

GASTRECTOMIA OBSTRUCCION DEL SISTEMA DIVERTICULAR — FISTULA DUODENAL ULCUS YEYUNAL (*)

Dr. Abel Chifflet

Los fundamentos de la cirugía del ulcus gástrico son de orden fisiológico. La experimentación en animales ha enseñado esta fisiología y sobre todo ha mostrado sus particularidades, después de las más variadas modificaciones provocadas por la cirugía.

Pero la fisiología digestiva está íntimamente conectada con la personalidad psíquica, por lo cual la experimentación animal no puede ser totalmente aplicable al hombre. En el camino del progreso debemos observar y aprender con lo que la cirugía humana nos muestra. La intervención quirúrgica se hace con el fin de curar al enfermo, pero es útil tener el espíritu abierto a la observación crítica, para sacar de ese enfermo la enseñanza de un concepto fisiopatológico provechoso.

I. El enfermo

El Sr. Carlos C., de 60 años, fué operado por un Asistente en el Servicio a mi cargo, el 20 de setiembre de 1951, por un ulcus gástrico, yuxtapilórico, con incisión en bandolera sobre el epigastrio, practicando una gastropilorectomía con gastroyeyunostomía retrocólica oral parcial.

A los 6 días, comienza con molestias en hipocondrio derecho. Tolerancia bien la alimentación. A los 10 días se produce una fístula duodenal por la comisura derecha de la herida.

En los días siguientes la fístula se mantiene con abundante salida de líquido bilioso que irrita la piel. Alimentación bien, vientre libre. Se aspira la secreción de la fístula, transfusiones, etc. El estado general decae seriamente: deshidratación, hipotensión, palidez.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 24 de junio de 1953.

II. Interpretación del caso clínico

Partimos del concepto de que la patología del gastrectomizado no es patología gástrica sino que es fundamentalmente patología del intestino. La región de la boca gastroyeyunal divide al intestino en dos sectores, separados por el pequeño puente resultante de la incisión yeyunal para la neo-boca. ^(1, 2) El sector distal hace continuidad a la cavidad gástrica, siendo así integrante del sistema principal de circulación de los alimentos. El sector

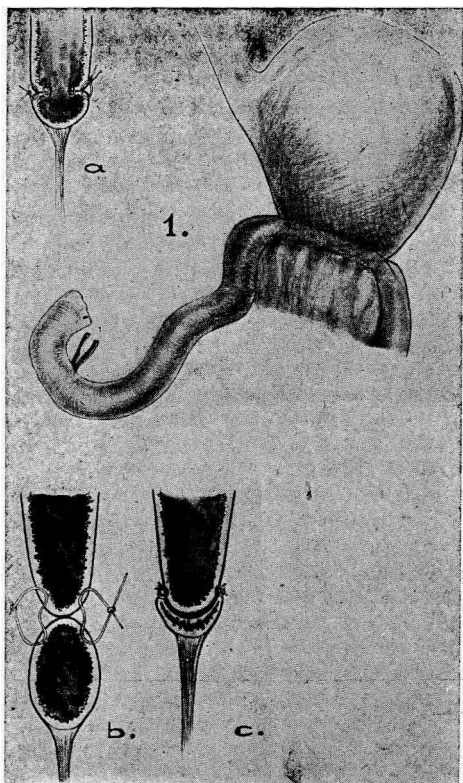


FIG. 1. — En la zona del corte yeyunal (a), la disminución de calibre del intestino no tiene importancia. En las comisuras (b-c) puede hacerse una sutura que obstruye la luz intestinal.

proximal está constituido por el duodeno y asa aferente, excluidos de la circulación de alimentos y formando un sistema diverticular cuya función dominante es enzimática (Figs. 1, 2, 3).

El enfermo en consideración no tenía trastornos del sistema principal, es decir de circulación de alimentos, puesto que se alimentaba y no había retención gástrica.

