

Trabajo realizado en la Clínica Quirúrgica del Prof. Juan Soto Blanco (H. Maciel)  
con la colaboración anatómo-patológica de la Posta Central.

## GASTRECTOMIA TOTAL CON ASA DE ROUX EN EL CANCER DE ESTOMAGO (\*)

Dr. Homero Cosco Montaldo

Teniendo en cuenta la actual orientación quirúrgica hacia la gastrectomía total en el neo de estómago, y las distintas técnicas expuestas, hemos deseado hacer un aporte sobre el tema.

Hasta el año 1956 practicamos la gastrectomía total con la técnica de Lahey, llevando un asa en contacto con el esófago, realizando una esofagoyeyunostomía término lateral y completándola con una yeyuno-yeyunostomía látero lateral.

En los casos operados con esta técnica, la impresión recogida fue poco satisfactoria.

A partir de 1956, impulsados por los resultados alentadores de los cirujanos americanos e ingleses y en especial de Allison, hemos modificado la técnica anterior practicando la gastrectomía total con el método del asa yeyunal en Y de Roux, cuyos primeros 8 casos exponemos en esta oportunidad.

### PRESENTACION DE CASOS

1) Ernesto S. — Neo cuerpo gástrico que infiltra casi todo el estómago. — 51 años. Ingresó 10 dic./55. Envía Dr. Orlando Pereira (Rivera). Sufrimiento gástrico datando de 3 años. Anemia de 3.970.000. Hematocrito 38 %.

Placa pre op. 28 dic./55 A 84627: gruesa imagen en saliente en parte alta de gran curva de estómago de aspecto orgánico.

Operación: 4 enero/56: se comprueba (fig. 1) neo infiltrante difuso del cuerpo gástrico que acartonada casi todo el órgano, ulcerado en parte alta del cuerpo. Adenopatías en peq. curva y otras escasas y pequeñas en ligamento gastroesplénico. Se practica (fig. 2) gastrectomía total ensanchada y esplenectomía con asa, en Y de Roux. Histológicamente (Doctor

---

(\*) Presentado en la Sociedad de Cirugía el día 27 de marzo de 1957.

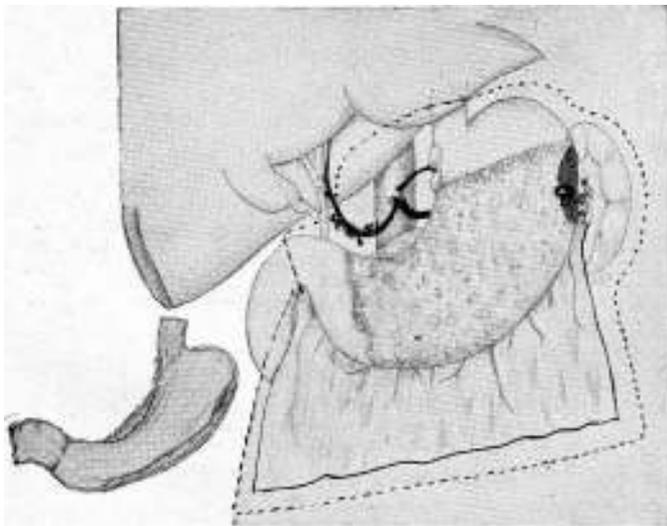


FIG. 1. — E. S. Neo infiltrante difuso de cuerpo gástrico, ulcerado en parte alta. Adenopatías en pequeña curva y otras pequeñas en ligamento gastro-esplénico. En el recuadro se aprecia la infiltración difusa del estómago.

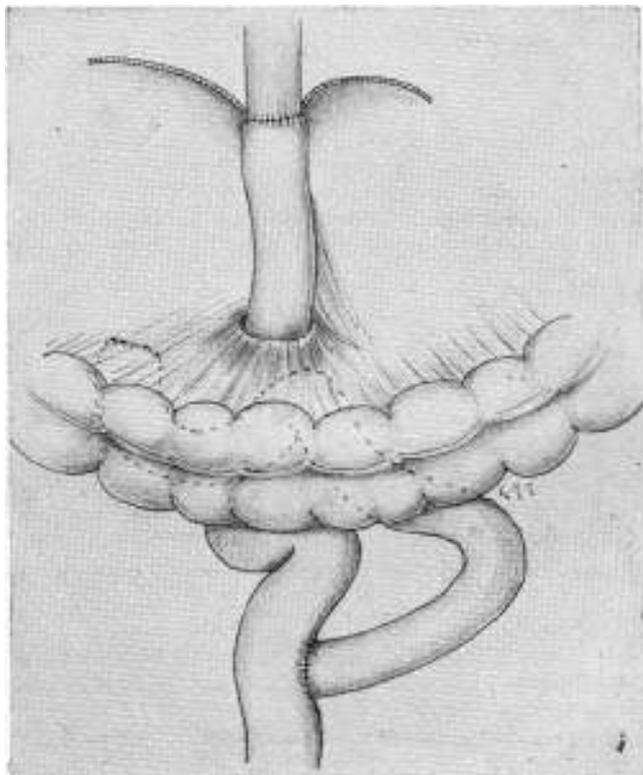


FIG. 2. — E. S. Restablecimiento de la continuidad luego de la gastrectomía total con a s a en Y de Roux.

Matteo, Dr. Delfino): epiteloma gástrico, metástasis en pedículo esplénico.

Post-operatorio: satisfactorio. A los 23 días de operado es dado de alta; se alimenta con leche, huevos, churrascos, dulces.

Control radiológico post-operatorio a los 16 días, a los 3 meses y a los 4 meses de operado. Pasaje esófago gástrico se hace en buenas condiciones hasta más allá de los 40 cms. del asa anastomótica.

2) Pedro O. — **Neo que estrecha el cuerpo gástrico.** — Ingreso: 30 enero/56, 55 años. Comienza hace 3 meses con dispepsia y anorexia. Placa A 85258, 2 feb./56: Neoplasma gástrico con estenosis medio gástrica.

