

## EL DESCENSO DE LA CURVATURA MENOR EN LA GASTRECTOMIA POR ULCERA GASTRO-DUODENAL (\*)

Dr. Héctor A. Ardao

A veces se comprueba que las expresiones "Gastrectomía amplia", "Resección de los  $\frac{3}{4}$  inferiores del estómago", "Resección del antro y del cuerpo del estómago", de las descripciones operatorias, corresponden en el examen de la pieza, a resecciones menos extensas y en muchos casos a antrectomías parciales. Esta misma comprobación se obtiene por el examen radiológico en el post - operatorio de algunos gastrectomizados.

Por otra parte hemos visto en piezas de resección por úlcera péptica post - gastrectomía que la primera resección había sido mucho más limitada que lo previsto y la neo - boca se ha encontrado ubicada en zona de mucosa antral evidente.

En el estómago normal el antro llega hasta la parte media de la curvatura menor y en el borde opuesto se extiende sólo unos centímetros por encima del píloro. Por consiguiente, el límite entre antro y fundus se proyecta en una línea vertical que corresponde aproximadamente a la línea media epigástrica. Cuando el estómago se dilata por estrechez pilórica, la dilatación que se origina en la parte inferior del antro no modifica sensiblemente la dirección de la línea de separación, ni eleva a la izquierda el nivel del antro. Solamente se desplaza hacia la izquierda la línea de separación.

El fundamento de la resección de la zona píloro - antral en la úlcera, continúa siendo la supresión de toda la mucosa estimulante de la secreción del fundus, cuyo muñón debería volverse anaclohidrico (fig. 1).

Cuando en la gastrectomía se llega al tiempo operatorio de

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía, el día 14 de octubre de 1955.

la ligadura de la arteria coronaria y liberación de la curvatura menor, se encuentran dificultades en la úlcera crónica del estómago debido a la retracción fibrosa y estas dificultades están aumentadas en las úlceras de vertientes por perforación o adherencia al páncreas o al lóbulo izquierdo del hígado.

Pero, aún en los casos de úlcera duodenal simple, donde las estructuras de la pequeña curva y su meso se conservan norma-

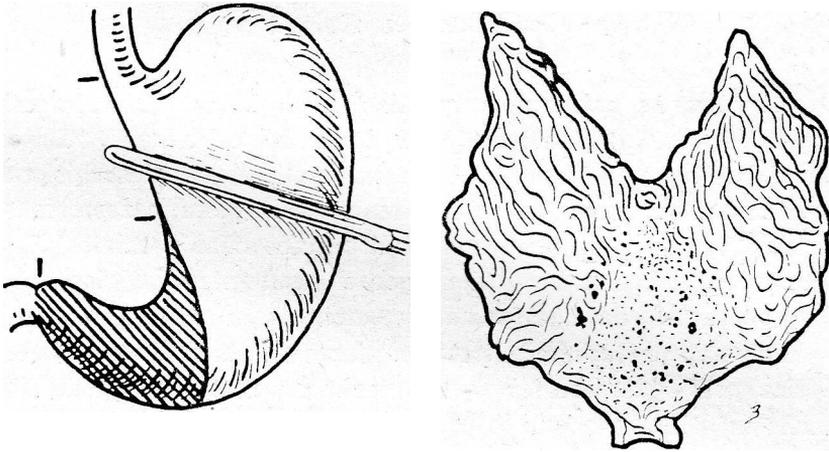


FIG. 1

les, la liberación del estómago a este nivel ofrece dificultades, porque una vez seccionados los vasos coronarios, la pequeña curvatura permanece sostenida y armada por innumerables cordoncitos descendentes de apariencia fibrosa, pero que están constituidos por tejido conjuntivo, filetes nerviosos del neumogástrico y espláncnicos, fibras musculares lisas y vasos sanguíneos que terminan en el espesor de la pared muscular del estómago, junto a la cual transitan en la raíz del pequeño epiplón.

