

## GASTRECTOMIA PROXIMAL ENSANCHADA (\*)

### Interposición de yeyuno con anastomosis transmesentérica

Dr. Lorenzo Mérola (h)

El problema que plantean las neoplasias gástricas no ha salido aún del terreno de la discusión, y diversas tácticas y técnicas quirúrgicas dividen la opinión de los autores. Esta falta de acuerdo se refiere no sólo al problema de la reconstrucción del tránsito digestivo después de la gastrectomía radical por neoplasma, sino aún al planteado por la amplitud de la exéresis.

Por una serie de razones, ampliamente expuestas en la literatura quirúrgica, es defendible la gastrectomía subtotal clásica en los neoplasmas del antro pilórico. Cuando la lesión invade las partes altas del cuerpo gástrico, y la sección no puede ser realizada a una distancia relativamente segura del borde superior del proceso, se impone, y en esto el acuerdo es unánime, la gastrectomía total. Se habla entonces de gastrectomía total de necesidad, a oponer a la que se realiza por concepto y de manera sistemática para toda localización tumoral en las tunicas gástricas.

Jerarquizando la topografía de la lesión, y frente a los mediocres resultados que del punto de vista nutricional proporciona la gastrectomía total, ha surgido en la última década la defensa de la gastrectomía parcial superior, o subtotal alta, o proximal. Se basa esta última, del punto de vista conceptual, en la misma argumentación que defiende la realización de la subtotal clásica, o distal, en las localizaciones antrales.

Nissen, quien tiene una amplia experiencia en este tipo de operación, publica en 1957 un excelente artículo (1), en el que

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 11 de noviembre de 1959.

hace la defensa de esta táctica, exponiéndonos una numerosa y exitosa casuística. En nuestra opinión, como veremos más adelante, no es de los mejores el tipo de reconstrucción del tránsito que practica este autor.

Debemos destacar que la gastrectomía proximal es usada y defendida por muchos autores como tratamiento de elección para ciertas lesiones benignas de topografía alta, (ulcus, divertículos, etc.), y aún, en una extensión de indicación totalmente injustificada, en el ulcus de topografía habitual. Un buen capítulo sobre esta técnica puede leerse en el libro de Gueullette. (2)

Habiendo tenido oportunidad de tratar quirúrgicamente una lesión neoplásica localizada en el fundus gástrico, y por tratarse según creemos del primer caso en el país en que esta táctica es aplicada, nos atrevemos a distraer la atención de la Sociedad de Cirugía. Además, se trata del primer caso en el que, realizada la anastomosis esófago-yeyunal según nuestra técnica personal (3), se logra el mantenimiento del tránsito digestivo a través del duodeno.

Resumen de la Historia Clínica (Servicio de Cirugía del Prof. Juan Soto Blanco):

L. R. X. — oriental. Soltero. 38 años. Albañil.

M. de Ingreso: dispepsia y dolores epigástricos.

Enf. actual: Hasta hace 2 meses en aparente estado de salud, comienza con dolor a localización epigástrica, de mediana intensidad, sin irradiaciones. Aparecía habitualmente en horas de la tarde, o de madrugada, y calmaba con la ingestión de alimentos, de preferencia leche. El dolor aparece siempre como post-prandial tardío, y últimamente con caracteres de hambre dolorosa. También acusa en los últimos días, eructos repetidos y ruidos hidroaélicos en el hipocondrio izquierdo. No ha tenido vómitos ni regurgitaciones ni sensaciones de ardor esofágico. No tiene antecedentes de dispepsia de ningún tipo. Tránsito intestinal normal.

Antecedentes: Fumador intenso; no etilista. Fue operado hace 6 años de quiste hidático del hígado, por el Dr. Mérola.

Examen clínico: Buen estado general y de nutrición. Mucosas bien coloreadas. Lengua saburral. Pulso y presión: normales.

Abdomen: Cicatriz operatoria subcostal derecha, con buen estado de la pared. Abdomen libre, no palpándose nada anormal.

Resto del examen físico: completamente negativo.