Operación: 15 feb./56, se comprueba (fig. 3), neo gástrico infiltrante que estrecha el cuerpo gástrico cerca del antro. Se extiende más sobre

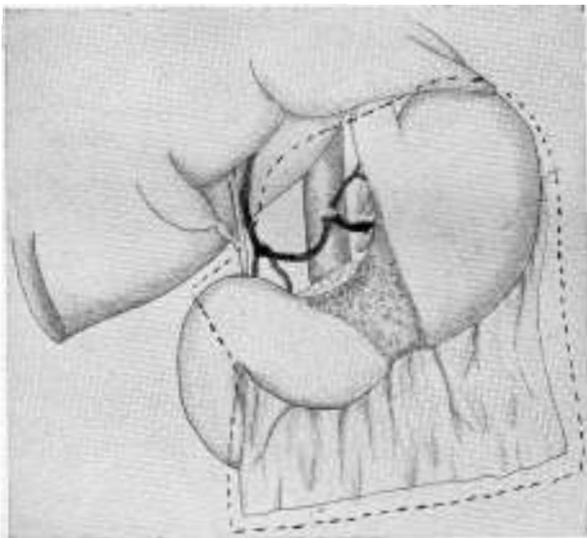


FIG. 3. — P. O. Neo gástrico infiltrante que estrecha el cuerpo gástrico. Adenopatías en pequeña curva.

pequeña curva, llegando arriba cerca del cardias y abajo a 2 dedos del píloro. Adenopatías en pequeña curva. Se practica gastrectomía total ensanchada con asa de Roux. Histológicamente (Br. Toledo) adenocarcinoma, adenopatías neoplásicas de peq. curva.

Post-operatorio satisfactorio. Alta a los 10 días de operado. Visto a los 4 meses de operado, ha pasado muy bien; come churrasco, sopa, leche, que tolera perfectamente. Aumentó 11 kgs. pesando 66 kgs. y medio. Hemograma de 4.010.000 y proteinemia de 7 grs. 1%. Control radiológico post-operatorio a los 4 meses, 8 meses y 11 meses de operado: buen tránsito esófago yeyunal sin signos de lesión.

Aprovechando una eventración mediana se practica un "Second Look" el 1º de feb./57, al año de operado. Exploración intra-abdominal normal.

Estado actual bien, al año y 1 mes de operado.

3) Julio D. — Neo gástrico perforado en hígado. — 74 años, ingresa 23 abril/56. Dispepsia con adelgazamiento marcado, hematemesis de medio litro y melenas. Urea 0.70, hematocrito 38 %, enfisema pulmonar. Toma del estado general.

Radiografía A 86649. 25 abril/56. Imagen de ulceración irregular en parte alta de pequeña curva posiblemente penetrado en órgano vecino.

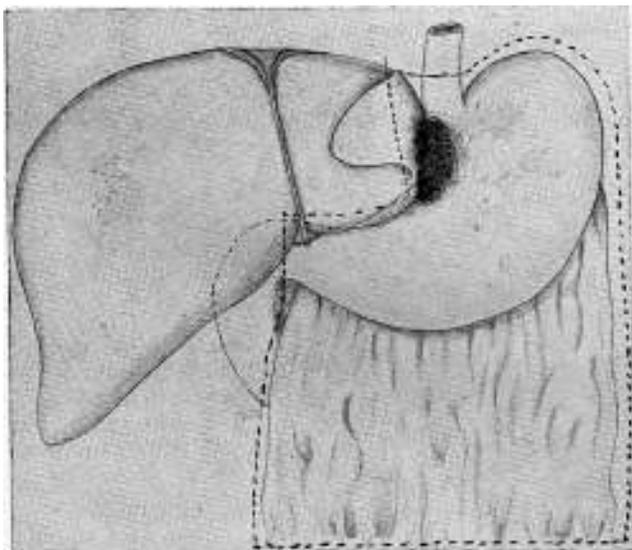


FIG. 4. — J. D. Neo gástrico de parte alta de pequeña curva perforado en lóbulo izquierdo de hígado.

Operación, 9 mayo/56. Se comprueba (fig. 4) neoplasma gástrico de peq. curva alta perforado en hígado izq. Se practica gastrectomía total ensanchada y hepatectomía parcial izquierda con asa de Roux. Fallece en la tarde.

4) Roberto B. — Doble neoplasma de estómago y de colon derecho. 59 años, ingresa 25 mayo/56. Dispepsia dolorosa, adelgazamiento y anorexia hace 6 meses. Se palpa tumoración del tamaño de una ciruela en parte izq. de epigastrio.

Radiografía de estómago, A 87379, 2 junio/56. Defecto de relleno en antro sobre gran curva con aspecto de lesión orgánica. Radiografía de colon por enema: en vecindad ángulo hepático, irregularidad y estrechamiento del colon, a bordes irregulares y rígidos con aspecto de lesión orgánica.

1ª operación, 4 junio/56, comprobándose (fig. 5) neo de antro sobre gran curva gástrica con adenopatías en cadena coronaria estomáquica, en pedículo hepático, suprapilóricas, paracoledociana, retroduodenal y adenopatía doble retropancreática y en gran epiplón.

Además se palpa neo de colon derecho. Se practica gastrectomía total ensanchada con extirpación de ganglios topografiando el colédoco con un

beniqué en su interior previa coledocotomía, Kehr en colédoco, Roux precólico. Microscópicamente (Dr. Matteo, Br. Toledo) epiteliooma primitivo. Metástasis en adenopatías hepática y retropancreática.

Post-operatorio satisfactorio. Control radiológico post-operatorio a los 22 días de operado, buena funcionalidad neo boca y buena permeabilidad del asa en Y.

