

TECNICA QUIRURGICA

Una nueva endoprótesis para la operación de Vosschulte

Descripción, técnica y resultados

Dres. Washington Liard, Oscar Balboa, Roberto Puig
y Roberto Perdomo *

Los autores presentan el procedimiento de Vosschulte para el tratamiento quirúrgico de las várices esofágicas, consistente en la interrupción del flujo venoso portal hacia el territorio esofágico por medio de la ligadura total del esófago sobre una prótesis transitoria y eliminable, destinada a conservar el tránsito. Esta técnica fue realizada con un nuevo dispositivo de prótesis con ventajas sobre los anillos metálicos, demostradas en una serie de observaciones: bajo costo, nula agresividad, mecanismo antirreflujo, buena eliminación y facilidad de improvisación, con escasos recursos materiales.

Palabras clave (Key words, Mots clés). MEDLARS: Hypertension, portal / surgery. Esophageal varices / surgery.

En 1957 Vosschulte (8, 9) describió un nuevo procedimiento quirúrgico para realizar el tratamiento de las várices esofágicas desconectándolas del sistema porta: practicó la ligadura total del esófago abdominal, apoyada sobre una prótesis endoluminal destinada a conservar su luz. Este dispositivo, transitorio, consistía en un cilindro metálico ranurado, dividido en tres partes por tres secciones longitudinales, que se mantenía armado por ataduras de catgut. Se introducía por gastrostomía y al digerirse los hilos se fragmentaba cayendo en la cavidad gástrica y eliminándose por vía intestinal.

Se conseguía así, con maniobras sencillas, establecer una cicatriz lineal y circunferencial que tomando la vaina y todas las capas del órgano, bloqueaba como una barrera la red venosa peri e intraparietal esofágica, aislándola del sistema de altas presiones generado en la circulación portal.

Sin embargo los éxitos iniciales de Vosschulte fueron seguidos de algunas complicaciones (fístulas y estenosis) que demoraron la difusión del procedimiento (10). Luego de

Clinica Quirúrgica "F" (Prof. Dr. Luis A. Praderi). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Montevideo.

10 años fue introducido en Francia por Roux (7) —con el dispositivo original de Vosschulte— y simultáneamente reiterado por Boerema (2) que lo practicó adaptándolo a su prótesis para anastomosis esófago-yeyunal de recuperación por vía alta.

En 1969 [Prioton (5)] usando el viejo botón anastomótico de Murphy comunicó su primera serie de experiencias que lo llevaron posteriormente a construir un elaborado dispositivo con lo que mejoró aún más sus resultados (6). Prioton aceptó la estenosis esofágica, cuando se presentaba, como un benigno impedimento a la terapéutica de una grave enfermedad, e incorporó en forma metódica las dilataciones esofágicas para tratarla o prevenirla.

Nuestro interés en el tema, así como las dificultades existentes en nuestro medio para obtener estos instrumentos, unido a su elevado precio, nos condujeron a una solución personal basada en el principio de eliminación de la endoprótesis por fragmentación propuesto por Vosschulte. El dispositivo que diseñamos y realizamos, fundamentalmente por estas razones, mostró sin embargo con la experiencia, otras ventajas no desdeñables que se sumaron a su bajo costo: facilidad de construcción e incluso de improvisación con medios corrientes; escasa o nula agresividad para el organismo, no sólo por el tamaño más pequeño de sus fragmentos sino también por su material sintético semirrígido; eliminación sin inconvenientes por vía intestinal y finalmente por el hecho de estar dotado de una válvula antirreflujo, elemento a destacar ya que durante el tiempo que está colocado (10 a 12 días) el reflujo gastroesofágico es importante por la distorsión que provoca en los mecanismos normales de competencia.

DESCRIPCION DEL DISPOSITIVO

Consiste esencialmente en dos tubos de polietileno introducidos uno dentro del otro. El tubo interno está dividido por dos cortes trans-

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 2 de julio de 1975.

* Profesores Adjuntos de Cirugía, Profesor Agregado de Cirugía.

Dirección: Millán 2917, Montevideo (Dr. Liard).