El enfermo tuvo fenómenos en el sistema diverticular. Hizo

según nuestro razonamiento una obstrucción del asa aferente. La oclusión en asa cerrada provocó los sufrimientos del hipocondrio derecho. A veces hay dolor mediano o izquierdo por influencia seria de esta oclusión sobre el páncreas. La falta de bilis en el estómago en ese período y el control radiológico (boca llevada hacia la izquierda, gases en el intestino, sombra difusa

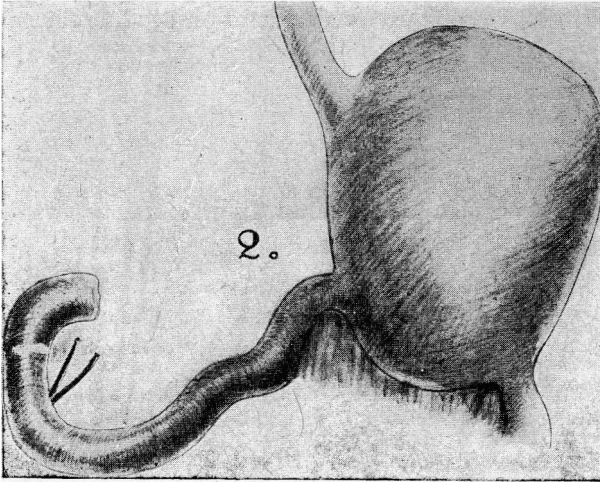


FIG. 2. — En el antiguo gastrectomizado, se constituye una bolsa gastroyeyunal, con un orificio aferente y un orificio eferente, independizados.

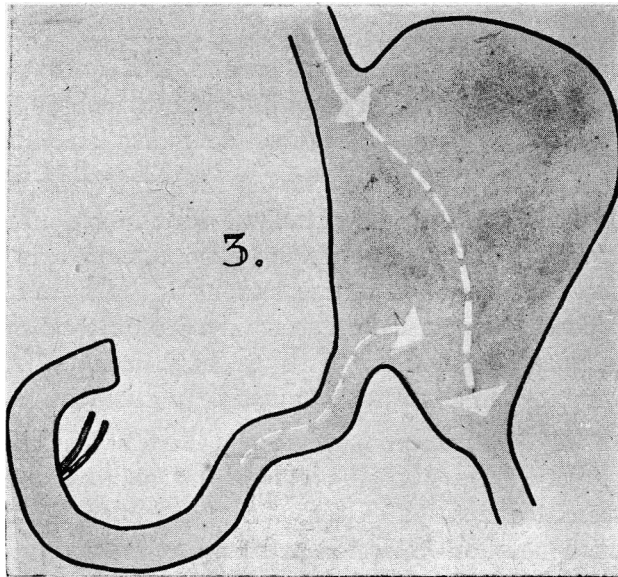


FIG. 3. — La vía digestiva principal la constituye el estómago y el asa eferente. El asa aferente corresponde al sistema diverticular.

en el flanco derecho) hubiesen confirmado el diagnóstico y conducido a la reoperación.

La persistencia de la oclusión provocó desunión del muñón duodenal y el absceso subfrénico que se abrió en la herida operatoria sin dificultad, por la topografía de dicha herida que llegaba hasta la región del absceso. Corrió un riesgo serio de peritonitis generalizada, y llegó al estado de fístula duodenal total.

La pérdida de todos los líquidos duodeno-bilio-pancreáticos ha llevado al enfermo rápidamente a la denutrición, a pesar del tratamiento general instituido.

III. Plan terapéutico

Con diagnóstico de oclusión del sistema diverticular y fístula duodenal total, la indicación operatoria es clara.

Descartamos por supuesto la intervención dirigida al muñón duodenal, ya que la fístula era una consecuencia de la obstrucción del sistema diverticular. El acto operatorio debe dirigirse a la región inframesocólica, con criterio de exploración sobre la causa de la obstrucción y en vistas a su tratamiento. La fístula curará solamente si cura la obstrucción.