2ª operación, 6 agosto/56, a los 2 meses de la primera. Colectomía

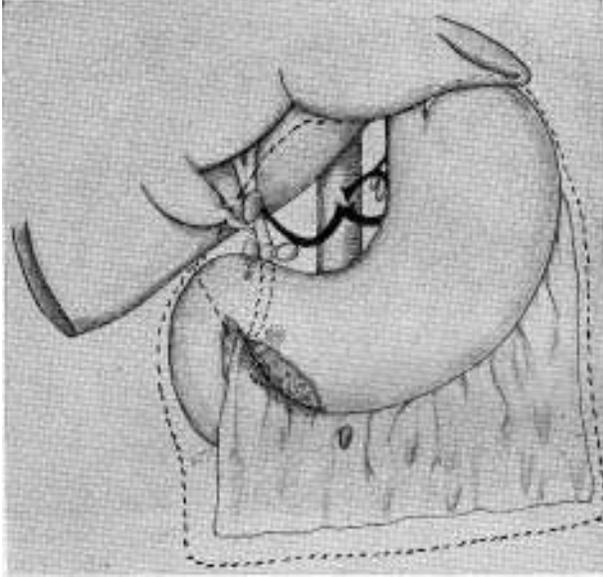


FIG. 5. — R. B. Neo de antro con adenopatías coronario - estomáquicas, en pedículo hepático, suprapilóricas, paracolecísticas, retroduodenales, retropancreáticas, y en gran epilón. Además presentaba neoplasma de ángulo hepático de colon que fue extirpado en un segundo tiempo.

derecha. Microscópicamente (Dr. Matteo, Br. Toledo). Epiteliooma sólido muy celular y atípico. Posibilidad de carcinoide (Neuroepitelial).

Evolución post-operatoria muy satisfactoria, siempre apirético, aumento de peso.

5) -Angela A. — **Extenso neoplasma de gran tuberosidad gástrica.** 63 años, ingresa 30 mayo/56. Desde hace 9 meses dispepsia y luego disfagia. Mucosas decoloradas, mal estado general, deshidratada, mioedema, adelgazamiento 20 kgs. Anemia 3.900.000. Urea 0 gr. 55.

Radiografía, 6 junio/56. Aspecto de lesión orgánica en gran tuberosidad gástrica con defecto de relleno (A 87439).

Se opera el 11 de junio/56, comprobándose (fig. 6) extenso neoplasma de gran tuberosidad gástrica que infiltra hacia el cardias. Grandes adenopatías en peq. curva., celíacas, en gran epilón y en pedículo del bazo. El neo adhiere al cuerpo del páncreas. Se practica gastrectomía total ensanchada y asa de Roux con esplenectomía y pancreatectomía corporal.

Microscópicamente (Dr. Matteo, Br. Toledo). Adenocarcinoma y car-

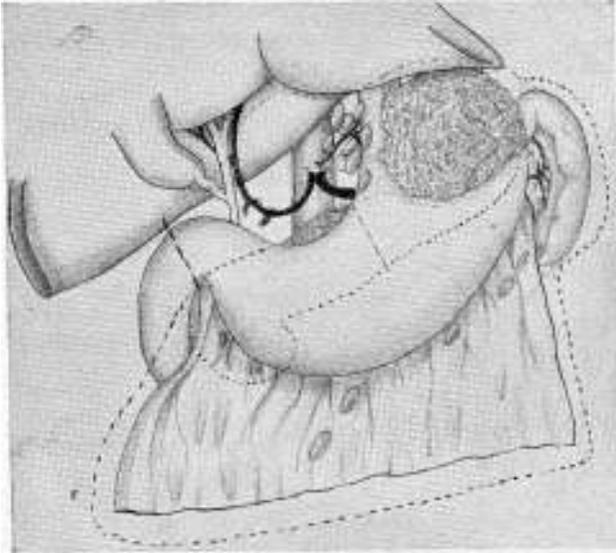


FIG. 6. — A. A. Extenso neoplasma de gran tuberosidad gástrica con adenopatías en pequeña curva región celiaca, gran epiplón y gastro - esplénicas.

cinoma sólido de estómago. Metástasis epiteliomatosas en los ganglios y también en las adenopatías del pedículo esplénico.

Alta julio 24/56 en buenas condiciones.

Control radiológico post-operatorio al mes y 10 días de operada, neoboca esófagoyeyunal satisfactoria. El tránsito se vacía sin dificultad.

6) Gregoria A. — **Extenso neoplasma del antro con gran difusión ganglionar.** — 69 años, ingresa 14 agosto/56. Síndrome pilórico, vómitos

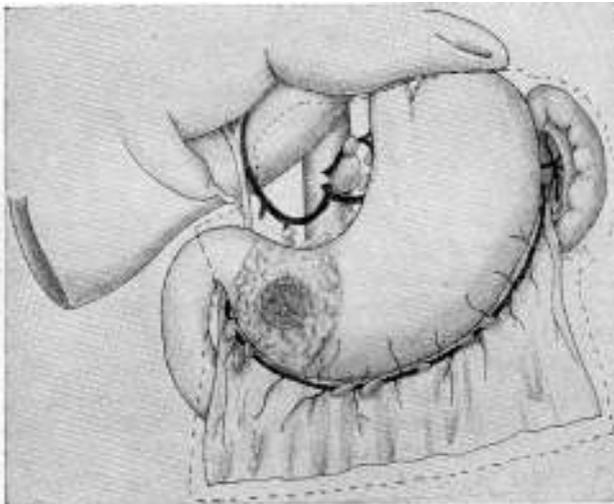


FIG. 7. — G. A. Extenso neoplasma de antro con adenopatías subpilóricas, celiacas, coronario - estomáquicas, gastro-epiploicas y esplénicas.

desde hace 2 meses, tumoración palpable en epigastrio, anemia 2.700.000, hematocrito 30%. Radiografía A 88502, agosto/56, amputación de antro.

Operación, 29 agosto/56, comprobándose (fig. 7) extenso neo antro pilórico con invasión duodenal; adenopatías subpilóricas en cadena coronaria-estomáquica, celiacas, gastroepiploica y esplénicas. Se practica gastrectomía total ensanchada y esplenectomía con asa de Roux.

Fallece a los 10 días.

