

TECNICA QUIRURGICA

Ulcus gástrico alto Táctica Quirúrgica

PALABRAS CLAVES: (KEY WORDS, MOTS CLES) MEDLARS: STOMACH | ULCER | SURGERY

Dr. WALTER SUIFFET

... Se analizó la táctica quirúrgica en los U.G.A. en base al conocimiento de su incidencia y su topografía. Su frecuencia es variada, observándose en cifras dispares que van del 0.6 al 20.4% de todas las U.G. Se observa a una edad promedio mayor que las otras localizaciones del U.G. La indicación operatoria es la general de toda U.G. La táctica quirúrgica comprende procedimientos que no resacan y los que resacan la lesión. Se analizan sus ventajas e inconvenientes, inclinándonos por los procedimientos que resacan la lesión, ya sea la gastrectomía subtotal distal en gotiera o la gastrectomía subtotal proximal con piloroplastia y procedimiento antirreflujo complementarios. Los otros métodos deberán ser tenidos en cuenta y recurrir a ellos en circunstancias de excepción.

SUMMARY

HIGH GASTRIC ULCUS. SURGICAL TACTICS.
... High gastric ulcer surgical tactics is analyzed taking into account incidence and location. Frequency varies between 0.6 to 20.4% of all G.U. It appears at an older age than other locations of G.U. The indication for surgical treatment is the same as any G.U. The surgical tactics include resection and non resection procedures. Considering advantages and inconveniences, the author prefers resection procedures i.e. partial distal sleeve gastrectomy or partial proximal gastrectomy with pyloroplasty and an antireflux procedure added. The other methods will serve for exceptional situations.

RESUME

ULCERE GASTRIQUE HAUTE. TACTIQUE CHIRURGICALE.

Ulcere Gastrique haute. Tactique Chirurgicale.
... On analyse la tactique chirurgicale dans l'ulcere gastrique haute sur la base de la connaissance de son incidence et sa topographie. Sa fréquence est variée, et on observe des chiffres qui vont du 0,6 au 20.4% de toutes les U.G. On observe une age bilan plus élevée que les autres localisations du U.G. L'indication opératoire c'est en général celle de toute U.G. La tactique chirurgicale comprend des procédés de résection et de non résection de la lésion. On analyse les avantages et les inconvénients et on s'incline pour les procédés qu'enlèvent la lésion, la gastrectomie subtotale distale en gouttière ou la gastrectomie subtotale proximale avec pyloroplastie et un procédé antirreflux complémentaire. Les autres procédés seront utilisés dans circonstances d'exception.

El tratamiento quirúrgico del Ulcus gástrico alto (U.G.A.) presenta dificultades que pueden llegar a ser de difícil solución. Es necesario analizar una serie de elementos frente a esta localización del Ulcus gástrico (U.G.), para determinar la táctica quirúrgica a seguir. Nos referimos a U.G.A. que asientan en la vertiente de la curva menor, dejando de lado otras localizaciones en la tuberosidad mayor y en la curva mayor.

... La topografía del U.G.A. no es analizada en forma similar por los distintos autores. No se discute su altura en los cardiales, pero no hay unanimidad de criterio en lo que respecta a la parte alta de la curva menor. Se acepta como límite superior de la lesión, distancias que van de dos a siete centímetros del cardias (3, 4, 9, 10, 12, 19, 20, 24, 33, 34, 41, 46, 49, 51, 53, 55, 59, 61, 71, 72, 80, 82, 83, 85), expresan algunos autores como referencia, el tercio superior de la curva menor (9, 10, 49, 71). La distancia entre el cardias y el límite superior de la lesión, debe ser cuidadosamente analizada por el estudio radiológico y fundamentalmente, por la endoscopia. De estos estudios, surgirán conclusiones para la elección de la táctica quirúrgica. Adoptamos como criterio práctico, una distancia de cinco a siete centímetros entre el cardias y la lesión, para catalogarla como U.G.A. Los planteos tácticos quirúrgicos variarán en relación con la topografía lesional, siendo distintos en los U.G.A. cardiales de los que están a mayor distancia, en la curva menor.

La frecuencia del U.G.A. es felizmente discreta, en relación con las otras localizaciones del U.G. Las cifras de la literatura son variables según el criterio de altura que se adopte. Se observan cifras de U.G.A. en relación con las globales de U.G. que van de 0,6 a 20,4% / 0.6%(55) - 2%(10) - 2.9%(49) - 4.5%(32) - 5.2%(4) - 6%(46) - 7%(28) - 7.1%(61) - 8.2%(30) - 8%(24) - 9%(83) - 10.5%(6) - 10.6%(34) - 10%(53) - 14%(71) - 14%(17) - 15.1%(9) - 17.4%(60) - 17.4%(64) - 19%(12) - 20.4%(22)/, datos que se obtienen de cifras muy variables de U.G. pero algunas de ellas son muy significativas: 320 U.G. (28) - 366 U.G. (83) - 741 U.G. (71) - 756 U.G. (12) - 779 U.G. (10) - 969 U.G. (4) - 1099 U.G. (53) - 3006 U.G. (22). Nuestra experiencia personal alcanza a 5 U.G.A. (4.4%) sobre 115 casos de U.G. de práctica hospitalaria y 7 casos de actividad extrahospitalaria.

