

CIRUGIA GENERAL

24º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

MESA REDONDA DE TECNICA QUIRURGICA

Gastrectomía total

COORDINADOR:

Dr. JUAN E. CENDAN ALFONZO

Generalidades.

Dr. Juan E. Cendán Alfonzo.

I) Vías de abordaje.

Dr. Bolívar Delgado.

II) Exploración.

Dr. Bolívar Delgado.

III) Tiempo de exéresis.

Dr. Lorenzo Mérola.

IV) Restablecimiento de la continuidad digestiva.

A. Consideraciones generales.

Dr. Juan E. Cendán Alfonzo.

B. Las anastomosis simples.

Dr. Federico Gilardoni.

C. Las anastomosis gastroplásticas.

Dr. Lorenzo Mérola.

D. Las técnicas de reemplazo.

Dr. Juan E. Cendán Alfonzo.

E. La anastomosis esofagointestinal.

Dr. Juan E. Cendán Alfonzo.

V Conclusiones.

VI) Bibliografía conjunta.

VII) Discusión.

Generalidades

Dr. JUAN E. CENDAN ALFONZO *

La gastrectomía total es sin duda la operación más compleja e la cirugía gástrica, no tanto por el número de afecciones en que está indicada, sino por la variedad de procedimientos y técnicas aplicables, tanto en el tiempo de exéresis como en el restablecimiento del tránsito digestivo.

Es una operación difícil y riesgosa aun limitada al órgano, y las dificultades y riesgos aumentan a medida que, según las necesidades impuestas por el proceso patológico que motiva la intervención hay que ampliar la extensión de la exéresis.

Conviene hacer notar desde ahora, que hay una importante diferencia en cuanto a riesgo entre gastrectomía total, y casi total.

La primera es, por definición (Kronlein) la intervención que extirpa el estómago en su totalidad, incluyendo cardias y piloro. Es decir que en la pieza operatoria hay que encontrar, de un lado la mucosa duodenal y de otro, el anillo esofágico. Ello supone el sacrificio de las más importantes fuentes de irrigación del esófago distal.

En la gastrectomía casi total, se conserva el cardias, lo que permite respetar la vascularización del esófago terminal, como luego veremos. Ello, unido a la posibilidad de una sutura más sencilla, hace mucho menos riesgosa esta operación, por lo cual se la debe preferir a la total siempre que sea posible.

La gastrectomía total, o casi total, es actualmente una operación bien reglada, que tiene importantes y netas indicaciones, y que

poco a poco ha ocupado el lugar que le corresponde.

Pero es evidente que su realización implica varios problemas difíciles de resolver, problemas que hasta estos últimos años han limitado las indicaciones y la práctica de esta intervención. Algunos de ellos están actualmente resueltos, pero otros necesitan nuevos estudios en busca de solución, ya que influyen en la mortalidad aún elevada de esta operación y en la frecuencia de sus complicaciones y secuelas postoperatorias, a veces muy importantes.

El riesgo operatorio merece consideración especial.

Aparte de los riesgos que derivan de las condiciones generales del paciente, de la naturaleza, repercusión, grado de evolución, etc. de la afección que motiva la intervención, hay riesgos inherentes a la gastrectomía total en sí.

El riesgo es creciente según se encare la gastrectomía casi total, la gastrectomía total sola, la esofagogastrectomía o la gastrectomía ensanchada.

Pero el riesgo más importante de la gastrectomía total en sí, está fundamentalmente vinculado a la extirpación del cardias y especialmente a la anastomosis esofagointestinal para restablecer el tránsito digestivo. Nos hemos de ocupar especialmente de estos aspectos.

La realización de la gastrectomía total comprende los siguientes tiempos:

- I. Abordaje
- II. Exploración
- III. Tiempo de exéresis
- IV. Restablecimiento de la continuidad digestiva.

* Profesor Titular de Clínica Quirúrgica. Fac. Med. de Montevideo.

Jefe de Servicio de Cirugía. Hospital Mamiel. Montevideo.

I) Vías de abordaje

Dr. BOLIVAR DELGADO *

La gastrectomía total puede ser realizada por vía abdominal pura o ensanchada, por vía torácica o por vía combinada toracoabdominal.