Las operaciones planteables en estos casos son: 1) yeyunostomía; 2) enteroanastomosis entre el sistema diverticular (duodeno o comienzo del yeyuno) y el yeyuno eferente; 3) liberación de factores extraintestinales que provoquen compresión, angulación o torsión; 4) yeyunoplastia en la zona de la neoboca; 5) exéresis de la neoboca seguida de nueva anastomosis.

1) *La yeyunostomía* ha sido realizada por muchos cirujanos. En casos de vía principal obstruída tiene como justificativo la alimentación del enfermo pero cuando existe una obstrucción diverticular, la yeyunostomía no influye sobre ella ni sobre su consecuencia nefasta, que es la pérdida total de los líquidos duodenales. En nuestro caso de obstrucción diverticular pura, la yeyunostomía no tenía ningún justificativo.

2) *La enteroanastomosis* entre el sistema diverticular y el asa eferente es una operación que soluciona el problema fundamental que es la obstrucción y que cura seguramente la fístula duodenal. Puede además realizarse en la región subyacente a la

zona de la neoboca, sin interferir con las suturas de la operación anterior.

Pero la enteroanastomosis en el gastrectomizado debe hacer meditar siempre. Cuando después de gastrectomía el asa aferente evacúa normalmente su contenido en la zona de la neoboca, la entero anastomosis no tiene justificativo y se tolera muy bien, porque aún funcionando con generosidad el sector yeyunal afe-

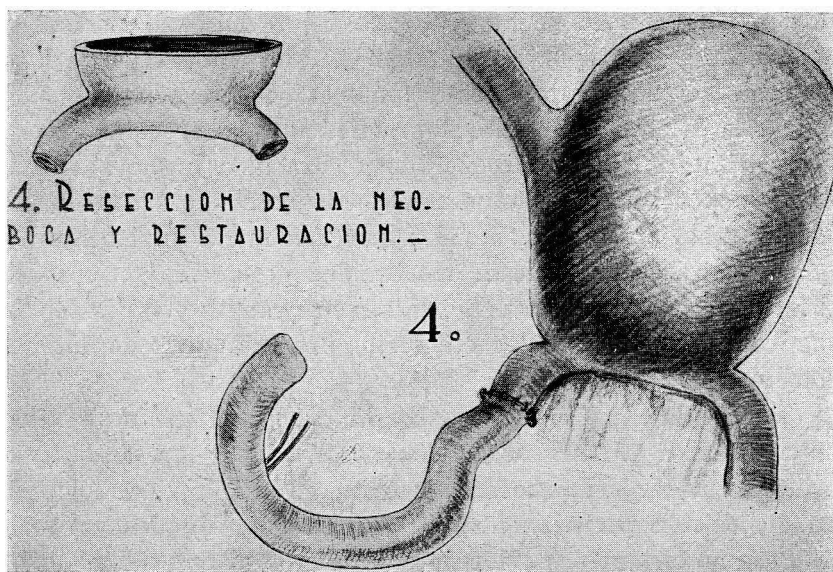


Fig. 4. — Resección de la neoboca. Anastomosis yeyuno yeyunal y gastroenterostomía por debajo.

rente permite a los jugos duodenales contactar con la zona de la neoboca. Pero si hay una obstrucción del asa aferente que hace necesaria la derivación por enteroanastomosis el asa queda prácticamente desfuncionalizada y el enfermo tiene en realidad un sistema en Y semejante a la gastroenterostomía de Roux (Fig. 5). La zona de la neoboca no recibe los jugos duodenales, ya que éstos por la derivación, pasan directamente al yeyuno eferente. La consecuencia de este estado ha de ser la yeyunitis en la zona de la neoboca y la úlcera yeyunal.

