

CORRELATO.

IMPORTANCIA DE LA TECNICA EN LOS RESULTADOS DE LA GASTROPILORECTOMIA POR ULCUS

Dr. OSCAR BERMUDEZ

El Sr. relator me ha honrado con su solicitud de colaboración, expresando su interés en el siguiente aspecto del problema: “*Si la técnica en sí, correctamente indicada y ejecutada, asegura siempre resultados satisfactorios*”. Respondemos: La corrección de la técnica juega papel principalísimo en los resultados; pero éstos no están siempre en consonancia con las técnicas. Ni aun las más perfectas aseguran resultados satisfactorios. En el mejor de los terrenos: a) *lesiones que no crean dificultades a la exéresis*; b) *disposiciones anatómicas que permiten montar correctamente la anastomosis*; c) *ausencia de complicaciones postoperatorias inmediatas*, la gastrectomía impone perturbaciones fisiológicas bien conocidas al sector digestivo alto, cuya influencia se ejerce sobre los sectores restantes: la supresión de la zona motora y de su sistema esfinteriano, modifica la evacuación del estómago residual; la supresión amplia o total de la secreción clorhidropéptica, favorece las fermentaciones y pululación microbiana; el montaje de la anastomosis por gastroyeyunostomía, somete al asa aferente a una ruda prueba funcional frente al cambio brusco en las condiciones de recepción. Estas y otras perturbaciones fisiológicas resultantes de la mutilación y reconstrucción, explican ciertos sufrimientos postoperatorios, cuando no se logra una adaptación compatible con un buen cumplimiento de la función digestiva. La técnica debe procurar que esa adaptación se cumpla en plazos breves.

En condiciones menos favorables el cirujano se ve obligado a emplear recursos técnicos incapaces de satisfacer las exigencias de la exéresis o la reconstrucción, y como tal, gravados de un alto porcentaje de malos resultados, que no dependen de la técnica en sí, sino del carácter patológico del proceso a quien se aplican. Es indudable que, aun en las situaciones más adversas, los resultados son mejores cuando el cirujano ha perfeccionado sus técnicas y aplicado correctamente sus tácticas. *Indicación ajustada; cumplimiento de exigencias de exéresis y reconstrucción; ejecución correcta y aplicación oportuna de medidas post-operatorias inmediatas*, son los elementos que armónicamente ensamblados configuran la corrección técnica. Es difícil juzgar los resultados solamente en base a la corrección técnica, porque es difícil saber si todas las condiciones requeridas han sido llenadas. Muchos resultados buenos se han obtenido en base a la capacidad de adaptación y recuperación de los pacientes, aún en presencia de incorrecciones técnicas manifiestas.

PRINCIPIOS GENERALES

1) No hay una técnica, sino técnicas de gastropilorectomía. El cirujano debe conocer las variantes, en su indicación y aplicación, para hacer debido uso de ellas.

2) Las exigencias de la exéresis deben ser satisfechas teniendo en cuenta el estado lesional y no el tiempo posterior de reparación.

3) El cuidado del detalle técnico es carta de triunfo. La importancia de cada gesto quirúrgico debe ser valorada para no considerar insignificantes, factores que deciden a veces el porvenir funcional.

4) La operación correctamente realizada, no debe dar oportunidad a complicaciones de orden mecánico. El cirujano es responsable de complicaciones de este tipo.

5) La gastropilorectomía por ulcus debe mantenerse como una operación de carácter benigno. Frente a los casos complejos hay que emplear recursos técnicos y tácticos para mantenerla en lo posible en ese plano.

Exigencias e incorrecciones en los tiempos de exéresis

Deben considerarse situaciones que no ofrecen dificultades y complejos lesionales difíciles.

Amplitud de la resección.— Se está de acuerdo en llevarla al 70-75 % del estómago, incluyendo la totalidad del antro, el píloro y primeros centímetros del duodeno, extensión requerida para suprimir total o casi totalmente la secreción ácida. Aun cuando la reducción excesiva del estómago y la supresión total de la secreción se invocan como causales de sufrimiento, la persistencia de acidez importante, motivada por resecciones económicas, debe considerarse como incorrección técnica, desde que motiva complicaciones serias que culminan en el *ulcus operatorio*.

Liberación de las curvaturas.— Resección amplia requiere liberación amplia. A nivel de la gran curva, hacemos la liberación en forma distal a los vasos gastroepiploicos, que extirpamos en la medida de la resección visceral. La sección de la arcada en sus extremos y la ligadura de las delgadas arterias epiploicas, permite una liberación rápida sin consecuencias sobre la nutrición del epiplón. La liberación se lleva muy lejos a izquierda, *rebasando ampliamente la zona a resecar; ello alarga la gran curva, la libera de tracciones posteriores que ejerce el bazo al reintegrarse a su logia y permite mantener acentuada oblicuidad en la anastomosis*. Esta liberación amplia es imprescindible cuando se restablece la continuidad por gastroduodenostomía. *Sobre pequeña curva*, la ligadura habitual de la coronaria se practica en el punto en que el tronco o sus ramas abordan al estómago, *después de la emergencia de las arterias esófagotuberositarias*. Para dominar el pedículo principal, cualquiera sea su tipo y llevar la liberación a su verdadera altura, despojamos la parte alta de la pequeña curva seccionando en ambas caras los vasos que la abordan. En úlceras muy altas que requieren resección en gotera, ligamos el tronco arterial en el borde superior del páncreas y conservamos la gastroepiploica en el segmento tubular. La liberación alta de ambas curvas es indispensable para resecar en la extensión que corresponde y montar la anastomosis en condiciones correctas. Nos hemos sorprendido más de una vez, de la amplitud de estómago residual, cuando creíamos haber realizado