La vía abdominal es la más usada en forma de incisión mediana xifoumbilical o ensanchada hacia el reborde condrocostal izquierdo y/o mediastino pero sin abrir la cavidad pleural.

Permite un excelente abordaje del estómago y una adecuada exploración de la cavidad abdominal.

Necesita como condición para su realización el disponer de un cabo de esófago abdominal adecuado para la anastomosis por lo cual está especialmente indicada en cánceres que no se acercan al cardias.

Un mejor manejo del esófago puede ser logrado por las vías abdominales ensanchadas que presentan en cambio como inconveniente la sección del reborde con la posibilidad de

* Dorente libre de Cirugía de la Fac. de Med. de Montevideo.

condritis o la probable contaminación del mediastino.

Mencionaremos algunas de estas vías abdominales ensanchadas:

1) Incisión mediana xifoumbilical prolongada por una esternotomía mediana hasta el 4º espacio [Miller (57)] o con el agregado de una sección transversa izquierda del esternón a ese nivel [Wangensteen (94)].

2) Paramediana izquierda supraumbilical prolongada por sección extrapleural del 6º y 7º cartílago izquierdo [Clute (17)].

3) Mediana supraumbilical invadiendo el mediastino (vía abdominodiastinal) por sección del diafragma desde el orificio esofágico hasta unos 5-6 cms. por debajo y continuada luego por la sección del pilar derecho [Savinykh (79)].

Las vías torácicas no son adecuadas para esta intervención. La resección gástrica es más difícil y no se puede explorar y realizar el vaciamiento ganglionar de zonas tales como la retroduodenopancreática o la inframesocólica.

La vía combinada abdominotorácica permite un amplio abordaje sobre todo del sector esofagagástrico proximal y de la porción izquierda de la retrocavidad.

Es una incisión más compleja que tiene como inconveniente la sección del reborde y la apertura de la cavidad pleural.

Este tema ha sido extensamente tratado por Valls y Liard(90) en nuestro medio y a ellos nos referimos.

El creador de esta vía de abordaje fue Mérola (49) ideando una incisión oblicua toracoabdominal que seguía el lecho y la dirección de la novena costilla.

Esta incisión combinada ha sido realizada después por muchos autores con numerosas variantes combinando abordajes abdominales medianos, paramedianos, oblicuos o transversos con prolongamientos torácicos a alturas variables entre el 6º y el 9º espacio intercostal con o sin resecciones costales [Constantini, Oshawa, Brock, Garlock, Humphreys, Carter, etc. (12, 90)].

Este abordaje combinado debe comenzar siempre por el sector abdominal y luego de realizada la exploración correspondiente y el balance lesional se prolongará al tórax según las necesidades de la resección y/o anastomosis.

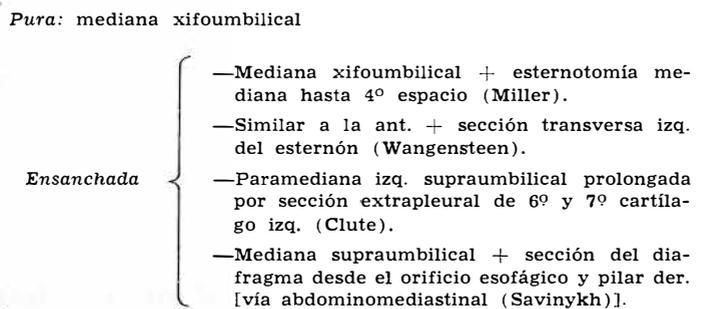
Para terminar esquematizamos siguiendo a del Campo (21) la elección de la vía de abordaje, pero insistiendo siempre en que el tiempo abdominal es obligatorio.

- A) *Vía abdominal pura*: indicada en el cáncer distal cuando no hay que resecar esófago y hay facilidades para realizar la anastomosis esofagodigestiva.
- B) *Vía combinada*: imprescindible cuando hay que resecar esófago: cáncer del cardias o de la gruesa tuberosidad.
- C) *Vía abdominal ensanchada*: indicada en situaciones intermedias a las dos anteriores.