La U.G.A. se observa en edades promedio mayor a las otras localizaciones del U.G. (41, 80), siendo la edad promedio en nuestras observaciones, 58 años. Las razones de estos hechos (frecuencia; edad promedio) estriban en que la presencia de lesiones de la mucosa gástrica (metaplasia pseudopilórica e intestinal) necesitan mas tiempo para alcanzar la parte alta de la curva menor. La U.G.A. se implanta como todas las U.G., en zona de mucosa pilórica, en la zona transicional entre ésta y la mucosa fúndica o cardial. Estos hechos han sido

consignados en la literatura y han sido comprobados y analizados en otras comunicaciones nuestras (72, 73). Aun cuando pueden llamar la atención, son una realidad comprobada.

La indicación operatoria ha sido analizada en otras comunicaciones (74) surgirá del examen y valoración cuidadosa de cada caso.

La táctica quirúrgica en las U.G.A. esta condicionada fundamentalmente por dos factores: a) diagnóstico y b) topografía lesional.

El diagnóstico es fundamental para abordar la terapeutica. En el momento actual, se está en condiciones favorables para realizarlo. La clínica asociada a la radiología, la endoscopia y las múltiples biopsias endoscópicas, permiten certificar la naturaleza de la lesión, con un 99% de exactitud (71, 74). El riesgo del carcinoma es reconocido en todas las localizaciones del U.G. (74) y en particular en el U.G.A. Su incidencia oscila entre 1 y 7% (4, 17, 22, 25, 39, 50, 66) pero es necesario indicar que estas cifras provienen de estadísticas añosas o a carcinoma reconocido luego de una gastrectomía paliativa (22, 39, 50). La verdadera exactitud de esta posibilidad, deberá ser valorada en series donde se hayan aplicado con corrección, los métodos modernos de estudio. El diagnóstico erróneo es uno de los dilemas que se ciernen sobre la táctica quirúrgica. La importancia y trascendencia del error, es mayor que en otras localizaciones del U.G. Es necesario recordar que se puede realizar una intervención mayor que la necesaria, considerando que se trata de carcinoma (ej: gastrectomía total) o practicar una resección con sección gástrica muy cercana a la lesión, considerando que es un U.G.A. y luego confirmarse el carcinoma. La endoscopia y las biopsias múltiples endoscópicas y las biopsias intraoperatorias si es necesario, pueden evitar estos graves errores.

La táctica quirúrgica no puede ser estandarizada, debiendo analizarse cada caso en particular, recordando que la táctica puede variar radicalmente, con solo un centímetro de diferencia en la distancia de la lesión al cardias. Los distintos procedimientos se pueden agrupar así:

I) Técnicas que no resecan la lesión (U.G.A.)

- 1) Píloroplastia
- 2) Gastroenterostomía (G.E.)
- 3) Gastrectomía distal (Gastrectomía paliativa).
- 4) Biopsia operatoria-Vagotomía-Píloroplastia.
- 5) Biopsia operatoria-Vagotomía-Gastrectomía distal.

II) Técnicas que resecan la lesión (U.G.A.)

- 1) Ulcerectomía asilada o con Píloroplastia o G.E.
- 2) Ulcerectomía-Vagotomía-Píloroplastia o G.E.
- 3) Ulcerectomía-Gastrectomía distal con o sin vagotomía troncal.
- 4) Gastrectomía subtotal distal en gotiera o escalera.

5) Gastrectomía subtotal proximal-Via torácica o abdominal.

6) Gastrectomía subtotal proximal-Vagotomía alta-Píloroplastia.

7) Gastrectomía total.

Técnicas que no resecan la lesión.

La píloroplastia o la G.E., como única intervención, no parecen tener indicación racional en el tratamiento del U.G.A. (41, 78) como no lo tienen tampoco en las otras localizaciones del U.G.

La gastrectomía distal al U.G.A. sin su resección (Gastrectomía paliativa), ha sido motivo de interesantes experiencias. Surgió en época de dificultades técnicas, lo que llevó a Kelling (36, 37) Madlener (42, 43, 44) Floerken (23) Smoler (70) y otros autores, a realizar una intervención poco riesgosa, con resultados alentadores. Lo fundamental era hacer desaparecer el obstáculo pilórico, resecan la zona pilórica en una extensión de 5 cm. restableciendo la continuidad con una gastroduodenotomía (36, 37, 42, 43, 44, 70). Luego la intervención se extendió a una gastrectomía distal sin resección del U.G.A. y anastomosis gastroyeyunal (23). La literatura muestra abundante experiencia con la "gastrectomía paliativa" (1, 9, 13, 19, 22, 23, 27, 47, 49, 50, 52, 58, 68, 69, 70, 79, 81, 87).