una resección amplia. *En la zona piloroduodenal*, la ligadura de la pilórica se practica en la vecindad de la pequeña curva y los vasos que descienden del pedículo hepático al sector derecho del bulbo, en la extensión necesaria para la sutura correcta. En la parte izquierda y posterior del bulbo, es suficiente en los casos habituales, con la sección de las ramas provenientes de la gastroduodenal en la medida que la liberación lo exija; el tronco de esta arteria no se liga en los casos corrientes. La conservación de una buena irrigación juega papel importante en la suerte del cierre duodenal o de su anastomosis al estómago residual.

Dirección de la sección gástrica.— La realizamos muy oblicua abajo y a izquierda, procurando que cuando se practica la anastomosis gastroyeyunal, ésta mantenga una oblicuidad no menor de 45° en ese sentido. Acostumbramos a marcar la futura sección gástrica sobre el estómago liberado, sin ejercer tracción. Omitiendo esta precaución es fácil sorprenderse, al soltar las vísceras, que la anastomosis se horizontaliza cuando hemos creído realizarla muy oblicua.

Hemostasis a nivel de las secciones.— No confiamos la hemostasis solamente a los clamps y a la sutura continua; la realizamos directamente, por ligaduras o electrocoagulación, después de descubrir los vasos submucosos en toda la extensión, incidiendo la seromuscular gástrica y yeyunal. Hemorragias importantes son excepcionales, pero pequeñas pérdidas submucosas que el cirujano no controla, mantienen el rodete edematoso y facilitan la infección del estoma.

Problemas de exéresis en el ulcus duodenal difícil

Las situaciones más complejas y de mayor peligro se presentan en el ulcus duodenal evolucionado fuera del órgano. La bibliografía mundial es rica en publicaciones sobre heridas de vías biliares, páncreas y sus canales y dehiscencias del duodeno en estas lesiones complejas. Hay que agregar, seguramente, un número grande de accidentes no publicados e ignorados. Las disecciones duodenales extensas y laboriosas, que exigen prolongadas manipulaciones con el páncreas y las vías biliares, son altamente peligrosas. Las estadísticas señalan que estas situaciones son causa del mayor número de complicaciones graves y de

muerdes. *El balance lesional de este complejo debe ser previo a la ejecución de tiempos operatorios que no permitan retroceder y obliguen a riesgosos procedimientos de emergencia. La llave de este inventario es el colédoco; lo descubrimos previamente, para cerciorarnos de su longitud, dirección, retracción, cantidad de tejido pancreático que lo separa del duodeno o incorporación al proceso y establecer si existe entre él y la úlcera, extensión suficiente de duodeno en condiciones de permitir un cierre seguro. Si tal cosa sucede, la mayor o menor adherencia al resto del pedículo o la penetración pancreática, pueden resolverse con el abandono del lecho ulceroso, sin exponer a lesiones de entidad. No hemos utilizado el procedimiento de Lahey (intubación colédocoduodenal con tubo de Cattell a través decoledotomía). Con control visual del colédoco y en caso necesario, la visualización directa de la lesión previa duodenostomía anterior, que facilita las posibilidades de liberación a partir de la mucosa (maniobra de Graham) hemos resuelto la mayoría de las situaciones difíciles, extirpando la úlcera en totalidad o abandonando el lecho en el tejido pancreático. Si no controlamos el colédoco renunciamos a la exéresis para recurrir a un procedimiento de exclusión.* Nuestra estadística registra una lesión de vías bilares por omitir este requisito. Es en los casos difíciles donde la experiencia y el equilibrio son más necesario para evitar peligros que, a la postre, resultan desproporcionados en relación a los que apareja el abandono de la úlcera aislada del tránsito gastroduodenal. Actualmente se señalan buenos resultados con esta conducta, cuando se ha extirpado el píloro o la mucosa del cono antropilórico, como se realiza en la operación de Bancroff. En 3 casos donde la ubicación baja de la úlcera exigía una remoción excesivamente peligrosa, cerramos el duodeno entre la lesión y el píloro; 2 de ellos evolucionaron sin incidencias; 1 hizo una fístula duodenal que evolucionó bien; en los resultados tardíos no anotamos diferencias con aquellos en que fue extirpado el ulcus. No hemos practicado la operación de Bancroff ni la gastrectomía en dos tiempos propuesta por Mckittrick. Un cierre duodenal difícil, culmina frecuentemente la exéresis difícil. Numerosos métodos empleados dan idea de estas dificultades y del peligro de dehiscencia. Cuando no es posible hacerlo en dos planos y protección epiploica, los métodos propuestos por Graham,

Nisen, Bstch y Wangesteen, pueden solucionar satisfactoriamente la situación; pero es condición fundamental de éxito que la evacuación del asa aferente se efectúe correctamente. La intubación del asa aferente a través del estoma es una medida de seguridad en estos casos.