Gastrectomía total

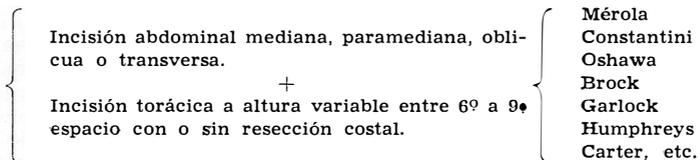
VIAS DE ABORDAJE

I) *Vía abdominal*



II) *Vía torácica*

III) *Vía combinada abdominotorácica*



II) Exploración

Dr. BOLIVAR DELGADO

La exploración operatoria en el cáncer gástrico y con vistas a una gastrectomía total incluye una serie de tiempos:

A) *Exploración de la propia lesión.*

B) *De su topografía y extensión en el órgano.* Aquí insistimos en dos hechos: 1) su relación con la pequeña curvatura gástrica [del Campo (21)] y 2) la exploración intraluminal que a veces es más expresiva que la palpación externa en cuanto a la determinación de los límites macroscópicos de la lesión. De acuerdo a esta exploración se pueden clasificar los cánceres gástricos en vistas a la extensión de la resección en 3 tipos:

- cáncer proximal o esofagogástrico
- cáncer distal o gastroduodenal
- cáncer gástrico medio.

C) *De la diseminación linfoganglionar.*

D) *De la invasión directa de estructuras y órganos vecinos.*

E) *De la diseminación peritoneal.*

F) *De la invasión metastásica hepática.*

G) *De la disposición vascular con vistas a la reconstrucción del tránsito esofagodigestivo.*

Insistiremos fundamentalmente en la exploración ganglionar (21, 45).

Recordemos primero brevemente el destino de los linfáticos gástricos (76):

1) *Cadena coronarioceliaca* [del Campo (21)]: es el grupo principal y recibe los linfáticos del sector derecho del estómago, el más afectado habitualmente por el cáncer.

Comprende ganglios viscerales, mesiales y celiacos.

Los ganglios viscerales son yuxtapilóricos.

Los ganglios mesiales están situados en la hoz de la coronaria (mesogastrio posterior) y reciben la linfa del grupo anterior pero además, de los ganglios paracardiales, retrocardiales y linfáticos hepáticos que transcurren por la pars condensa del pequeño epiplón.

Los ganglios celiacos son parietales, yuxtaaórticos en el mediastino retroperitoneal supramesocolónico (8).

2) *Cadena suprapilórica:* le corresponde un pequeño territorio del canal pilórico (Cúneo).

Los ganglios suprapilóricos reciben además linfáticos de los ganglios retropilóricos y de ganglios hepáticos, biliares y pancreáticos. Sus eferentes terminan en los ganglios suprapancreáticos derechos.

3) *Ganglios del pedículo hepático y retroduodenopancreáticos.*

4) *Ganglios de la cadena esplénica:* reciben la linfa del sector alto e izquierdo del estómago y comprende ganglios yuxtapilóricos y mesiales (mesogastrio posterior) hiliares esplénicos y suprapancreáticos izquierdos.

5) *Ganglios de la cadena subpiloromesentérica* [del Campo (21)]: comprenden al grupo clásico gastroepiploico derecho.

Se drena en 2 sentidos: 1) en la cadena de la arteria hepática y por intermedio de ella en los ganglios celiacos, y 2) en el confluente mesentérico. Este se encuentra situado por delante de la arteria y vena mesentérica superior a la altura del tronco de Henle.

Desde este importante centro ganglionar la linfa se dirige a los ganglios retropilóricos, a los duodenopancreáticos anteriores, a la cadena hepática directamente y a los ganglios del confluente lumboaórtico.

El drenaje final de estas cadenas ganglionares se realiza en los ganglios yuxtaaórticos y periaórticos-celiacos-reno-mesentéricos de donde se vierte la linfa en la cisterna de Pecquet y en el canal torácico.

La exploración operatoria ganglionar del grupo coronario-celiaco se realiza en el sector gastrohepático directamente; en el sector suprapancreático luego de la apertura de la retrocavidad y por último en su sector más profundo retropancreático levantando el cuerpo del páncreas.

Los ganglios subpilóricos, retroduodenales, del pedículo hepático y retroduodenopancreáticos se exploran en el sector gastrohepático directamente y en el sector posterior por decolamiento retroduodenopancreático.