La observación clínica hizo abandonar terminantemente la operación de Roux hace muchos años. La enteroanastomosis en

la gastrectomía es condenada por muchos cirujanos, con apoyo de la experimentación y de la observación clínica que demuestran un porcentaje importante de ulcus yeyunales. Si tenemos en cuenta la diferencia funcional radical entre los casos con asa aferente permeable y los casos con asa aferente obstruída, llegamos a la conclusión de que el porcentaje de ulcus yeyunales está constituido seguramente por estos últimos (Fig. 5).

Otero (³) publicó una observación muy ilustrativa en este sentido. Un enfermo fué operado de ulcus duodenal perforado haciendo el cierre de la perforación. Al año y medio se le hizo una gastrectomía. Siete meses después es operado por una brida que obstruye el asa aferente y practica una enteroanastomosis. A los 16 meses debe ser reoperado y cura al enfermo haciendo la resección del asa anastomosada con la boca de gastroenterostomía y rehaciendo la continuidad por una nueva gastroenterostomía. El asa estaba en esta oportunidad permeable, en sus dos cabos, pero enormemente distendida, con grandes ganglios en la zona correspondiente del mesenterio, presentando todo un aspecto inflamatorio intenso.

3) *La liberación del sistema diverticular* tiene un sentido más ajustado a la realidad del proceso: seccionar una brida, deshacer una adherencia que angula o tuerce al intestino, corregir una disposición perjudicial al nivel del ángulo duodenoyeyunal, etc. Pero no siempre es evidente el obstáculo ni es posible suprimirlo por liberación extravisceral.

4) *La yeyunoplastia* sobre la neoboca permite a veces corregir los defectos del anillo de llegada del asa aferente, haciendo una amplia comunicación con la eferente sin los inconvenientes de la enteroanastomosis. (⁴)

5) *La exéresis de la neoboca* constituye el tratamiento radical al cual hay que llegar a nuestro modo de ver, como solución del problema de la obstrucción y como solución definitiva para el operado. Reconstruir la continuidad yeyunal por anastomosis términoterminal y abocar por debajo el estómago.

Sobre la base de estos conceptos planeamos la operación. Iríamos a la región de la neoboca, por debajo del mesocolon a buscar la causa de la obstrucción.

1) Si encontramos la obstrucción y es tratable directamen-

te (brida, hernia interna, aoodadura, etc.) haríamos su corrección.

2) Si la obstrucción fuese en la propia boca aferente haríamos una yeyunoplastia.

3) Si la obstrucción dependía de factores no tratables directamente, iríamos a la resección de la neoboca y restauración de la anastomosis gastroyeyunal.

4) Si las condiciones del enfermo no permitiesen esta intervención, haríamos una enteroanastomosis temporaria (duodenoyeyunostomía o yeyunoyeyunostomía) para realizar en una operación ulterior la resección de los segmentos anastomosados.

IV. La operación

Anestesia general. Transfusión. Mediana supraumbilical. Infiltración inflamatoria importante en la región de la neoboca: edema, congestión, gruesas adenopatías en el mesenterio de la primer asa yeyunal.

Al pretender separar suavemente la zona de la neoboca adherida laxamente al mesocolon, se produce una solución de continuidad en el asa yeyunal eferente, saliendo pequeña cantidad de líquido no bilioso. Por este orificio se introdujo una pinza curva comprobando claramente que pasaba con facilidad al estómago, mientras que era imposible entrar en el asa aferente. La zona del yeyuno que rodeaba a la perforación estaba acartonada y congestiva, demostrando la existencia de un proceso visceral.

El asa aferente estaba obstruída por un proceso donde intervenía fundamentalmente la torsión.

El tratamiento de la lesión por operación extravisceral no era posible. La yeyunoplastia estaba contraindicada por el proceso inflamatorio y perforativo yeyunal. Las condiciones precarias pudieron justificar la enteroanastomosis temporaria, pero la necesidad de tratar además la perforación en pleno foco de acartonamiento yeyunal inflamatorio, nos decidió por la resección de la neoboca.