Estudios radiológicos: 15/VIII/59. A 104051. Estómago con antro espasmódico e imagen anómala en la parte alta del cuerpo. Deseamos repetir el examen.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

3/IX/59. A 104233. Persiste un defecto de relleno en la parte alta de la curvatura menor, con aspecto de lesión orgánica. Dr. Oscarberro.

27/VIII/59. A 104140. Colecistograma normal.

18/VIII/59. Quimismo gástrico. En resumen: anaclorhidria en el residual, y en el estudio fraccionado. Evacuación acelerada (trastorno pilórico). Marcada gastritis. (Julio Guani).

8/IX/59. Gastroscopía (Nº 785). Dr. C. Saavedra. En tercio superior de la pequeña curva, hacia la cara posterior, se encuentra una tumoración redondeada, saliente en la luz del cuerpo gástrico, y recubierta de mucosa lisa, de color rojizo. Antro y píloro: normales.

3/IX/59. Gl. rojos: 4.010.000; bl.: 8.100; Hgb. 80 %; V. gl.: 1. T. coag.: 3 min.; sangr.: 2 min. Urea: 0gr.30. Orina: normal.



FIG. 1. — Radiografía de la lesión. Placa en Trendelenburg. Se aprecia claramente la topografía gástrica del tumor.

11/IX/59. OPERACION. Cirujano: Dr. Mérola. Ayudantes: Dr. C. Sapriza y Ptes. Ituño y Arbizu. Anestesista: Pte. Peri.

Incisión mediana supraumbilical. Gran cantidad de adherencias fibrosas peri-hepáticas, que impiden el abordaje directo del píloro y bulbo del duodeno. Hipertrofia marcada del lóbulo izquierdo del hígado. Gran masa de aspecto neoplásico en la parte alta de la cara posterior del cuerpo gástrico. Gruesas adenopatías de la coronaria, de la gástrica posterior ascendente y de la cadena de la esplénica.

Se procede a la sección del ligamento triangular izquierdo. Gastrectomía subtotal proximal ensanchada, incluyendo en la resección bazo, cuerpo y cola del páncreas (con los mesos correspondientes), y gran epipión. Ligadura y sección de la coronaria en su origen. Se respeta la ar-

teria pilórica, y se liga y secciona la gastroepiploica derecha debajo del duodeno.

Sección visceral proximal sobre el esófago y distal en pleno antro, a unos 8 cms. del píloro.

Se realiza anastomosis esófago-yeyunal transmesentérica, colocando el asa de izquierda a derecha, según su peristaltismo, y pasada a través de un ojal del mesocolon.

Yeyuno-yeyunostomía (a doble luz) de unos 15 cms. de largo. Sección de la rama aferente del asa a 4 o 5 cms. por debajo de la bolsa y cierre de su cabo distal en muñón. Sección de la rama eferente (o derecha) a unos 12 cms. de la bolsa y cierre en muñón de su cabo proximal. Anas-

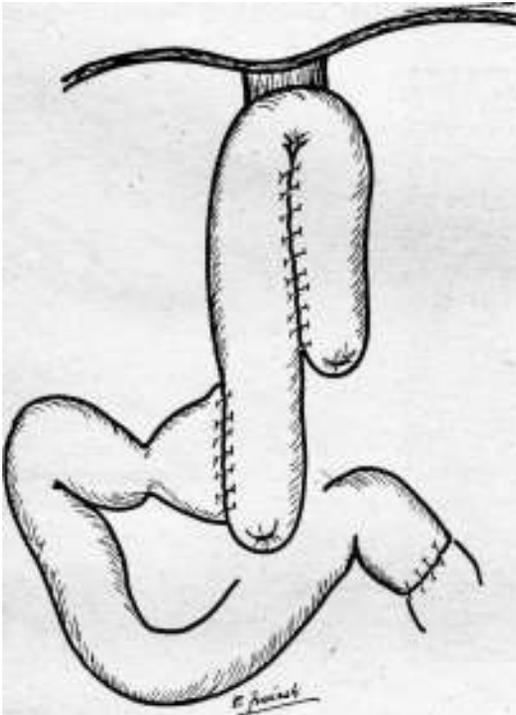


FIG. 2. — Esquema de la reconstrucción practicada. Se muestra el asa plástica interpuesta entre el esófago y el remanente del antro, así como la reparación del tránsito del delgado.

tomosis del antro remanente al flanco derecho de esta última, entre la bolsa yeyunal y el muñón ciego.