La duodenostomía con sonda (Keynes y Priestley) es un procedimiento de necesidad, cuando el cirujano se ve obligado a operar en duodenos edematosos con periduodenitis y pancreatitis. La realizamos en cuatro oportunidades en que no disponíamos de un cierre seguro; dos casos evolucionaron bien, uno hizo pequeña dehiscencia duodenal fácilmente dominada, uno falleció de peritonitis por dehiscencia facilitada por mal funcionamiento de la sonda. Tal conducta requiere precauciones especiales en la vigilancia de la sonda. Cuando intervenimos en plena hemorragia un duodeno difícil, la primera medida es practicar la duodenostomía para controlar la lesión y hacer hemostasis directa; luego, según los casos, se ofrecen las siguientes soluciones: a) la lesión puede ser extirpada totalmente y el duodeno cerrado; b) el lecho ulceroso debe abandonarse pero el cierre duodenal es posible; c) es necesario recurrir a una de las técnicas de gastrectomía por exclusión después de hemostasis directa y, si es posible, de ligadura de la gastroduodenal.

Problemas de exéresis en ulcus gástricos altos

Su situación, adherencia y penetración en hígado y páncreas, configuran a veces situaciones difíciles de solucionar. *Deben agotarse recursos técnicos y tácticos para llevar la sección gástrica entre el cardias y la úlcera sin peligro para el esófago. Recuérdese que altura radiológica no es equivalente de altura anatómica.* Es frecuente obtener suficiente espacio entre la lesión y el esófago, en ulcus que radiológicamente parecen no permitirlo, y realizar la gastrectomía distal que incluye la lesión. En la liberación debe trabajarse sobre ambas caras de la curvatura menor; cuando es posible, ligar previamente la coronaria en su emergencia y si es necesario abandonar el lecho ulceroso en su encastramiento visceral. *El control interno de la región gastroesofágica nos ha permitido en casos difíciles, controlar la distancia entre la lesión y el esófago y realizar la gastrectomía*

distal incluyendo la lesión, cuando las maniobras externas hacían imposible esta conducta por el edema inflamatorio, la infiltración e hipertrofia linfática del meso. Todos nuestros casos han sido resueltos con gastrectomía en gotiera. No hemos recurrido a las soluciones propuestas para los casos en que no es posible la sección entre úlcera y cardias sin peligro para el esófago: a) *resección gástrica proximal*; b) *gastrectomía paliativa distal a la úlcera* (Kelling-Madlener); c) *gastrectomía total*. Son procedimientos que no satisfacen como solución final, pasibles de numerosas objeciones, en cuyo análisis no podemos entrar.

Exigencias e incorrecciones en los tiempos de reconstrucción

Nos referiremos con más detalles a *la reconstrucción por gastroyeyunostomía*, por ser el procedimiento más usado en nuestro medio y en el que tenemos más experiencia. De las diversas modificaciones del Billroth II, una es constante: la *disposición término lateral de la anastomosis*; otras, variables: a) carácter total o parcial; b) oblicuidad del estoma; c) sentido de la corriente en la cámara anastomótica; d) posición retro o antecólica del asa yeyunal. En estos aspectos no hay unanimidad de criterio, pero es evidente que con todas las variantes se obtienen buenos resultados si la técnica es correcta.

Contravenciones fisiológicas.— 1) Aisla el duodeno del circuito digestivo. 2) Crea con el duodeno y el asa aferente un fondo de saco que debe evacuar la secreción biliopancreática. 3) Vierte el contenido alimenticio directamente en el yeyuno. 4) Ofrece dos salidas al contenido gástrico. 5) Requiere la travesía mesocólica y la fijación del meso o la elevación precolónica de un asa al piso superior.

