

LA ABERTURA VISCERAL PREVIA EN CIRUGIA GASTRODUODENAL

Prof. Dr. Abel Chifflet

La abertura gástrica o duodenal no es chocante y la pérdida sanguínea que provoca es mínima si se realiza técnicamente bien. Los dos inconvenientes a considerar son: la infección y las dificultades y molestias técnicas.

La infección de origen visceral ha sido motivo de numerosos estudios que no analizaremos. Las conclusiones a sacar son:

El gastroduodeno de una persona normal es aséptico en ayunas. Los microbios ingeridos con los alimentos no sobreviven a la acción del jugo gástrico.

En el úlcus, la cavidad visceral es también aséptica. En el úlcus en actividad hay infección de las estructuras interesadas (pared visceral, adherencias, vísceras invadidas). En el curso de las perforaciones en peritoneo libre, el derrame es en sus comienzos aséptico y a favor de una hipoclorhidria refleja se contamina a expensas de la pared visceral o de ingestiones.

En el neoplasma gástrico la infección parietal es mayor. El contenido gástrico es séptico a punto de partida de la ulceración neoplásica y de los alimentos, no esterilizados por un jugo gástrico hipoclorhídrico.

La experiencia clínica confirma al Laboratorio sobre los riesgos de infección en las operaciones por neoplasma, que no se presentan en operaciones por otros procesos. En estos casos la infección post-operatoria no responde a una contaminación durante el acto quirúrgico sino a defecto de las suturas. Insistimos en este concepto porque un temor injustificado al contacto con la mucosa gastroduodenal es a veces la causa de una sutura defectuosa y la ulterior infección peritoneal.

Los posibles riesgos de infección por abertura visceral pueden, en fin, ser prácticamente suprimidos operando en víscera vacía; tener en funcionamiento continuo a los aspiradores; colocando compresas húmedas suaves en forma correcta; evitando manipulaciones innecesarias en la luz visceral.

El otro inconveniente de la abertura visceral es de orden

técnico. Es indudable que entre una gastrectomía bien reglada, con los tiempos operatorios regulares y detalles de técnica precisos y una gastrectomía atípica, en que la mucosa aparece desagradablemente ampliamente expuesta, todo cirujano prefiere lo primero. No olvidemos sin embargo que cuando no se opera por el libro o los apuntes, sino con conocimiento razonado de cada uno de los tiempos operatorios y de cada maniobra realizable y con conocimiento de todos los recursos posibles, el cirujano puede en cualquier momento, ante cualquier circunstancia, ordenar y metodizar una operación en desarrollo.

La cirugía gastroduodenal presenta a veces dificultades que pueden tener consecuencias más graves que la abertura visceral y que esta maniobra evitaría. Del balance criterioso, en cada caso, de beneficios e inconvenientes, surgen las indicaciones de operación en víscera abierta para la exploración, la exéresis o la restauración digestiva.

I. Divertículo del estómago.

Con diagnóstico radiológico de divertículo del estómago, el cirujano debe encontrarlo y además descartar la existencia de lesiones asociadas, antes de proceder a su tratamiento.

El reconocimiento de un divertículo no es tarea fácil. Así lo prueban las publicaciones al respecto, lo que hemos visto en otros cirujanos y nuestra propia experiencia. En el estómago la localización más frecuente es la subcardial (fig. 1). Se trata de divertículos mucosos salidos por el triángulo de cruzamiento muscular (fig. 2) y que se alojan en el retroperitoneo por arriba de la hoz de la coronaria (fig. 3). Su búsqueda exige el desprendimiento gástrico por la tuberosidad mayor (gastro esplénico y gastro frénico) (fig. 4). En el curso de las maniobras el divertículo se reduce con frecuencia y entonces su reconocimiento es muy difícil.

En caso de encontrarlo, el diagnóstico de una ulceración o neoplasma asociado es imposible por exploración externa y es incorrecto iniciar la exéresis del divertículo antes de estos diagnósticos.

La abertura del estómago por vía anterior siguiendo su gran

eje permite encontrar el divertículo debajo del cardias y estudiar la mucosa vecina para decidir la operación a practicar.

