

Técnica de la vagotomía por vía abdominotransdiafragmática * **

Dr. ALBERTO BARQUET ***

Como el título lo dice, consiste en abordar los neumogástricos en sector mediastinal inferior, por vía abdominal y a través de una pequeña brecha en el diafragma que se realiza por delante del hiatus esofágico. Esta técnica ideada por Dragsted (3) y denominada vía transabdominal supradiafragmática, posee a nuestro juicio ventajas y resulta de fácil ejecución.

Analizando los detalles en esta región del hiatus esofágico, que nos resulta familiar por habernos dedicado a ella en forma muy particular, a propósito de las hernias hiatales, llegamos a la conclusión que es simple si se siguen algunos principios pormenorizados.

No tenemos conocimiento que haya sido practicada en nuestro medio.

Laparotomía. Exploración.— Utilizamos incisión mediana supraumbilical llegando a la parte alta lateral izquierda del xifoides. Por excepción reseamos el xifoides.

Finalizada la exploración y resuelta la vagotomía, el primer paso es la adecuada exposición de nuestra región.

Exposición de la región hiatal.— Colocamos valvas de García Capurro en ambos rebordes. Descendemos el estómago suavemente, evitando la tracción desmedida de gruesa tuberosidad y curvatura mayor del estómago, ya que por intermedio del epiplón gastrosplénico puede desgarrar el bazo. Protegemos a éste con compresas bien ubicadas en parte alta de logia esplénica, que serán mantenidas por una valva.

Movilización del lóbulo izquierdo del hígado.— Ahora, debemos excluir el lóbulo izquierdo del hígado para exponer nuestra

región. Su movilización se facilita seccionando el ligamento triangular en su parte media, para lo cual traccionamos del extremo del ligamento con una pinza a nivel de la lengüeta hepática y lo mantenemos tenso (proyección). Teniendo esta precaución se evita herir los vasos diafragmáticos inferiores aplicados al diafragma en su meso y desgarrar el parénquima hepático. Sección del borde libre y en su parte media avascular del ligamento triangular hasta llegar al ligamento coronario, dejando bien visible el borde derecho del esófago. Esta maniobra permite rotar el lóbulo izquierdo hepático si es pequeño, o reclinarlo hacia delante si es grande. Se le protege con compresas y queda mantenido por una valva.

No siempre es necesaria esta sección. Ello depende de la amplitud del ligamento triangular y del espesor y volumen de la lengüeta hepática. Acostumbramos ensayar desviarlo y angularlo y ver si es factible prescindir de la sección ligamentaria.

Otro hecho que hemos debido enfrentar en ciertos pacientes son las adherencias provocadas por antecedentes de úlceras perforadas y tratadas tiempo atrás. En estas circunstancias realizamos cuidadosa liberación de las adherencias a la cápsula de Glisson, para evitar desgarros de parénquima al movilizar la lengüeta.

Queda así expuesta nuestra región del hiatus y sector prehiatal con la vena diafragmática, generalmente voluminosa, y el centro frénico (fig. 1).

Incisión diafragmática.— A mitad de distancia entre la vena diafragmática inferior y la comisura anterosuperior del hiatus se hace una incisión transversal pequeña, que se agranda por divulsión colocando una tijera cerrada que se abre hasta llegar a unos 4 cm. Maniobra de disociación muscular que impide la hemorragia. Puede también hacerse esta ampliación con los dedos (fig. 2).

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Dr. Oscar Bermúdez.

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 17 de junio de 1967.

*** Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica.

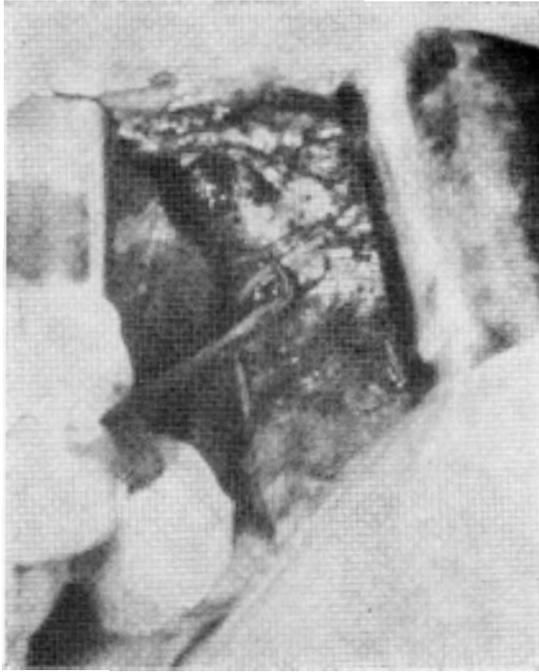


FIG. 1A.