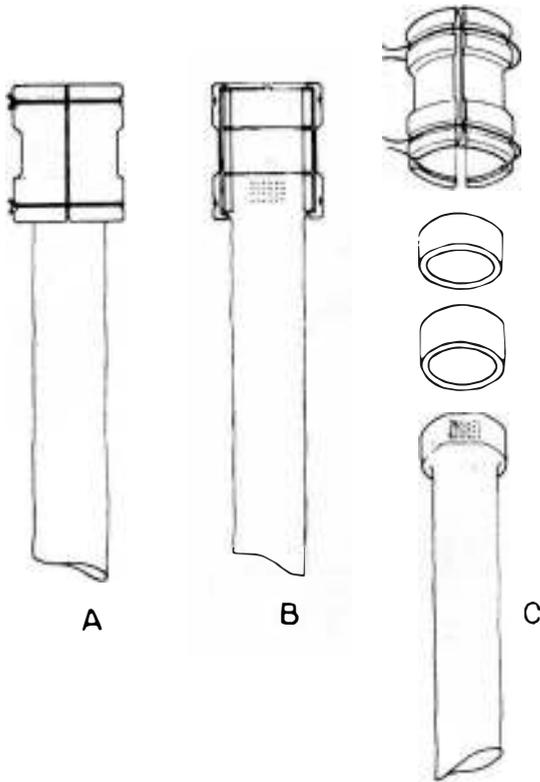


FIG. 1.—Representación esquemática de la endoprótesis: a) dispositivo armado; b) corte sagital; c) despliegue de la prótesis observándose en el anillo inferior la lentejilla de plomo y la válvula antirreflujo.

versales en tres anillos superpuestos. El anillo central es algo más alto que los otros, y el inferior lleva adosado una lenteja de plomo, para hacerlo radio-opaco, continuándose por un fragmento de drenaje Penrose o dedo de guante que funciona como válvula antirreflujo (Fig. 1).

El tubo externo presenta en toda su circunferencia un surco central de 7 a 8 mm de ancho y 1 mm de profundidad, y dos surcos de $1\frac{1}{2}$ mm por $\frac{1}{2}$ mm de profundidad aproximadamente, ubicados en ambos extremos. Está dividido por cuatro secciones longitudinales en cuatro valvas, lo que hace un total de siete pequeños fragmentos para el dispositivo completo desarmado.

La prótesis se reconstruye adosando las cuatro valvas externas sobre el tubo central, colocando todos los componentes en sus posiciones originales. Luego se afirma provisionalmente el armado con tres fuertes ataduras de lino colocadas en los tres surcos (central y extremos).

Esterilización. Puede hacerse con gas etileno (para almacenamiento) o si no se dispone del mismo por sumersión en soluciones antisépticas adecuadas, en forma previa al uso quirúrgico. En este último caso debe ser lavado con suero estéril antes de colocarlo.

Preparación operatoria Consiste en la sustitución de los hilos de lino de los surcos superior e inferior por catgut simple N° 2 fuertemente atado. Una vez realizada esta maniobra se retira el lino del surco central y no se sustituye (sólo sirve para que no se desarme el dispositivo durante las manipulaciones precedentes). Es conveniente trabajar sobre la mesa de instrumentación para evitar la caída accidental de algún fragmento.



FIG. 2.—Detalle del clamp anillado para colocación de la endoprótesis.

Clamp anillado (Fig. 2). Lo estimamos muy importante ya que nos ha facilitado considerablemente el procedimiento. Es una modificación del usado por Vosschulte y consiste en un simple clamp curvo de intestino en cada uno de cuyos extremos se ha soldado una sección de anillo plano con la curvatura y medida adecuada para tomar la endoprótesis.

TECNICA

Utilizamos corrientemente el abordaje abdominal, mediano supraumbilical, con resección del apéndice xifoides y separación vigorosa de ambos rebordes costales mediante dos valvas fijas.

Recurrimos a la vía torácica cuando se plantean dificultades técnicas para el acceso abdominal: obesidad, intervenciones previas sobre la zona, etc.

Posteriormente los tiempos operatorios se ordenan según la siguiente secuencia:

—Movilización del lóbulo izquierdo del hígado, preparación y liberación del segmento cardio-esófago-tuberositario como para la realización de una funduplicación de Nissen. En lo posible es conveniente ligar la vena coronaria estomáquica.

—Se pasa por detrás del esófago una larga lazada de catgut simple Nº 2 o 3 incluyendo la víscera, vasos periesofágicos y ramos vagales anteriores. Excluye el tronco vagal posterior. Se deja sin atar por el momento.

