda simple de Einhorn, la más práctica, porque es la que tenemos más a mano, disponible y pronta siempre para su funcionamiento o emplear las sondas especiales de dos ramas, una para el asa aferente y otra para la eferente. (Sonda en horquilla de

Wangensteen y otros modelos). Algunos cirujanos tienden a des-  
echar actualmente, el uso de estas sondas.

Consideramos que el empleo de estas sondas en el post operatorio de la cirugía gástrica tiene una importantísima función profiláctica de los accidentes y constituyen también un importante colaborador para realizar el equilibrio biológico humoral por vía oral, en las salas de recuperación de los pacientes durante el post operatorio.

Algunos cirujanos ante la posibilidad o inminencia de la dehiscencia del cabo duodenal, han aconsejado el drenaje del *duodeno* (Mayo), pero sabemos que todo drenaje cerca de una sutura como la del cabo duodenal, expone siempre a la falla de la sutura; por eso hay cirujanos que recomiendan la derivación del duodeno con una sonda, como lo ha hecho Miqueo entre nosotros; existen sondas especiales como la de Soupault y nos parece que puede ser ésta una *práctica recomendable si se demostrara la ineficacia de las sondas de derivación gastro duodenal* en el post operatorio. Estas sondas de derivación podrían resolver la atonía post gastrectomía, que provoca el llenamiento del asa aferente, consecutivo a la sección nerviosa vagal por la gastrectomía.

Entre los múltiples problemas que quedan por considerar nos parece que el que tiene mayor jerarquía, es el comentario sobre la realización de la gastrectomía con la anastomosis transmesocólica o la pre-colónica, práctica que ha adquirido enorme vulgarización en la cirugía gastro duodenal actual.

Es bien sabido que el método clásico y de elección de la reconstitución de la circulación gastro intestinal, después de la gastrectomía, hasta unos años ha, era la anastomosis posterior trans-mesocólica de asa corta (Mayo), por el Reichel-Polya o el Hoffmeister-Finsterer, de *boca chica*. Kronlein inició la técnica del asa pre-colónica en esta anastomosis y Balfour fué uno de los mayores propagandistas de este método. Von Haberer también lo realizó en su clínica y este procedimiento se fué generalizando rápidamente en la cirugía mundial, sobre todo al contar con el apoyo de Moynihan que en su obra de "Cirugía Abdominal" la preconizaba; se agregó también la colaboración de Marshall,

lo que significó que ese procedimiento contó con el alto patrocinio de Lahey.

Bidart Malbran en 1938, presenta a la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires, una comunicación de 120 casos de gastrectomía con anastomosis precolónica y en el relato realizado por Pasmán, se comprueban cuatro complicaciones: una dilatación aguda de estómago y tres casos de úlcus péptico. Sin pretender establecer conclusiones definitivas, concluía Pasmán catorce años ha, que en la terapéutica del úlcus gastro duodenal, cuando existe cualquier razón que contraindique o dificulte la realización de la anastomosis transmesocólica, debe efectuarse la precolónica, sobre todo cuando la resección es amplia y la clorhidria baja y es por esto último, que en la cirugía del cáncer gástrico, la anastomosis precolónica no tiene sino ventajas sobre la transmesocólica.

Como criterio personal que sintetiza nuestra anterior experiencia, nos parece que la anastomosis precolónica es más simple y sencilla que la transmesocólica, obteniéndose buenos resultados desde la iniciación de su práctica, que requiere más especialización y experiencia en la técnica de la transmesocólica. Esta operación nos satisface más como procedimiento operatorio, sin desconocer que la complicación de la fístula gastro yeyuno cólica por úlcus péptico, es peculiar de esta anastomosis y de una evidente gravedad terapéutica. Además la anastomosis transmesocólica la consideramos categóricamente contraindicada en los casos de mesocolon excesivamente grasoso, normal o patológicamente retraído, cuando la vascularización del meso no es visible o cuando el mesenterio o el meso no permiten el desplazamiento del asa yeyunal en las amplias resecciones gástricas.

Fuera de sus particulares excepciones, la anastomosis precolónica ha dado excelentes resultados y a ello se debe su propagación creciente.

Como comentario final diremos que los accidentes de obstrucción aguda o el síndrome de asa aferente se observan en los dos tipos de anastomosis: transmesocólica o precolónica, no sabemos en que proporción precisa para cada una de ellas y además estas complicaciones suelen presentarse *según los cirujanos*, con cualquier modalidad de anastomosis.