FIG. 1B.

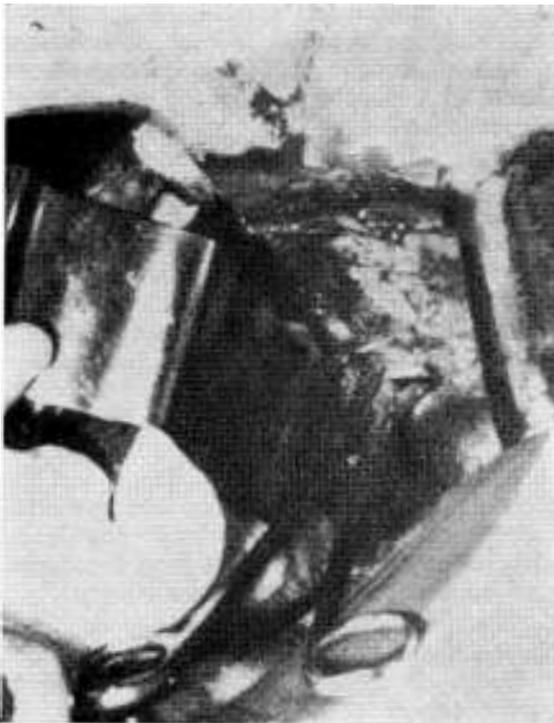


FIG. 2A.



FIG. 2B.

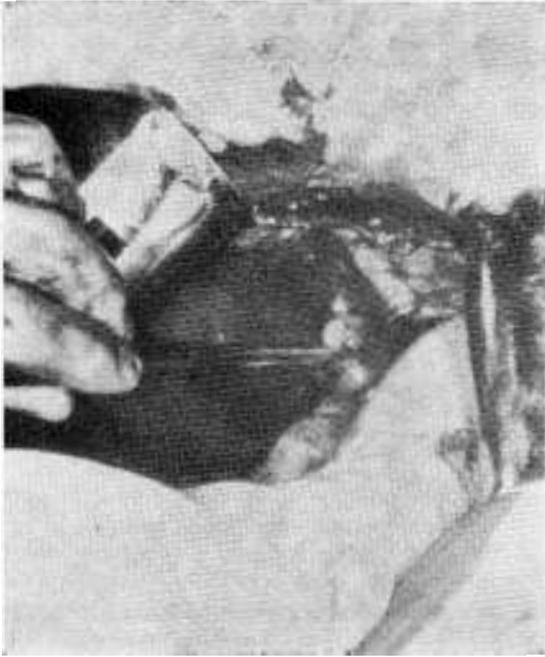


FIG. 3A.

Esta incisión cae en la zona muscular correspondiente al entrelazamiento anterior de los flancos o márgenes musculares de los pilares antes de tomar inserción en la escotadura reniforme del centro frénico.

A veces, sin embargo, estas fibras son muy escasas debido a que los haces musculares que forman las márgenes del hiato, en lugar de entrelazarse, divergen y entonces la comisura anterior del hiatus está formada por la porción tendinosa del centro frénico. En estas circunstancias es fácil entender que la incisión va a caer en plena comisura.

Entrando por delante del hiatus se respetan las estructuras constitutivas del mismo: fascia frenicoesofágica y sobre todo repliegues peritoneales y mesos ligamentarios que completan normalmente el cierre del mismo. Cuando la vagotomía se realiza entrando por el hiato, se han descrito la producción de hernias hiatales aun después de suturadas estas estructuras.

Además se evita el tropiezo con los vasos de la región esofagocardial y sus hemorragias molestas.

Liberación del esófago.—A través de la incisión se introduce el dedo índice que se lleva con delicadeza alrededor del esófago, fácil de reconocer por la sonda gá-



FIG. 3B.

trica colocada en el preoperatorio. Al rodear el esófago sobre su cara lateral izquierda seguimos en dirección posterior, en pleno mediastino inferior, hasta palpar la aorta; por delante de ella flexionamos el dedo en gancho hacia la derecha y luego sobre la cara lateral derecha del esófago, para retirar el pulpejo de nuestro índice sobre la comisura derecha de la incisión diafragmática. Abrazado de este modo el esófago, traccionamos hacia la cavidad abdominal y traemos con él los dos vagos. Esta maniobra tiene la finalidad de asegurar el "enganche" del vago derecho posterior que se palpa como cuerda tensa y que asomará por la derecha del esófago (fig. 3).

