

4° RELACIONES ARTERIALES DEL ESTOMAGO Y DIAFRAGMA

Láminas 6 y 7: Para completar una vista panorámica del espacio subfrénico izquierdo, vamos a señalar algunos hechos que son de interés quirúrgico sobre las relaciones arteriales entre el diafragma y la gran tuberosidad del estómago.

Hemos comprobado en nuestras numerosas disecciones de la logia media, un interesante aspecto de la vascularización de la gran tuberosidad del estómago.

La arteria diafragmática izquierda al contornear el borde izquierdo esofágico, emite ramos arteriales al estómago.

Estos ramos arteriales están situados en la parte más interna del ligamento frenogástrico y dentro de éste, de manera que para verlos es necesario cortar la hoja superior y disecar el contenido de dicho espacio.

Nuestra estadística demuestra que de diez preparaciones disecadas con esta finalidad, en siete nos dieron el aspecto que reproduce las láminas 6 y 7.

A estas arterias las denominamos **tuberositarias altas**, puesto que existen otras arterias gástricas que llegan a la gran tuberosidad por la cara posterior y que son de origen esplénico, que las llamamos gástricas posteriores altas: son las mal llamadas cardioesófagotuberositarias posteriores, pues en la mayoría de nuestras disecciones no emiten ramos al esófago.

En la lámina 7, se puede apreciar en la parte interna, a la tuberositaria alta, y más afuera y en un plano posterior a la gástrica posterior alta.

Finalmente, la gran tuberosidad en su parte más externa, recibe ramos arteriales provenientes de la esplénica o de su rama terminal superior, que corresponden a los vasos cortos más altos.

En resumen: Láminas 6 y 7: La gran tuberosidad gástrica presenta una rica vascularización, que se pone en evidencia cuando se disecciona la logia media por vía transdiafragmática.

Estas arterias constituyen tres pedículos tuberositarios.

1º Pedículo interno y superior, formado por las arterias tuberositarias altas, situadas en la parte más interna del ligamento frenogástrico y dependientes de la diafragmática izquierda.

2º Pedículo medio, mal llamado cardioesófagotuberositario posterior, que nosotros llamamos de acuerdo a su topografía: gástrica posterior alta, situada entre las dos hojas del ligamento frenogástrico en su parte más externa, y provenientes de la arteria esplénica o de sus ramas terminales.

3º Pedículo externo formado por los vasos cortos, los situados en posición más alta que caminan entre las dos hojas del ligamento esplenogástrico, en su parte alta.

5º TOPOGRAFIA VISCERODIAFRAGMATICA

Concepto personal

En este capítulo vamos a tratar las proyecciones de las vísceras del espacio subfrénico izquierdo al diafragma.

No hemos podido leer ningún tratado de anatomía quirúrgica que exponga este tema.

Tiene interés desde el punto de vista quirúrgico, puesto que con ello se aprende a explorar el hipocondrio izquierdo en las toracotomías.

Una de las vías más frecuentemente empleadas para el gastroesófago, es la tóracofrenotomía, y uno de los tiempos fundamentales es la exploración subdiafragmática, para buscar metástasis en el peritoneo alto, en el hígado, y tener la noción de la extensión de la lesión, para saber si es o no posible su extirpación.

Pues bien, sabiendo la proyección víscerodiafragmática, se sabrá practicar una correcta exploración por el tacto, sin abrir el diafragma, y luego se sabrá dónde conviene incidir éste.

Para estudiar la topografía víscerodiafragmática hemos practicado dos maniobras:

1º Una amplia abertura del diafragma para tener a la vista la cara superior de las vísceras del espacio subfrénico izquierdo.

2º Tomamos puntos fijos, de reparos; estos puntos fijos son las vísceras que hacen su travesía en el diafragma, sobre todo, el esófago, la aorta y la vena cava inferior.

Los tres orificios por donde pasan estos elementos están inscritos dentro de un cuarto de círculo, trazado de la siguiente manera: se repara la columna vertebral, se mide dos traveses de dedo por delante de ella; este punto corresponde al extremo derecho, teniendo su extremo izquierdo a un través de dedo a la izquierda de la columna vertebral.

Dentro de este cuarto de círculo se topografían los tres orificios de pasaje.

De las tres vísceras que hacen su pasaje, la que más nos interesa es la esofágica, puesto que a partir de ella se pueden trazar líneas de límites de zonas viscerales y cuya importancia clínica es primordial.

En estas condiciones se puede establecer cuatro zonas viscerales subdiafragmáticas izquierdas:

1º Zona anterior, hepatogástrica, formada por el lóbulo izquierdo del hígado y la parte superior de la cara anterior del estómago.