7) José G. — **Neo de antro.** — 42 años, envía Dr. Oscar Orsi. Ingres a 3 feb./56. Dispepsia y adelgazamiento desde hace 2 meses. Síndrome de estenosis pilórica hace 9 días.

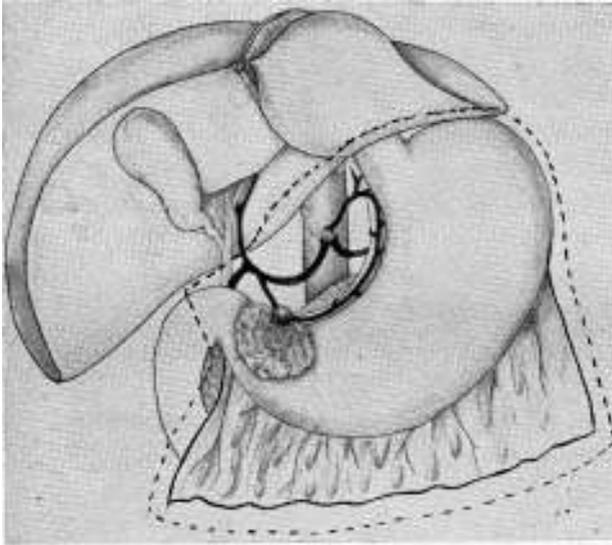


FIG. 8. — J. G.  
Neo de antro  
con pequeña  
adenopatía pilórica no neoplásica.

Radiografía, 22286: neo antro gástrico. Imagen lacunar que lo amputa parcialmente.

Operación, 22 feb./56, se comprueba (fig. 8) neo del antro y pequeña adenopatía pilórica. Se practica gastrectomía total ensanchada con asa de Roux. Histológicamente (Dr. Matteo, Br. Toledo). Epitelioma, ganglio linfático sin metástasis.

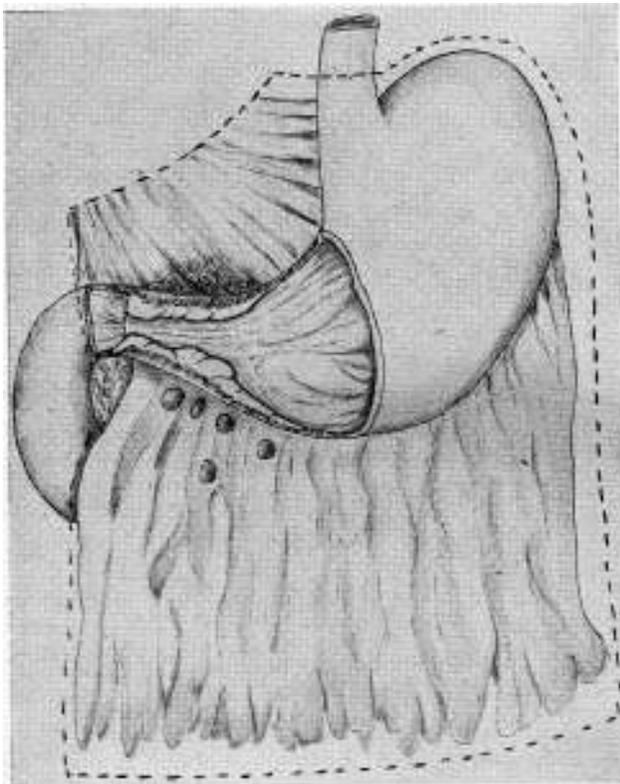
Alta a los 16 días, en estado satisfactorio.

Control radiológico post-operatorio, a los 2 meses de operado: buen funcionamiento de la neoboca. Dilatación vicariante de las asas anastomóticas.

8) Simón D. — **Neoplasma de antro gástrico.** — 53 años, ingresa 20 feb./57. Desde hace 1 año inapetencia por la carne y desde hace 1 mes y medio síndrome pilórico con adelgazamiento de 13 kgs.

Radiografía A 91414, 23 feb./57. Síndrome pilórico, no pasa al duodeno.

Operación 27 feb./57, comprobándose (fig. 9) neoplasma infiltrante antro pilórico con pequeñas adenopatías en gran epiplón. Se practica gastrectomía total ensanchada con asa de Roux. Histológicamente (Dr. Matteo, Br. Toledo): Epitelioma.



**FIG. 9.** — S. D. Neo infiltrante de antro con pequeñas adenopatías en gran epiplón.

Post-operatorio: buena evolución. Alta el 27 marzo/56 en buenas condiciones.

Control radiológico post-operatorio a los 25 días de operado: buen funcionamiento de la neoboca.

### **CONSIDERACIONES**

#### **1) Gastrectomía total ensanchada en el neo gástrico. Fundamentos.**

Los fundamentos de la gastrectomía total en el cáncer de estómago han sido claramente expuestos por Lahey, teniendo en

cuenta la tendencia extensiva de las lesiones malignas del estómago, no solamente hacia los *ganglios linfáticos* adyacentes (paracardiales y paraesofágicos, de pequeña curva, hepáticos, subpilóricos, pancreáticos, esplénicos) sino también y, en especial a la extensión en *forma difusa* más allá de los límites macroscópicos del tumor a expensas de los linfáticos de la *submucosa gástrica* y de la *submucosa duodenal*. Los trabajos anatómo-patológicos de Meissner demostraron que esta invasión difusa por vía linfática en el estómago y hacia el duodeno tiene lugar sin que macroscópicamente pueda comprobarse. También Coller, Kay y McIntyre informan que el carcinoma de estómago había comprometido el duodeno en el 26 % de los casos. Estas comprobaciones están de acuerdo con las de Castleman quien ha hecho notar que la invasión linfática puede extenderse por la submucosa hacia *abajo* hasta el duodeno y hacia *arriba* en el estómago más allá del nivel de la resección gástrica de la gastrectomía subtotal, dejando, además, establecido que la invasión del duodeno se extendía en sus casos entre 4 y 23 mm. más allá del píloro. Son importantes estos hechos claramente establecidos, porque demuestran que la gastrectomía parcial para el neo gástrico es una operación insuficiente porque deja lesiones neoplásicas *microscópicas* más allá de los límites del órgano resecado. La consecuencia de esta operación insuficiente es la recidiva del carcinoma en el muñón gástrico, como lo deja establecido Warren al comprobar esta recurrencia en el 19.6 % de 122 casos que fallecieron luego de la resección parcial efectuada por neo. Si el tejido aparentemente normal del estómago o del duodeno, lejos de la lesión tumoral macroscópica, puede estar invadido por la extensión a través de la submucosa, resulta evidente que la gastrectomía parcial no constituye una resección lo suficientemente amplia como para asegurar en el mayor número posible de casos de cáncer de estómago la extirpación completa de la lesión maligna.

