

## *Anastomosis esofagogástricas*

Dr. LORENZO MEROLA \*

Cuando se reseca el polo gástrico superior, se crea un primer problema, mecánico, para reconstruir el tránsito digestivo, cual es la gran incongruencia de las vísceras (esófago y cuerpo gástrico), a suturar entre sí.

Si sumamos a esto la debilidad de las anastomosis esofágicas, el panorama se complica. Y si por fin tenemos en cuenta el posible reflujo gastroesofágico postoperatorio, fenómeno frecuente en las anastomosis vecinas al diafragma, habremos completado un complejo panorama.

El problema mecánico de la anastomosis fue solucionado por muchos cerrando la sección gástrica e implantando el esófago en una contraabertura de la pared gástrica. La técni-

ca más conocida, dentro de este tipo, es la de Sweet, especie de anastomosis terminolateral.

Algunos autores prefieren la implantación del esófago en la sección gástrica (en oral parcial, lógicamente, de manera directa, o suturado a tubos confeccionados con el remanente estomacal (1)).

El problema de la falla de sutura, amenazante en toda anastomosis esofágica, pretendió ser solucionado multiplicando los planos, o protegiendo la unión con las tunicas gástricas exhuberantes.

Pero ninguna de esas soluciones simples tendría en cuenta el problema del reflujo. Tuvi- mos algunos casos personales de sufrimiento intolerable, luego de operaciones de tipo Sweet, no obstante la vaguectomía obligada, y más graves en épocas en que no realizábamos la piloroplastia de manera sistemática.

---

\* Profesor Adjunto de Cirugía. Fac. Med. Montevideo.

Presentado el 4 de octubre de 1972.



FIG. 1.—Esófago enfrentado al borde gástrico doblado hacia adentro.

En Orsoni (2) encontramos un planteo claro del problema, y el análisis de tres soluciones antirreflujo: o reseca mucho esófago hacia arriba [ya que el reflujo es "un fenómeno de nivel frénico" (3)], o reseca mucho hacia abajo (buscando disminuir la agresividad del reflujo), o valvular la anastomosis.

Un concepto debe ser incorporado en la confección de estas anastomosis: no se debe formar cámara de gas yuxtaesofágica, por abocamiento lateral, la que es perjudicial en el tórax (1), y se debe tener en cuenta una cuarta solución: la interposición de un segmento de intestino isoperistáltico. Si bien con otra finalidad, hemos realizado técnicas de interpo-

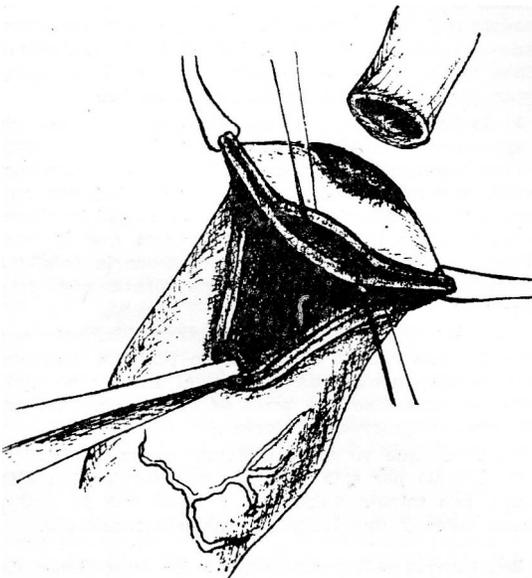


FIG. 2.—Se ha construido un túnel submucoso, que albergará al esófago.

sición, con sutura valvulada y cámara de aire, pero de colocación infradiaphragmática (4).

Por razones que casi nos atreveríamos a llamar psicológicas, se plantean soluciones mejores, más funcionales y de resultados más estables cuando se tratan quirúrgicamente afecciones benignas, como la estenosis por reflujo, que cuando se operan neoplasias cardioesofágicas.

La resección amplia proximal se limita por razones anatómicas y de abordaje; y la resección distal no anula la agresividad del reflujo. Nos restan los procedimientos a válvula.