2º Zona intermedia, gástrica, formada por la gran tuberosidad del estómago.

3º Zona mediana, y lateral izquierda, formada por el polo superior del bazo.

4º Zona posterior y yuxtavertebral, constituida por el polo superior del riñón.

La parte posterior del lóbulo izquierdo del hígado, en su segmento retriligamentoso, llega hasta la línea horizontal trazada por el contorno anterior del orificio esofágico.

Este límite es bastante variable como es fácil suponer, dependiendo del desarrollo del hígado.

Tiene importancia este hecho anatómico, porque en la clínica se ven frecuentemente síndromes de disfagia, por compresión extrínseca del esófago, en la hepatomegalias benignas del lóbulo izquierdo.

El profesor Nario fué el primero en mostrar este interesante síndrome clínico, en dos enfermas portadoras de hidatidosis hepática que producía síndromes de compresión esofágica, con dislocación consecutiva, dando un síndrome de disfagia progresiva.

El bazo, no sobrepasa nunca hacia adelante la línea horizontal trazada por la cara anterior de la columna vertebral.

Se puede, de acuerdo a nuestras investigaciones, establecer dos tipos anatómicos y topográficos de polo superior del bazo:

- a) Tipo interno, posterior y yuxtavertebral.
- b) Tipo externo, más anterior y yuxtacostal.

El polo superior del riñón izquierdo es yuxtaláterovertebral izquierdo.

Tiene valor conocer este hecho anatómico y las relaciones del polo superior del riñón con el diafragma, porque en la clínica esta víscera se comporta como órgano de hipocondrio (Prof. Surraco).

Existe entre el lóbulo izquierdo del hígado y la zona espleno-renal, la gran tuberosidad del estómago, que es la segunda zona de delante a atrás.

En la exploración cadavérica practicada por nosotros previa toracotomía y sin abrir el diafragma, se pueden palpar de delante atrás las cuatro zonas:

- 1º Una zona anterior, dura, lóbulo izquierdo del hígado.
- 2º Una zona blanda y depresible que corresponde a la gran tuberosidad.
- 3º Una zona posterior, dura, paravertebral que corresponde al polo superior del bazo.
- 4º La última zona posterior, yuxtavertebral y situada en un plano más inferior que las otras, correspondiendo al polo superior del riñón izquierdo con su cápsula suprarrenal.

De acuerdo a estos planos viscerales, observados por vía transdiafragmática, se puede establecer en el espacio subfrénico izquierdo o mejor en todo el hipocondrio izquierdo, un gran eje oblicuo que partiendo del esófago pasa por la gran tuberosidad y llega a la parrilla costal.

Este eje gastroesofágico, plantea la separación neta y terminante de dos grandes zonas subfrénicas izquierdas:

1º Zona anterior o pregastroesofágica.

2º Posterior o retrogastroesofágica.

Cada zona es solidaria de distintas modalidades peritoneales: es así como la zona pregastroesofágica, pertenece a la gran cavidad peritoneal, y la retrogastroesofágica, a la retrocavidad de los epiplones.

Esta división de la anatomía quirúrgica del hipocondrio izquierdo es de gran aplicación a la clínica y a la cirugía.

El profesor Nario en el estudio clínico y sobre todo semiológico de los tumores del hipocondrio izquierdo, establece una clasificación original, tomando al estómago como eje.

Así describe tumores pregástricos y tumores retrogástricos.

Los tumores pregástricos sólo pueden depender del lóbulo izquierdo del hígado, de la región prehiliar del bazo, de origen pleuropulmonar, y finalmente de la misma cara anterior del estómago.

Es decir, sacando este último caso, los tumores pregástricos estarían dados en su origen, por vísceras que forman el límite o contorno superior del espacio de Traube, y darían a esta zona un timpanismo mate. Pues sabemos que el espacio de Traube tiene como límites en su casquete 3 complejos viscerales: a) lóbulo izquierdo del hígado; b) región pre hiliar del bazo, y c) una zona intermedia a las anteriores y que corresponde a la zona pleuropulmonar. Cualquiera de los 3 complejos cuando se alteran en masa hacen mate al normal sonoro Traube.

Los tumores retrogástricos pertenecen a la región retrohiliar del bazo, al riñón, al páncreas y a todas las vísceras adultas o embrionarias retroperitoneales.

Estas son las conclusiones anatómicas que hemos extraído de las proyecciones víscerodiafragmáticas, de acuerdo a nuestras investigaciones practicadas por vía transdiafragmática.