Múltiples operaciones se han propuesto para el tratamiento de los divertículos: simple hundimiento hacia la luz visceral y sutura transformándolo en pólipo mucoso; resección y sutura por vía externa plegado, etc. Preferimos la resección por vía endogástrica porque permite sacar lo necesario de tejidos y hacer la restauración en forma correcta.

II. Reconocimiento del ulcus

El reconocimiento de un ulcus gástrico puede no ser fácil con el estómago cerrado. Si hay diagnóstico clínico y radiológico categórico, puede hacerse la gastrectomía corriendo el riesgo de una operación innecesaria. Si tal diagnóstico no era categórico, puede dejarse un estómago que debió sacarse.

En el caso de hematemesis que se interviene sin antecedentes claros y sin pruebas recientes de ulcus, la exploración exterior puede ser negativa. A falta de otra causa evidente de hemorragia el cirujano puede: 1º) abandonar la partida; 2º) hacer ligaduras vasculares, cuyo resultado pobre puede responder entre otras cosas a no haber tocado la arteria 3 que sangraba; 3º) hacer una gastrectomía y no encontrar en la pieza lesión responsable.

La hemorragia por gastritis antrales es un diagnóstico que satisface a veces después de una gastrectomía por hematemesis. En un enfermo, la abertura gástrica nos mostró el rocío hemorrágico del antro, pero la exploración endocavitaria nos reveló un ulcus alto de cara posterior respondiendo a porción extraperitoneal del estómago, en cuyo fondo sangraba abundantemente un vaso. Desde ese día no aceptamos el diagnóstico de gastritis hemorrágica hasta no haber demostrado que no es el cortejo de un ulcus sangrante.

La existencia de úlceras dobles no es excepcional. Si en la gastrectomía se desconoce un ulcus duodenal, no tiene importancia el hecho, se reseque o no la lesión. Pero si el ulcus desco-

nocido es gástrico, la gastrectomía por debajo deja un proceso de posible malignización después de la operación. Cierta preocupación en buscar los ulcus altos nos ha permitido reconocerlos en asociación con ulcus duodenales o gástricos.

El ulcus doble adquiere una enorme importancia en la operación por hematemesis. Un enfermo nuestro tenía una estenosis pilórica cerrada y sangraba al mismo tiempo por un ulcus gástrico y uno duodenal. Otro enfermo tenía un ulcus del antro y otro subcardial y ambos sangraban en abundancia. El desconocimiento de un proceso, atacando al otro en víscera cerrada, pudo significar la muerte a cualquiera de ellos.

Sostenemos la necesidad de abrir el estómago para explorar por su cavidad:

1º) En los casos en que no se reconoce lesión y que había diagnóstico pre-operatorio categórico.

2º) Ante la sospecha clínica, radiológica u operatoria de más de un ulcus.

3º) En las hematemesis:

a) cuando no se reconoce lesión exterior;

b) cuando se ha hecho diagnóstico de gastritis hemorrágica;

c) cuando existe sospecha de más de una lesión gastroduodenal.

III. Reconocimiento de un neoplasma gástrico

La creciente posibilidad de reconocer radiológicamente lesiones neoplásicas pequeñas, coloca con cierta frecuencia al cirujano frente a estómago cuya exploración exterior no permite reconocer ninguna lesión. La gastrectomía por el diagnóstico radiológico puede ser una intervención innecesaria y de riesgos por la extensión que debe tener en el cáncer. La abstención operatoria puede dejar una lesión maligna, lo que significa su evolución fatal. La resolución debe tomarse con serenidad de juicio, considerando junto al radiólogo todos los elementos que pesan a favor o en contra de la gastrectomía.

En este balance nos parece indispensable la exploración interior del estómago. En los neoplásicos la abertura del estómago

no es tan inofensiva como en los ulcerosos, pero tomadas las precauciones rigurosamente y teniendo en cuenta que las lesiones son mínimas en estos casos, los riesgos de la gastrotomía son pocos frente a los beneficios de un buen diagnóstico.