Expone a complicaciones tales como: 1) Trastornos nutricionales ligados a la supresión del tránsito alimenticio por el duodeno. 2) Reflujo o retención en el asa aferente. 3) Sufrimiento del asa eferente. 4) Complicaciones de orden mecánico debidas a la travesía del mesocolon, su fijación al estómago, posición precolónica del asa, existencia de una brecha mesocoloyeyunal, etc. La corrección de la técnica debe procurar que las nuevas condiciones creadas tengan la menor repercusión sobre la función di-

gestiva. *Exigencia principal: montar la anastomosis de manera de evitar la estasis y el reflujo en el asa aferente y asegurar la correcta evacuación del estómago y del asa eferente.*

Requisitos del montaje

1) *Amplitud del estoma.* Durante muchos años realizamos la anastomosis oral parcial de acuerdo a la técnica de Hofmeister-Finsterer, con resultados excelentes. En los últimos cinco años hemos practicado con frecuencia la oral total Reitchel-Polya) sin anotar diferencias en los resultados. Nos suscribimos a la opinión general de que la anastomosis amplia no aumenta la rapidez de evacuación gástrica. Quien cuenta en la evacuación no es la boca operatoria sino la boca funcional, representada por la embocadura del asa aferente. Encontramos técnicamente más simple la oral total y se señala que la separación mayor entre la entrada y la salida del asa es una disposición favorable para evitar el reflujo. Agregamos: esa disposición es favorable a condición de mantener la boca de salida en declividad recordando que la *anastomosis parcial valvulada* (Hofmeister-Finsterer), no fue ideada para obtener continencia gástrica, sino para evitar el reflujo al asa aferente.

2) *Sentido de la corriente y oblicuidad del estoma.*— Disponemos el montaje de modo que la corriente se realice de derecha a izquierda (asa aferente alta en pequeña curva y eferente baja en gran curva); no hemos realizado la anastomosis de izquierda a derecha a la manera de Moynihan. Cualquiera sea el sentido de la corriente, es necesario —de acuerdo a la fisiología del estómago residual—, obtener una oblicuidad definitiva para que la boca funcional quede en declividad. Ello requiere satisfacer las exigencias de exéresis señaladas en la liberación y sección del estómago, complementaria con la suspensión del asa aferente y evitar tracciones de la pequeña curva.

3) *Posición retro o precolónica del asa anastomótica.*— La elevación retrocolónica permite un acercamiento más directo del yeyuno al estómago, utilizando asa muy corta; ésta permanece en el piso inferior y no interfiere con el tránsito colónico. No hemos realizado la variante propuesta por Lahey consistente en liberar el ángulo duodenoyeyunal y elevar el asa directamente

a través del meso, cerrando éste a su alrededor y dejando la anastomosis en el piso superior. La brecha mesocólica debe ser vertical, cercana a la base; su ángulo basal se fijará a la pequeña curva, para disminuir la tracción sobre ésta; su ángulo distal a la gran curva; su borde izquierdo a la cara gástrica posterior y el derecho a la anterior. Las incorrecciones de este tiempo pueden significar lesiones vasculares, horizontalización de la anastomosis favoreciendo el reflujo y hernias transmesocolónicas. En casos de reintervención las dificultades de liberación constituyen una importante realidad. Su realización es inconveniente en mesos cortos, adiposos o retraídos con espacios avasculares pequeños. Estamos ampliamente satisfechos con los resultados obtenidos con este tipo de montaje realizado durante 20 años. Cuando la pequeña curva se secciona muy arriba y se fija a ella el ángulo basal de la brecha mesocolónica, la tracción sobre ésta gravita poco en la horizontalización del estoma. No hemos realizado la anastomosis inmediatamente distal al ángulo duodenoyeyunal propuesta por Gueullette para suspender la zona aferente del músculo de Treitz.

La elevación precolónica tiene como finalidad, evitar los peligros de la travesía mesocólica, los inconvenientes de la suspensión del colon y a reemplazar a la retrocolónica en casos de mesos inadecuados a su realización. La hemos practicado con frecuencia en los últimos años y los resultados funcionales son equivalentes a los obtenidos en la serie de anastomosis retrocolónicas. No observamos complicaciones por compresión mutua entre colon y yeyuno, torsiones y acumulación de líquidos en el asa aferente. Escuelas que practican sistemáticamente este montaje, señalan resultados excelentes y argumentan menor peligrosidad y mayor facilidad de ejecución. *La estasis en el asa aferente no puede ser imputada a su longitud y cambio de dirección*; ambos hechos no justifican que el peristaltismo se resienta. *La estasis en asa larga o corta está ligada en la inmensa mayoría de los casos a un obstáculo, que debe buscarse en incorrecciones o complicaciones del montaje*. Es indudable que un asa larga está más expuesta a complicaciones de orden mecánico. La enteroanastomosis preventiva al pie del asa agrega una nueva contravención fisiológica y sólo puede considerarse como operación de necesidad ante una complicación que no pueda solucio-

narse de otra manera. La longitud del asa es motivo de especial atención y será variable con la disposición, longitud del mesocolon y altura de la exéresis. Acostumbramos a fijar previamente el yeyuno desplegado sin tracción, al mesocolon, desde el ángulo duodenoyeyunal, hasta el borde intestinal del meso; ello da la medida del segmento yeyunal submesocólico y cierra la brecha mesocoloyeyunal; la longitud del bucle restante se mide por la distancia entre el colon —reintegrado a su posición normal— y la sección gástrica en pequeña curva. Terminada la anastomosis, el estómago debe reintegrarse sin trabas a la profundidad de la fosa frénica y el asa transcurrir libre y fácilmente delante del colon.