La realización de Watkins (5), sobre técnica de Kiriluk y Merendino, creando una válvula por inversión de los últimos centímetros del esófago hendido, los que quedan intra-gástricos, no nos seduce.

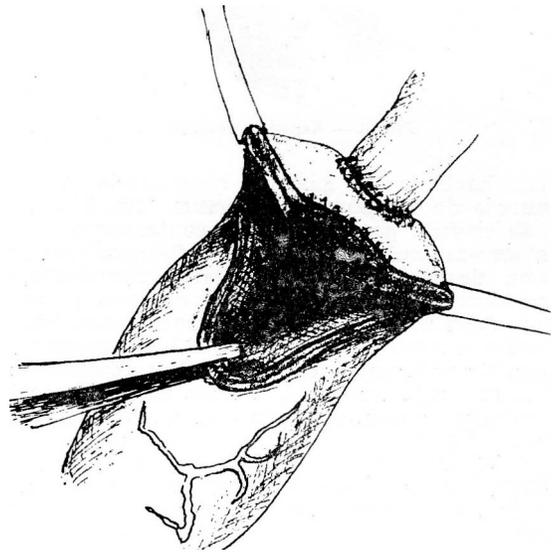


FIG. 3.—Doble corona de suturas, fijando el esófago a las capas gástricas.

Redo (6) experimentalmente y Wooler (7) en el hombre, hacen túnel submucoso en las capas gástricas, deslizando en su interior al esófago. Redo comprueba, en el perro, que la anastomosis del esófago debe ser realizada en pleno antro, zona alcalina, si se desea prevenir la erosión esofágica. Es el suyo un trabajo experimental, con comprobaciones histopatológicas.

Wooler opera tres enfermos de esofagitis con resultado variado. De sus dibujos y descripciones se concluye que su técnica solo es aplicable a resecciones económicas, estrictamente del cardias, y que la anastomosis debe quedar en el abdomen. Parte de un gran optimismo en lo que se refiere a la longitud del esófago disponible.

Fékété —8— describe figura la técnica a válvula llamada de Lortat-Maillard-Fékété, válvula que es construida por inversión de la parte alta de lo que resta de la gran curvatura.

Inspirándonos en este procedimiento, y en las mencionadas descripciones de Redo y Wooler, hemos ideado el dispositivo que se describe. Se trata de invertir los 3 ó 4 cms. más altos de la gran curva y hacer penetrar el esó-

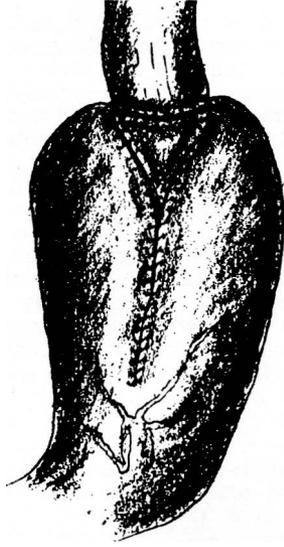


FIG. 4.—Aspecto definitivo.

fago hacia la luz gástrica recorriendo la submucosa de esa porción invertida (fig. 1).

El esófago penetra en una contraabertura de la sero-muscular (fig. 2) y se fija por una corona de puntos seromusculares-musculares a las tunicas gástricas. Recorre el túnel submucoso de la porción invertida, y se aboca al borde vuelto inferior de la misma: allí se sutura una hemircunferencia de su luz a la seromuscular, y la otra a la mucosa, quedando así realizada la verdadera anastomosis, la que queda intragástrica (fig. 3).

La sutura se efectúa "en la luz" del estómago, (on the lumen), y por puntos directos, lo que constituye una de sus mayores ventajas.

Se cierra luego el estómago desde la pequeña curvatura hacia el esófago, en uno o en dos planos, sutura que se remata sobre el volet de estómago invertido (fig. 4), y no sobre el esófago, como en el Fékété, lo que constituye el punto débil de la técnica de este autor. Hemos realizado dos planos de sutura sobre el esófago, con puntos directos; hemos protegido la débil anastomosis esofágica; y hemos, por fin, construido una doble válvula, por creación de una "papila" intragástrica, como la denomina Fékété, y por recorrido submucoso del esófago.