Los ganglios aparentemente sanos pueden estar también invadidos, de acuerdo a las comprobaciones de Coller y Meissner y, por lo tanto, es necesario también extirpar todas las áreas de drenaje linfático del estómago, además de los ganglios palpables, finalidad que sólo puede ser alcanzada por la gastrectomía total ensanchada. Del Campo también así lo demuestra.

El mérito de Lahey ha consistido, frente a tales elementos de juicio, en preconizar la gastrectomía total no exclusivamente en los casos de lesiones extensas donde ella está obligatoriamente indicada, sino también en los casos de neo precoz. Es el concepto de la gastrectomía total *no por necesidad* sino de elección con el criterio de la exéresis amplia, poniéndose así al abrigo de la invasión linfática difusa macroscópicamente no reconocible y evitando la recurrencia neoplásica en el muñón gástrico y en el muñón duodenal.

Con este criterio la amplitud de la sección gástrica es la siguiente: el límite superior de la resección debe pasar sobre el esófago extirpándose la cadena de ganglios paraesofágicos que corre a ambos lados de esta porción digestiva desde el cardias hasta el hiatus diafragmático; el límite inferior debe ser llevado sobre el duodeno hasta el nivel más bajo posible, respetando, se entiende, la desembocadura del colédoco en el duodeno.

## 2) Técnica.

Las gastrectomías totales se han llevado a cabo por vía abdominal, con anestesia local complementaria solar y parasimpática y reconstituyendo la continuidad por medio del asa en Y de Roux.

a) *Abordaje por vía abdominal.* — Para la gastrectomía total se ha preconizado el abordaje por vía abdominal, por vía torácica y por vía tóraco-abdominal. Nos hemos inclinado por la vía abdominal por ser menos traumática y chocante, para los casos en que el neoplasma no invadía el esófago.

En la realización de las gastrectomías con anastomosis esófago-yeyunal término-lateral, como en estas que presentamos con asa en Y de Roux, no hemos encontrado prácticamente dificultades que nos exijan el uso de la vía torácica, siempre que se exponga claramente el esófago abdominal seccionando el ligamento triangular y coronario izquierdo, lo que permite reclinar hacia la derecha el lóbulo izquierdo del hígado, y siempre que se proceda a la sección hasta el ángulo esófago-diafragmático de la pars condensa del pequeño epiplón.

Una vez expuesto este sector, el alargamiento del esófago abdominal se obtiene correcta y satisfactoriamente seccionando

la cuerda inextensible de los vagos, decolando con el dedo la cara posterior del esófago hacia el tórax y separando las adherencias que unen el esófago al anillo diafragmático.

b) *Anestesia del plexo solar y parasimpática.* — El complemento de la anestesia general con anestesia local con novocaína del plexo solar y de los neumogástricos ha sido una práctica auxiliar muy valorada por los anestesistas porque evita el shock por tracción que en general se observa en el curso de esta intervención y que se pone de manifiesto por hipotensiones bruscas y marcadas.

c) *Reconstitución de la continuidad por medio del asa en Y de Roux.* — En las primeras gastrectomías totales habíamos seguido a Lahey conduciendo arriba un asa delgada, practicando una esófago-yeyunostomía término-lateral y completando la intervención con una yeyuno-yeyunostomía látero-lateral para evitar el pasaje de bilis, jugo pancreático y secreciones entéricas por la anastomosis esófago-yeyunal. En estos 8 casos que presentamos hemos realizado la técnica del asa en Y de Roux con larga asa desfuncionalizada de 40 cmts. de largo con sutura esófago-yeyunal término-terminal completada con anastomosis yeyuno-yeyunal término-lateral. El empleo del asa en Y de Roux ha sido de resultados satisfactorios y creemos que a ello se debe la explicación del bienestar del enfermo en el post-operatorio alejado y de la falta de trastornos consecutivos a la ingestión de alimentos.

### 3) **Ampliación de la gastrectomía total con esplenectomía, pancreatectomía o hepatectomía.**

En la gastrectomía total ensanchada se extirpa el gran epiplón, el pequeño epiplón y se explora el pedículo hepático, la vecindad del tronco celiaco y la cara posterior del duodeno-páncreas, previo decolamiento, en búsqueda de adenopatías a extirpar.

En la mayoría de los casos se preconiza la esplenectomía a causa del drenaje de los vasos linfáticos de la gran curva en el grupo de ganglios situados en el meso gastro-esplénico. Nosotros hemos tomado como orientación practicar la esplenectomía en los casos de neo gástrico muy extendido o a localización en gran curva o con ganglios palpables en el meso gastro-esplénico, respetando el bazo en las restantes circunstancias.

La pancreatectomía del cuerpo y cola fue llevada a cabo sólo

en caso de adherencia neoplásica a este órgano. Del Campo es sistemático y lo practica con la finalidad de reseca el meso gástrico posterior en donde está incluido este segmento del páncreas.

De la misma manera hemos llevado a cabo la hepatectomía parcial del lóbulo izquierdo del hígado en caso de adherencia del neoplasma al hígado.