Se hizo la resección del asa yeyunal restableciendo su continuidad por enteroanastomosis términoterminal y gastroyeyunostomía precólica por debajo. (Fig. 4)

V. La evolución

El enfermo toleró bien la operación. El tránsito digestivo principal se mantuvo normal. El estado general mejoró sensiblemente día a día. El líquido recogido de la fístula duodenal se administró por sonda gástrica.

A los 10 días, persiste la fístula duodenal que atribuimos a la continuidad de la aspiración. Por ese motivo se retira la aspiración y se hace un pequeño taponamiento del trayecto. Al día

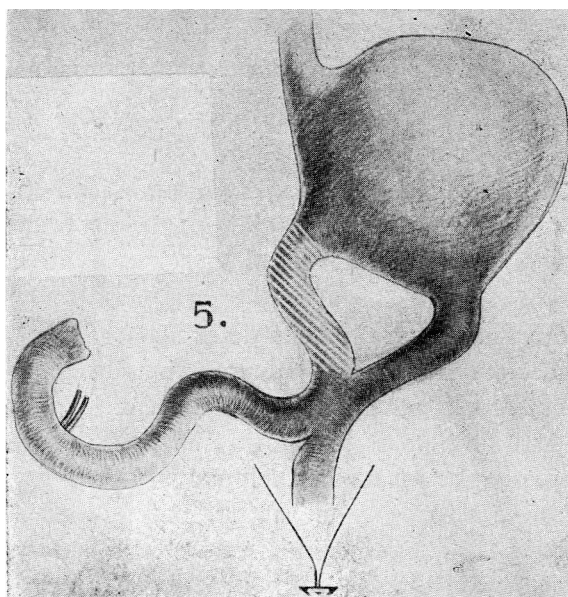


FIG. 5. — La obstrucción del asa aferente o su desfuncionalización impide la llegada de líquidos duodenales a la neoboca, constituyendo un verdadero dispositivo en Y.

siguiente la mecha está seca y el enfermo muy bien. A los 15 días de la operación, la fístula está cicatrizada.

Actualmente (21 meses de la operación) el enfermo vive normalizado en estado general y digestivo.

VI La pieza operatoria.

La mucosa gástrica en la neoboca no muestra nada de particular. El yeyuno, en la zona eferente presenta: “exulceraciones y úlceras múltiples, recientes, con abundante proliferación conjuntiva, infiltración celular intersticial y necrosis superficial. Una de las ulceraciones había llegado hasta la serosa, produciendo así la perforación intestinal”.

VII. Consideraciones finales.

Consideramos 1º) que la gastropilorectomía con gastroyeyunostomía es operación de exéresis y operación de derivación; 2º) que el porvenir inmediato y tardío del enfermo dependen tanto de la exéresis como de la derivación y 3º) que en ésta no interesa el cabo superior o gástrico sino los inferiores o yeyunales.

La patología del yeyuno anastomosado debe considerarse por separado en el asa eferente que integra la línea principal del tránsito digestivo y en el asa aferente que constituye el canal excretor de un sistema diverticular esencialmente secretor (jugos duodenales, pancreáticos y biliares).

La obstrucción del sistema diverticular puede existir sin fenómenos patológicos en la línea digestiva principal. La patología obstructiva del sistema diverticular la hemos conocido sobre todo por los aportes al tema de Del Campo (⁵ ⁶). Constituye un capítulo importante del postoperatorio inmediato que puede tener también importancia en el futuro.

Nuestro enfermo tenía una obstrucción del asa aferente que provocó los estados ulteriores hasta la denutrición por fístula duodenal total.

Pero tenía además ulceraciones yeyunales en el asa eferente que llegaron a la perforación antes de los 24 días de la gastrectomía.