En lo referente a la terapéutica de las complicaciones del íleo o del síndrome del asa aferente, existe al parecer una diferencia capital, una vez establecido el diagnóstico preciso: en la obstrucción aguda post gastrectomía, la indicación o dogma terapéutico es operar de urgencia y suprimir lo más pronto posible el agente mecánico de oclusión; en el síndrome del asa aferente, éste da tiempo a establecer un tratamiento médico previo, que puede mejorar o solucionar la situación y si el proceso continúa o se agrava, *sin perder tiempo* se realizará la yeyuno yeyunostomía o la duodeno yeyunostomía, que casi siempre ha resuelto favorablemente el caso, con curación completa del paciente. En los casos en que el cirujano compruebe una anastomosis defectuosa, estará indicado su renovación.

En el mismo tratamiento de la obstrucción aguda de la gastrectomía, la terapéutica en la actualidad no es *tan urgente como antes*, estableciéndose las directivas quirúrgicas del íleo, que mientras *se precisa el diagnóstico*, se realiza concomitantemente el *tratamiento con la intubación aspiratoria* y la *recuperación del equilibrio biológico* del enfermo para obtener la mejor oportunidad de preparación o recuperación física y biológica del paciente pero sin perder tiempo, para realizar la intervención en las mejores y promisorias condiciones de resistencia y de éxito.

Lo fundamental y capital del pre operatorio en la obstrucción aguda consiste en colocar al enfermo en las mejores condiciones de operabilidad y resistencia, sin que la espera de esta preparación, haga peligrar el resultado de la intervención por la producción de la perforación o peritonitis, que harán malograr la operación.

La experiencia y perfecto sentido clínico del cirujano, le permitirá realizar la operación en el momento óptimo de la preparación, ni demasiado apresurado, ni tampoco exageradamente retardado, sobre todo siempre antes que las complicaciones fatales se hayan producido.

Consideramos llegada la oportunidad de poner punto final a esta comunicación, pero habiéndose producido la circunstancia especial de haberla presentado en dos partes y que ya sobre la primera, los Dres. Cendán Alfonso, Mourigán y el Presidente Dr. García Capurro, tuvieron la gentileza de expresar su opi-

nión, así como también el Dr. Chifflet, quien presentó su opinión escrita en la sesión anterior de la Sociedad y que además tuvo la gentil atención de entregarme ese comentario; creo necesario realizar algunas consideraciones y de paso contestar esas prestigiosas opiniones.

Actualmente la mayoría de los cirujanos creen que la gastrectomía da muy pocas secuelas o complicaciones post operatorias y que por lo general ellas son del tipo mecánico u obstructivo, vale decir accidentes de íleo, salvo las pequeñas molestias que suelen aparecer como incidentes de adaptación inmediata de la gastrectomía.

El criterio de los cirujanos para considerar la proporción de las complicaciones o malos resultados de la gastrectomía es muy variable, algunos los consideran muy bajos y otros exageradamente elevados; por eso tomaremos como ejemplo el trabajo de J. Sénèque, Debray, Pérgola y Housset, sobre "Secuelas generales de la gastrectomía por úlcera", publicado en el "Journal de Chirurgía" de diciembre de 1953, que representa un estudio completo y bien documentado de 100 gastrectomías y que establece un 20% de malos resultados. Como se ve estos autores hablan de malos resultados caracterizados por ineptitud para el trabajo, con síndrome de adelgazamiento asténico y trastornos post prandiales de dumping y síndrome hipoglucémico.

Posiblemente este resultado estadístico se refiere más al conjunto de los *resultados tardíos* de la gastrectomía, que a los trastornos y complicaciones post operatorias que estamos considerando en esta comunicación, pero una estadística completa y amplia de esta clase, no sabemos que exista y por otra parte la consideramos difícil de realizar, ya que no rige para los cirujanos un criterio uniforme para considerar y catalogar los accidentes de la post gastrectomía, dado que algunos de ellos los niegan y otros, afirman no haber observado el dumping, ni el síndrome de asa aferente, etc.

Recientemente Hillemand, acaba de publicar en la "Revue du Practicien" (abril 1955), un artículo sobre "Resultados de la gastrectomía  $\frac{2}{3}$  por úlcera", donde las secuelas y complicaciones son de mayor intensidad y frecuencia que en el trabajo de Sénèque.