Los ganglios subcervicopancreáticos o mesentéricos superiores se abordan para su exploración directamente levantando el ligamento gastrocólico y a través del mesocolon transversal, o luego de la apertura de la retrocavidad y sobre todo después de la ligadura del tronco de Henle.

La cadena esplénica se explora en el sector gastroesplénico y del hilio del bazo directamente; en el sector suprapancreático izquierdo luego de la apertura de la retrocavidad.

III) Tiempo de exéresis

Dr. LORENZO MEROLA *

La extensión visceral, "en largo" de la exéresis se define por sí sola: resección de todo el estómago, con secciones sobre el esófago y el duodeno. Esta es la gastrectomía total realizada por un proceso benigno. La g.t. incluye, pues, el cardias y el píloro.

La variante debe realizarse cuando el cáncer es muy vecino al píloro, en cuya circunstancia debemos reseccionar D₁, o al cardias, donde la lesión puede obligarnos a seccionar alto sobre el esófago, en pleno tórax, lo que modifica la técnica aun desde sus primeros pasos, es decir, desde el abordaje.

La sección alta del esófago se halla muy comentada por los autores, sobre todo por los que usan y defienden las reconstrucciones de tránsito con el yeyuno dispuesto en Y. No sucede lo mismo con la extensión neoplásica al píloro, y no se señala el hecho de que, la sección baja del duodeno impide, o por lo menos dificulta enormemente la realización de ciertos dispositivos de los que se usan para reponer al duodeno en el tránsito digestivo.

La resección en largo no plantea mayores problemas, como no los plantea, en general, sobre cualquier sector del tubo digestivo. La dificultad aparece al querer reseccionar "a lo ancho", con lo que nace el concepto de g.t. ensanchada, que es, fundamentalmente a la que nos referiremos.

Consideraremos una técnica de exéresis linfoganglionar máxima, aunque no desmesurada, ensanchando la resección todo a lo largo de la viscera, como si el neoplasma fuera total, o se tratara de una gran lesión de la zona mediogástrica. En ambos casos, la indicación y realización de la operación, g.t. de necesidad, suscita menos discrepancias de táctica y técnica.

Descrito lo máximo, podrá limitarse en algo la operación, de acuerdo a la topografía de la lesión, en algunas zonas, y de acuerdo también al criterio del cirujano, a su escuela y conocimientos, y adecuando lo que se realiza al estado del enfermo sobre el que se actúa.

La cirugía del cáncer gástrico, única medida efectiva hasta el presente para el control de la lesión, se basa en la hipótesis no siempre cumplida por el tumor epitelial, de una difusión linfática pura, ordenada, escalonada. No puede, ni pretende, controlar otras formas de difusión, como la venosa o la serosa.

Consideramos una exéresis con fin (o de pretensión), curativa: la g.t. paliativa, por lo menos en nuestra década, no se justifica. Y más adelante? Recordemos que hace 30 años,

se negaba todo futuro a la g.t. en toda circunstancia (92).

De exprofeso excluimos la resección asociada de otras vísceras o estructuras, como el hígado, colon, mesocolon y aún la oncológicamente defendible duodenopancreatectomía cefálica. Otro es el caso, como veremos más adelante, del bazo y cuerpo-cola del páncreas.

Se ha dicho que, con criterio embriológico, la g.t. ensanchada debe incluir las estructuras del mesogastrio posterior: esto es una verdad a medias. El mesogastrio posterior depende de la gran curva gástrica, mientras que el mesohepatogástrico, más importante del punto de vista linfático, depende de la curva menor, y por lo tanto del mesogastrio anterior, en el que se desarrolla el hígado. Ensancha una gastrectomía con criterio embriológico, es reseccionar el órgano y las estructuras del mesohepatodorsal en el que se ha desarrollado, por clivaje, la transcauidad de los epiplones, y en el que se alberga el órgano mismo. Escapa a la crítica Mainetti (45), el que aunque sin mucha claridad, incursiona felizmente en estos conceptos.

Es claro que no todas las estructuras del mesohepatogástrico pueden ser reseccionadas: se exceptúan la vena porta, la arteria hepática y la vía biliar contenidas, al menos en parte, en el llamado ligamento hepatoduodenal. Quedan así excluidos de la resección en block, y sólo extirpables por disección los llamados ganglios "huérfanos" del pedículo hepático.