Está fundamentada en un dato de anatomía quirúrgica: el meso esófago de Resano (5) o meso aorticoesofágico de Perrotin, por donde transcurre el vago derecho, ya que mientras el vago izquierdo anterior va en la vaina esofágica, el derecho está algo alejado del propio esófago.

Si rodeamos la cara posterior del esófago directamente aplicado a él, corremos el riesgo de dejar el vago posterior en el meso aorticoesofágico constituido por un tejido celuloelástico en forma de tabique posteroanterior que conduce los vasos esof-



FIG. 4A.

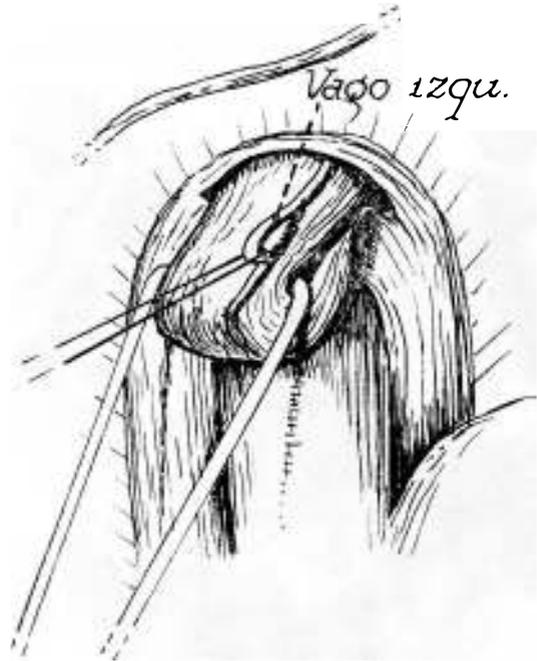


FIG. 4B.

fágicos provenientes de la aorta. Las arterias esofágicas inferiores que son habitualmente más importantes que las medias y superiores, se hayan unos centímetros más arriba y no corren riesgos al efectuar la maniobra digital.

En cambio, sobre las caras laterales del esófago pasamos el dedo aplicado contra las paredes para evitar los fondos de saco pleurales y neumotórax consiguiente.

Vagotomía.— Con pinza acodada se pasa una cinta de hilera o sonda que sustituye al dedo y traccionamos el esófago al abdomen. En estas condiciones el vago izquierdo resalta más, provocando una depresión lineal sobre la cara anterior del esófago (fig. 4).

Con ganchos apropiados o simplemente con lino, se ponen tensos los nervios antes de su resección para pesquisar algún ramo que puedan emitir por encima de la sección prevista. Porque si bien es cierto que a esta altura los vagos están habitualmente constituidos por dos troncos únicos, en una mínima proporción y de acuerdo a la variabilidad anatómica, pueden existir varias

ramas de división. Ello obliga a revisar todo el contorno de la pared esofágica que se puede realizar fácilmente rotando el esófago con la cinta de hilera o sonda ya colocada. Se reseca 2 ó 3 cm. de cada tronco, previa ligadura de ambos extremos para evitar eventual hemorragia de pequeños vasos acompañantes. La resección de un fragmento se realiza para impedir los retoños nerviosos y posible regeneración.

Entonces la tracción del esófago permite descenderlo mucho más al abdomen, anuladas las tensas cuerdas nerviosas. De este modo se deja el esófago limpio de fibras nerviosas asegurando una vagotomía completa.

Hemos podido seguir los cabos inferiores y ver las ramas de división de ambos vagos, tal como lo describe Griffith (4) en su estudio sobre la vagotomía selectiva: gástrico y hepático del anterior, gástrico y celiaco del posterior.

Cierre de la incisión diafragmática.— Realizada la vagotomía, se reintegra el esófago al mediastino. Se procede a la sutura



FIG. 5A.

de la incisión diafragmática que espontáneamente tiende a acercar sus bordes, siendo suficiente dos o tres puntos de lino. (fig. 5).