En la actualidad las complicaciones o trastornos de la post gastrectomía han sido clasificados como: Síndrome del dumping, S. de hipoglucemia, S. de estómago pequeño, S. del asa aferente, S. de intolerancia a determinados alimentos (alergia), Trastornos por lesiones nerviosas y los accidentes del íleo; de todos ellos lo que nos interesa por el momento es el síndrome del asa aferente. Ahora bien, la dificultad diagnóstica resulta de la semejanza sintomatológica de estos síndromes que a menudo imposibilita su diferenciación y algunos cirujanos consideran que la *sintomatología para todos ellos es la misma*.

Creemos que las opiniones no pueden llevarse a un grado tal de absolutismo y estamos convencidos que un cuidadoso examen clínico de estas complicaciones de la gastrectomía, un completo estudio radiológico y un perfecto contralor operatorio en los casos intervenidos, nos permitirán reconocer e individualizar bien estos trastornos. Por nuestra parte creemos en la existencia del síndrome del asa aferente que tiene una etiopatogenia variada, pero en la que interviene seguramente en determinados casos, la sección motriz del vago, porque en nuestra práctica hemos comprobado el éstasis en palangana del antro gástrico al realizar la cauterización de la úlcera de la pequeña curva por el método de Balfour (1916), retención que solucionamos completamente con una derivación por G.E.

La patogenia mecánica que es la primera en la que piensa el cirujano como explicación de este trastorno, no puede aplicarse exclusivamente porque no es posible aceptar que exista un agente mecánico de la anastomosis, que *no interfiera también y simultáneamente el funcionamiento del asa eferente*; que la radiología comprueba que la anastomosis presenta una función normal además, que la exploración operatoria confirma la integridad anatómica de la anastomosis y que los trastornos se corrigen con una yeyuno yeyunostomía o duodenoyeyunostomía. Es evidente que este triple examen y exploración descartan completamente el íleo u obstrucción.

En algunos casos la ausencia completa de lesión anatómica en los disfuncionamientos de la neo boca, ha obligado a plantear la patogenia de un trastorno neurótico de la inervación como en

los casos de Reymond, comentados por Moulounguet en la Sociedad Francesa de Gastroenterología, el 6 de julio de 1953.

A veces pueden intervenir como causa de los trastornos que estudiamos, errores de técnica que pueden pasar inadvertidos si no se investiga y explora cuidadosamente, por eso tiene interés destacar que Chifflet publicó en 1932, su interesante tesis y completo trabajo de investigación sobre el "Estudio anatómico-quirúrgico del ángulo duodeno yeyunal", donde estableció las directivas de liberación de dicho ángulo sin provocar acodamientos o pliegues para el buen funcionamiento ulterior de la G.E. o gastrectomía. En este trabajo el autor se encargó de demostrar que a veces los cirujanos confunden el pliegue mesocolon yeyunal de Mayo, que es superficial, con el ligamento de Treitz, que es profundo y además estableció las directivas anatómicas para realizar el decolamiento del ángulo por su cara derecha y la sección del ligamento sin inconvenientes. Es bien sabido que el ángulo duodeno yeyunal, es uno de los principales factores que origina los pliegues y acodaduras del intestino cuando no se realiza una técnica correcta y perfecta en la reconstitución del tránsito gastro intestinal.

Nosotros que por excepción hemos realizado este decolamiento del ángulo duodeno yeyunal, practicábamos la gastro yeyunostomía con un asa yeyunal un poco más larga de lo corriente, aunque somos grandes partidarios *del asa corta de Mayo*, le dábamos un poco más de longitud, lo suficiente nada más, para que no quedara tirante el intestino y no produjese acodaduras en el ángulo. Siempre que podíamos realizábamos la anastomosis isoperistáltica, que es como *se acoplan más favorablemente el estómago y el yeyuno*, por su tendencia normal a disponerse en ese sentido y se evita entonces el pliegue derecho del yeyuno para disponer el asa de derecha a izquierda, cuando se practica la anastomosis aniso peristáltica. Con esta técnica no tuvimos acodaduras ni incidencias del ángulo duodeno yeyunal.

Los dos factores principales que suelen intervenir en las complicaciones de la gastrectomía son: 1º, la sección del vago y 2º, la anastomosis de reconstitución del tránsito gastro intestinal; en la G.E., como la inervación no se modifica, lo fundamental es la anastomosis.