#### **4) Ejecución de la operación con dos equipos quirúrgicos.**

De acuerdo a la orientación de la Clínica, esta intervención la hemos llevado a cabo con dos equipos quirúrgicos. El primero realiza el tiempo de la extirpación y el segundo el de la reconstrucción. Esta práctica ofrece la ventaja de que el segundo equipo ejecuta la anastomosis de mayor trascendencia, que es la esófago-yeyunal término-terminal, en óptimas condiciones físicas, obteniéndose mayores seguridades quirúrgicas en la sutura y una disminución del tiempo total operatorio.

#### **5) Gastrectomía total de necesidad y gastrectomía total de elección.**

La primera es la única intervención que puede realizarse en los casos de neoplasmas extensos.

La segunda es la que se preconiza en los neoplasmas bien localizados, frente a los cuales muchos cirujanos practican la gastrectomía parcial.

Es necesario destacar esta diferenciación para balancear los resultados. La mayoría de nuestros casos están catalogados dentro de las gastrectomías por necesidad por tratarse de cánceres muy extendidos. En sólo dos pudo realizarse la gastrectomía de relativa elección (casos 7 y 8, figs. 8 y 9) los que evolucionaron favorablemente y que seguimos observando.

#### **6) Mortalidad operatoria.**

El índice de mortalidad de esta operación ha disminuído progresivamente de acuerdo con la mayor práctica y experiencia de los cirujanos.

En el período 1927 - 1943 el porcentaje de mortalidad fue

para Lahey de 34.6 % en un total de 75 pacientes; pero de 1944 a 1950, sobre 64 operados el porcentaje decreció al 9.4 %. Confrontando ésta con otras estadísticas se llega a la conclusión de que el porcentaje actual de mortalidad oscila alrededor del 10 %.

De nuestros 8 enfermos 2 fallecieron y correspondían a gastrectomías *de necesidad* en enfermos de edad avanzada (69 y 74 años), con mal estado general. El primero de ellos, G. A. (caso 6), de 69 años, ingresó con una anemia de 2.700.000 y hemoglobina de 36 % y presentaba un extenso tumor gástrico del antro infiltrando el duodeno en sus 2 cmts. proximales con masiva y voluminosa invasión de todas las cadenas ganglionares, es decir, de la cadena gastro-epiploica, de la coronaria estomáquica, de los ganglios subpilóricos, adenopatías muy voluminosas alrededor del tronco celíaco que merecieron una cuidadosa disección y, por último, con adenopatías alejadas en el meso gastro-esplénico que obligó a una gastrectomía ensanchada con esplenectomía. El otro, J. D. (caso 3), edad avanzada (74 años), con urea de 0 gr. 70, hematocrito de 34 %, enfisema pulmonar, presentaba un neoplasma alto de la pequeña curva del estómago, perforado en la cara inferior del lóbulo izquierdo del hígado. Estos dos casos corresponden a gastrectomías de necesidad.

## RESUMEN

1) Orientados hacia la gastrectomía total en el tratamiento del neo gástrico, realizamos al principio esta operación con la técnica de Lahey, uniendo un asa delgada al esófago con anastomosis término-lateral y, como sus resultados no fueran satisfactorios, estas últimas 8 gastrectomías totales han sido ejecutadas con la técnica del asa en Y de Roux, obteniéndose una mejor evolución.

2) Respecto a la técnica, el abordaje abdominal fue suficiente y se destaca el valor de la anestesia local complementaria del plexo solar y neumogástricos que evita el shock que provoca la tracción gástrica.

La reconstrucción se llevó a cabo con asa en Y de Roux.

3) La gastrectomía total ensanchada fue ampliada con esplenectomía en los casos de neoplasma muy extendido o locali-

zado en gran curva o con ganglios palpables en epiplón gastro-esplénico; con pancreatometomía y hepatectomía cuando el cáncer adhería al páncreas o al hígado.

4) Ha resultado beneficioso operar con dos equipos quirúrgicos porque favorece la mejor ejecución de la sutura esófago-yeyunal y acorta el tiempo de la intervención.

5) Se diferencia, para mejor valorar los resultados, la gastrectomía de necesidad y de elección.

### SUMMARY

1) In our trend towards total gastrectomy in the treatment of gastric cancer, at first we operated according to Lahey's technique, joining a loop of the small intestine to the esophagus with an end to side anastomosis and, as the results were not satisfactory, these last 8 total gastrectomies were done with the Roux loop technique, with much better results.

2) Regarding the technique, the abdominal approach was sufficient, and the value of complementary local anesthetic of the solar plexus and neumogastric nerves in emphasised, because it prevents shock from gastric traction. The reconstruction was carried out with a Roux loop.

3) Total gastrectomy was amplified by splenectomy in cases of very extensive cancer or those in which it was located at the great curvature of the stomach or with palpable nodes in the gastro-splenic omentum; by pancreatotomy and hepatectomy when the cancer adhered to the pancreas or liver.

4) It has proved beneficial to operate with two surgical teams because it makes for better technique in the gastro-esophageal sutures and shortens the overall operative time.

5) To better evaluate the results a distinction has been drawn between total gastrectomies performed from necessity and those undertaken from choice.

Avda. Fco. Soca 1361  
Montevideo - Uruguay

BIBLIOGRAFIA

- ALLISON, P. R. y TAVARES DA SILVA, L. — The Roux Loop. Brit. J. Surg. 41; 173; 1953.
- CASTLEMAN, B. — Extensión of Gastric Carcinoma into the Duodenum. Ann. of Surg. 103; 348; 1936.
- COLLER, F. A.; KAY, E. B. y McINTYRE, R. S. — Regional Lymphatic Metastases of Carcinoma of the Stomach. Arch. Surg. 43; 748; 1941.
- DEL CAMPO, J. C. — Gastrectomía total en cáncer del antro. Bol. Soc. Cir. del Uruguay 20; 5; 625; 1950.
- LAHEY, F. H. y MARSHALL, S. F. — Gastrectomía total. Anales de Cirugía 3; 3; 309 - 327; 1944.
- LAHEY, F. H. y MARSHALL, S. F. — Debe emplearse la gastrectomía total en el cáncer incipiente del estómago? Anales de Cirugía 9; 9; 1667 - 1688; 1950.
- MEISSNER, W. A. — Malignancy of Gastric Cancer. J. Nat. Cancer Inst. 10; 533; 1949.