Reconstrucción de la continuidad del delgado por anastomosis cabo a cabo, realizada en supramesocólica, y pasada luego a inframesocólica a través del ojal del meso, el que se estrecha.

Toda esta última maniobra (anastomosis y descenso) pudo ser realizada por sección lineal del mesenterio, entre dos vasos rectos, entre los muñones y los cabos a anastomosar, y sin sección de ninguna de las arcadas vasculares.

Drenaje del hipocondrio izquierdo por contra-abertura subcostal, con

mecha de gasa y celofán. Cierre de la herida operatoria en dos planos.

Evolución inmediata: intervención muy bien tolerada. Se mantuvo sonda de aspiración en el neostómago por 48 horas. Ligeramente febrícula que desapareció al 6º día. El drenaje del hipocondrio izquierdo dio escasa cantidad de líquido sanguinolento hasta el 4º día, en que fue retirado.

Ingirió líquidos a partir de las 24 horas, y toleró siempre los alimentos progresivamente proporcionados.

Evolución alejada: Desde el momento del alta hospitalaria, a los 20 días de operado, hemos vuelto a ver al enfermo en múltiples oportunidades. Se le han practicado tres controles radiológicos en los 10 meses transcurridos, y se le ha interrogado detenidamente, manifestando siempre no sufrir de ningún trastorno digestivo alto, molestándolo en algunas



FIG. 3. — Contraste baritado del asa interpuesta. Amplio pasaje a nivel del neo-cardias, cámara gaseosa similar a la normal y buen relleno de la porción pre-pilórica remanente.

ocasiones cierta tendencia a la diarrea post-prandial inmediata. Ingiere toda clase de alimentos, y en cantidades normales.

Anatomía patológica: Examen macroscópico. Dr. Juan R. Delger. Pieza operatoria fijada en formol, constituida por estómago, abierto por su curvatura mayor, el epiplón, el bazo, parte del páncreas y formaciones del meso gastro-esplénico. El estómago presenta por su cara externa elementos linfoganglionares, de los que se disecan algunos pertenecientes a ambas curvaturas. Por su cara mucosa se aprecia un enorme cáncer ulcerado en forma de cráter redondeado, de 7 cms. de diámetro, de bordes elevados y fondo necrótico. Las secciones vértico-frontales de la pieza muestran que el proceso infiltra todas las capas en su totalidad, y que

en la profundidad hay adyacente un grueso nódulo ovoideo, blanquecino, homogéneo, con los caracteres de metástasis del epiplón menor.

Se toman para examen microscópico fragmentos del borde de la ulceración, de un ganglio de cada una de las curvaturas y de la metástasis nodular. Se archiva parte del material restante.

Examen microscópico: Estómago: carcinoma sólido, en partes carcinoma glanduliforme muy atípico e infiltrante. Se observan metástasis ganglionares y en el nódulo mencionado. Dr. Alberto L. Matteo.

Usamos en este caso, como lo hacemos habitualmente, la vía abdominal pura, por considerar que, en los neoplasmas que no invaden el esófago, ella es suficiente para realizar correctamente



FIG. 4. — Aspecto panorámico post-operatorio del tránsito digestivo alto. El muñón ciego de la rama derecha del asa, se proyecta sobre el ángulo duodeno-yeyunal, dando una falsa imagen de continuidad a ese nivel.

las maniobras de resección y las posteriores de sutura. No desconocemos que uno de los elementos que mejora radicalmente el pronóstico de las gastrectomías totales es el abordaje amplio de la zona en que se realiza la sutura esofágica pero, pudiendo hablar ya con experiencia personal, sostenemos que la vía abdominal hace que esta operación sea marcadamente más tolerada. Hasta el momento, y empleando la anastomosis trans-mesentérica, no hemos observado dehiscencias de la sutura.