Los riesgos del carcinoma desconocido, que evoluciona luego de la "resección paliativa", es posible y fue el escollo principal de esta táctica. La frecuencia de 2.5%(22), 1.8%(39) y 5.7%(50) son cifras de importancia, pero surgen de estadísticas elaboradas hace varias décadas. Esta intervención tiene además, el riesgo de la evolución de la lesión, aunque se obtuvieron por lo general buenos resultados. La mortalidad operatoria baja: 44%(50)/5%(22) explica su utilización. Si bien la

gastrectomía paliativa puede ser tenida en cuenta en algunas circunstancias (edad, riesgo alto), es necesario un estudio exhaustivo y analizar la indicación correcta.

La gastrectomía distal ha sido complementada con biopsia operatoria y vagotomía troncal (Zollinger 86). Estos agregados técnicos, pretenden descartar la posibilidad del carcinoma y provocar la anacidéz interdigestiva, para favorecer la curación de la lesión.

Una intervención más conservadora ha sido propuesta por Farris y Smith (19): vagotomía troncal; píloroplastia y biopsia operatoria de la lesión realizada por gastrotomía. Esta intervención le ha dado excelentes resultados a sus autores, pero su indicación es de gran discusión. Estas intervenciones conservadoras, no han tenido gran aceptación. Ya hemos analizado este punto (75) y mostrado que sus resultados son variables.

II) Técnicas que resecan la lesión

Los métodos reseccionistas enfrentan como elemento de riesgo, la cercanía de la lesión al cardias y al borde lateral derecho del esófago. Esto hace peligrosa la zona de sutura, cualquiera sea la técnica reseccionista que se emplee.

La ulcerectomía aislada no es una indicación formal, pues no soluciona el problema de fondo. Podrá utilizarse en casos seleccionados, frente a una situación de emergencia en pacientes de riesgo.

La ulcerectomía se ha realizado asociada a otros tiempos quirúrgicos. Se le han agregado piloroplastia o G.E. (4), pero el mayor aporte fue realizado por Farris y Smith (19) que le agregaron a la ulcerectomía, la vagotomía troncal y piloroplastia, aún cuando sus autores expresan que esta táctica tiene indicaciones limitadas.

La ulcerectomía se ha realizado también acompañada de gastrectomía distal al ulcus, siendo importantísimo el aporte de Chen Zhaoying (12) que ha realizado este tipo de intervención en 142 casos de U.G.A. con excelentes resultados en 90% de los casos seguidos de 1 a 9 años. La ulcerectomía y gastrectomía distal al ulcus, acompañada de vagotomía troncal, se ha utilizado (86) aunque la experiencia es más limitada.

La ulcerectomía es una intervención de técnica dificultosa en la topografía lesional del U.G.A., pudiendo a su vez, provocar estenosis en la zona subcardial en las lesiones muy altas. La experiencia más importante es la de Chen Zhaoying con resultados excelentes en tan compleja intervención. La vagotomía troncal no parece ser una intervención justificada en la terapéutica del U.G.

La gastrectomía subtotal distal, comprendiendo en la resección la extirpación de la lesión, es la mejor intervención para tratar el U.G. (75) y este concepto debe aplicarse en el tratamiento del U.G.A. (3, 4, 11, 16, 20, 24, 27, 28, 29, 41, 45, 51, 57, 59, 64, 68, 80).

Esta táctica tiene exigencia y limitaciones que analizaremos. La técnica aconsejada es la preconizada por Pauchet (57) y conocida como gastrectomía en "goutiere" (canal-gotiera-goteron). Es una modificación de la técnica de Schoemaker (67). Permite ir bien alto en el curva menor, seccionando el estómago entre el cardias y la lesión. La resección comprende a pesar de su altura, el 40% del estómago, pues si bien debe extirpar la casi totalidad de la curva menor, debe conservar más de la mitad de la curva mayor y de las caras del cuerpo gástrico. Esta táctica es mandatoria, pues así se conserva la irrigación del remanente gástrico, a expensas del arco de las arterias de la curva mayor. Si la resección sigue una línea horizontal en el cuerpo gástrico, compromete la irrigación gástrica y la necrosis del remanente gástrico es una complicación conocida (16, 22, 35, 64) con sus gravísimas consecuencias. La gastrectomía distal no se puede realizar en todos los casos de U.G.A., pues ello depende de su topografía. En los U.G.A. que estén a menos de 4 cms. del cardias, las dificultades son muy grandes. El

cierre gástrico se hace muy dificultoso y riesgoso de dehiscencia, pudiendo producir además estenosis, como nos fue dado en observar en un caso. Por esa razón, es fundamental determinar la correcta topografía lesional en el preoperatorio y en la exploración operatoria, antes de resolver la situación. La sección gástrica y la exploración intragástrica, es una maniobra fundamental (14, 16, 41, 45, 57) para reconocer la lesión y su topografía, determinando así las posibilidades de la resección.