Cirujanos destacados como Mallet - Guy y Marion, Roux y colab., Vachon y colab., y Lasala de la Clínica de R. Finochietto, aceptan el síndrome del asa aferente y la teoría de la sección vagal, como causa de los trastornos, puesto que la supresión del vago provoca la dilatación y atonía del duodeno y vías biliares, de acuerdo con las conclusiones de la tesis de Wertheimer y trabajos de Reyster. Pero la sección del vago puede ser completa o incompleta según la amplitud de la gastrectomía y la disposición anatómica de sus ramas, se explica entonces que estos trastornos presenten variaciones en su manifestación e intensidad y que puedan corregirse y hasta desaparecer debido a su reintegración por sus múltiples conexiones nerviosas; es por eso que las manifestaciones sintomáticas pueden ser tan variables en su aparición y desiguales en su significación.

En nuestra práctica hemos podido comprobar la atonía gástrica por sección del vago, pero debido a nuestro retiro jubilatorio de la clínica, no hemos tenido oportunidad de confirmar esa acción especial del asa aferente, cosa que deberán realizar los cirujanos que están en la actividad actual y cuya patología ha sido establecida bajo la responsabilidad de los distinguidos cirujanos que hemos mencionado en el curso de la comunicación.

El examen y contralor de esta patología, debe ser hecha con gran cuidado y atención para evitar resultados paradójales, como ha ocurrido en la investigación de la gastrectomía. Zabaleta, Uriburu, García Sigüero y Gazzotti, han realizado en Buenos Aires, la gastrectomía con técnica Reichel - Polya o Pean - Billroth I y han tratado de controlar por colangiografía las modificaciones que se producen en las vías biliares durante la operación y dos meses después y han comprobado: *horizontalización y desplazamiento del colédoco hacia la izquierda*. El desprendimiento duodeno pancreático de Kocher, si la maniobra ha sido bien amplia hasta el hiato de Winslow, la vía biliar se desplaza pero no se acoda; pero si la maniobra es incompleta en su parte superior, al desplazamiento se agrega un acodamiento que puede ser perjudicial. Estos cirujanos están estudiando actualmente, las modificaciones y trastornos funcionales que como los anteriores han publicado en la "Patología del estómago operado" del IIº Con-

greso de Gastroenterología. Mar del Plata, 15 - 17 de abril 1953. Buenos Aires.

Recomendamos que esta fiscalización de la gastrectomía que suele ser tan compleja, se realice con todo cuidado, cosa perfectamente justificada puesto que en ese mismo Congreso, Velazco Suárez, especializado en cirugía biliar, afirma categóricamente que después de haber estudiado cerca de tres mil casos de cirugía, no ha tenido oportunidad de observar ninguna forma de alteración funcional de las vías biliares, apareciendo en un paciente gastrectomizado. Tenemos pues, de parte de un cirujano tan experimentado y destacado en vías biliares, una opinión francamente contradictoria a las anteriores y juzgamos que nuestro colega Cosco Montaldo, tan aficionado a la investigación operatoria de las vías biliares, tiene en este estudio un campo amplio de examen y exploración. Nosotros nos ocupamos ya de esto, en la comunicación anterior de las "Complicaciones biliares de la gastrectomía" y no podemos insistir sobre el tema.

Finalmente nos queda por comentar la intervención de la anastomosis en las complicaciones de la cirugía gastro intestinal. Sabemos que mucho se ha discutido sobre la neo boca término terminal, la látero lateral y la término lateral, si conviene una boca chica o amplia, vertical u horizontal, etc. Podemos adelantar que sobre la técnica de la anastomosis se ha progresado muchísimo en la gastrectomía y que en general en el síndrome del asa aferente de la gastrectomía, parece no existir problema de la anastomosis o neo boca porque la derivación gastro yeyunal se hace normalmente, cosa comprobada por la radiología.

En la anastomosis de la G.E., el problema es más complejo y más debatido; sabemos que la G.E., realizada con cierre concomitante del píloro y sobre todo si la anastomosis es practicada *lejos del píloro*, alta en la gran curva, el paciente queda muy expuesto a la úlcera péptica; por la retención que se produce en el antro, tanto más marcada si se ha seccionado totalmente el vago, *por la hiper secreción del fundus gástrico*.

Zerboni en su trabajo de la "Radiología del estómago operado", realizado como colaborador del Instituto de Clínica Quirúrgica de mi Dirección (1948), presenta una serie de casos de G.E., en los cuales se comprueban los signos radiológicos del

ulcus péptico de la neo boca y en casi todas esas radiografías, por no decir *en todas*, la gastro enterostomía había sido practicada *muy alta y distante del píloro*, lo que para nosotros significaba una *gran predisposición a la retención antral, que favorece la hipersecreción y la úlcera péptica*.