Excesivamente corta provoca: a) compresión del colon; b) tracción en la línea de sutura; c) angulación del montaje en la curvatura menor. Consecuencias: dehiscencias, obstrucciones, estasis, etc.

4) *Brecha mesocoloyeyunal.*— Hemos visto a grandes cirujanos como Valdoni (Roma), que practica de preferencia montaje antecolónico, no cerrar esta brecha. Acostumbramos a cerrar siempre aun las pequeñas brechas del asa corta. La hernia de Petersen es una complicación poco frecuente pero una realidad peligrosa. Hemos debido intervenir por ella en tres oportunidades: una en anastomosis retrocolónica realizada por nosotros un año antes; dos casos precoces (5 y 15 días del postoperatorio) en anastomosis precolónicas de otros cirujanos; oclusiones extrangulantes graves en asa cerrada a dos segmentos. Es una complicación imputable exclusivamente al cirujano.

5) *El epiplón en la precolónica.*— Cuando sus dimensiones son reducidas se recoge detrás de la anastomosis y ocupa sin inconvenientes el lugar dejado por la zona reseca. El epiplón exuberante del ulceroso obeso plantea problemas de ubicación. En algunas oportunidades hemos practicado omentectomías parciales y hemisección del omento. Actualmente resolvemos tales situaciones elevando el asa a través de una brecha epiploica vecina a su implantación colónica, que se sutura laxamente al yeyuno. Tal conducta suprime el tiempo laborioso y no exento de peligros postoperatorios de la omentectomía y deja el epiplón en su sitio cumpliendo sus funciones habituales. No hemos tenido complicaciones con tal conducta.

6) *Anclaje del asa aferente.*— Esta maniobra sencilla es de gran trascendencia para su evacuación, porque la fija en posición de función definitiva una vez reintegradas las vísceras, evitando desplazamientos, acodaduras y rotaciones. La tensión en el asa aferente decide la suerte del cierre duodenal y es causa importante de sufrimientos postoperatorios. Son muchos los autores que atribuyen el síndrome postprandial precoz a trastornos de evacuación del asa aferente. Desde que realizamos este anclaje a la parte alta residual del epiplón gastrohepático y a la pared posterior, recogemos bilis en la aspiración gástrica en las primeras horas del postoperatorio.

7) *La sutura en el montaje.*— Hay que insistir en la importancia de su corrección en los resultados. Ningún detalle es despreciable en tal sentido. Se debe ser exigente en el establecimiento de referencias en estómago y yeyuno, fijando las posiciones futuras, para evitar cambios de dirección y longitud, especialmente cuando se opera sin clamps. Precisión, regularidad y seguridad, son principios a mantener, cualquiera sea el tipo de sutura. De su inobservancia resultan suturas groseras, afrontamientos imperfectos, oblicuidad inadecuada y *peligrosos fruncimientos en las comisuras, que son las zonas de evacuación*. La hemorragia submucosa y los gruesos rodetes irregulares resultantes, a los que se agrega un edema reaccional desmedido y no pocas veces la infección, tienen nefasta influencia sobre la evacuación precoz y tardía del asa aferente y del estómago. *Muchos postoperatorios accidentados que se expresan en retenciones del asa aferente y del estómago, tienen su origen en incorrecciones de sutura.*

8) *El uso de clamps.*— Ofrece ventajas en lo que se refiere a regularidad y limpieza de la anastomosis, pero es necesario poseerlos elásticamente suaves y que no deslizen. Hemos comprobado lesiones mucosas importantes producidas por clamps demasiado rígidos. El deslizamiento debe ser evitado, porque perturba la marcha y dirección de la sutura y obliga a maniobras de rectificación. Los clamps no permiten controlar perfectamente la hemostasis en la sutura continua invaginante; por eso es conveniente reilazar ligaduras o coagulación de los vasos submucosos. Desde hace algunos años montamos la anastomosis de preferencia sin clamps. En pacientes bien preparados y con hemostasis

previa, la operación es igualmente limpia. Recurrimos a ellos, en pacientes con vascularización muy rica y frágil, que se pone de manifiesto desde los primeros tiempos de exéresis y como complemento de hemostasis.