Hay una serie de recursos técnicos que permiten el mejor manejo lesional. Ya nos hemos referido a la exploración intragástrica. La maniobra de rotación de la curva menor (Tanner 78) es importante para determinar la topografía y resecar, conservando pared gástrica en forma conveniente para el cierre ulterior. La vagotomía puede favorecer el descenso del esófago (3) y un mejor manejo regional. La sutura alta en zonas cercanas al cardias, ha sido la razón de fallas de suturas con graves consecuencias. Se han aconsejado diversas maniobras técnicas de protección de la zona riesgosa del cierre gástrico. Finsterer (21) ha aconsejado cubrir la zona alta de sutura con el fundus y la parte alta del cuerpo gástrico, envolviéndolos alrededor de la sutura gástrica. Tanner (78) eleva el asa yeyunal anatómica y la fija todo a lo largo de la sutura gástrica. Zavaleta (85) Csendes (11) han aconsejado la realización de la anastomosis en Y de Roux evitando así el cierre alto de la sección gástrica.

La gastrectomía distal subtotal se realiza habitualmente por vía abdominal, aun cuando puede realizarse por vía torácica o toracoabdominal (51, 64, 76, 77, 80) especialmente en situaciones que analizaremos más adelante.

En síntesis, consideramos que la gastrectomía subtotal distal en escalera o gotiera, es la intervención ideal en el U.G.A. situado hasta los cuatro centímetros del cardias. Tiene, desde luego, un riesgo mayor que la técnica corriente para el U.G. de otras localizaciones, pero es una ideal solución para esta topografía del U.G.A.

La gastrectomía subtotal proximal tiene su indicación formal en los casos de U.G.A. cardiales o yuxta cardiales, situados hasta tres centímetros del cardias, en razón de las dificultades del cierre gástrico de la gastrectomía subtotal distal. Esta intervención puede realizarse por vía abdominal pura (31, 32), aun cuando lo ideal es la vía torácica que fue preconizada por Sweet (76). La gastrectomía subtotal proximal o polar superior, fue estudiada experimentalmente por Kiriluk (38) y ha sido utilizada por diversos autores con excelentes resultados (2, 4, 51, 62, 64, 80, 83).

La vía torácica o toracoabdominal (64) permite una amplia exploración lesional para determinar la táctica a seguir, optando por la gastrectomía distal o proximal, según las circunstancias. La gastrectomía subtotal proximal, obliga a restablecer el tránsito por esófago-yeyunostomía, mas la piloroplastia o dilatación pilórica. El riesgo de esta intervención, es la esofagitis por reflujo, que tuvimos oportunidad de observar. Puede evitarse este riesgo, utilizando un procedimiento antireflujo al realizar la anastomosis.

Holle (32) ha preconizado la gastrectomía subtotal proximal por vía abdominal, acompañada de vagotomía alta o supraselectiva y piloroplastia. Es una intervención compleja que pretende tratar la lesión, conservando la función antral. Su experiencia es muy limitada.

La gastrectomía total no parece estar en principio, indicada para tratar una afección benigna (pero en ciertas circunstancias puede estar indicada. (4, 48, 64, 68, 80). La casi totalidad de las gastrectomías totales han sido realizadas debido a un error diagnóstico, cuando no se ha podido descartar el carcinoma. Este hecho, que nos ha sucedido en un caso, será de menor incidencia en el futuro con los métodos modernos de diagnóstico.

El problema es distinto en las U.G. gigantes que llegan hasta cerca del cardias y ocupan gran parte de la curva menor y un sector de las caras. Además de las dificultades para descartar el carcinoma, es necesario considerar que el remanente gástrico luego de la resección, puede no ser adecuado en tamaño e irrigación, como para utilizarlo en el restablecimiento de la continuidad esófago-gástrica o gastroyeyunal, según la resección efectuada. De manera que en ciertas circunstancias excepcionales que es necesario considerar, puede plantearse la necesidad de la gastrectomía total en el U.G.A. En realidad esta situación corresponde a U.G.A. por su extensión superior, pero corresponden en realidad a U.G. gigantes. La indicación de esta intervención, disminuye con los nuevos métodos de diagnóstico y tratamiento médico del U.G. y también, desde luego, con la experiencia del cirujano.

Otra situación vivida es la que corresponde a U.G.A. de mas de tres o cuatro centímetros de diámetro, penetrados en páncreas, con infiltración marcada perilesional, que llevan al diagnóstico de carcinoma evadido, en los cuales la indicación de resección no se plantea. La evolución del caso rectifica el diagnóstico; el tratamiento médico mejora la lesión, que en una nueva tentativa, puede ser resecada correctamente. En dos observaciones de nuestra casuística, se presentó esta situación, en pacientes intervenidos en otro centro, dos y tres años antes.

Del análisis de los distintos métodos quirúrgicos que pueden ser aplicados para tratar el U.G.A., surgen una serie de posibilidades tácticas que han sido utilizadas en las distintas circunstancias.

La indicación de ellas depende fundamentalmente de la topografía lesional, siendo un factor fundamental en la elección del método, la distancia que media entre la lesión y el cardias.