—Gastrotomía sobre cuerpo gástrico por donde se extrae el extremo de la sonda nasogástrica. Su amplitud varía según la necesidad o no de explorar la mucosa del estómago por la posibilidad de que tenga dilataciones varicosas.

—Introducción de la endoprótesis enhebrada en la sonda nasogástrica y sujeta por la pinza anillada, ubicándola como para hacer la ligadura esofágica inmediatamente por encima del cardias.

—Mientras el ayudante mantiene el dispositivo en posición correcta por medio de la pinza, el cirujano realiza la ligadura del esófago atando fuertemente la lazada de catgut sobre el surco central de la prótesis. La posición del surco será fácilmente reconocida al tacto a través de la pared esofágica, palpando el anillo metálico del clamp, que resalta netamente, y teniendo en cuenta que éste toma la prótesis por su extremo inferior, coincidiendo el borde superior del anillo con el límite inferior del surco. La ligadura debe hacerse cuidando que quede en forma perpendicular al eje del esófago y nunca oblicuo al mismo. El ayudante comprueba si el dispositivo queda firme tirando suavemente de la pinza y luego la abre con cuidado retirándola.

—Cierre de la gastrostomía y funduplicación de Nissen cubriendo la ligadura esofágica, verificando finalmente la permeabilidad del píloro.

Procedimientos asociados o complementarios.

a) *Píloroplastia* (o píloromiotomía extramucosa) indicada sobre todo en los niños que son por naturaleza "vomitadores", en cuyo caso el mecanismo de continencia (funduplicación) puede provocar una dilatación gástrica aguda. Se plantea en el adulto cuando existe la sospecha de que ambos troncos vagales han sido incluidos en la ligadura aún cuando se ha previsto la posibilidad de hacerla sistemática.

b) *Gastrostomía* temporaria de seguridad o alimentación, en pacientes con malas condiciones generales y siempre en los niños para garantizar una efectiva nutrición postoperatoria.

c) *Esplenectomía* cuya indicación surge en dos circunstancias: en los bloqueos subhepáticos con hiperesplenismo cuando no es técnicamente posible ninguna derivación (trombosis aislada de la vena esplénica o trombosis difusa espleno-portal) y en los bloqueos intrahepáticos con hiperesplenismo y vena hepática de pequeño calibre. Sin embargo es interesante consignar que Berger (1) ha visto desaparecer el síndrome de hiperesplenismo en enfermos seguidos varios años después de haberles practicado la ligadura esofágica como único procedimiento.

d) *Vagotomía* preconizada por Guignoux (4) que la combina con píloroplastia y gastrostomía aspirativa. No parece aportar mayores ventajas.

Postoperatorio.

Los cuidados durante este período se limitan a una hidratación parenteral durante 48 horas, seguida de realimentación lentamente progresiva y fundamentalmente líquida hasta el décimo día, para evitar la obstrucción del dispositivo. A partir de ese momento, cuando éste cae, se autoriza a aumentar la consistencia del alimento.

Aproximadamente al tercer día realizamos una radiografía simple de región tóracoabdominal para controlar la correcta posición de la prótesis (Fig. 3) que se repite a los 15 días, pero administrando un trago de barita diluida para vigilar el tránsito.



FIG. 3.—Radiografía simple de abdomen en el postoperatorio inmediato: se observa la posición correcta de la endoprótesis identificada por la lentejilla de plomo.

Después de los 25 días se practica una esofagoscopia que permite comprobar la acción del tratamiento sobre el territorio varicoso y si existe o no estenosis esofágica a nivel de la ligadura. Si quedó retenido algún fragmento se extrae o empuja hacia la luz gástrica, y si se visualiza una estrechez se comienza ya con la primera de las dilataciones en serie.

EXPERIENCIA CLINICA

Hasta el momento, hemos aplicado el procedimiento en 10 casos seguidos durante un periodo de 4 a 20 meses. Sus edades oscilaron entre 2 y 75 años, siendo 5 pacientes de sexo femenino y 5 de sexo masculino.

No computamos las observaciones de otro grupo de trabajo al que suministramos material pero de las cuales no realizamos un control personal.