Accidentes operatorios.—Los más comúnmente citados (2) son:

- Lesiones del bazo, que suelen ocurrir en las maniobras de exposición del hiatus, especialmente al traccionar el estómago.
- Lesiones hepáticas, al seccionar el ligamento triangular o por la valva que mantiene el lóbulo izquierdo. Hemos analizado ya las precauciones en casos de adherencias previas.
- Lesiones del esófago, en su liberación y tracción, así como desgarros parietales al efectuar la resección de filetes nerviosos de división.
- Lesiones pleurales en las maniobras de liberación del esófago en medias tino con sus consecuencias de neumotórax o hemotórax.
- Hemorragias por vasos diafragmáticos y periesofágicos, generalmente de poca entidad.

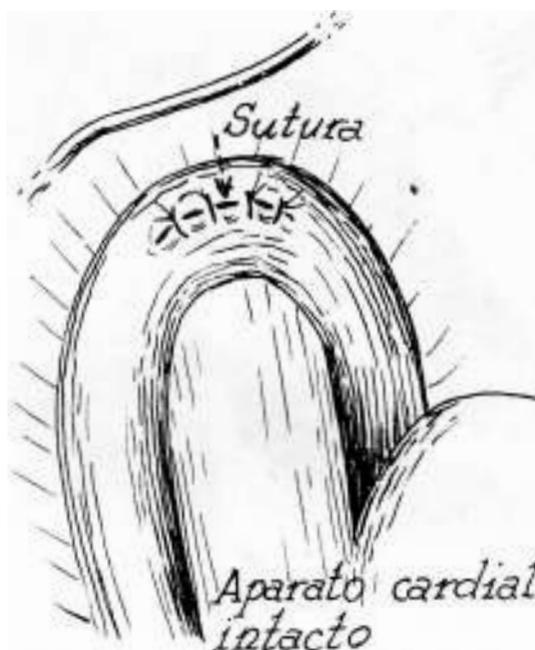


FIG. 5B.

Nosotros no hemos tenido que lamentar complicaciones operatorias.

Nuestra experiencia y conclusiones.—Hemos realizado este procedimiento en ocho casos, acompañados todos de piloroplastia, excepto en un caso que hubo necesidad de practicar una gastroenterostomía por estenosis y fibrosis del bulbo.

Algunos de ellos ya habían sido previamente intervenidos por úlcus perforado de duodeno con cierre simple, y a pesar de sus secuelas peritoneales ello no fue obstáculo del abordaje para la vagotomía por esta técnica. Por el contrario, consideramos que en estos casos resulta más indicada la vía transdiafragmática que a través del hiatus, donde la liberación de adherencias resulta más engorrosa. Creemos por ello más limitada aún la indicación de la vagotomía por vía transtorácica, si se tiene en cuenta la necesidad de una intervención de drenaje para el vaciamiento gástrico.

Técnica simple, no produce desarreglos del complejo hiatoesofágico, encuentra los dos vagos troncales según la disposición habitual. No es riesgosa, siempre que se

manejo con estos conocimientos de anatomía quirúrgica. El cierre de la incisión diafragmática es simple y hermético, y la intervención es de fácil y rápida ejecución.

RESUMEN

Se describe la técnica de la vaguectomía en sector mediastinal inferior por abordaje abdominotransdiafragmático.

Se dan los fundamentos anatomoquirúrgicos que posibilitan su fácil ejecución y evitan los accidentes operatorios.

Se enfatizan sus ventajas: sector troncal de los vagos, conservación de las estructuras esofagohiatusdiafragmáticas (aparato cardial), método que evita las hernias hiatales.

Técnica factible a pesar de ser reintervención abdominal con secuelas peritoneales y adherencias, cumpliendo además con el procedimiento de drenaje gástrico.

BIBLIOGRAFIA

1. BARQUET, A. *Hernias del hiatus esofágico*. Tesis de Profesorado, 1963.
2. CASTIGLIONI, J. C. *La vagotomía en el tratamiento de la úlcera del duodeno*. Tesis de Doctorado, 1966.
3. DRAGSTED, L. R. Vagotomía y gastroenterostomía o piloroplastia: técnica actual. *Clínicas Quirúrgicas de Norte América*, febrero 1961.
4. GRIFFITH, CH. y HARKINS, H. Vagotomía gástrica selectiva: bases fisiológicas y técnica. *Clínicas Quirúrgicas de Norte América*, diciembre 1962.
5. RESANO, H. Anatomía quirúrgica sobre el mesoesófago. *Tercer Congreso Interamericano de Cirugía*, tomo II, octubre 1946.