Si estudiamos en los distintos textos y artículos la clasificación de los múltiples ganglios linfáticos en relación con el estómago, caemos inmediatamente en una gran confusión; hay, sin embargo, conceptos rescatables del desorden general.

En primer lugar, y a diferencia de otras regiones del organismo, los ganglios se sistematizan de acuerdo a los pedículos arteriales del órgano, y se divorcian, aparentemente, del sistema venoso, del cual son habitualmente satélites.

En segundo lugar existirían, esquemáticamente, tres estaciones linfáticas en cada pedículo: una primera sobre la viscera, una segunda en los mesos y la última, central o celiaca, sobre la aorta. Esto, que es muy útil conceptualmente, es difícil de concretar en la práctica, debido a la estrecha vecindad de unos ganglios con otros a nivel de determinados pedículos, como por ejemplo el coronario. Y es curioso pensar que es precisamente este último el que sirvió para establecer el esquema.

Y por último, se acepta generalmente una nominación de determinados ganglios de acuerdo a los orificios gástricos (precardiales, subpilóricos), que se sobremonta con la clasificación "pedicular" (gastroepiploicos, esplénicos).

* Profesor Adjunto de Cirugía de la Fac. de Medicina de Montevideo.

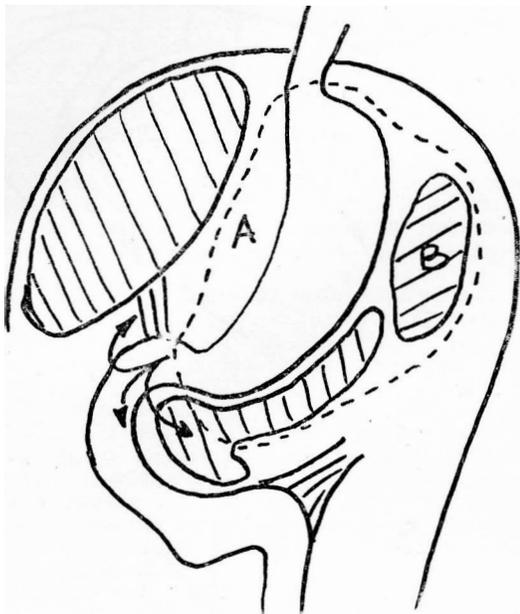


FIG. 1.— Se representa la sección sagital de un embrión, o la vista frontal del abdomen superior del adulto. La línea punteada circunscribe la resección de los mesogastrios anterior (A) y posterior (B) con el estómago incluido. Las flechas señalan la disección a realizar a nivel de las conexiones duodenohepáticas y de los vasos mesentéricos.

Creemos que aun los periorificiales pueden ser nombrados de acuerdo a arterias: los suprapilóricos corresponden a la pilórica, los retropilóricos a la gastroduodenal, y los subpilóricos a la gastroepiloica derecha. En cuanto a los pericardiales, no son más que ganglios yuxtágástricos (algunos los llaman "parietales", lo que aumenta la confusión), o de la primera estación, que corresponden a las arterias cardioesofagotuberositarias anterior y posterior, sobre todo a la primera, ya que los ganglios posteriores son sólo una rareza.

Si estudiamos a autores especializados (76), y observamos fríamente hechos de la patología, debemos admitir que una resección reglada, en block, que incluya el órgano, sus ganglios (las tres estaciones de sus cuatro pedículos), y sus vías linfáticas intermedias es una utopía. Si el transcurso de ciertos colectores nos impulsa a resecar el duodeno y la cabeza del páncreas, el de otros nos obliga a extirpar su cuerpo y su cola, mientras que nos vemos obligados a disecar el pedículo hepático (maniobra oncológicamente detestable), debemos ignorar algunos colectores que, desafiando los esquemas y las disposiciones habituales, ganan directamente la región mesoceliaca, o aun el mediastino.

Dice Del Campo, y con razón, que la gastrectomía por cáncer que se realiza habitualmente, sólo incluye con seguridad los ganglios yuxtágástricos y algunos de los mesiales (21). Un ensanchamiento que merezca el nombre de

oncológico, debe comprender aun los territorios centrales, mesoceliacos.