**Dr. Cendán.** — El trabajo del Dr. Cosco Montaldo nos plantea el problema de la cirugía del cáncer de estómago, desde dos aspectos diferentes: el primer , se refiere a la cirugía de exéresis del cáncer gástrico; el segundo se refiere a cómo restablecer la continuidad una vez extirpado el órgano con el tumor.

Respecto al primer problema, es decir, respecto a la indicación de exéresis en el cáncer de estómago, y de acuerdo con los casos que nos ha mostrado el Dr. Cosco Montaldo, yo me permito discrepar con él. Creo que la cirugía de exéresis radical del cáncer de estómago no puede ser encarada sino cuando se trata de un cáncer extirpable dentro de lo que permiten las reglas cancerológicas, es decir cuando su invasión no sobrepasa los límites de lo que es posible extirpar; y no refiriéndose a los límites visibles sino a los límites adonde puede suponerse ya ha llegado.

En ese sentido, creo que de los ocho casos presentados por el Dr. Cosco, por lo menos en cinco, yo me hubiera abstenido de hacer una gastrectomía total. Desde el año 1953 hasta hoy, es decir más de cuatro años, yo he operado cerca de doscientos neoplasmas de estómago y solamente he encontrado cinco en los cuales he podido realizar la resección con posibilidades de éxito, dado que en el resto existían zonas de extensión linfática que contraíndican la extirpación.

Una de esas zonas, es la que se presentó en uno de los casos del Dr. Cosco, que es la invasión del pedículo hepático. La segunda, que es contraindicación definitiva, es la toma de los ganglios retro pancreáticos. Las demás extensiones permiten la extirpación, pero cuando los ganglios de la pequeña curva están tomados, en proporción importante el pedículo linfático coronario, participa en el proceso y prácticamente se puede suponer que también la lesión ha sobrepasado las posibilidades de una exéresis pretensiosa.

En cuanto a la forma de realizar la exéresis discrepamos también con el Dr. Cosco. Creo que no debía de hablar de gastrectomía ensanchada sino cuando se hace una operación que siga las reglas cancerológicas, es decir la extirpación del tumor, del órgano donde asienta y de los territorios linfáticos y los ganglios linfáticos correspondientes, es decir que para poder hacer una exéresis de ese tipo en el estómago no puede ser realizada si no se extirpa en block, siempre sistemáticamente, el bazo, el cuerpo del páncreas y los ganglios de la zona retro pancreática, además del resto de la extirpación que el Dr. Cosco realiza.

En cuanto al problema de la extensión a dar a la resección, yo creo que se debe establecer, como dice el Dr. Cosco, que hay cirugía de elección y que hay cirugía de necesidad.

Precisamente la cirugía de elección es la gastrectomía total ensanchada con las salvedades que hemos hecho. La cirugía de necesidad, cuando a pesar de la propagación a distancia, se trata de un tumor estenosante o de un tumor que uno supone que va a progresar rápidamente y va a llevar a la estenosis aun cuando en el momento no exista; es una cirugía que permitirá vivir al enfermo cierto tiempo; no puede pretender ser curadora. O no puede serlo de ninguna manera aun cuando se haga una gastrectomía total, y dada la alta mortalidad de la gastrectomía total, cualquiera que sea la técnica que se utiliza, yo creo que corresponde tratar la estenonía mediante gastrectomía sub total o la simple derivación por gastroenterostomía.

Sabemos perfectamente que la extensión linfática de un neoplasma toma todas las paredes del estómago, pero antes de que aparezca una sintomatología local capaz de obligar a una reintervención para solucionar el problema, casi siempre el enfermo fallece a consecuencia de la difusión del cáncer y en particular de las metástasis hepáticas.

De modo que nosotros frente al cáncer inoperable por su extensión linfática u otra, preferimos la gastrectomía sub total clásica sabiendo que no hacemos la operación curadora ni mucho menos, sino una operación paliativa y en muchos casos nos conformamos con una simple gastro enterostomía.

Realizamos también como operación de necesidad, la **gastrectomía total** en las formas infiltrantes totales, del tipo de la línitis plástica, cuando ya no queda ninguna zona del órgano que pueda ser respetada, en cuyo caso, sí, vamos a la extirpación completa, pero siempre y cuando esa extirpación no signifique un grave riesgo de vida por su extensión hacia las partes vecinas, es decir que ya no hacemos una gastrectomía ensanchada, sino que hacemos una gastrectomía total de necesidad sin pretensión de extirpaciones linfáticas.

En cuanto al abordaje, yo estoy de acuerdo con el Dr. Cosco en el abordaje por mediana supra umbilical. La vía abdominal es excelente, sobre todo cuando se completa con la resección del apéndice xifoideo, en caso necesario incluso seccionando un poco el esternón, pero a veces, sobre todo en los casos de tórax estrecho con un ángulo xifoideo agudo, ese

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

abordaje no es suficiente y yo creo que no se debe ser exclusivo y que existen casos en los cuales es muy conveniente la vía tóraco-abdominal, sabiendo también que esta vía es mucho más chocante para el enfermo que la anterior.

De los seis casos que yo operé, en uno, la vía abdominal, me resultó muy incómoda para hacer la sutura; ese enfermo hizo una fistula de la anastomosis esófago - colónica y falleció. Yo creo que el abordaje influyó en la mala realización de la sutura.

En otro caso, en que operamos por vía toraco-abdominal pude realizar la sutura en muchas mejores condiciones y además pude avanzar en esófago hacia su medio para ponerse a cubierto de dejar tejido canceroso en la zona suturada.