En 4 casos la indicación de la intervención fue intrahemorrágica, determinada por el fracaso del tratamiento médico, siendo 3 de ellos cirrosis del grupo C de Child con ascitis e ictericia, a las que se sumaron condiciones agravantes: absceso abdominal paraesofágico, por necrosis por balón de Sengstaken, en un caso; diabetes descompensada en otro y edad avanzada con tromboembolismo pulmonar postoperatorio en el restante. En todos ellos se detuvo la hemorragia pero fallecieron con insuficiencia hepatocítica severa promedialmente después del décimo día de intervenidos.

El cuarto caso, intrahemorrágico, una niña de 2 años con trombosis portal, tuvo una feliz evolución obteniéndose la hemostasis inmediata y desaparición de las várices persistente después de 1 año de controles endoscópicos (Fig. 4 a y 4 b). En esta oportunidad se descartó el planteo primario de una derivación radicular por el escaso calibre de los vasos.

En las siguientes 6 observaciones la indicación se realizó luego de la hemostasis, compensación hemodinámica y metabólica por medio del balón de Sengstaken, transfusiones y tratamiento médico: 5 casos eran cirrosis portales, falleciendo uno de peritonitis por dehiscencia de la gastrotomía. Los restantes evolucionaron favorablemente, desapareciendo los paquetes varicosos lo que confirmó la endoscopia.

En el último caso la etiología fue por cavernoma portal obteniéndose también la curación.

Como complicaciones postoperatorias existieron dos, ya citadas, que por su severidad determinaron fallecimientos: falla de gastrotomía y tromboembolismo pulmonar respectivamente.

Observamos también un absceso subfrénico que fue drenado y mejoró; y en otro caso retención de dos fragmentos de la prótesis lo que solucionó fácilmente el endoscopista empujándolos a la cavidad gástrica.

Comprobamos disfagia en 3 pacientes, en uno de los cuales tuvo los caracteres clínicos y ra-

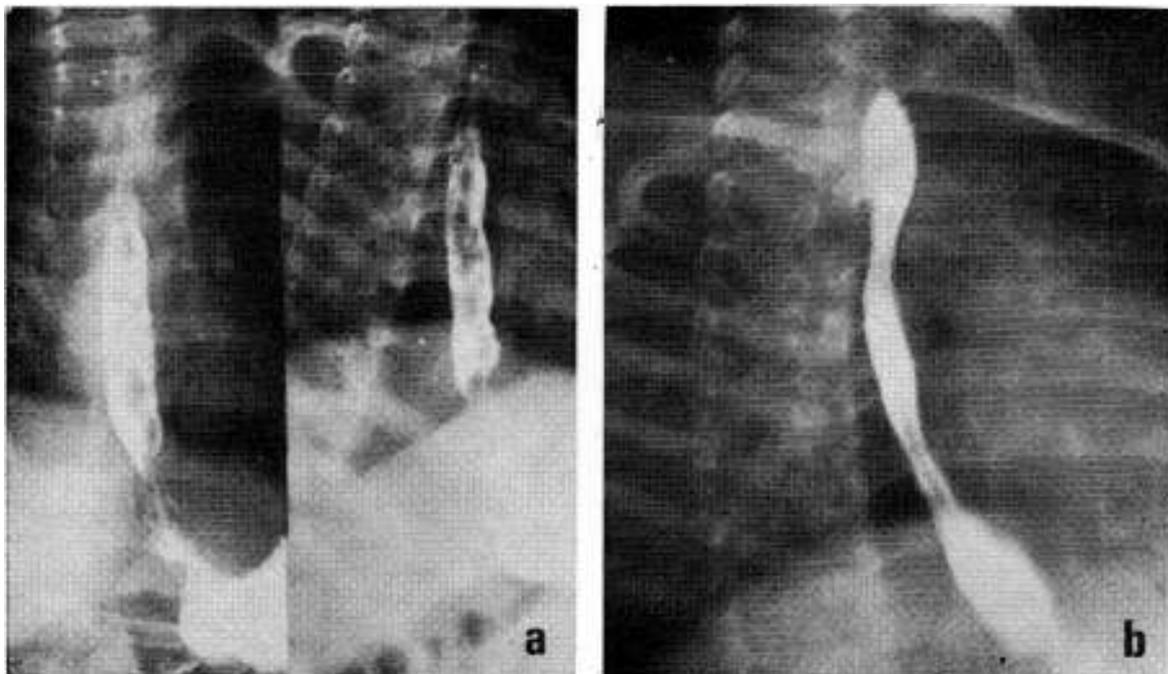


FIG. 4.— a) Gruesas várices esofágicas en una niña de 2 años con trombosis de la vena porta; b) estudio realizado en la misma paciente 6 meses después de la operación de Vosschulte mostrando la desaparición de los trayectos varicosos, lo que fue confirmado por la endoscopia.

diológicos de las disquinesias, cediendo con medicación antiespasmódica. En los restantes fue debido a una estrechez cicatrizal que mejoró con dilataciones.