La tracción hacia abajo y rotación a izquierda sobre el muñón pilórico, maniobra que realiza habitualmente el ayudante, no contribuye a facilitar el aislamiento y la sección de las fibras mencionadas. Por el contrario, la tracción las tiende y aplica contra la pequeña curvatura que se deprime a su nivel formando un surco que las oculta (fig. 2). Es preciso avanzar hacia arriba en el espesor del meso, junto a la pared del estómago, aislando uno

trás otro pequeños grupos de fibras que van siendo seccionados entre ligaduras muy finas. A cada sección la pequeña curvatura cede y se alarga. Procediendo así algunas ligaduras son innecesarias (las que corresponden a filetes nerviosos o fascículo fibromusculares), pero las que corresponden a vasos sanguíneos son muy importantes y justifican el modo parsimonioso de proceder.

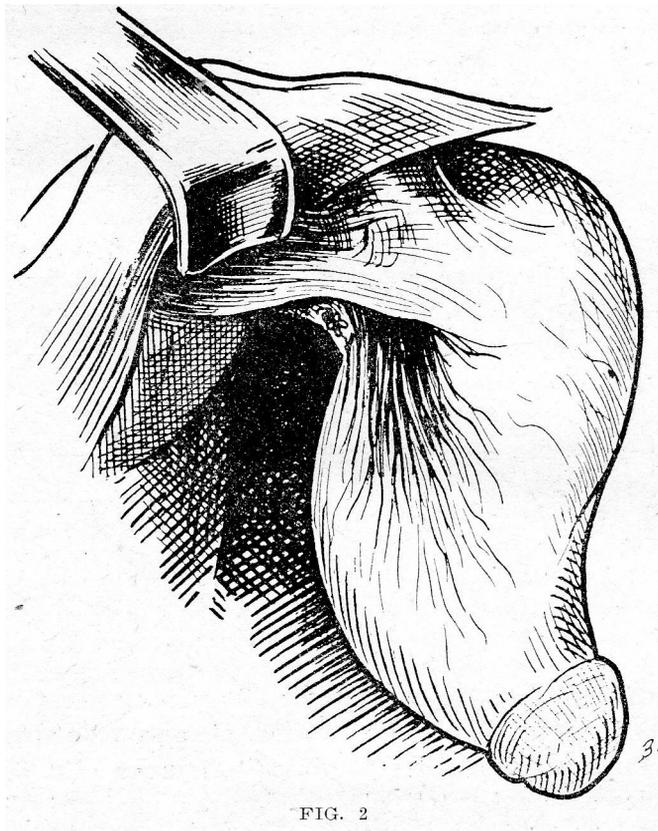


FIG. 2

Cames realiza este tiempo mientras el ayudante realiza alternativamente maniobras de tracción y relajación sobre el muñón pilórico.

Las arterias y venas que son traccionadas se vuelven exangües y toman el aspecto de un cordoncito fibroso. Su sección sin ligadura previa provoca la hemorragia inmediata y la retracción de los cabos que se ocultan, por un lado en el meso, y por otro, en la pared muscular del estómago. La hemostasis en estas con-

diciones, en un campo profundo que se inunda de sangre, es difícil y puede ser riesgosa.

El tiempo de la ligadura y sección de las fibras de la pequeña curvatura termina en el momento justo en que se tiene la sensación inconfundible de que el estómago inferior cae y que ya nada retiene armada a la curvatura menor. Procediendo de esta manera, la liberación del estómago que se obtiene avanzando