Nuestra máxima preocupación en la práctica de la cirugía gastro duodenal y de la G.E. en particular, fué la de realizar siempre la anastomosis bien junto al píloro y creemos que a eso se debe fundamentalmente la ausencia del ulcus péptico post operatorio. Tan convencidos estamos de la necesidad de realizar la boca de la G.E. *junto al píloro*, que nos hemos permitido hacerle una objeción al gran cirujano Dragstedt, que no sabemos si está bien justificada. En efecto, Dragstedt en su trabajo: "La vagotonía gástrica en el tratamiento de la úlcera péptica", del "Lyon Quirúrgico" de agosto - setiembre de 1954, página 646, establece que además de la vagotomía se realice una G.E. a *8 ó 10 cms. del píloro*. Consideramos que una G.E. practicada a *esta distancia del píloro, puede dejar persistir el éstasis y la retención del antro pilórico*, que es lo que se quiere evitar, para impedir la producción de la úlcera péptica. Ahora bien, decimos que esta opinión puede representar un *cargo injusto* para Dragstedt ya que sabemos bien lo que para él significa la *retención antral* como patogenia de la úlcera péptica, puesto que en su trabajo posterior "Etiología de la úlcera gástrica y duodenal", del "Lyon Quirúrgico" de febrero - marzo de 1955, donde categóricamente establece: "Es perfectamente posible que numerosos resultados discordantes y deficientes observados después de la vagotomía gástrica en el tratamiento del ulcus duodenal, pueden ser puestos a cuenta de la éstasis gástrica, ya sea porque *no se realizó una derivación concomitante* o que la operación no fué suficiente. Hemos observado en nuestra propia serie, varios pacientes en los que una retención prolongada de alimentos en el antro gástrico, resultaba de una gastro yeyunostomía *realizada muy alta* (1), sobre el cuerpo o el fundus gástrico"

"La resección del antro con vagotomía podría resolver naturalmente esta parte del problema, pero la creación de una gas-

---

1) El subrayado es nuestro.

tro enterostomía a nivel del antro *cerca del píloro*, nos parece ser la mejor técnica porque previene el hiperfuncionamiento del antro que podría resultar de una retención, sin tener que privar completamente al paciente de la función antral.

Como se ve estamos de perfecto acuerdo con Dragstedt sobre la localización y derivación de la anastomosis de la G.E. y por eso decíamos que nuestra crítica podría ser una impugnación gratuita contra el distinguido cirujano de Chicago, pero conviene establecer categóricamente, que, a fin de que la neo boca de la G.E., drene bien y perfectamente *debe ser exactamente juxta pilórica*; tenemos amplia experiencia sobre esto y hace ya siete lustros que sostenemos y practicamos lo mismo.

Los trastornos patológicos del asa aferente que no han cedido a la terapéutica médica, han sido tratados por duodeno o yeyuno yeyunostomía con muy buen resultado, pues los enfermos en su casi totalidad han evolucionado favorablemente. Chifflet a pesar de este éxito inmediato, llama la atención sobre el inconveniente que tienen las anastomosis del tipo Braun, porque dejan un segmento del intestino sin estar bañado por la secreción alcalina bilio pancreática y eso expone al *ulcus péptico*, como ha ocurrido con la gastro enterostomía en Y de Roux, comprobado por las experiencias de Exalto de Utrecht hace ya muchos años y que por esa circunstancia ha sido abandonada. Por eso Chifflet es contrario a la anastomosis entero intestinal y prefiere la realización de una nueva anastomosis en estos casos, cosa que puede representar un exceso quirúrgico, sobre todo cuando la radiología ha comprobado el buen funcionamiento y normal drenaje de la anastomosis, sin contar con la consideración de los buenos resultados obtenidos, que parecen haber sido efectivos y prolongados.

Otros tópicos de este interesante tema podrían ser comentados, pero dada la extensión que ha adquirido esta comunicación nos obliga a poner punto final, pero no sin antes especificar bien claramente nuestro criterio terapéutico de la *úlcera gástrica*, que consideramos *su tratamiento de elección*, la resección amplia de los  $\frac{2}{3}$  gastro duodenal y el *tratamiento de la úlcera duodenal*, que consideramos que puede ser tratada por la *G.E. de técnica perfecta*, a la que puede agregarse la *vaguetomía de Dragstedt*,

que puede mejorar notablemente sus resultados; o la gastro duodenectomía sub total ( $\frac{2}{3}$ ), según la práctica y experiencia del cirujano de carrera y con gran experiencia quirúrgica.