RECONSTRUCCION POR GASTRODUODENOSTOMIA

Es, sin duda, el procedimiento que morfológica y fisiológicamente se acerca más a las condiciones normales. La mutilación química y motora que ha dejado la exéresis, hace sentir menos sus efectos cuando el duodeno permanece en el circuito digestivo. El pasaje del quimo por el duodeno mantiene su función hormonal, que es de estímulo a la secreción gástrica y pancreática; la absorción de proteínas, grasas, azúcares, hierro y vitaminas, se cumplen mejor; los fenómenos carenciales postoperatorios son menores. La evacuación gástrica que se hace directamente al duodeno —aun cuando no deja de ser agresiva por el cambio en las condiciones dinámicas y químicas—, encuentra un órgano mejor preparado fisiológicamente para recibir el alimento. El vaciado gástrico se hace en forma más lenta y fraccionada después de anastomosis gastroduodenal; estadísticas importantes (Bohmansson, Bremer y Held, Covaro) señalan ese hecho importante. La A. G. D. suprime una serie de complicaciones propias a la A. G. Y. tales como: trastornos de evacuación del asa aferente, brecha mesocólica, elevación precolónica del asa, maniobras inframesocólicas, yeyunitis graves, reflujo, invaginaciones, ec. Respecto al síndrome postprandial del gastrectomizado, son numerosas las citas de autores de experiencia que señalan una frecuencia menor del síndrome de “dumping” en la A. G. D. Covaro, en 210 operados de su estadística personal que ha podido controlar, encuentra solamente 5 casos de “dumping” benigno, mientras la frecuencia es mayor en la A. G. Y. y en ella se observan las formas graves. Maingot, en 102 casos operados por el mismo cirujano y controlados durante un año, no señala ningún caso típico de síndrome precoz de “dumping”.

Actualmente, la tendencia a conservar el duodeno en el circuito por A. G. D. se extiende en el mundo. Las complicaciones

graves que relegaron el método durante muchos años, tales como dehiscencia de sutura, ulcus postoperatorio por resecciones económicas y estenosis del estoma, se han reducido al mínimo con los progresos técnicos, porque *la exéresis puede extenderse en la amplitud requerida* sin crear tensión en la sutura, con lo cual las dehiscencias, ulcus postoperatorios y estenosis, constituyen rarezas en manos de cirujanos de experiencia. Nuestros resultados han sido inmejorables, pero nuestra experiencia es muy corta. Hemos vivido, en cambio, la experiencia del Prof. Covaro en su Servicio del Hospital Rawson. Viendo operar a este distinguido cirujano argentino con la técnica depurada por el maestro E. Finochietto, se llega rápidamente al convencimiento de que la exéresis puede alcanzar la amplitud requerida para suprimir la acidez sin que se resientan las condiciones de sutura, con lo cual desaparecen las dos mayores objeciones al método: frecuencia de ulcus péptico por resecciones económicas y dehiscencia por tracción.

Respecto a la estenosis postoperatoria, también constituye una rareza realizando minuciosamente la sutura y suprimiendo la estasis gástrica del postoperatorio inmediato. Hay que insistir en esos cuidados porque las incorrecciones técnicas en la A. G. D. gravitan más en los resultados que en la A. G. Y. El factor personal juega un papel importantísimo, pero hay que reconocer que con indicación precisa y en manos de cirujanos experimentados en su ejecución, los resultados funcionales aparecen superiores a los obtenidos con la A. G. Y.

El procedimiento seguido ha sido el de Pean-Billroth. Para resecar en la amplitud necesaria y realizar la anastomosis sin tracción, la liberación de las curvaturas debe llevarse muy alta; la gran curva se alarga de manera tal, que después de resección, la zona a anastomosar se lleva fácilmente a la derecha de la línea media. En lo que respecta al desplazamiento arriba y a izquierda del duodeno, la maniobra de Kocher es un recurso que hay que emplear, pero no siempre requiere la gran amplitud que se preconiza; hemos visto a Covaro insinuarla solamente en la parte alta. Hay que esperar más de la movilidad del propio duodeno y de la liberación de la gran curvatura, que del despegamiento retroduodenopancreático.

Siendo fundamental factor de éxito en la anastomosis de Pean-Billroth, mantener los principios de exéresis amplia y sutura sin tracción, se infiere:

—Que cuando la exéresis no puede realizarse en la extensión debida, o cuando la liberación no permite una anastomosis sin tracción, debe renunciarse a ella.

—Que no todas las lesiones permiten este tipo de reconstrucción. Salvo las localizaciones yuxtacardiales, es en el ulcus gástrico con duodeno móvil o fácilmente movilizable, donde se obtienen los mejores resultados. En el ulcus duodenal, que puede ser removido en totalidad sin maniobras laboriosas y conservando un segmento apto para realizar una anastomosis correcta, el procedimiento es aplicable con éxito. Hasta la fecha la hemos realizado en ulcus de cara anterior. Los duodenos difíciles constituyen contraindicaciones formales.

La estadística personal de Covaro en todos sus detalles, puede ser consultada en los Boletines y Trabajos de la Sociedad de C. de Buenos Aires, vol. XL, N^o 24, octubre 1956. El ulcus péptico aparece como complicación en los primeros años de su realización, en una proporción ligeramente superior a la A.G.Y.; pero con el perfeccionamiento técnico ha desaparecido en los últimos años. Se registran dos fistulas duodenales en los últimos diez años y ninguna estenosis del estoma.

