

## Úlcera gástrica alta, gigante, de cara posterior de estómago exteriorizada en retrocavidad

Dres. BORIS ASINER y OSCAR BALBOA \*

Presentamos a consideración de la Sociedad una gastrectomía por úlcera "alta" gigante, de cara posterior de estómago, exteriorizada en retrocavidad. Analizaremos dos de los aspectos de su problemática. No pretendemos ser originales en sus soluciones.

- 1) Referido a la táctica en la exéresis gástrica, por esta situación patológica especial (topografía y complicación de la úlcera).
- 2) Referido al uso de intubación del asa eferente, por vía transgástrica —gastrostomía temporaria—, fácil de realizar, simple, y de excelente tolerancia.

Veamos la historia clínica:

R. 292.262 (Casmu). 56 años, hombre. Ingresó por disnea, mareos y palidez; hemorragia digestiva intensa. Comienza hace dos semanas notando cansancio fácil y mareos; materias fecales oscuras. Sufrimiento ulceroso, típico, gástrico. Operado hace dos años por peritonitis por úlcus gástrico perforado, de pequeña curva. Se efectuó "toilette" peritoneal, sutura de perforación, epiploplastia y drenaje del foco y del Douglas. La biopsia del borde ulceroso gástrico mostró ausencia de malignidad. Úlcus gástrico péptico con intensos exudados purulentos y leucocitarios.

*Examen:* Intensa anemia. Presión arterial 11-6, pulso 120, cicatriz mediana supraumbilical; pequeñas incisiones de contraabertura en flanco derecho y supra-púbica. Tacto rectal: materias negras. Hemograma: 2.100.000; hemoglobina: 42 %; G.B. 12.300.

Se realizó intensa "reanimación", con reposición sanguínea, obteniéndose gradual recuperación y notando desaparición de sangre en materias. El estudio radiológico del gastroduodeno (incompleto, sólo una placa de frente del estómago), informa: *úlcus alto en pequeña curva*; posibilidad de úlcus duodenal. 30 días después de su primer ingreso, con cifra de glóbulos rojos, hemoglobina y proteínas normalizados, fue operado: Protocolo operatorio (Dr. Asiner).

*Incisión:* Resección de cicatriz supraumbilical previa, extendiéndola al xifoideo y 4 traveses de dedo al sector infraumbilical.

*Exploración:* Intensa perivisceritis supramesocolónica, con adherencias perigastroduodenales e interhepatogástricas. Interposición subfrénica colomesocolónica y del epiplón. El colon y su meso con epiplón están ascendidos, "altos". Previa movilización del colon y su meso, se comprueba duodeno sin lesión intrínseca. En el sector gástrico alto —habiendo entrado en la retrocavidad— existe una lesión de cara posterior que llega hasta la *cercanía de la pequeña curva alta, exteriorizada en retrocavidad*. Tiene unos 7 cms. en

sus diámetros mayores; *yuxta cardial*. No hay adenopatías. Impresiona como una *úlcera gigante de cara posterior y pequeña curva alta, exteriorizada en retrocavidad*.