Los pobres resultados que del punto de vista de la nutrición hemos observado en nuestros casos de gastrectomía radical, nos

han hecho cautelosos en su indicación, y nos hemos propuesto ejecutarla sólo en aquellos casos en que no puede ser defendido otro tipo de operación, sub-total distal clásica o proximal.

En el presente caso, la intervención por quiste hidático del hígado sufrida años antes por el paciente, nos llevó de la mano, dadas las dificultades de liberación de la región pre-pilórica del estómago, para resolver su conservación. La lesión neoplásica era alta, y francamente evadida del órgano en causa (adherencias del fundus, adenopatías de la coronaria y de la esplénica), pero respetada en su totalidad a la región antral.

Efectuada ya la resección proximal ensanchada, con inclusión de los mesos y epiplones del mesogastrio posterior, y de los órganos incluídos, nos abocamos a la reconstrucción del tránsito digestivo. La solución más simple, hubiera sido la de anastomosar el esófago al antro remanente, como aconsejan quienes realizan la gastrectomía alta por lesión benigna, operación en definitiva semejante a la de Sweet, pero como se comprende más baja e intra-abdominal. Las adherencias fibrosas firmes peripilóricas impedían la movilización visceral necesarai, y se desechó esta solución.

Nissen (ya citado), realiza una esófago-yeyunostomía término-lateral, con anastomosis de Braun en el pie del asa, y aboca el antro a la rama derecha de la misma, con lo que busca que por lo menos parte de los alimentos realicen su tránsito a través del duodeno. Su técnica (salvo la preservación del antro), es similar a la descrita por Horsley, (<sup>4</sup>) y tiene gran parecido con la de Massabonu - Taboda, (<sup>5</sup>) quien, estenosando estratégicamente ambas ramas del asa, obliga a los alimentos a transcurrir a través del duodeno. Por este último motivo, nos parece francamente superior la solución del autor japonés.

Buscando una mejor solución que la de Nissen, y queriendo realizar una esófago-yeyunostomía transmesentérica, en la que tenemos práctica y confianza en cuanto a su solidez, realizamos una interposición de asa yeyunal plastiada entre el esófago y el antro remanente. Buscamos proporcionar al enfermo, hombre de trabajo, y de 38 años de edad, una operación que contemplase, en todos sus aspectos, el llamado "confort" digestivo post-operatorio. Los elementos a considerar para acercanos a ese ideal de operación reparadora son conocidos: anastomosis esofágica no esteno-

sante, pero de realización segura, y que evite la regurgitación; cámara de recepción del alimento, que permitía ingesta de volumen adecuado, y que no permita el vaciado rápido; conservación del tránsito duodenal, o para el caso, antro-duodenal, ya que no tendría sentido conservar el antro para dejarlo coronando un asa diverticular.

Con esos objetivos a la vista, realizamos la técnica de interposición, similar a la descrita por Hunt (6) y Soupault, (7) y a la que este último llama "yeyuno-esófago-duodenoplastia". Por haber tenido hace ya años un accidente mortal por fracaso de la irrigación en un asa transplantada con la técnica de Henley (8) nuestra máxima preocupación se dirigió a cuidar los vasos del mesenterio. Esto explica (ver esquema), la exuberancia de muñones la que, si bien antiestética, no acarreó trastornos funcionales y nos permitió realizar la interposición del asa y la reconstrucción de la continuación del delgado sin ligar *ninguno de los vasos del mesenterio*. Se logró con esta maniobra, realizar la interposición sin cuña de la pantalla mesentérica, con lo que se consigue, de manera más perfecta, llevar el alimento al duodeno como en las técnicas de interposición sin discontinuidad (Horsley, Taboda, etc.).

Merece también algún comentario el mantenimiento del píloro, no tratado, en el tránsito digestivo. En este enfermo dicho esfínter no parece haber creado problemas pero, por experiencia adquirida posteriormente en casos de vaguectomía doble, con o sin resección del tubo digestivo, nos parece ahora ineludible la pilorotomía o la plastia en casos similares.