BIBLIOGRAFIA

- 1) WERTHEIMER, P. — “L'innervation et l'énervation gastrique. Etude anatomique, expérimentale et clinique”. Thèse de Lyon, 1922.
- 2) DRAGSTEDT, L. R. y FEIT, R. — “La vagotomía gástrica en el tratamiento de la úlcera péptica”. Lyon Quirúrgico, agosto - setiembre de 1954. T. 49. N° 6.
- 3) PRAT, D. “Ileo”. Oclusión y obstrucción intestinal. 2 t. Palacio del Libro. Montevideo, 1931.
- 4) PRAT, D. — “Sobre reconstrucción del tránsito digestivo post gastrectomía”. Boletín del Instituto de Clínica Quirúrgica”. Fac. de Medicina. Vol. II. N° 1. Año 1948. Montevideo.
- 5) CENDAN ALFONZO, J. E. — “Dehiscencias del muñón duodenal”. Sociedad de Cirugía del Uruguay. Sec. 12 Ag. 1953. B.S.C. del U. T. XXIV. Año 1953. N° 6. Montevideo.
- 6) PIQUINELA, J. — “Gastrectomía. Obstrucción cerrada del asa aferente”. Ses. 26. Agust. 1953. Soc. Cirugía del Uruguay. Bolet. S. C. del U. T. XXIV. Año 1953. N° 4 - 5.
- 7) SCHENA, A. J. — “La obstrucción aguda del asa aferente en la gastrectomía parcial con anastomosis pre cólica”. Boletines de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires. 30 junio 1954. Pág. 217.
- 8) WARREN, R. G. — “Obstrucción aguda del asa aferente o eferente después de gastrectomía parcial ante cólica”. Anales de Cirugía. Febrero de 1954. Pág. 232.
- 9) DRAGSTEDT, L. R.; OBERHELMAN Jr., H. A.; EVANS, S. O. RIGLER, S. P. (Chicago). — “Etiología del úlcus gástrico y duodenal”. Lyon Quirúrgico, 1955. Feb. - Marzo.
- 10) ZERBONI, E. R. — “Estudio radiológico de los estómagos operados”. Boletín del Inst. de Clín. Quirúrgica Prof. Prat, Facultad de Medicina. Vol. II. Nov. 9, 1948. Montevideo.
- 11) CHIFFLET, A. — “Estudio anatomo quirúrgico del ángulo duodeno yeyunal”. Anales de la Fac. de Medicina, 1932. Montevideo.
- 12) DEL CAMPO, J. C. — “El duodeno de los gastrectomizados. El síndrome post - prandial precoz”. Anales de la Clínica Médica”. A. V. 1945 - 1953. Montevideo.
- 13) VIDAL COLOMER, F. y ROMERO CALATAYUD, A. — “El estómago operado”. Salvat, 1946. Barcelona - B. Aires.
- 14) “Patología del estómago operado”. IIº Congreso Argentino de Gastroenterología. Mar del Plata, 13 a 18 de abril 1953. Editorial Universitaria. Buenos Aires.
- 15) ROUX, G.; PEDOUSSANT, R. y MARCHAL, G. — “El síndrome

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

del asa aferente de los gastrectomizados". Lyon Quirúrgico, 1950. 7, Lyon.

- 16) VACHON, A.; MANSUY, L. y LEJEUNE, F. — "Síndrome doloroso del asa aferente post gastrectomía y litiasis vesicular post operatoria". Archivos de Enfermedades del Aparato Digestivo. Febrero de 1953. París.
- 17) LASALA, A. J. — "Repercusiones sobre las vías biliares. Patología biliar orgánica y funcional del operado gástrico. Patología del estómago operado". IIº Congreso Argentino de Gastroenterología. Mar del Plata, abril 1953. Buenos Aires.

**Dr. García Capurro.** — Como ya la primera parte había sido comentada por varios socios, es muy comprensible que no vuelvan a hacer uso de la palabra, puesto que la mayoría de los puntos ya habían sido ampliamente discutidos.

**Dr. Abel Chifflet.** — La comunicación del Prof. Prat es de gran interés por la actualidad del asunto que promueve.

Tenemos opinión formada sobre el particular, que expusimos en dos comunicaciones a la Sociedad de Cirugía en 1953 (1, 2), en una conferencia en la Sociedad de Gastroenterología y en los Relatos Oficiales a los Congresos Internacionales de Mar del Plata y San Pablo en 1953 y 1954. En el libro "El estómago operado" (3), editado en Buenos Aires, está publicado nuestro Relato al Congreso de Mar del Plata. Nos referiremos ahora a ciertos puntos de la comunicación del Prof. Prat.