*Táctica:* Liberación y esqueletización gástrica por curvatura mayor. Hacia el píloro, ligadura del pedículo pilórico. Liberación duodenal; sección yuxtapiórica sobre duodeno y cierre de muñón duodenal (total y 2 jaretas invaginantes). Bloqueo del piso supramesocólico con compresas. Apertura gástrica y aspiración del contenido (1,4). Visualización amplia endogástrica (1), confirmando la impresión previa de que se trata de un úlcus. El borde superior de la úlcera está cercano al cardias, unos 2 cms. —topografiado por la sonda nasogástrica—. Movilización gástrica por disección digital "roma" de los bordes de la úlcera. Se coloca un punto de referencia a unos 2 cms. del cardias (5). Disección y ligadura del pedículo coronario (laboriosa). Desinfección yodada del fondo ulceroso, cuyo margen periférico no es resecaado. Liberado el estómago, se efectúa escisión del borde periulceroso de la pared gástrica (1). Se efectúa gastrectomía en "goutierre" —"en escalera"— con escisión de la curvatura menor y sector antropíloroduodenal, previa colocación de un punto de guía transfixiante (5) de ambas caras, total que será la extremidad inferior del borde derecho de la gastrectomía. Sección oblicua desde curvatura menor a mayor (Shoemaker) que será el borde inferior de la anastomosis gastroyeyunal. Anastomosis a cielo abierto (sin clamps) de pequeña a gran curva a asa corta transmesocólica. Se realizó contralor previo de la vascularización del muñón gástrico (sector "tubular" gástrico residual). Drenaje con tubo de goma cercano al cráter ulceroso de la retrocavidad que sale directo al flanco derecho, por contraabertura. En el *muñón gástrico residual, se realiza gastrostomía con sonda de Pezzer*, que por contraabertura se saca al lado izquierdo del epigastrio. *A su través, es pasado un tubo de plástico (tubulatura usual de suero) al asa eferente*, en el que en los últimos 10 cms. se hacen varios orificios, *introduciéndolo unos 40 cms.*

*Cierre:* por planos (hilo de acero multifilamento en el plano aponeurótico).

*Examen de la pieza:* Existe en la resección gástrica realizada, en lo que corresponde a cara posterior, una lesión ulcerada que tiene 55 mm. por 30 mm. en sus mayores diámetros. Convergencia de pliegues, estando su fondo amputado. Microscópicamente corresponde a: lesión ulcerada del estómago. Ulceración de la capa muscular, borde fibroulceroso granulante, con intensa infiltración leucocitaria. Vasos congestivos. La mucosa vecina muestra signos de gastritis crónica. Úlcera crónica de estómago, benigna, de tipo péptico.

En lo referente al numeral 1):

La gastrectomía en esta condición tiene serios problemas, en relación a:

a) Que el proceso infeccioso "perilesional", infiltra el pedículo coronario al llegar a la pequeña curva, arriba (sitio de entrada de la

\* Docente Adscripto, Asistente de Cirugía. Fac. Med. Presentado el 5 de julio de 1972.

coronaria al contacto gástrico). La disección y ligadura de los pedículos, por otra parte, al tener que ir arriba para la exéresis (se va más por la curvatura menor que por la mayor, evitando desvascularización excesiva del tubo gástrico residual puede determinar interferencia vascular —isquemia— en el muñón gástrico y/o en la anastomosis (gastroduodenal o yeyunal) (Billroth 1 o 2).

b) Su proximidad al cardias. Cuando la distancia del borde superior de la úlcera al cardias es de más de 2 cms. es aceptado que la gastrectomía es posible, siendo aconsejada su realización —“en escalera”—. Se evitará estenosis cardial.

c) Que la exteriorización en la retrocavidad y páncreas deja un área —granulante— con exudado inflamatorio séptico (contacto directo con contenido gástrico), sumado a posibilidad de contacto adicional de secreción pancreática (lesión de canales pancreáticos en la disección o que ya están abiertos por la acción péptica) vertiendo su secreción en el área lesional.

d) La lesión puede ser confundida con un proceso neoplásico.

La suma de estos factores —a, b, c, d)—, hace laboriosa la exéresis gástrica, disección y liberación del estómago proximal, así como la reconstrucción de la continuidad gastroduodenal o yeyunal. Resulta de ello una excesiva morbimortalidad.

La incisión de abordaje debe llegar al xifoides e incluso puede ser necesaria su ablación. Será amplia, supraextendida a infraumbilical. Se evitará la lesión del bazo. La liberación de la cara posterior gástrica es aconsejable hacerla con visualización endogástrica [1 (Daval)], a cielo abierto. Cardias individualizado con un hilo por fuera y la sonda esofagagástrica por dentro (5).