Creemos que este procedimiento es fácilmente realizable, de suturas seguras y que, de fracasar funcionalmente, su resultado no será peor que el de una anastomosis común, de tipo Sweet.

#### SUMMARY

Different techniques have been described for esophago-gastric anastomosis. They are analyzed by the author who also refers to an original method of valvulated suture.

#### RESUMEN

Se analizan las distintas técnicas descriptas para la realización de anastomosis esófago-gástricas.

Se describe un procedimiento original de sutura valvulada.

#### RÉSUMÉ

Description et analyse des différentes techniques existantes destinées à pratiquer des anastomoses oesophago-gastriques. Description d'un procédé original de suture valvulée.

#### BIBLIOGRAFIA

1. BELLIZI, M. E., GONZALEZ, R. y BREA M. M. Cáncer esófago-gástrico. XXIXº Congreso Argentino de Cirugía. Bs. Aires, 291, 1958.
2. ORSONI, P. Oesophagoplasties. p. 171, Maloine, Paris, 1969.
3. MEROLA, L. (h.). Esofagitis por reflujo. Mesa Redonda. XIXº Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, 178, 1968.
4. MEROLA, L. (h.). Gastrectomía proximal ensanchada. *Bol. Soc. de Cir. del Uruguay*. 31; 32, 1960.
5. WATKINS, D. H., PREVEDEL, A. & HARPER, F. R. A method of preventing peptic esophagitis following esophago-gastrostomy. *The Journ. of Thor. Surg.* 28: 367, 1954.
6. REDO, S. F., BARNES, W. A. & ORTIZ DELLA SIERRA, A. Esophagogastrostomy without reflux utilizing a submucosal tunnel in the stomach. *Ann. of Surg.* 151: 37, 1960.
7. WOOLER, G. Reconstruction of the cardia and fundus of the stomach. *Thorax*. 11: 275, 1956.
8. FEKETE, F. La gastrectomie polaire superieure avec anastomose continente. *J. de Chir.* 81: 223, 1961.

#### DISCUSION

DR. BERMÚDEZ.—La esofagitis por reflujo de etiología post-operatoria está avalada, precisamente, por la gran cantidad de procedimientos que se han ideado para evitarla. Aunque generalmente se hable poco de este problema, es sumamente importante para aquellos que tienen que realizar la anastomosis esófago-gástrica y especialmente cuando se trata de hacerla en procesos benignos como decía el Dr. Mérola.

Este trabajo muestra, una vez más, la imaginación creadora del Dr. Mérola, que ya nos tiene acostumbrados en estos problemas de anastomosis y especialmente en la unión esófago-gástrica y en las sustituciones gástricas en las gastrectomías totales.

El lo ha dicho muy bien, que es una variante de la operación de Fékété, evidentemente es así; pero yo creo teóricamente, porque no lo hemos podido confirmar, que esto ofrece una gran seguridad con respecto a la anastomosis por las razones que él ha dicho. Es un trayecto intra-mural y la sutura que él hace del estómago al esófago se realiza sobre la totalidad de las estructuras y ofrece, seguramente, una gran seguridad.

Yo creo que él tiene que realizar rápidamente esta operación aún cuando lo hiciera en procesos benignos. Pues, aunque tuviera un fracaso, el fracaso no sería por deficiencia sino que sería de reflujo, que lo tendría con cualquier otra técnica.

De modo que yo me complazco mucho en felicitar al Dr. Mérola por esta idea, por esta técnica tan bien ideada, con talento quirúrgico y deseo que la realice cuanto antes y que tenga los mejores resultados.

DR. SUIFFET.—Nos asociamos a las expresiones del Dr. Bermúdez respecto a la importancia de esta comunicación.

El procedimiento que nos ha mostrado el comunicante, tiene matices de gran validez. Los procesos que llevan a esta operación, como lo dijo el Dr. Mérola, son en su gran mayoría de origen neoplásico. En ellos, el reflujo no parece tener la importancia que adquiere cuando la exéresis se realiza por procesos benignos. En estos, aun cuando se realiza vagotomía y derivación, hay siempre riesgo en el reflujo ácido-péptico. Y aquí sí es muy importante la realización de un procedimiento anastomótico, que a su vez tenga acción antireflujo.