El problema de la estenosis esofágica merece ser comentado con más amplitud ya que creemos que en este aspecto la funduplicación es de gran importancia. En efecto, y en terreno de hipótesis, la movilización del esófago abdominal puede determinar la distorsión del mecanismo antirreflujo con la eventual aparición de una esofagitis, que puede no solo ser causa de una recidiva hemorrágica, sino también al actuar el reflujo gástrico sobre la cicatriz lineal de la ligadura esofágica, provocar su retracción y estenosis fibrosa.

Esta interpretación es necesario demostrarla y sólo está avalada por el hecho de que la disfagia se presentó en nuestra pequeña serie sólo en los casos en que no se recreó correctamente el mecanismo antirreflujo.

Es interesante señalar que posteriormente a la presentación de este trabajo a la Sociedad de Cirugía (2/VII/75), Germain y Martin (3) comunicaron su experiencia de laboratorio con el anillo de Vosschulte colocado en una serie de 19 perros. Observaron reflujo gastroesofágico seguido de estenosis cardial en 18 casos, en estrecha relación con la severidad del reflujo.

Queda por valorar, en el paciente portador de várices esofágicas, la importancia que pueda tener en el mecanismo etiológico de la hemorragia, la existencia de una esofagitis por reflujo previa a la intervención y el beneficio adicional que se puede obtener con la corrección del mismo.

También consideramos la funduplicación de Nissen, complementando la técnica de Vosschulte, como un importante factor de prevención de la fistulización esofágica postoperatoria, complicación que afortunadamente no observamos.

Anotamos finalmente que ninguno de los pacientes operados recidivó de sus hemorragias hasta el momento.

CONCLUSIONES

La experiencia de casi 2 años en la aplicación del procedimiento de Vosschulte modificado, con nuestra endoprótesis, permite adelantar conclusiones primarias y establecer un planteo de indicaciones sujeto, desde luego, a revisión.

Se trata de una intervención que puede ser de gran utilidad por su sencillez, que la pone al alcance del cirujano general sin entrenamiento en técnicas vasculares o carente de los recursos materiales adecuados para realizarlas.

Frente a las anastomosis tronculares o radiculares se presenta como un acto de menor envergadura y por tanto menos agresivo. A ello se suma el hecho evidente de que no altera la fisiología circulatoria del sistema porta: no modifica sus valores tensionales y por lo tanto no sustrae sangre al hígado. Este ad-

quiere su mayor importancia en situaciones de hemorragia aguda cuando descienden los valores de perfusión hepática con la consiguiente anoxia y crisis metabólica.

No pretendemos con estos argumentos caer en un planteo competitivo entre ambos tipos de intervenciones, sino que, por el contrario, pensamos que disponemos de un nuevo recurso frente al angustiante problema de la hemorragia por várices esofágicas.

De acuerdo a lo dicho la indicación de la operación de Vosschulte surgirá del análisis de elementos determinados por el estudio de las características particulares de cada caso y del balance con las indicaciones, riesgo o imposibilidad de aplicar un procedimiento de derivación vascular.

Es necesario, también, tener en cuenta la posibilidad de complementación de ambos tipos de cirugía, en forma de actos escalonados en el tiempo, ante la alternativa de recidiva de las várices y nuevas hemorragias.

Finalmente, puede ser un recurso particularmente útil para un cirujano desprevenido que realice una laparotomía por hemorragia, ante el hallazgo sorpresivo de várices esofágicas sangrantes.

En cuanto a la oportunidad operatoria, ha sido concretada hasta el momento en los períodos hemorrágico y posthemorrágico, pero será necesario considerar la conveniencia de, en el futuro, actuar con carácter preventivo en enfermos con várices voluminosas diagnosticadas, pero aún no complicadas.

Lógicamente un mayor número de casos y una observación más prolongada permitirá revisar, en un sentido u otro, estas conclusiones.