Vimos que es aconsejable hacer la ectomía en “gautierre” (4) o “en escalera” (6) (Mayo). El proceso plástico periulceroso dificulta hallar el plano de clivaje, identificar y ligar el pedículo coronario alto por encima de la lesión; entrar en buen plano (entre pared gástrica y serosa peritoneal). Es más laborioso en la curvatura menor. Previa protección adecuada y aspiración del contenido, se abrirá el estómago (1). Identificación cardial por hilo tractor y de referencia, a unos 2 cms. del cardias, en pequeña curva. Sitio inicial de la resección —escisión— que comprende pequeña curva alta y sector antropilórico. Otro punto curvaxiante de ambas caras (5) que delimita el punto distal, quedando entre ellos el borde derecho del tubo gástrico que es suturado (plano total y seroseroso).

La liberación periulcerosa será “roma” —a dedo— controlada por aspiración y simple compresión de la zona cruenta. Escisión en el área gástrica de los bordes periulcerosos. Los marginales del área cruenta de la retrocavidad no se tocan. La resección es pues vertical paralela a la pequeña curva, completada por otra sección oblicua hacia la curvatura mayor (3) (Shoemaker). Se asciende en la sección más en la curvatura menor que en la curvatura mayor. No esqueletizar en exceso la curvatura mayor. Se verificará la vas-

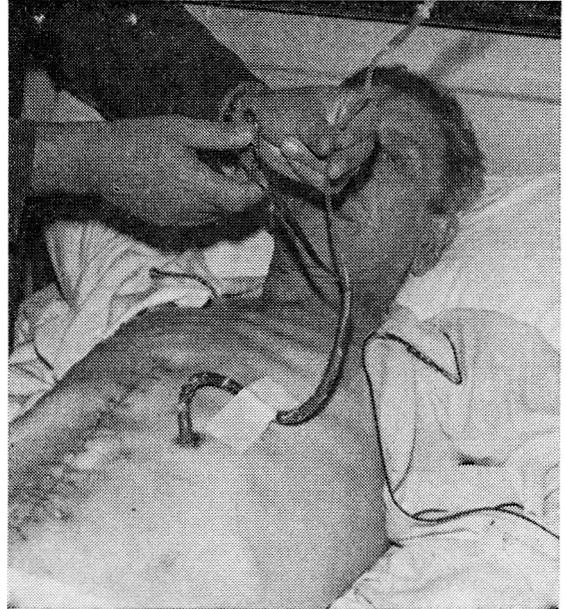


Foto mostrando la sonda Pezzer, a través de la cual pasa un tubo de polietileno que llega al yeyuno, por la cual se alimenta al paciente

cularización del muñón gástrico (ver el sangrado de los bordes de sección). Drenaje por contraabertura directo al flanco (lo conectamos con aspiración al vacío). La anastomosis se realiza a cielo abierto, rotando levemente el muñón gástrico, al desplazar la curvatura mayor hacia adelante, evitando interferencia en los bordes de la anastomosis. La escisión comprenderá la úlcera, curvatura menor y sector antropiloro duodenal.

Kelling y Madlener, en situación similar, dada la morbimortalidad por la úlcera “alta” de pequeña curva, han propuesto realizar la gastrectomía “convencional”, dejando la lesión. Intentan obtener la reducción de la acidez por resección de la zona antropilórica, que influirá para la curación secundaria del proceso (Dragsted).

En la observación que presentamos, el paciente había tenido una importante hemorragia digestiva y anemia, por lo cual era discutible esta táctica, aunque puede tener menor morbimortalidad. La gastrectomía incluyó en la exéresis la úlcera y el sector antropilórico, encuadrados en el principio de la gastrectomía por ulcus gástrico.

En lo referente al numeral 2):

Adicionamos una gastrostomía de “descarga” con sonda de Pezzer, pasando a su través un tubo plástico (de un equipo de suero) que fue fenestrado en su tramo final de 10 cms. con varios orificios separados. Fue introducido hacia el asa eferente unos 40 cms. A su través, en el postoperatorio inmediato, se realizó la reposición de fluidos y electrolitos y luego nutritiva, calórica. Cuando fue necesario también la realimentación (aporte de fluidos, calórico, proteínico, vitamínico y aun de antibióticos).