En cuanto al segundo problema que trató el Dr. Cosco, al restablecimiento de la continuidad, creo que no convendría entrar en la discusión. Pero desearía recordar la ventaja que significa en todas las operaciones de resección gástrica de volver, en lo que sea posible, a la anastomosis tipo Billroth I manteniendo el pasaje de los alimentos por el duodeno. Esa corriente ha ido aumentando estos últimos años, al punto de llevar nada menos que a Finsterer, autor de la técnica de anastomosis gastroyunal oval parcial, a reconocer que la anastomosis tipo Billroth I es una excelente operación, y que considera que en todos los casos en que pueda indicarse, cree que debe ser la conducta de elección, y tratándose de casos de gastrectomía total, en que hay que hacer anastomosis complicadas o numerosas, (la anastomosis en Y de Roux necesita tres suturas) y sobre todo cuando se tiene que recurrir a un procedimiento de injerto como el que ha hecho el Dr. Cosco en uno de los casos, creo que es preferible utilizar un asa aislada de reemplazo, pero digo que es otro problema cuya discusión llevaría mucho tiempo, por lo cual prefiero no entrar a considerarlo en esta oportunidad.

**Dr. Cosco.** — Agradezco la atención prestada por los estimados colegas y por los Dres. Cendán y Urioste a esta presentación. Paso a constatar las consideraciones emitidas en el curso de su discusión.

El Dr. Cendán expresa que en algunos aspectos no está de acuerdo conmigo. Más que una contradicción, constituye para mí una satisfacción que esto acontezca, porque es la manera de tener oportunidad para expresar nuestras opiniones y más aún cuando la controversia tiene lugar con una figura prestigiosa como la del Dr. Cendán. Creo firmemente que con el Dr. Cendán no lograré ponerme de acuerdo porque ninguno podemos atribuirnos la posesión de la verdad y porque eminentes figuras científicas con amplísima experiencia sustentan criterios diferentes y no existe opinión mundial unánime. Son problemas en constante evolución y discusión. Cuando mi oponente habla de que discrepa con mis indicaciones de exéresis, yo respeto su opinión; el Dr. Cendán extirpará los neoplasmas cuando lo considere conveniente de acuerdo a su criterio, y nosotros, de acuerdo a otro más amplio, pero ni el mío ni el del Dr.

Cendán pueden ser rebatidos con éxito. Por lo tanto, una discusión sobre la justa indicación de la gastrectomía total sería poco constructiva. Frente a doscientos neoplasmas gástricos, en seis solamente creyó posible la resección; en la estadística realizada en la Clínica del Prof. Soto Blanco sobre neoplasmas de estómago, los que pudieron ser gastrectomizados fueron también relativamente escasos, ya que consultaban en estado de caquexia neoplásica, de carcinomatosis peritoneal o en el acto quirúrgico eran inextirpables por metástasis hepáticas o adenopatías muy extendidas. El Dr. Cendán afirma que contraindica la exéresis la existencia de adenopatías en el pedículo hepático; yo he mostrado gastrectomías con extirpación de tales tomas ganglionares.

Con respecto a las adenopatías, debemos recordar, en contra de los que creen que constituye contraindicación quirúrgica, que existen quienes afirman que las adenopatías hay que respetarlas porque constituyen una barrera de defensa del cáncer. Grandes cánceres se han extirpado con buena evolución mientras que pequeños neoplasmas en los que se imponía un buen pronóstico han sido resecados con mala evolución y originado rápidas metástasis; esto nos impide ser afirmativos en condenar la cirugía de los grandes neoplasmas como también garantizar la buena evolución de los pequeños. Es un problema doble, que tiene su pro y su contra, lo que nos impide ser doctrinarios.

Orientado con los conceptos del Prof. del Campo al hablar de las reglas de la cancerología ensanchada, el Dr. Cendán preconiza la extirpación sistemática del cuerpo y de la cola del páncreas, por estar contenidos en el mesogastrio posterior primitivo. Es indudable que es un concepto interesante y de elevado valor, pero, como todos, está sujeto al juicio de la experiencia. Tal orientación no constituye una regla de conducta habitualmente aceptada en el momento actual, ya que grandes cirujanos no extirpan sistemáticamente el cuerpo y cola del páncreas. En este punto respetamos la opinión del Dr. Cendán, pero él debe respetar la de los demás.

Con respecto al abordaje, estamos en casi completo acuerdo porque admite que la vía abdominal es factible, con el agregado de la resección del xifoides y, a veces, del esternón. La resección del xifoides yo la practico con mucha cautela. La incisión abdominal ampliada sobre el xifoides la empleo en las gastrectomías totales, en las gastrectomías parciales muy amplias, en las gastrectomías con remplazo y en las esofagectomías por neo de esófago con el procedimiento de la vía combinada abdominal y torácica derecha; en una oportunidad cuando seccioné el xifoides se produjo un enfisema mediastinal. El anestesista observó que al enfermo se le hinchaba el cuello, la cara y los párpados del lado derecho por un enfisema progresivo, frente al cual se suspendió inmediatamente la operación; quiere decir que yo había abierto la pleura derecha. Afortunadamente todo se normalizó y el paciente pudo ser luego operado en otra sesión quirúrgica. Por eso la resección del xifoides es un tiempo que realizo con gran cautela.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Yo agradezco las palabras del Dr. Cendán, diciéndole que creo que es lógico y científico esperar los resultados de los pacientes operados y estudiarlos a través de los años, lo que nos aportaría una mayor experiencia y acaso la penúltima palabra, porque la última es muy difícil en cancerología.

Al Dr. Urioste le agradezco su intervención y el interesante relato de su caso. Ese paciente tuvo que intervenir por tóraco-freno-laparotomía porque invadía el cardias y el esófago bajo, en lo que estamos de acuerdo. Yo practico la gastrectomía total por vía abdominal cuando no está tomado el esófago bajo.

Por último, debemos esperar que gastrectomizados estudiados durante un plazo más largo de tiempo han de contribuir en todos y cada uno de nosotros a formarnos un concepto más autorizado sobre el problema en discusión.