IV. Diagnóstico diferencial entre ulcus y neoplasma

Antes de abrir el vientre el cirujano debe agotar sus investigaciones para hacer el diagnóstico. Muchas veces sin embargo se está frente al estómago con la lesión a la vista por su cara exterior y no se puede asegurar su verdadera naturaleza. En esta circunstancia es imprescindible abrir el estómago para hacer el diagnóstico, porque la gastrectomía a realizar por ulcus es diferente a la que corresponde al neoplasma.

El ulcus es una afección de mucosa; el neoplasma es una afección de extensión linfoganglionar. Sacar un estómago ulceroso como si fuese un neoplasma es realizar una operación inútilmente peligrosa; sacar un estómago canceroso como si fuese un ulcus es realizar una operación lamentablemente incompleta.

Donde cobra particular importancia esta diferencia de conducta es en las lesiones altas, subcardiales. Si se piensa en neoplasma hay que hacer una gastrectomía total. Esta operación es de gravedad operatoria y post-operatoria y deja una invalidez de importancia para el resto de la vida. Si la lesión no era un neoplasma sino un ulcus hemos realizado una operación perjudicial y peligrosa.

Si a esto agregamos que a los ulcus altos, subcardiales, los atacamos por vía endogástrica, comprendemos por qué no iniciamos ninguna operación en enfermo sospechoso de ulcus sin abrir previamente al estómago.

V. Técnica sobre el cabo duodenal

La exéresis duodenal puede ser difícil por las adherencias a estructuras vecinas. Estas dificultades significan riesgos. Para obviarlos, Walter secciona y sutura el duodeno, dejando intacta la zona enferma. Lahey busca previamente los elementos de riesgo en especial el colédoco, lo abre, explora y deja drenado, tomándolo como referencia para la exéresis duodenal. Otros cirujanos

utilizan técnicas especiales para liberar sólo la mucosa. Nosotros abrimos francamente al duodeno, haciendo su sección transversa por debajo del píloro. El estómago es entonces reclinado a la izquierda. El cabo duodenal abierto es explorado y la resección de la mucosa practicada a cielo abierto. El uso del aspirador, la buena disposición del campo operatorio y la metodización de las maniobras, permiten simplificar este tiempo operatorio.

Terminada la resección el cierre duodenal es muy sencillo. Surjet de catgut invaginante y un plano de puntos separados no reabsorbible. Este cierre es fácil, sencillo y seguramente perfecto. Como se realiza bien, aún con muy poco paño duodenal, hemos recurrido a él con frecuencia, en casos de duodeno ya liberado pero que presentaba al cierre la más mínima dificultad.

VI. La exéresis gástrica por ulcus

La exéresis en el ulcus gástrico puede ofrecer dificultades por adherencias o por topografía alta del ulcus.

I. La conexión íntima del estómago a estructuras vecinas, llegando hasta la perforación, crea dificultades y riesgos si la operación se desarrolla por fuera del estómago. La masa fibrosa adherencial incorpora vasos de jerarquía o canales biliares, que pueden ser heridos aún por los más meticulosos.

La abertura accidental de la úlcera es frecuente y constituye un episodio desagradable y que altera la metodización de la técnica.

Preferimos la abertura franca del estómago que permite, después de seccionar la mucosa en lugar apropiado, tomar un plano fácil, extramuscular y desprender así al estómago de la masa fibrosa. Esta técnica no es objetable desde el punto de vista de lo que se reseca porque el ulcus es una enfermedad de mucosa y curamos al enfermo con esta exéresis. El tejido fibroso que queda puede estar infectado. El uso de antibióticos antes y después de la operación disminuyen este inconveniente. Pero sobre todo creemos que la mejor profilaxis de la infección se obtiene al disminuir las maniobras y desprendimientos adherenciales, traumatizantes para los tejidos y nocivos para la buena nutrición de los territorios contaminados.

Desprendida la úlcera con la porción de estómago a resecar,

cerramos parcialmente el cabo superior por técnica a víscera abierta y sobre tejido seguramente sano y bien irrigado, dejando la abertura necesaria para la restauración de la continuidad digestiva.