RESUME

Nouvelle endoprothèse pour l'opération de Vosschulte.

Les auteurs présentent le procédé de Vosschulte pour le traitement des varices œsophagiques, qui consiste en l'interruption du flux de la veine porte vers le territoire œsophagique au moyen de la ligature totale de l'œsophage sur une prothèse transitoire, pouvant s'éliminer, destinée à maintenir le passage. Cette technique fut pratiquée avec des modifications.

Les auteurs présentent également un nouveau dispositif de prothèse, que demande peu de ressources matérielles et dont les avantages sur les anneaux métalliques se dégagent d'une série d'observations: faible coût, agressivité nulle, mécanisme antireflux, bonne élimination et facilité d'improvisation.

SUMMARY

A new endoprosthesis for the Vosschulte operation.

The authors present the procedure of Vosschulte, for the surgical treatment of esophageal varices, consistent in the interruption of the portal venous flow in the esophageal territory, by means of the total ligation of the esophagus, over a transitory and eliminable

prosthesis designated to maintain the transit. This technique was realized with modifications.

The authors introduce a new dispositive of prosthesis with advantages over the metal rings previously used, demonstrated in a serie of cases: low cost, null agresivity, antireflux mechanism, good elimination and facility of improvisation, with short material resources.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BERGER D et REHBEIN F. Hypertension portale infantile: dissection-ligature de Vosschulte. *Ann Chir Inf*, 14: 405, 1973.
2. BOEREMA I, KLOPPER PJ et HOLSCHER AA. Traitement des varices oesophagiennes saignantes par ligature total de l'oesophage. *Presse Med*, 75: 1849, 1967.
3. GERMAIN M et MARTIN E. Recherches sur la déconnexion interazygoportale par l'anneau de Vosschulte. Étude expérimentale chez le chien. *J Chir*, 111: 377, 1976.
4. GIGNOUX M, VERWAERDE JC, LETEURTRE C. Ruptures de varices oesophagiennes: traitement par ligature sur bouton de Murphy. *Med Chir Dig*, 1: 315, 1972.
5. PRIOTON JB. La ligature de l'oesophage sur bouton de Murphy dans les hémorragies par rupture de varices oesophagiennes. *Ann Chir*, 27: 343, 1973.
6. PRIOTON JB. Comunicación personal.
7. ROUX M, HUREAU J et LEVASSEUR M. Efficacité et aléas de l'utilisation de l'anneau de Vosschulte dans le traitement des hémorragies de l'hypertension portale. *Mém Acad Chir*, 93: 229, 1967.
8. VOSSSCHULTE K. Place de la section par ligature de l'oesophage dans le traitement de l'hypertension portale. *Lyon Chir*, 53: 519, 1957.
9. VOSSSCHULTE K. Dissektionsligatur des Oesophagus bei Varicen der Speiseröhre infolge Pfortaderhyperitonie. *Chirurg*, 28: 186, 1957.
10. VOSSSCHULTE K. Erfahrungen mit der Dissektions Ligatur des Oesophagus bei Pfortaderhyperitonie. *Thoraxchirurgie*, 11: 70, 1963.

DISCUSION

DR. ALBERTO VALLS.—Pertenezco a la Clínica donde se realizó este trabajo y tengo que felicitar a mis compañeros por la realización del mismo. Han tenido resultados muy buenos y lo pude palpar en forma directa porque, en primer lugar es el único tratamiento que se puede ofrecer a muchos cirróticos que están sangrando en cirugía de urgencia. Es además muy eficaz; hacer la ligadura del esófago sobre una prótesis que se pueda fragmentar y no ofrezca problemas para su eliminación. Se puede hacer en condiciones en las que no se podía realizar de ninguna manera una anastomosis portocava.

Lo otro es que en la cirugía de elección también podía pensarse, porque muchas veces un cirrótico al ser derivado disminuye su hipertensión y altera la nutrición de su hígado; ese es uno de los conceptos nuevos que sustentaba Prioton. De modo que el tratamiento de la hipertensión portal por una derivación porto-cava perjudica la nutrición de la célula hepática al disminuir el aporte circulatorio. De modo que este procedimiento presentado crea una nueva filosofía del tratamiento de la hipertensión portal.