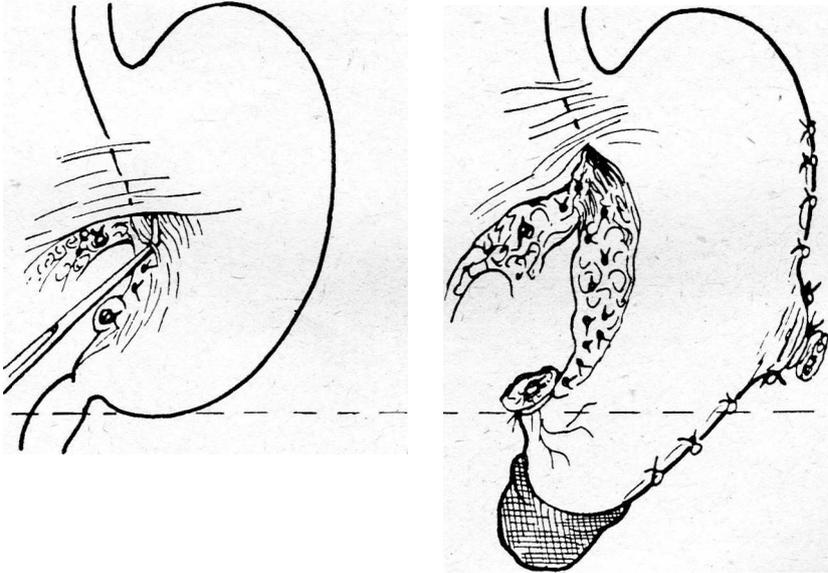


FIG. 3

hacia arriba contra su pared, cuyas fibras musculares van quedando al descubierto, permite realizar, al mismo tiempo, la sección de innumerables filetes nerviosos terminales (fig. 3).

El descenso así practicado, asegura por una parte la resección completa del antro excito - secretor en el abordaje por incisión mediana y por otra, una desnervación muy importante del muñón restante que equivale a una vagectomía ramuscular.

La fisiología experimental en perros, ha demostrado la producción de hormonas excito - secretoria ácido - péptica del fundus en la mucosa del arco duodenal y en la primera porción del yeyuno y por otra parte, la histología ha comprobado, a veces, en el hombre, la existencia de islotes de mucosa antral en la región del fundus.

La importancia de estos hechos sería escasa y no invalidan la terapéutica reseccionista de la úlcera.

Sin embargo, el estudio del quimismo gástrico en el gastrectomizado, revela que algunos mantienen indefinidamente una secreción reducida sin ácido libre y que otros por el contrario continúan con ácido libre. Para explicar estos hechos se ha admitido por autores de gran autoridad, que la hiperclorhidria sería debida a un fenómeno natural de readaptación de la mucosa del fundus a la nueva situación fisiológica mediante la llamada "Metaplasia pseudo-antral de las glándulas del fundus (G. E. Konjenzny) y de una "Recuperación ácida del muñón estomacal" (J. Oviedo Bustos).

Antes de admitir la existencia de estos intrincados procesos de fisiología celular para explicar la restauración de la hiperclorhidria en el gastrectomizado y la producción de la úlcera péptica post-operatoria se debe estar seguro de la resección completa del antro y todo estómago resecaado que se somete al examen anatómo-patológico debería traer una información de rutina, especificando si el antro ha sido resecaado totalmente o no.

Esta información es fundamental para el control post-operatorio, clínico, radiológico, gastroscópico y de laboratorio.

#### BIBLIOGRAFIA

- KONJENTZNY, G. E. — "Cit. étude physio-pathologique et clinique des ulcèreux opérés de gastrectomie subtotale type Reychev-Polya". J. Belg. G. Enterologie, 6; N° 10: p. 719, 1938.
- KONJENTZNY, G. E. — "Die entzündliche glundiage der typischen gewürsbildrug in magen und duodenun". Berlín, Verlag von Lulios Springer, 1930.
- OVIDO BUSTOS, J. — "Metaplasia pseudoantral y recuperación ácida del muñón estomacal en un píloro gastrectomizado por úlcera". Archivos Argentinos de Enf. del Aparato Digestivo y de la Nutrición, 12: N° 5; 1942.