II. El ulcus subcardial plantea problemas de técnica muy difíciles. La exploración exterior no permite reconocer con exactitud el borde superior de la lesión a reseca. Se está en una disyuntiva al seccionar el estómago. Si se hace la sección baja, puede caer sobre zona enferma y ser causa de falla secundaria de la sutura, además de realizar una operación técnicamente defectuosa. Si se hace la sección alta se interfiere con el cardias, llegando a una exéresis que no es sólo riesgosa sino que deja para el futuro una invalidez importante.

Otro inconveniente en la cirugía del ulcus subcardial es la ligadura de vasos sanguíneos de gran valor funcional. De la coronaria se desprenden hacia arriba los vasos cardiotuberositarios cuya ligadura es perjudicial para la nutrición del borde superior de la sutura. Hacia el hígado corre una arteria que puede ser gruesa y dar la mayor parte de la irrigación hepática. Su ligadura puede provocar serias consecuencias.

Para evitar estos inconvenientes, practicamos la abertura amplia, anterior del estómago, que nos permite: reconocer la lesión; comprobar su relación con el cardias; decidir conducta operatoria; elegir el lugar exacto de la sección mucosa; hacer una exéresis que respeta los vasos extragástricos que van al segmento alto y al hígado. Esta técnica nos ha sido muy útil en los ulcus sangrantes porque hemos llegado directamente al foco sin necesidad de ligaduras distantes que pueden ser origen de isquemias innecesarias.

Las circunstancias son a veces complejas. Hemos operado dos enfermos que presentaban cuatro razones para hacer la abertura gástrica como maniobra previa.

I. Los dos enfermos tenían adherencias firmes y numerosas que hacían difícil la liberación gástrica: uno por un absceso de lóbulo izquierdo del hígado operado 20 años atrás; el otro por una perforación de un ulcus del antro, operado con cierre simple 2 años antes.

II. Los dos enfermos se operaban de urgencia por hemo-

rragia grave, lo cual obligaba a realizar una intervención que fuese seguramente hemostasiante.

III. Los dos enfermos tenían una lesión doble: uno, con estenosis pilórica cerrada sangraba de un ulcus duodenal dando melenas y de un ulcus gástrico dando hematemesis; el otro tenía el ulcus del antro operado de la perforación formando una masa consistente y un ulcus más arriba que era el responsable de la hematemesis.

IV. En los dos enfermos el ulcus era alto, además de adherente y sangrante.

La operación de ambos fué similar, obteniendo buen post-operatorio y buen estado actual. Abertura por delante del estómago, reconocimiento de la lesión sangrante alta, sección del estómago de mucosa a serosa por arriba, resección de la parte inferior, cierre parcialmente del estómago y luego anastomosis al yeyuno.

VII. Antiguos operados

En un antiguo operado del estómago se desconoce a veces la operación practicada y la técnica seguida, existen procesos adherenciales que dificultan la exploración y la resección y la hacen riesgosa; se plantean diferentes soluciones terapéuticas frente a variados procesos patológicos.

Estos hechos hacen que, con más razones que en las lesiones gastroduodenales primitivas, encontremos indicación de la vía endovisceral para explorar, para la exéresis y para la restauración digestiva.

En resumen, consideramos:

I) que la abertura visceral dificulta la técnica standardizada y de filigrana y que puede ser causa de infección, en especial si hay un neoplasma.

II) que permite en cambio el reconocimiento de lesiones, su diagnóstico, la exéresis sin ciertos riesgos graves y en fin las suturas perfectas en tejido sano.

III) que la indicación de esta abertura surge del balance criterioso de factores favorables y desfavorables en cada caso.

IV) que personalmente realizamos con frecuencia esta aber-

tura porque tememos poco la infección operatoria y porque no somos esclavos de una sola técnica, sino estudiosos de todos los recursos a utilizar. Además no medimos el resultado operatorio por la elegancia de su desarrollo sino por la actividad que puede desarrollar el operado en el futuro.

V) que la abertura visceral es imprescindible en la cirugía atípica y en ciertas resecciones digestivas amplias por arriba y por debajo del estómago, por lo que todo cirujano debe habituarse a las técnicas que imponen esta cirugía a víscera abierta.