Consideramos que en el gastrectomizado con gastroyeyunostomía, la fisiología y la patología deben considerarse como si hubiese dos sistemas funcionales. Un sistema principal, de progresión digestiva, constituido por el estómago continuado por el asa aferente y un sistema diverticular o enzimático constituido por el duodeno con el asa yeyunal aferente. El sistema diverticular vierte su contenido en el sistema principal al nivel de la neoboca.

Con este criterio hablamos de fisiología y patología del sistema diverticular como unidad funcional y no del asa aferente, simple canal de evacuación de este importante sistema secretor.

Hemos dado importancia a la enervación duodenal en la gastrectomía para la producción de los fenómenos del sistema diverticular, pero consideramos que sólo juegan un papel secundario en los procesos que pueden interesar por su importancia. La distensión duodenal sólo cobra importancia cuando hay un factor obstructivo por debajo, que puede ser un obstáculo parcial en la pinza aortomesentérica, en el ángulo duodeno-yeyunal o procesos más cerrados en el asa yeyunal aferente tales como torsiones, acodaduras, bridas, compresiones, etc.

Las manifestaciones clínicas de los fenómenos del sistema diverticular pueden ser diversas. Con el fin de interpretar cada enfermo y de planear el tratamiento correcto, podemos decir que existen dos síndromes

fundamentales. Corresponden a las dos posibilidades extremas de los fenómenos del sistema diverticular, según que el factor obstructivo sea importante o que sea discreto. Muchos enfermos quedarán lógicamente fuera de estos síndromes extremos, con manifestaciones que llamamos síndrome intermedio del sistema diverticular.

En el síndrome predominantemente obstructivo el enfermo tiene dolores en flanco derecho, muy mal estado general, distensión del flanco, sin bilis en el estómago, con pasaje gastroyeyunal normal, desviación radiológica del estómago y neoboca hacia la izquierda. Es una oclusión en asa cerrada que mata al enfermo de intoxicación, insuficiencia hepática o pancreatitis o que provoca la ruptura del muñón duodenal con sus consecuencias.

En el síndrome predominantemente funcional, el proceso obstructivo es discreto, caracterizándose clínicamente por lo que debe considerarse una incoordinación funcional entre el sistema principal de curso digestivo y el sistema diverticular de actividad secretora. Habrá manifestaciones diversas de sufrimiento en el proceso digestivo porque el sistema diverticular evacúa su secreción a destiempo en la vía principal. Así surge el vómito bilioso puro postprandial o la diarrea de tipo biliar. El estudio radiológico no muestra nada anormal en la vía principal.

La aparición de los síndromes no corresponde a épocas definidas de la evolución del gastrectomizado. Tanto en el postoperatorio inmediato como tardíamente puede presentarse un síndrome de incoordinación funcional como un síndrome de obstrucción del sistema diverticular. El diagnóstico, indispensable para el tratamiento debe hacerse prescindiendo de la fecha de la operación, y basándose en las manifestaciones clínicas, la radiología, la investigación humoral.

La indicación operatoria es indiscutible y de cierta urgencia en las formas predominantemente obstructivas. Podrá presentarse en cualquier momento después de la operación desde el día siguiente hasta muchos años después.

La indicación operatoria en los síndromes de incoordinación funcional sólo está justificada después de haber fracasado la terapéutica incruenta hecha por dietólogo capacitado. Estos casos corresponden naturalmente a enfermos con síndromes mixtos, en que el proceso orgánico de obstáculo en el sistema diverticular impide la normalización.

La operación a realizar plantea ciertos problemas. El Prof. Prat anota los resultados excelentes de varios cirujanos con la duodenoeyunostomía. Estos indiscutibles buenos resultados no confirman el concepto de una patogenia por enervación, sino que demuestran la existencia de un obstáculo mecánico que ha sido salvado con la enteroanastomosis. La enteroanastomosis a lo Braun, cura el síndrome del sistema diverticular, pero deja la zona de la gastroyeyunostomía librada a los efectos agresivos de un contenido gástrico puro, conduciendo así al úlcus yeyunal. Rechazamos la enteroanastomosis definitiva en el gastrectomizado.

Nuestra conducta que expusimos en otras oportunidades se puede resumir así:

1º) Tratamiento directo del factor obstructivo si es posible (brida, adherencia, compresión, etc.).