Otro aspecto que queremos señalar es el de la colocación de drenaje al término de la operación. Nuestra conducta actual es la siguiente: no drenamos si no hemos hecho resección parcial del páncreas, y lo hacemos siempre que hemos resecado esta víscera, colocando el drenaje lejos de las suturas y en pleno vacío del hipocondrio izquierdo, y exteriorizándolo por contra-abertura.

Aparte de la buena evolución post-operatoria inmediata, puede considerarse como excelente el estado digestivo del enfermo, al que hemos controlado de cerca durante los diez meses de post-operatorio transcurridos.

Cuando colocamos un asa yeyunal en sustitución del estómago, pretendemos una solución "morfológica" de la agastría, y

aún más pretenciosamente buscamos resolver un problema de "fisiología mecánica", pero sería una utopía querer lograr un neo-estómago funcionando en su aspecto de órgano secretante, conectado con el resto del tubo digestivo por múltiples y complejos reflejos viscerales. Dicho de otra manera, el yeyuno interpuesto no deja de ser intestino delgado. Si la llegada de los alimentos no preparados al yeyuno explica para muchos autores la sintomatología del dumping, las técnicas de sustitución gástrica por porciones de este órgano realizan de manera casi experimental esta situación.

El único síntoma anormal notado por nuestro enfermo es el de la diarrea inmediata a la ingestión de los alimentos, síntoma que se acentúa con la ingestión de leche. Es bien conocida la intolerancia del yeyuno por este último alimento, hecho que explica la intolerancia en el presente caso. La diarrea se explicaría por peristaltismo violento del asa interpuesta, propagado por vía refleja al resto del intestino delgado.

Los múltiples estudios radiológicos practicados a lo largo de diez meses de post-operatorio, confirman la buena impresión clínica en cuanto a la funcionalidad del dispositivo mecánico creado. Se ha comprobado que no existe estenosis del neo-cardias, ni regurgitación, al tiempo que el asa se ha dilatado bajo el diafragma, formándose una amplia cámara de aire. La evacuación de la bolsa yeyunal se hace con comodidad, y en plazos correctos de tiempo. No parece haberse producido una dilatación perturbadora de ninguno de los dos muñones del delgado.

Nos prometemos persistir en la búsqueda de soluciones quirúrgicas que nos permitan obtener cada vez mejores resultados en lo que se refiere al bienestar de los enfermos que deben de ser sometidos a mutilaciones gástricas.

### Resumen

Se presenta un caso de neoplasma del fundus gástrico que fue operado con el criterio de respetar al máximo la función digestiva: conservación del antro, construcción de un neo-cardias, plastia o a "doble luz" del yeyuno y mantenimiento del duodeno en el tránsito digestivo.

BIBLIOGRAFIA

1. NISSEN, R. — Preservation of the Pyloric Antrum in Resection of High Gastric Malignancies. The Amer. Journ. of Surg. 94. Nº 1, 52. Julio, 1957.
2. GUEULLETTE, R. — Chirurgie de l'estomac. Monographies Chirurgicales. Collection Henry Mondor. Masson/56.
3. MEROLA, L. (h.). — Un nuevo procedimiento de unión esófago-yeyunal después de gastrectomía total. Bol. de la Sociedad de Cirugía del Uruguay. Tomo XXVIII, 1957.
4. HORSLEY, J. S. — Cancer of the Stomach. The Am. Journ. of Surg. 40, 30, 1938.
5. MASSABONU - TABODA. — Une technique de substitution de l'estomac après gastrectomie totale. Kyushu Memoires of Med. Sciences. Vol. 2. Nº 3, 159. 1951. (Resumen y comentario de P. Banzet, en Journal de Chirurgie 69. 72. 1953.
6. HUNT, C. J. — Construction of Food Pouch from Segment of Jejunum as Substitute for Stomach in Total Gastrectomy. Arch. Surg. 64. 601. 1952.
7. SOUPAULT, R.; MOUCHET, A. & CAMEY, M. — Un procédé de rétablissement "physiologique" de la continuité après gastrectomie totale. La jéjuno-oesophago-duodenoplastia. Journ. de Chirurg. 69, 827. 1953.
8. HENLEY, F. A. — Gastrectomy with Replacement. British Journ. of Surg. 40, Nº 160, 118. 1952