Comenzamos las maniobras de exéresis movilizándolo el epiplón mayor, el que será resecado, de abajo hacia arriba, por un decolamiento coloepiloico cuidadoso, difícil de llevar hasta el cuerpo del páncreas, y desde la izquierda movilizándolo ese órgano y el bazo hacia la línea media. Completada esta maniobra, hemos tratado el mesogastrio posterior realizando una maniobra centripeta la que, si bien criticable del punto de vista cancerológico, facilita técnicamente las maniobras.

La esplenectomía y pancreatomecía parcial se realizan fuera de toda invasión tumoral (la que es posible y bastante frecuente), y con el solo fin de un vaciamiento ganglionar correcto.

Del Campo(21), al que es imprescindible leer para conocer este tema, sostiene que es un error común el considerar al páncreas corporal como un órgano de la pared posterior del abdomen, y que su movilización y resección es anterior, anatómicamente, al verdadero plano fascial parietal, el que también debe de ser resecado. Dicho plano tapiza diafragma, suprarrenal y riñón supramesocólico, y es sospechoso de contaminación por el cáncer en su difusión linfática posterior.

Desde la derecha, el camino a recorrer se eriza de dificultades: es necesario movilizar, mediante maniobra de Kocher-Vautrin el duodeno-páncreas, a lo menos en su sector supracolónico, para extirpar ganglios muy frecuentemente colonizados, y bajar una cortina peritoneocelulolinfática de la cara anterior del pedículo hepático (11, 3, 21). Aquí ya nos hallamos trabajando sobre elementos del mesogastrio anterior (ligamento hepatoduodenogástrico), o parte anterior del primitivo mesohepatodorsal.

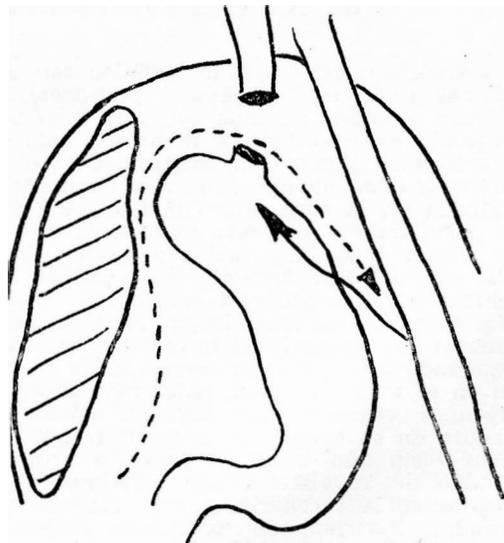


FIG. 2.— La sección precoz del esófago, desaconsejada por muchos autores, permite sin embargo un tratamiento cómodo y correcto del pedículo linfático principal, o coronario.