LA SUSTITUCION EN EL RESTABLECIMIENTO DE LA CONTINUIDAD EN LAS GASTRECTOMIAS PARCIALES

No la hemos realizado ni tenemos intención de hacerlo, por entender que *las contravenciones fisiológicas a que obliga, exponen a mayores complicaciones que los beneficios que puede proporcionar la conservación del duodeno en el circuito.* En efecto: para obtener esta finalidad, es necesario el trasplante de un asa yeyunal o de un segmento colónico, lo que desde ya expone a complicaciones de orden vascular. El asa yeyunal que se interpone está sometida al mismo régimen químico inhabitual que el asa eferente de la anastomosis gastroyeyunal y, por consiguiente, expuesta a las mismas complicaciones; su ubicación antiperistál-

tica ha sido vista como un hecho favorable al enlentecer y fraccionar la evacuación; favorable para el duodeno, pero desfavorable para la propia asa transplantada, porque el enlentecimiento del tránsito en un asa fuera de su ambiente químico y dinámico, es factor de yeyunitis y ulcus péptico. El síndrome postprandial del gastrectomizado, el ulcus postoperatorio y complicaciones vasculares han sido ya señaladas.

La gastrectomía por sustitución aumenta la agresión operatoria; exige mayor minuciosidad técnica; expone a complicaciones peligrosas y no suprime las complicaciones yeyunales. Se aparta, en consecuencia, de uno de los principios fundamentales de la gastropilorectomía por ulcus: *ser y mantenerse como operación de carácter benigno.* Personalmente creo, que si lo único que se busca es mantener al duodeno en el circuito, debe recurrirse al procedimiento de *Pean-Billroth*, que bien indicado y realizado, permite cumplir con ese propósito sin las contravenciones fisiológicas ni los peligros de los transplantes.

EXIGENCIAS EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO

La sutura es una herida contaminada en un ambiente séptico, donde la supresión de acidez favorece la pululación microbiana, sometida a variaciones tensionales por el contenido gástrico, en paredes que no pueden temporariamente controlar la distensión porque la exéresis ha roto el equilibrio vagosimpático. Como a toda herida hay que procurarle reposo, suprimiendo la injuria proveniente de la distensión y la acción química del contenido. La aspiración es en ese sentido un factor de éxito. Acostumbramos a lavar el estómago cada dos horas en las primeras veinticuatro horas, haciendo ingerir agua que retiramos por aspiración. Fisiológicamente, la deglución tiene un efecto favorable sobre el peristaltismo; el efecto psíquico, calmando la sensación de sed e inspirando confianza en la recuperación funcional, es muy importante. En anastomosis gastroyeyunal mantenemos la sonda gástrica como mínimo cuarenta y ocho horas; en la gastroduodenal sin incidencias, la hemos dejado setenta y dos horas. Reiniciamos la alimentación bajo el control de la sonda.

Régimen postoperatorio precoz.— Estamos convencidos del valor del régimen instituido en los primeros meses del postoperatorio, *período de adaptación funcional a las nuevas condiciones creadas por la mutilación química y motora y las exigencias de la reconstrucción.* Dieta variable de acuerdo al paciente, ingerida en pequeñas cantidades con intervalos frecuentes, ampliando progresivamente cantidades y plazos. No se trata de mantener un estado de invalidez en el operado, sino de evitar invalideces que tienen muchas veces su origen en la inobservancia de medidas postoperatorias. El argumento de que muchos operados retoman precozmente su alimentación normal y aun anormal, sin complicaciones, no justifica que nos apartemos de normas encuadradas en realidades fisiopatológicas.

SOBRE COMPLICACIONES Y RESULTADOS

En numerosas estadísticas la *mortalidad* promedio oscila entre 1 y 3 %; las muertes imputables directamente al acto operatorio se observan de preferencia en *ulcus duodenal difícil*; nuestra casuística confirma estos hechos. Las *dehiscencias graves* en la anastomosis gastroyeyunal, constituyen rarezas, facilitadas por: tejidos de mala calidad, alteraciones metabólicas generales, distensión gástrica no controlada y errores de sutura; pero muchos postoperatorios accidentados por procesos plásticos a nivel del estoma, se deben a dehiscencias mínimas. La dehiscencia del muñón duodenal, en cambio, es una amenaza frecuente en duodenos difíciles, particularmente cuando se agrega la distensión por defectos o complicaciones en el montaje del asa aferente.

Las complicaciones de orden mecánico son en gran parte imputables a incorrecciones técnicas y como tal pueden disminuirse o evitarse. Respecto a la *reincidencia* del *ulcus*, se está de acuerdo en que su frecuencia es mayor en exéresis por lesiones duodenales. Balanceando estadísticas se puede establecer un promedio de 2 a 3 %; pero es evidente la importancia del perfeccionamiento técnico en esta complicación, que disminuye cada vez más, a favor de *resecciones de amplitud necesaria para suprimir la acidez, montajes correctos que impiden estasis y reflujo, precauciones dietéticas postoperatorias.*

Personalmente no registramos el *ulcus postoperatorio* en nuestros operados, pero estamos lejos de pensar que tal complicación no ha existido, puesto que hemos operado varios pacientes de otros cirujanos, que han ignorado tal evolución.