El procedimiento tiene además, una acción importante como protector de la anastomosis, dado que esta cirugía, a pesar del progreso técnico, siempre persiste el riesgo de la dehiscencia de la anastomosis.

De manera que el procedimiento tiene validez en dos aspectos: como método de contención del reflujo gastro-esofágico y como elemento de protección de la anastomosis esófago-gástrica.

El procedimiento es útil y será necesario ponerlo en práctica y valorar sus resultados.

**DR. BARQUET.**—Me asocio in toto a lo dicho por los Drs. Bermúdez y Suiffet por la inquietud demostrada por el Dr. Mérola en estos problemas de anastomosis esófago-gástrico y el ingenio que lo lleva a crear métodos antireflujo.

Yo solamente deseo comentar algo que refirió al final con respecto a la isquemia del polo superior gástrico. Es conocido el problema anatómico de la circulación variable de este sector. Ello me recuerda al Dr. Larghero cuando preocupado por algunos fracasos me insistía en el estudio de las variedades de la vascularización para realizar en el instituto de Anatomía.

Personalmente tuve la desgracia de perder un enfermo con necrosis y perforación del polo superior de la gruesa tuberosidad (cuernito a que se refería Mérola) observada en la autopsia, con anastomosis esófago-gástrica en perfectas condiciones. Y aclaro que durante el acto operatorio no apareció claramente la falta de vitalidad como para evitar ese desenlace.

Ahora, tratándose de zona de "isquemia potencial", si agregamos sobre ese sector esa incisión que esta técnica requiere para hacer pasar el esófago y remolcarlo hacia abajo en la submucosa, me temo que se comprometería aun más la desvitalización al seccionar vías sanguíneas.

De cualquier modo este problema vascular no contraindica el método propuesto por el Dr. Mérola, aunque considero importante tenerlo en cuenta, por la posibilidad de tener que modificar la altura de anastomosis según la disposición circulatoria de ese sector superior gástrico.

**DR. ALBO.**—Bueno, sería redundante a esta altura felicitar una vez más al Dr. Mérola, pero realmente no hay más remedio que hacerlo una vez más.

Y a mayor abundamiento de lo que acaba de decir, nosotros queremos decir simplemente que recogiendo naturalmente, en forma primordial la experiencia del Profesor Rubio, en su época y en su momento, nosotros presentamos aquí, a esta misma Sociedad, en lo que se refiere a las resecciones de esófago, que como es lógico comprende también esta zona y que plantean también este tipo de problemas a nivel de la sutura. Repito que estoy hablando más que nada basándonos en los conceptos que habíamos expresado en ese momento y que son fundamentalmente los que nos ha inculcado el Dr. Rubio a lo largo del tiempo.

Me parece, se me ocurre, que el punto fundamental estriba, como acaba de decirse, en las variaciones de la irrigación de la gran curva y a ese respecto me parece fundamental que aún cuando a veces sea un poco doloroso para el cirujano tener que hacer la resección a ese nivel, a nivel de la gran curva, se me ocurre que debe llevarse hasta el lugar que se interrumpe justamente la escalera de los vasos cortos y hasta donde llega la gastro-epiploica. Eso a veces es más alto, a veces es más bajo. Si uno tiene la fortuna que la gastro-epiploica llegue más alta contará con mayor paño, digamos así, de estómago para conservar. En caso contrario tendrá que venir más abajo y utilizar artilugios de diverso orden sobre todo cuando la anastomosis es intratorácica para conseguir un mayor ascenso. Pero se me ocurre que si uno desprecia esa regla y basado en la necesidad a veces perentoria de querer subir más o tener más paño de bolsa gástrica, no respeta esa norma, entonces sí que se ve expuesto a que esa necrosis se produzca y por consiguiente la falla de sutura.

Nada más.

**DR. MÉROLA.**—Infinitamente agradecido por los expresivos elogios de todos los colegas amables que han comentado esto.

Al *Dr. Bermúdez*: le digo que esto es la cola de la inquietud de la mesa de esofagitis por reflujo de un Congreso de Cirugía hace 2 años, en el cual a mí me tocó precisamente, el problema de la esofagitis post-operatoria; seguí leyendo, seguí pensando, y en unos cortos días de descanso, este verano, se me ocurrió esta solución.