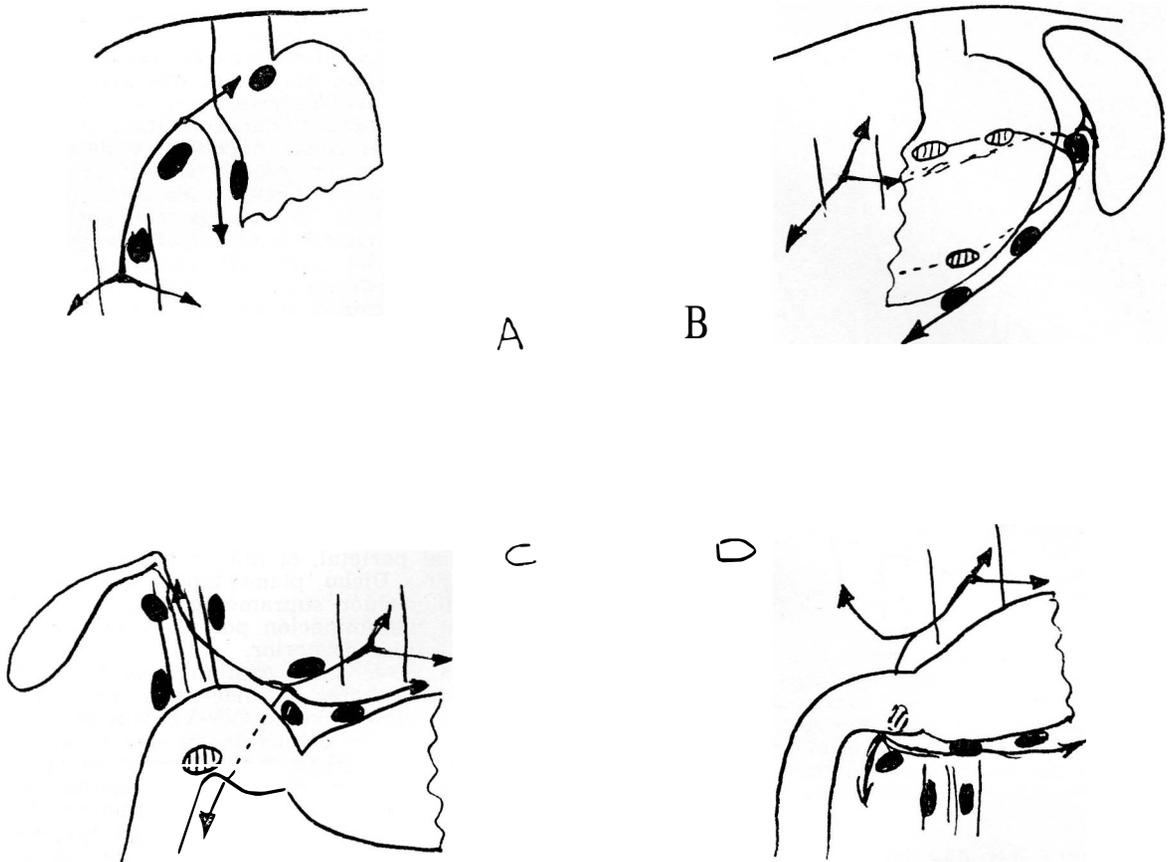


Fig. 3.— A) Pedículo coronario: ganglios viscerales, precordiales, mesiales y celiacos. B) Pedículo esplenopancreático: ganglios yuxtágástricos, de la gastroepiploica izquierda, del hilio del bazo y de la arteria esplénica. C) Pedículo hepaticoduodenal: ganglios del cístico (Broca-Mascagni), del pedículo, retroduodenal (Clermont), suprapilóricos y central de la arteria hepática. D) Pedículo subpilóromesentérico: ganglios yuxtágástricos, de la gastroepiploica derecha, subpilóricos, prepancreáticos y mesentéricos.

Estos tejidos del pedículo hepático son descendidos junto con la lámina peritoneal del pequeño epiplón, incluida su pars condensada, y ligado en su origen a la arteria pilórica. Debe hacerse siempre la comprobación de la existencia o no de una gruesa rama hepática, originada en la coronaria (llamada esta última por Farabeuf pequeña gastrohepática), la que, según su calibre, podrá o no ser ligada y la que, al estar presente, dificulta las maniobras sobre el pedículo coronario.

La disección se hace luego sobre la pared posterior del vestíbulo de la retrocavidad (40), despojando a la hepática común hasta su origen en el tronco celiaco. Estas maniobras incluyen, a veces y para algunos autores, la ligadura en su origen de la gastroduodenal.

Nos resta aún tratar el pedículo principal linfático de la viscera: nos referimos a los ganglios de la coronaria y sus dependientes cardiales, los que son extirpados junto con la arteria, ligada también ella lo más proximalmente posible. La lógica indicaría tratar primero este pedículo, maniobra que en general se elude por su dificultad y porque la ligadura de la coronaria nos hace quemar las

naves antes de comprobar, en algunos casos de cáncer avanzado, de manera fehaciente la resectabilidad de la lesión.

Las maniobras sobre el pedículo coronario pueden ser realizadas más fácilmente de arriba hacia abajo si previamente, como ha sido aconsejado, seccionamos el esófago y los vagos. Esta sección, aun realizada como último tiempo previo a la reconstrucción del tránsito, es rechazada por muchos autores, los que utilizan a la pieza (enorme y neoplásica!), como elemento de tracción para comenzar la sutura esofágica. Esta masa visceral (estómago, epiplón, bazo, páncreas), llena el ángulo xifoideo, cuando el abordaje es abdominal, en los tiempos más difíciles de la sutura, y no es más que un resabio técnico de las gastrectomías parciales.