La gastrectomía subtotal distal en gotiera Donahue (14); Lewis (41); Pauchet (57); Maingot (45), tiene su indicación formal en las lesiones que asientan hasta tres o cuatro centímetros del cardias. Este procedimiento cumple con los postulados generales de la cirugía del U.G., siendo la técnica de Pauchet la que permite una conservación adecuada de estómago y evita los riesgos de la isquemia del remanente gástrico. Puede realizarse sin dificultades por vía abdominal.

Las lesiones más altas, por encima de tres o cuatro centímetros, obligan a otros planteos, dado

que la resección la lesión invade la zona cardial, con las dificultades ya mencionadas. La gastrectomía subtotal proximal, puede ser la intervención de necesidad, luego de un estudio cuidadoso preoperatorio y de la exploración quirúrgica. La vía más adecuada es la torácica, pues permite un manejo cómodo lesional. Luego de la exploración operatoria, podrá optarse por la resección distal o proximal. Esta última exige un procedimiento antirreflujo, para evitar el riesgo frecuente de la esofagitis por reflujo.

Estos planteos exponen un punto de vista personal sobre el problema, sobre la base de doce observaciones personales (gastrectomía distal: 10; gastrectomía proximal: 1; y gastrectomía total: 1). Será necesario tener presente los otros métodos de acción quirúrgica, pues su indicación podrá surgir luego del estudio clínico y de la exploración operatoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ABELENDA E., ABENTE C.F. y ABRANEL R., Los procedimientos de Finsterer y Madlener en el tratamiento de la úlcera gastroduodenal. Prensa Med. Argent., 40: 2832, 1953.
2. ADDEO R. y GANDOLFO G., La resezione gastrica polare superior nelle ulcera juxtacardiali. Minerva Chir., 35: 73, 1980.
3. BARRANTES N.E., Ulceras altas de estómago. Su tratamiento quirúrgico. Bol.Trab.Soc.Argent.Cir., 42: 351, 1981.
4. BRAASCH J.W., CAIN J.C. and PRIESTLEY J.T., Yuxta esophagealgastriculcer. Surg. Gynecol.Ostet., 101: 280, 1955..
5. BURGE H.W., GILL A.M. and LEWIS R.H., The pyloric channel syndrome and gastric ulceration. Lancet, 1: 73, 1963.
6. BURGEL J., LISCHINSKY A. y LANTERNA W., Tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica. Congreso Uruguayo de Cirugía, 20º, 1: 173, 1969.
7. CANIPAROLI A., SAENZ P. y REZZONICO R., Ulceras gástricas altas. Jorn.Soc.Argent.Cir., 31: 191, 1973.
8. CARPANELLI J.B., LAZCANO H. y TECLES E.A., Criterio en el tratamiento quirúrgico de las úlceras altas del estómago. Jorn.Soc.Argent.Cir., 31: 190, 1973.
9. COLP R. and DRUKERMAN L.J., Palliative gastrectomy in selected cases of gastric ulcer. Ann Surg., 124: 675, 1946.
10. COMFORT M.W., PRIESTLEY J.T. y DOCKERTY M.B., The small benign and malignant gastric lesion. Surg.Gynecol Obstet, 105: 435, 1957.
11. CSENDES A., LAZO M. and BREGHETTO I., A surgical technic for high (cardial or yuxtacardias) benign chronic gastric ulcer. Am J. Surg., 135: 857, 1978.
12. CHEN ZHAONYING, LIN WEINHAND and CHEN QUN-YING, Management of highlying gastric ulcer. Chin. Med.J., 93: 293, 1980.
13. DELOYERS L., L'antrectomie simple, intervention curatrice de la maladie ulcereuse a localization gastrique haute. Lyon Chir. 45: 265, 1950.
14. DONAHUE D.E. and NYHUS L.M., Surgical excision of gastric ulcers near the gastroesophageal junction. Surg. Gynecol. Obstet, 155: 85, 1982.
15. DURAN M.O., CERVINI O.E. y D'ANGELO N.A., Ulceras altas de estómago. Bol.Trab.Soc.Argent.Cir. 37: 219, 1976.
16. DUVAL J., La gastrectomie dans les ulceres tres hautes sites de l'estomac. Presse Med., 61: 389, 1953.
17. EDELMANG., BOUTELIER P.H. et CHAMPAULT G., Les ulceres du pole superieur de l'estomac; problemes chirurgicales. Lyon Chir. 70: 229, 1974.
18. ESTRUGO R.L., Necrosis isquémica del muñón gástrico. Cir.Uruguay, 49: 254, 1979.
19. FARRIS J.M. and SMITH G.K., Some others operations for gastric ulcer. Surg.Clin. North Am., 64: 329, 1966.