2º) Si no es posible el tratamiento directo, hacer la resección de la neoboca para rehacer una nueva anastomosis evitando la obstrucción.

3º) Si el estado general impide esta operación, realizar una duodenoyeyunostomía o yeyunoyeyunostomía salvadora, que deberá ser seguida cuando el enfermo esté mejor, de una operación para evitar la ulceración yeyunal casi obligada.

El Prof. Prat, en comentarios al margen del tema de su comunicación defiende la gastroenterostomía para el úlcus gastro-duodenal en base a sus buenos resultados y considera que es fundamental hacer la anastomosis yuxta-pilórica. Recuerda la importante estadística de Dragstedt que obtiene resultados buenos con la vagotomía y gastroenterostomía anotando que la ubicación de la neoboca por este autor no es la mejor, porque no la realiza prepilórica. Creemos que el vagotomizado que tiene un estómago no funcionando constituye un problema diferente al estómago normal y que es lógico ubicar la neoboca en la vertical del cuerpo para que se evacúe como en un gastrectomizado y no ubicarla al fin de un antro desfuncionalizado. En cuanto a los resultados de Dragstedt, no pueden constituir argumento para defender la gastroenterostomía como operación, pues la vagotomía que es lo fundamental, suprime el factor gástrico nocivo de la gastroenterostomía simple.

Sin creer que la gastrectomía con gastroyeyunostomía sea una terapéutica ideal para el ulceroso, consideramos que en nuestros días es superior a la vagotomía y a la gastroenterostomía.

**Dr. Prat.** — Señor Presidente, la comunicación mía fué dividida en dos partes y precisamente a lo que se refiere el Dr. Chifflet, está en la segunda parte, que es lo referente a fleo u oclusión, y entonces, si se me permite, en esa parte discutiré ese tema en la próxima sesión.

**Dr. García Capurro.** — Si es así cuando usted hable, pondremos a continuación el comentario del Dr. Chifflet, si conviene a esta parte.

**Dr. Prat.** — Como lo digo en la consideración previa, me ocuparé en la 2ª comunicación de estas consideraciones en la discusión de los colegas, por eso me parece más práctico imprimir esta parte personal mía de la discusión.

**Dr. Cendán.** — El prof. Prat parece adherirse al concepto de que la patogenia del síndrome de asa aferente tiene como elemento fundamental la pérdida de la inervación por la sección vagal.

Sin querer restarle importancia a este hecho, que es evidente, nosotros creemos que podría explicar trastornos de los observados, pero creemos que no explica la mayoría de los casos en los cuales el síndrome de la asa aferente adquiere entidad clínica suficiente, como para obligar a una intervención de derivación como la duodeno yeyunostomía o la yeyunoyeyunostomía.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Nosotros creemos que el síndrome del asa aferente, en esos casos que, decimos, tiene entidad suficiente como para obligar a la acción terapéutica, son debidos a obstrucciones mecánicas, a factores mecánicos que interfieren con el funcionamiento del asa aferente o también incluso con el del asa eferente.

El caso máximo de este tipo, es el de las obstrucciones diverticulares que por el hecho de ser diverticulares en asa cerrada, adquieren una extraordinaria gravedad en los cuales el síntoma fundamental es precisamente la ausencia absoluta de bilis en los vómitos del enfermo que son, en general, reflejos y la existencia de un grave colapso, y repito que si no se conoce el cuadro tal cual se presenta en esos casos, el diagnóstico puede pasar completamente inadvertido, sin llegarse a sospechar la oclusión.

En esos casos, yo creo que el factor mecánico, es evidente y creo que sin llegar a ese grado de gravedad de obstrucción completa, existe toda una serie de "formas" en las cuales hay un obstáculo más o menos pronunciado a la evacuación del asa aferente que son lesiones que están fundamentalmente en el origen de este síndrome.

Precisamente en el caso de la operación del tipo Pean, anastomosis término terminales, o en las anastomosis con reemplazo, se ve radiológicamente que el duodeno tiene una cierta dilatación, pero a pesar de estar dilatado el duodeno conserva su movilidad y precisamente en esos casos en que se trata casi siempre de una gastrectomía total, es donde la sección vagal y denervación es mayor.

De modo que nosotros creemos que la sección vagal, sin querer decir con ello que no tenga importancia, no es la causa fundamental de estos trastornos y diríamos que el hecho fundamental es el factor mecánico, en general debido a defectos de técnica, pero a veces determinado por adherencias, procesos inflamatorios, etc.