Esta suma de maniobras anatómica y embriológicamente perfectas son objetables, del punto de vista cancerológico, por ser centripetas al eje celiaco, zona central de drenaje venoso y linfático. Como ya señaláramos antes, para muchos autores es imprescindible bloquear en primer lugar las zonas de drenaje, antes de movilizar por su periferia el

órgano incriminado. Ya señalamos los problemas que surgen de esta manera de proceder.

Hemos completado así la resección del meso hepatodorsal, con las tres vísceras que engloba (estómago, bazo y cuerpo-cola del páncreas), aunque hemos debido respetar los tres elementos vitales del ligamento hepatoduodenal.

Del punto de vista de los linfáticos, hemos eliminado los ganglios yuxtagástricos, incluidos los pericardiales así como, con seguridad, los ganglios de los mesos, o de la segunda estación.

Se describen como de este segundo grupo los del ligamento gastrocólico y de los mesos gastroesplénico y esplenopancreático, los del pequeño epiplón y los de la hoz de la coronaria.

En cuanto a los centrales, que se sitúan habitualmente sobre el origen de las arterias coronaria y hepática, y que reciben la linfa de la pequeña curva, son disecados en la pared posterior del vestíbulo, como ya vimos, y de la manera aconsejada por Larghero (40).

Los del pedículo hepático y los retroduodenopancreáticos son eliminados en un tiempo especial y por disección, jerarquizándose tres de ellos: el del cístico (o de Mascagni-Broca), el del borde derecho de la porta supraduodenal y el que se oculta en la cara posterior del ángulo D_1 - D_2 (o de Clermont).

Los ganglios de la tercera estación, a veces desgraciadamente desempeñando el papel de primera barrera, deben ser eliminados por "disección", y no pueden serlo con tejidos de protección. El esquema embriológico clásico por el cual todos nos guiamos, es eludido, lo sabemos, por las venas en determinados lugares (tronco de Henle), y con más razón aún, es lógico pensarlo así, por los colectores linfáticos. La presencia de ganglios precoces en la periaorta o en la raíz del mesenterio certifican esta afirmación.

La mención del tronco de Henle y de la raíz del mesenterio hace oportuno, en este lugar, ocuparnos con más detención de los ganglios subpilóricos, también llamados de la gastroepiploica derecha. Corresponden a una zona embriológicamente muy compleja, en la que el páncreas corporal, arrastrado por la

formación de la retrocavidad, se dobla sobre la porción cefálica de la glándula, la que, contenida en el mesoduodeno, se ha volcado a la derecha de la línea media. Se "pinzan" así en tejido pancreático los vasos mesentéricos, disposición luego exagerada por el desarrollo del pequeño páncreas, o proceso uncinado.

La disposición definitiva de la raíz del mesocolon transversal tiene como efecto la existencia de un páncreas cefálico supramesocólico, el que a su vez es dividido por la raíz derecha del ligamento gastrocólico (en ese lugar duodenocólico), en un sector derecho y uno izquierdo, este último ya prácticamente, parte de la cara anterior del cuerpo. El páncreas cefálico inframesocólico es a su vez dividido verticalmente por la raíz del mesenterio.

Es en esta intrincada zona donde concurren los mesos que debe manejarse el cirujano, el que se ve confundido no solo por las estructuras anatómicas sino aun por los conceptos.

Muy pocos autores describen o figuran a los ganglios que se apoyan sobre los vasos mesentéricos prepancreáticos como terminales de los eferentes gástricos.

En Rouvière (76) leemos que, algunos colectores abandonan el trayecto de la gastroepiploica derecha para acompañar a la vena correspondiente (de Henle, o si se quiere, a una de sus ramas), y terminan en los ganglios mesentéricos superiores. Este hecho, felizmente no es constante pero, siendo posible, explica la adenopatía mesentérica precoz, y el empeño de quienes se ocupan mejor del punto, en barrer la cara anterior del páncreas cefálico (21).

Si ganglios de difícil tratamiento quirúrgico son primera barrera en la invasión linfática del cáncer, nos explicamos su toma frecuente, y también muchos fracasos de la cirugía.

Pensando en esos fracasos debemos felicitarnos de que aún hoy, a diez años de pronunciada, tenga vigencia la frase de Del Campo: "Técnicamente, el tratamiento del cáncer de estómago, no ha llegado aún a un punto muerto". Y todos debemos contribuir a ese progreso.