Sobre el *síndrome postprandial del gastrectomizado*, no podemos ofrecer cifras exactas relacionadas a nuestros pacientes; en su mayoría pertenecen a la clientela hospitalaria y como tal, vuelven al cirujano solamente cuando persisten sufrimientos de entidad o complicaciones tardías de importancia; muchos se asisten en policlínicas gastroenterológicas; otros se dan por satisfechos con un sufrimiento residual y no consultan, lo cual impide un control riguroso del estado funcional de nuestros operados. Hay cirujanos para quienes el "dumping" y otras manifestaciones, constituyen rarezas, porque ignoran que en policlínicas especializadas se atienden a veces sus propios operados. Resulta muy dificultoso apreciar resultados con técnicas y técnicos distintos. El modo de reaccionar y de adaptarse a la mutilación, varía con las condiciones biológicas, la agresión quirúrgica, técnica empleada, tipo lesional, incorrecciones, régimen instituido, etc. Por eso no debe llamar la atención que, junto a estadísticas que señalan un 30 % de sufrimientos postprandiales, están los que aseguran 95 % de curaciones absolutas. Sin dar cifras que no podemos valorar, ni entrar en consideraciones patogénicas discutibles, señalaremos lo observado en pacientes que han podido ser controlados:

1^o) *La sensación de hartazgo*, sin fenómenos vasomotores, ha sido relativamente frecuente; pasajera y corregida sin secuelas, fragmentando y calificando la dieta.

2^o) *La sensación de hartazgo y fenómenos vasomotores*, configurando el "dumping syndrome" en su forma precoz, lo observamos en varias oportunidades; siempre con carácter benigno y pasajero, de preferencia en duodenales jóvenes, nerviosos y mujeres. No hemos observado formas graves y prolongadas.

3^o) *Episodios dolorosos con características de sufrimiento de orden mecánico*, por retención en el asa aferente, terminados con vómitos biliosos, los anotamos en tres oportunidades; han retrocedido con tratamiento médico; no hemos reintervenido por tal causa en operados por nosotros.

4º) Respecto a la *participación del reflujo* en el síndrome postprandial, nos interesa destacar, que en el examen radiológico sistemático, hemos encontrado con cierta frecuencia, *reflujo discreto sin traducción clínica*, hecho que atribuimos al buen funcionamiento del asa aferente que no permite la estasis; pero creemos que un reflujo importante es causa de sufrimiento, *porque traslada y agrega el proceso de yeyunitis al asa aferente, con el agravante del trastorno de evacuación*. No hemos realizado intervenciones para corregir un reflujo agresivo, pero tenemos actualmente en asistencia una operada de cuatro años antes, donde la única causa de sufrimiento que encontramos, es un reflujo importante que nos proponemos tratar quirúrgicamente.

5º) Registramos 3 casos de *anemia* microcítica por carencia (un hombre y dos mujeres) que han requerido un tratamiento prolongado. No tenemos casos de anemia megaloblástica.

6º) Algunos de nuestros operados han presentado *síndromes diarreicos* que cedieron con medicación adecuada.

7º) Respecto al *estado nutricional*, no hemos observado los déficits importantes que se atribuyen a la supresión del duodeno del circuito; nuestros operados han aumentado, en general, rápidamente de peso cuando se ha instituido una dieta correcta en su composición y administración horaria.

CONCLUSIONES

1) Las causas que influyen en los resultados de la gastropilorectomía por ulcus son múltiples; pero a través de 20 años de cirugía gástrica, reafirmamos nuestra impresión de que, cualquiera sea la técnica empleada, un gran porcentaje de complicaciones y resultados imperfectos, se deben a incorrecciones en los tiempos de exéresis y reconstrucción.

2) En la reconstrucción por anastomosis gastroyeyunal, hemos obtenido resultados semejantes, realizando la anastomosis oral parcial valvulada (Hofmeister-Finsterer) u oral total (Reitichel-Polya), con montaje retro y precolónico, cuando se han cumplido las exigencias técnicas.

3) Los perfeccionamientos técnicos permiten obtener excelentes resultados con la anastomosis gastroduodenal (Pean-Billroth), después de resecciones amplias, sin peligros de dehiscencia ni úlcus postoperatorio y con la ventaja de conservar el duodeno en el circuito digestivo.

4) Las técnicas de sustitución no se justifican, a nuestro juicio, en gastrectomías parciales por úlcus.

RELATO:

Orientaciones actuales en el tratamiento de las lesiones de los gruesos troncos arteriales. Los sustitutos de arterias.

Dr. Pedro Larghero Ybarz.

CORRELATOS:

Aortografía y arteriografía de miembros.

Dres. Eugenio R. Zerboni y Héctor J. Pollero.

Los aneurismas de los grandes troncos arteriales viscerales.

Dr. Juan Alberto Folle.

Diagnóstico de la obstrucción de la aorta terminal.

Dr. Carlos Alberto Ormaechea.

Tratamiento de las heridas de los troncos arteriales.

Dr. Roberto Rubio.

Coartación de aorta. Experiencia personal.

Dr. José Luis Roglia.