El tubo de gastrostomía puede servir también para el contralor del muñón gástrico, sin los inconvenientes de una sonda nasogástrica, o aun de una esofagostomía de Royster. Al reiniciar la alimentación oral, observamos que por drenaje venía líquido gástrico. Se suspendió la vía oral y se estableció una aspiración. Se mantuvo la rehidratación y alimentación por la sonda transgastrostomía al asa eferente. El paciente toleró perfectamente unos 10 días el sistema, hasta que tuvimos la certeza (por prueba de café) de que no existía más fuga gástrica. Se restauró la vía oral y a las 48 horas retiramos la sonda yeyunal primero y a las 24 horas la sonda de gastrostomía, siendo dado de alta a los 2 días en buenas condiciones. Creemos que *este procedimiento es un complemento de fácil realización, simple y de buena tolerancia*, cuando se plantea la posibilidad de presentación de complicaciones por la gastrectomía (sobre todo suturas). Tiene múltiples ventajas en esta circunstancia —gastrectomías difíciles—. Prácticamente no tiene morbilidad.

#### RESUMEN

Traemos para la consideración de la problemática que tiene la gastrectomía por ulcus gástrico "gigante", alto, de cara posterior, exteriorizado en retrocavidad, dos de sus aspectos:

1) Referido a la táctica quirúrgica en la exéresis gástrica y su manejo.

2) Referido al uso de la intubación transgastrostomía temporaria, al asa eferente (por tubo de plástico), para el contralor postoperatorio y eventual solución de posibles complicaciones —en este caso falla de sutura, fuga—. Creemos que es un aditamento de fácil realización, simple y de buena tolerancia, y prácticamente sin morbilidad.

#### RESUMÉ

Eu égard à la problématique générale de la gastrectomie de l'ulcère "géant", haut, de face posté-

rieure, avec extériorisation en rétrocavité, nous présentons deux de ses aspects particuliers:

1) L'un concernant la tactique chirurgicale dans l'exérese gastrique et son application.

2) L'autre concernant l'usage de l'intubation transgastrostomie temporaire dans l'anse efférente, (par tube de plastique) comme contrôle post-opératoire et comme éventuelle solution de complications possibles, tels, en l'occurrence, un défaut dans la suture ou une fuite. Nous estimons qu'il s'agit là d'un additif de réalisation aisée, simple, bien toléré et pratiquement sans morbidité.

#### SUMMARY

Two aspects of gastrectomy due to "gigantic", high, posterior gastric ulcer, exteriorized in retrocavity, are brought up for consideration. The first refers to surgical tactics in gastric abscission and its management; the second to the use of temporary transgastric intubation of efferent loop (utilizing plastic tube) for post-operative control and eventual solution of possible complications.

The latter might consist of suture failures, leakage, etc. It is easy to perform, simple, well-tolerated and has practically no morbidity.

#### BIBLIOGRAFIA

1. FEY, B. y col. "Traite du Technique Chirurgicale". T. VI (J. Quenu y Perrotin). Paris, Mason et Cie. 1955. p. 616.
2. LEWIS, A., QUIST, G. "Operative treatment of high gastric ulcer with special reference to Pauchet Method". *Brit. J. Surg.*, 59: 1, 1972.
3. MAINGOT, R. "Techniques in British Surgery". Phil. Lond. W. B. Saunders Co. 5: 313, 1950.
4. PAUCHET, V. "La Practique Chirurgicale Illustrée". Paris. G. Doin. 130-156, 1927.
5. KIRSCHER, M. "Operaciones en la Cavidad Abdominal". Barcelona. Labor S. A. p. 276. 1956.
6. WALTMAN, W., GREY, H. K., PRIESTLEY, J. T. "Carcinoma y otras lesiones malignas del estómago". Barcelona. B. A. 1946. Salvat p. 291 (modificación del B. I. por Mayo)