20. FINOCHIETTO R. y ZABALETA D., Ulceras altas del estómago. *Rev. Med. Lat. Amer.* 22: 3, 1937.
21. FINSTERER H., Zur Technik der Magenresektion. *Deuts. Zeitsch. Chir.* 128: 514, 1914.
22. FINSTERER H., Zur chirurgischen Behandlung des cardianahen Ulcus venticuli. *J. Intern. Chir.*, 9: 1, 1949.
23. FLOERKEN H., Wesen und Wirkung der "Palliative magenresektion" beim nicht rezidierbaren Ulcus venticuli und duodenum. *M. M. W.*, 75: 1955, 1928.
24. FONTANA J.J., Tratamiento de la úlcera gástrica. *Bol. Trab. Soc. Argent. Cir.* 36: 477, 1975.
25. GEBHARDT C., MOSCHINSKY D. und USMIANI J., Die Behandlung des kardanahen Ulcus venticuli. *Langenbeck Arch. Chir.*, 343: 313, 1977.
26. GIL MARIÑO J.A., Úlcera crónica juxtacardial. Gastrectomía proximal o invertida. *Bol. Trab. Soc. Argent. Cir.*, 17: 944, 1956.
27. GILCHRIST R.K., Surgical treatment of high lying gastric ulcer. *JAMA*, 162: 1039, 1956.
28. GREVILLUIS A., The surgical treatment of high lying gastric ulcer. *Acta Chir. Scand.*, 115: 285, 1951.
29. HINTON J.W. and LOCALIO S.A., Surgical management of gastric ulcer high on lesser curve. *Arch. Surg.*, 60: 267, 1950.
30. HOFFMAN, *Arch. Ehr.* 194: 503, 1939. Citado por Finsterer (22).
31. HOLLE F. and HEINRICH G., Subdiaphragmatic fundectomy in gastric surgery. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 101: 385, 1955.
32. HOLLE F., Form und Funktionsgerechte chirurgie des gastroduodenal ulcus. *Ergebn. Chir. Orthop.*, 54: 1, 1970.
33. INTERGUGLIELMO R., Úlcera gástrica alta. *Jornadas Soc. Argent. Cir.*, 31: 14, 1973.
34. IVY A.C., GROSSMAN M.I. and BACHARACH W.W., *Peptic Ulcer*. New York, Blakestone, Co 1950.
35. JACKSON P.P., Ischemic necrosis of the proximal gastric remnant following subtotal gastrectomy. *Ann Surg.*, 150: 1071, 1951.
36. KELLING G., Ueber die Operative Behandlung des chronischen Ulcus venticuli. *Arch. Klin. Chir.*, 109: 775, 1918.
37. KELLING G., Zur Pylorusresektion bei pylorusfernem Magengeschwuer. *Zentralbl. Chir.* 51: 172, 1924.
38. KIRILUK L.B. and MERENDINO K.A., An experimental evaluation in the dog of esophago-gastrectomy for the high lying gastric ulcer. *Ann Surg.*, 134: 918, 1951.
39. KULE W., Zur frage der Resektion Kardianahen Magengeschwuer. *Zentralbl. Chir.* 75: 611, 1950.
40. LEGER L. et KANOVI F., La gastrectomie fundique. Une orientation possible du traitement chirurgicale de la maladie ulcereuse. *Presse Med.* 61: 964, 1952.
41. LEWIS A. and QVIST G., Operative treatment of high gastric ulcer, with special reference to Pauchet's method. *Br. J. Surg.*, 59: 1, 1972.
42. MADLENER M., Beber Pylorotomie bei pylorusfernem magengeschwuer. *Zentralbl. Chir.*, 50: 1313, 1923.
43. MADLENER M., Die palliative resektion beider pylorusfernem magengeschwuer. *Zentralbl. Chir.*, 56: 2694, 1929.
44. MADLENER M., Erfahrungen mit der "palliative resektion" beim kardanahen magengeschwuer. *Zentralbl. Chir.*, 66: 360, 1939.
45. MAINGOT R., The management of abdominal operations. New York, Macmillan, 1953. p. 547.
46. MARANO E., SALAS J.A., CERNICH C., CIMINO C., SANGUINETTI F., Úlcera gástrica. Nuestra experiencia en 215 casos operados. *Rev. Argent. Cir.*, 25: 15, 1975.
47. MARINO H., Úlcera de estómago. Operación de Madlener. *Arch. Enf. Ap. Dig. Nutr.*, 12: 42, 1936-37.
48. MASTER H., Total gastrectomy for benign gastric ulcer. *Am. J. Surg.*, 77: 253, 1949.
49. MAUR M., CAFFARELLO J. y OIRIA A., Tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica juxtacardial. *Prensa Med. Argent.*, 57: 190, 1970.
50. MAURER H., Die Operation nach Madlener und ihre Ergebnisse. *Brun. Beitr.*, *Klin. Chir.*, 182: 266, 1951.
51. MIKKELSEN O. and WANDAL H.H., The gastric ulcer high in the less curvature. *Acta Chir. Scand.*, 105: 430, 1953.