DR. GONZALO MAQUIEIRA.—Quiero decir que estoy completamente seguro que el procedimiento es útil, porque si fue útil en el enfermo que citaba el Dr. Perdomo, tiene que ser útil en muchos otros enfermos. Porque este enfermo, con una hemorragia que no había cedido al balón de Sengstaken, que tenía una complicación del balón, como era una efracción de esófago, que era un diabético con ascitis, con ictericia, es

decir, tenía todas las condiciones para marchar mal, a ese enfermo, sin embargo, se le pudo colocar el aparato que nos ofreció el Dr. Liard y el resultado fue muy bueno con respecto a la hemorragia. Por supuesto que el enfermo tiene la complicación propia de la efracción de esófago y ha hecho una fistula que está tabicada, pero si vive el enfermo hasta el momento actual es gracias a este procedimiento. De tal manera que declaro que me entusiasma seguir en este tipo de enfermo practicando el procedimiento que nos han mostrado los autores.

DR. ORESTES SBÁRBARO.—En lo que tiene que ver con la niña de dos años que operé hace un mes y medio quería decir un poco cómo fue la historia porque el Dr. Perdomo la tergiversó un poco sin querer.

La primera intervención se hizo sin diagnóstico, la niña sangrando en blanco, y a las dos horas de haber ingresado en el sanatorio. Entonces como único recurso, porque no teníamos diagnóstico, se hizo la gastrostomía y se encontró una várice gástrica sangrando a chorros, con sangre roja que no pulsaba. Entonces se hizo la ligadura de esa várice gástrica en esa primera intervención.

En una segunda intervención, porque la niña posteriormente a eso hizo ascitis y tuvo una eventración subcutánea de laparotomía, se aprovechó para hacer una esplenoportografía y una medida de presión portal que dio 58 cm. En la tercera intervención que fue de extrema urgencia también porque se había colocado un balón de Sengstaken que se rompió, en ese caso recurrir al Dr. Liard que nos dio la prótesis y se pudo hacer muy satisfactoriamente y muy fácilmente.

La expulsión de la endoprótesis fue de acuerdo a lo que habló el Dr. Liard, más o menos a los 8 días.

DR. HADEL SUAYA.—Quería felicitar a los exponentes, fundamentalmente al Dr. Liard porque han puesto en práctica una solución sencilla y fácil que hemos podido nosotros avalar en cuatro casos. Lo importante a destacar es que este procedimiento está al alcance de cualquier cirujano general y que es de una realización muy sencilla y que frente a la angustia de una hemorragia digestiva provocada por la rotura de várices esofágicas ha venido a solucionar un problema sumamente difícil para el que tiene la urgencia.

Quiero recalcar algunos hechos. Primero que esta técnica, como todas las técnicas, debe ser de indicación muy, muy precisa, y la indicación precisa es muy difícil en nuestro medio, porque el diagnóstico de hemorragia por rotura por várices esofágicas o esofagogástricas es muy difícil de hacer, la endoscopia no está siempre al alcance nuestro y los demás procedimientos generalmente son presuntivos del lugar de la hemorragia.

Por eso hay que recalcar que esta técnica es muy buena cuando se hace un diagnóstico exacto.

El otro hecho a destacar es que nosotros siguiendo las directivas de lo que hemos leído y conversando con el Dr. Liard hemos realizado la gastrostomía para la colocación del tubo, una gastrostomía muy alta lo cual nos ha permitido cubrir con el Nissen la zona de gastrostomía. Eso lo creemos importante porque son enfermos muy frágiles, hipoproteinémicos con mal estado general, donde la fistulización o la dehiscencia de la sutura de la gastrostomía siempre es posible y con el Nissen creemos que quedamos más protegidos.

DR. LUIS A. PRADERI.—Creo que esta intervención llena un claro muy importante que faltaba en los procedimientos quirúrgicos que deben efectuarse ante una situación angustiante de una hemorragia por várices esofágicas. Vivía desde hace muchos años todas las distintas soluciones quirúrgicas que se han ofrecido para solucionar el problema. Vivimos la situación de las anastomosis porto-sistémicas de distinto tipo con todas sus enormes dificultades, su morbilidad y mortalidad operatoria que aún ahora después de haber pasado muchos años, en los trabajos de centros quirúrgicos especializados se destacan con cifras que van más allá del 40%. Después de esa etapa, se empezó a usar la esquelización esofágica, hicimos varias esquelizaciones, era una operación laboriosa, difícil, y el cirujano quedaba siempre con la angustia de que no había solucionado satisfactoriamente la situación, por un hecho que todos conocen y es que las várices esofágicas se extendían en algunos casos a todo el esófago torácico y abdominal. Es decir que lo que estábamos haciendo era un remiendo, una solución que no era convincente. Abandonamos esa intervención porque no nos dio buen resultado.