Yo traté dos enfermos, uno casualmente está estos días internado viviendo sus últimos días y por casualidad lo había visto el Dr. Bermúdez precisamente en consulta; un neoplasma de cardias que no se dejó operar, un ex-empleado del Clínicas que Bermúdez se acordará de él; y el otro, una persona a la que abordé y que también ya falleció con un tremendo neoplasma anaplásico cardiotorosario.

De manera que eso le quería decir al Dr. Bermúdez, que esto es la inquietud de aquel Congreso de Cirugía. Y se vuelve a confirmar lo que yo siempre digo, que cuando uno quiere enseñar, en general aprende uno y por eso en francés se usa una palabra igual para decir enseñar y aprender.

Al *Dr. Suiffet*: también le agradezco lógicamente su amabilidad y le digo lo siguiente, en el *Nouveau Traité de Technique Chirurgicale*, en los últimos Tomos que han venido el año pasado o a principios de este año al Uruguay, se dice que la sutura del esófago era problema antes cuando la cirugía estaba mal reglada, que actualmente con la cirugía moderna, actual, bien reglada, la sutura del esófago no tiene ningún problema y que es como la sutura de cualquier otra viscera, cosa que es un criterio me parece a mí demasiado optimista, porque creo que hace años que todos suturamos bien y creo que todos hemos perdido algún enfermo porque nos falló una sutura esofágica. Por otra parte la multiplicidad de procedimientos indica, implica, que hay algo allí que no marcha como en otros lados.

Al *Dr. Barquet*: totalmente de acuerdo en lo que dice y voy a comentar un poco junto también el comentario del *Dr. Albo*. Es una zona de isquemia, en las suturas del esófago con las otras vísceras hay

que temer la isquemia del esófago, pero está demostrado y descrito y está dicho en algún lado, que a veces la isquemia es gástrica, que uno se confía demasiado en el estómago.

Y totalmente de acuerdo en lo que decía el Dr. Albo de que evidentemente habría que preservar de alguna manera, en lo posible, la circulación de la gran curva sobre todo, lógicamente en procesos benignos, en procesos malignos ya sería más difícil, ya que uno a veces saca el bazo y a veces se produce alguna hemorragia, algún desgarró por ahí y uno lleva a veces la hemostasis más abajo de lo que sería de desear. Pero respondiéndoles a los 2 juntos, se me ocurre, también es válida la objeción de no hacer esa contraabertura que es más isquemante en una zona que ya de por sí es poco irrigada; pero si se produce la isquemia podríamos tener incluso la suerte de que esa isquemia fuera intragástrica, de la porción que está invaginada dentro del estómago y el estómago tolera. Yo relaté una vez acá una hernia hiatal con una necrosis brutal del estómago y una perforación en la que yo metí medio estómago dentro de medio estómago, sin reseca la isquemia, invertí una isque-

mia de toda la tuberosidad y de toda la gran curva hacia la luz gástrica y es increíble: la placa actual del enefermo operado hace 2 años, parece tiene un estómago normal y yo le debo haber metido medio estómago dentro del medio estómago que le quedaba, lo cual por lógica se debe haber necrosado todo porque estaba esfacelado, color verde, hoja muerta.

De manera que se me ocurre que todavía la salvación del enefermo puede estar, aún fracasando la papila, como la llama Fékété, y aún fracasando la inversión, en que la isquemia se limite a lo que está imaginado por debajo de la contraabertura, por lo cual queda prácticamente dentro de las tunicas gástricas, porque yo creo que con lo que uno va trayendo de pequeña curva hacia arriba del cierre de la parte gástrica, que uno va cerrando en sutura perforante, puede llevarlo prácticamente hasta el esófago arriba, dejando todo el dispositivo intra-gástrico y no como lo muestra la figura, que muestra la parte invertida asomando allí como un cuello de camisa por entre las solapas de un saco.

Muchas gracias de nuevo a todos y vamos a ver qué pasa con esto.

---