52. MIQUEO M., Operación de Madlener (gastrectomía paliativa) en cirugía gástrica. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 22: 601, 1951.
53. MOUTIER F., CORNET A. et COURI P., Les ulcères gastriques de la region subcardial. *Arch. Mal. App. Digest.*, 46: 1237, 1957.
54. NYHUS L.M., Gastric ulcer. En HARKINS H.N. and NYHUS L.M. *Surgery of the stomach and duodenum*. Boston, Little-Brown, 1952.
55. OI M., OSHIDA K. and SUGIMURAS S., The location of gastric ulcer. *Gastroenterology*, 36: 45, 1959.
56. PASINO M., BALDERMAN M., REYMUDEZ J. y PARDO M., Úlcera gástrica alta. *Jornadas Soc. Argent. Cir.*, 31: 192, 1973.
57. PAUCHET V., La pratique chirurgicale illustrée. Paris. *Doin* 5: 92, 1926/7: 131, 1927/14: 99, 1929.
58. PEYCELON M.R., A propos de la gastrectomie sous ulceuse dans les ulcères hautes situées de l'estomac. *Arch. Mal. App. Digest.*, 40: 1240, 1951.
59. PICOLDO A.M., Gastrectomía en escalera. *Bol. Trab. Soc. Argent. Cir.* 23: 190, 1962.
60. PLENK. *Wien. Med. Wochenschr.*, Citado por Finsterer (22).
61. PORTIS S.A. and JAFFE R.H., Study fo peptic ulcer based on necropsy record. *JAMA*, 110: 6, 1938.
62. PUESTOW CH. and CROSS J.H., Transthoracic approach for high gastric lesions. *Surg. Clin. North Am.*, 31: 259, 1951.
63. RAMONDA R., PIEGARI V., BOTTA J.B. y DAVILA S., Tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica alta. *Jorn. Soc. Argent. Cir.*, 31: 191, 1973.
64. RAPANT V., Resection of the cardias, total and subtotal gastrectomy by abdominal abdomino-thoracic approach in the treatment of high situated gastric ulcer. *J. Int. Chir.*, 10: 123, 1950.
65. REY A.M., Estado actual del tratamiento de la úlcera gastroduodenal. *Congr. Argent. Cir.*, 34: 255, 1963.
66. RIEDER W., Chirurgische Behandlung des cardianahen Ulcus venticuli. *Arch. Klin. Cir.*, 196, 640, 1939.
67. SCHOEMAKER J., Ueber die Technik ausgedehnter Magenresektion. *Arch. Klin. Cir.* 94: 541, 1911/121: 268, 1922.
68. SCHUBERT O., On the value of total gastrectomy in certain cases of peptic ulcer. *Acta Chir. Scand.*, 100: 434, 1950.
69. SIGMUND M., Die daurerfolge palliativen Magenresektion bei Ulcusleiden. *Wien. Klin. Wochenschr.*, 62: 195, 1950.
70. SMOLER F., Ueber daier Folge nach Madlener Pylorotomie. *Med. Klin.*, 30: 1027, 1934.
71. SOJO E., ESTAPE G., FALCONI L. y SUIFFET W., Diagnostico endoscópico de la úlcera gástrica. *Cir. Uruguay*, 48: 360, 1978.
72. SUIFFET W., SOJO E. e IRAOLA M., Localización de la úlcera gástrica. *Cir. Uruguay*, 47: 202, 1977.
73. SUIFFET W., SOJO E. e IRAOLA M., Alteraciones de la mucosa gástrica en la úlcera del estómago. *Cir. Uruguay*, 47: 208, 1977.
74. SUIFFET W. y SOJO E., Indicaciones del tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica. *Cir. Uruguay*, 48: 20, 1978.
75. SUIFFET W., Evolución de la cirugía del ulcus gástrico. *Cir. Uruguay*. 52: 344, 1982.
76. SWEET R., *Discusion en Colp.*, R. (9).
77. SWEET R., *Thoracic Surgery*. Phila-London, Saunders, 1951.
78. TANNER N.C., The surgical treatment of peptic ulcer. *Br. J. Surg.*, 51: 5, 1954.
79. WALKER R.M., The surgical management of high gastric ulcer. *Br. Med.*, 2: 967, 1936.
80. WALLESTEIN S., Surgical Treatment of gastric ulcer in the vicinity of the cardias. *Acta Chir. Scand.*, 115: 263, 1958.
81. WELLIS C.A., High gastric ulcer, a suggested operation. *Br. Med. J.*, 1: 778, 1933.
82. WELLS CH. and KYLE J., Peptic ulceration. *Edinburg-London, Livingstone*, 1960.
83. WELCH C.E. and BURKE J.F., An appraisal of the treatment of gastric ulcer. *Surgery*, 44: 943, 1958.
84. WINKLER R., Zur operativen Behandlung des cardianahen Ulcus venticuli. *Zentralbl. Chir.*, 72: 3, 1947.
85. ZAVALETA D.E., GUGLIOTELLA H.G. y ALBERTI G., Úlcera gástrica juxtacardial. *Prensa Med. Argent.*, 52: 941, 1965.