Esto viene a ofrecer una solución que por ser fácil, rápida y accesible para todos los cirujanos, creo que debe ser muy meditada y muy bien empleada. Vi al principio a esta operación, con cierto recelo, pero a medida que han ido pasando los casos, me he hecho un firme partidario de ella.

Me limito a comentar algunos aspectos, como por ejemplo, el abordaje. El abordaje para hacer una operación porto-sistémica es un abordaje que siempre plantea discusiones. Aquí esto se puede abordar por vía abdominal por una mediana simple, una incisión rápida, de fácil acceso, o se puede inclusive abordar por vía torácica y entonces la operación que podría decirse que es una operación difícil por 'o profundo del cardias, abordándola por vía torácica se puede llegar fácilmente.

Con respecto al problema que se plantea si se debe hacer o no piloroplastia, diría que la piloroplastia siempre que se esté en condiciones de hacerla, si el enfermo lo permite, debe hacerse. Debe hacerse porque la liberación sobre la región cardial crea una situación de vagotomía más o menos completa o incompleta pero es muy difícil que no se produzca una agresión a los vagos haciendo la liberación que se exige para esta intervención. Así que en mi experiencia, con las operaciones de Nissen que he realizado y pensando un poco con criterio fisiopatológico, dando unidad al funcionamiento del cardias y del píloro creo que si la situación no apura debe completarse la intervención con una piloroplastia.

DR. ROBERTO PERDOMO. (Cierra la discusión).—Agradezco a los colegas que han hecho uso de la palabra y debo decir algo con respecto al Dr. Suaya. Cometí personalmente un olvido, porque en el momento que estábamos pasando los casos nuestros, tenía pensado decir un hecho que era de resaltar y es que él tiene 3 o 4 casos más y que la experiencia nacional en esta materia ya asciende a 12 o 13 casos lo cual por otra parte refuerza los argumentos nuestros porque esos casos según tengo entendido han evolucionado bien.

En realidad podríamos hablar de muchas cosas, muchas ya han sido dichas y más que decir detalles sobre técnicas que pueden después ser leídas en el trabajo y la experiencia dirá si las tenemos que cambiar o no puesto que esto no es más que algo que estamos caminando todavía, el problema fundamental es relatar dos cosas.

Primero cómo esto se gestó. El Dr. Luis Praderi dice muy bien que a él no le gustaba esto y a nosotros tampoco. El asunto de ligar el esófago sobre un tubo no es una cosa que a uno le produzca un ánimo muy alegre, pero evidentemente estamos frente a una situación que nosotros nunca la habíamos visto en el medio. Hasta ahora la habíamos visto siempre como una situación insalvable. Habíamos visto pasar estos enfermos como algo que más vale ni tocar y que cada vez que se toca los resultados son tremendos y entonces pensamos que esta experiencia podía ser realizada y tuvimos deseo de hacerla, pero no teníamos los materiales y entonces conseguimos al Dr. Liard que los hizo. Y pensamos: si ligamos el esófago y no lo protegemos vamos a hacer una funduplicatura y con eso vamos a proteger el esófago. Luego nos enteramos que otros autores ya habían hecho funduplicatura porque habían tenido fístulas cuando habían ligado el esófago sin funduplicatura y lo habían hecho después pero a nosotros se nos ocurrió en ese momento. Y con eso nos fue bien. La prótesis inicial no se desarmaba, luego hicimos la prótesis desarmable y de esa manera fuimos caminando en esto y empezamos a ver los primeros resultados y eso nos alentó y en este momento creemos que estamos en una situación que podemos aconsejar este procedimiento. Podemos decirle a los colegas que tienen en sus manos algo que puede ser realmente útil para salvar enfermos que de otra manera estarían perdidos, y éste es el segundo punto que quiero recalcar. Enfermos que los hemos visto morir y que se seguirán muriendo mientras no se pueda utilizar un procedimiento como éste o algún otro que sustituya a éste pero que esté en el mismo camino.