86. ZOLLINGER R.M., WATMAN R.N. and DENKEWALTER R.F., Should all gastric ulcer be treated surgically? *Gastroenterology*, 35: 521, 1958.

87. ZUKSCHWERDT L. und HORSTMANN H., Die operative Behandlung nicht oder schwer resezierbaren peptischen Geschwures *Ergeb. Chir. Orthop.* 29: 440, 1936.

COMENTARIOS

Dr. L. Praderi

El trabajo que presentó el Dr. Suiffet como siempre tiene una documentación y una solidez bibliográfica que evidentemente nos desborda porque ha hecho una recopilación exhaustiva del tema.

Hemos encontrado un trabajo magnífico que viene a completar lo que ya había presentado sobre ulcus gástrico en oportunidades anteriores. Esta técnica es la que hacemos la mayoría de los cirujanos en nuestro medio; nos formamos haciendo la gastrectomía según la técnica de Carnes o sea el método cerrado y logramos hacerla en forma tan sistemática como nos había enseñado el Dr. Aldao, tan precisa y tan segura que evidentemente hizo escuela durante muchos años. Pero tuve que cambiarla y optar por la gastrectomía a cielo abierto porque tuve dos sangrados de la tranche gástrica y reoperar.

Actualmente empleamos la técnica a cielo abierto. La aplico a las úlceras gástricas en general y también a las altas.

Así que la primera precisión que deseo hacer es que la técnica a cielo abierto cuando la úlcera es alta, da una tranquilidad absoluta porque si es un poco más alta o más baja la úlcera, en general cuando se hace el desbridamiento de la pequeña curva; cuando se expone la coronaria estomática y se cortan algunos fascículos musculares de la pared gástrica, nos permite descender unos preciosos centímetros para evitar la estenosis cardial.

Creo que unificar el criterio técnico es de mucho valor porque le da a uno más confianza. Practico esta técnica de preferencia porque si ese 2% que a veces es un 5% o más en que la biopsia me deja la duda de que puede ser un neoplasma, se puede hacer una operación relativamente oncológica como para quedar satisfecho.

Tiene la virtud de dar la seguridad de evitar la falla de sutura, permite trabajar viendo la sección del estómago; comprobando si hay o no infiltración; e inclusive corregir el corte para llevarlo más alto.

El otro aspecto que quería señalar es que el Dr. Suiffet habló de la úlcera gástrica alta, pero no habló de la úlcera de cardias que es otra entidad distinta. La úlcera de cardias tiene otra génesis, otra fisiopatología y en general está acompañada de una periesofagitis cardial que obliga en esos casos a hacer un abordaje por vía torácica como él lo señaló; una tóraco-frenotomía.

Dr. Suiffet (cierra la discusión).

Muy agradecido por los comentarios de los distinguidos consocios. A mi querido amigo, Dr. Marella, debo decirle que la cita del Dr. De Miguel junto al esquema de su operación, fue mostrada cuando presentamos el trabajo "Evolución de la cirugía del Ulcus gástrico" el año pasado y que seguramente aparecerá en próximo número. De Miguel ha abandonado la vagotomía en la Úlcera gástrica. Realiza ahora una gastrectomía pequeña reseca el piloro y la totalidad de la curva menor. Hemos mostrado esta técnica en la comunicación anterior.

El Ulcus gástrico sigue siendo un problema con aspectos oscuros. Nosotros también hemos operado casos con Ulcus gástrico curados por gastroenterostomía. En un caso se diagnóstico neoplasma gástrico de curva menor, penetrado en el páncreas, con adepatias palpables. Se practicó una gastroyeyunostomía paliativa de su síndrome obstructivo pilórico y la lesión desapareció totalmente a pesar de tener 6 cms. de diámetro. El control se ha mantenido hasta 10 años después de la operación. Hemos operado dos casos similares, en los cuales se abandonó la idea de reseca dado el tamaño y la penetración de la lesión. Operados por colegas de reconocida competencia, fueron operados años después por nosotros y se comprobó que la lesión había regresado notoriamente y pudieron ser gastrectomizados sin dificultad. Cuando nos hicimos cargo de la Clínica, operamos un paciente gravísimo, con hemorragia digestiva y se comprobó una lesión ulcerada, penetrada que iba de cardias a piloro. Se consideró neoplasma inextirpable. El paciente falleció y en la necropsia se comprobó una lesión que había destruido toda la curva menor, estando cerrado el estómago por la penetración pancreática. La histología mostró que se trataba de un Ulcus gástrico gigante.

Lo que dice el Dr. Delgado es exacto. Eso sucede porque por lo general son úlceras penetradas, evolucionadas, que acortan la curva menor. Una vez que se liga la coronaria y se moviliza la parte alta de la curva menor, se puede descender y trabajar sin dificultades.

La maniobra técnica que mencionó el Dr. Praderi, no la comentamos por razones de tiempo. La técnica de Kirschner es muy interesante. Con una aguja larga se marca el punto en donde se va a hacer el ángulo de la resección. Se ata y se cierra el estómago por arriba de él, realizándose la anastomosis con el sector inferior.

El Ulcus alto crea problemas interesantes; hay muchos aspectos técnicos a manejar y nos satisface haber promovido un intercambio de ideas tan interesante. Muchas gracias.