Consideramos que la causa fundamental del ulcus yeyunal es la falta de jugos duodenales en la región de la neoboca durante la secreción gástrica (⁷). A veces hay razones orgánicas que impiden tal llegada como es el caso de las derivaciones intestinales por debajo de la neoboca (anastomosis en Y o enteroanastomosis con obstrucción del asa aferente). En nuestro caso las ulceraciones resultaron de la falta de jugos duodenales, por la obstrucción del yeyuno aferente.

Pero con mayor frecuencia no hay factores que impidan la llegada de los jugos duodenales a la neoboca y entonces lo patógeno es la incoordinación funcional que los hace llegar a destiempo. Esta incoordinación funcional en el gastrectomizado es para nosotros la causa fundamental de los trastornos que presenta cierto número de operados, trastornos que con frecuencia desaparecen por una adaptación o coordinación progresiva.

En los ansiosos, que tan frecuentemente sufren después de la gastrectomía se producen olas de secreción gástrica de origen psíquico, que llegan puras al yeyuno, sin la correspondiente llegada de los jugos duodenales.

En las gastrectomías suprapilóricas, en que no se reseca la mucosa del antro, la influencia hormonal de ésta sobre el muñón gástrico provoca las mismas olas agresivas a destiempo y el ulcus yeyunal aparece con mayor frecuencia (8).

En los operados con funcionamiento normal de la línea principal gastroyeyunal pueden existir causas funcionales que hagan llegar los jugos duodenales a destiempo y se produzca en el yeyuno la misma agresión que en los casos de derivación intestinal. Así se explicaría la frecuencia de recidiva de ulcus yeyunales después de exéresis; la existencia de ulcus yeyunales después de gastrectomías amplias y con clorhidria baja (9); la frecuencia de ulcus yeyunales en gastrectomizados que habían tenido anteriormente una gastroenterostomía que había creado un nuevo sistema de coordinación.

Nuestro enfermo fué reoperado con la idea de suprimir la obstrucción del sistema diverticular y el acto operatorio nos mostró la existencia de lesiones yeyunales que atribuimos a la obstrucción que impedía la llegada de jugos duodenales a la neoboca. Debimos reseca el asa enferma, pero creemos que aun cuando hubiese estado normal, había indicación de traer los jugos duodenales a la región de la neoboca y no conformarse con la derivación por debajo. Esta hubiese mantenido las condiciones favorables de sufrimiento del yeyuno eferente.

BIBLIOGRAFIA

1. CHIFFLET, A. — La patología inmediata del operado gástrico. Segundo Congreso Argentino de Gastroenterología, 1953. Patología del Estómago operado: 482 págs. Editorial Universitaria Bs. As. pág. 255 - 281.
2. KENNEDY, CH. S.; REUNOLDS, R. P.; CANTOR, M. O. — A study of the gastric stoma after partial gastrectomy. An analysis of 90 gastric resections. Surgery, 1947, 22: 41-47.
3. OTERO, J. P. — Oclusión post-gastrectomía. Bol. de la Soc. de Cir. del Uruguay, 1950, XXI: 20-34.

4. HOAG, C. L.; SAUNDERS, J. B. — Obstruction following gastroenterostomy or subtotal resection of the stomach: treatment by jejunoplasty. Arch. of Surg., 1941, XLII: 259-278.
5. DEL CAMPO. — El duodeno de los gastrectomizados. El síndrome postprandial precoz. Anales de la Clínica Médica "A", 1945-50, V: 31 - 51.
6. DEL CAMPO, J. C.; COMAS, E. J.; OUTEDA, E. — El síndrome de "Dumping". Bol. de la Soc. de Cir. del Urug., 1950, XXI: 449-460.
7. OLIVER, J. V. — Effect of gastrectomy and diversion of duodenal secretions into the terminal portion of the ileum on development of ulcer. Arch. of Surg., 1949, 59: 199-209.
8. OGILVIE, H. — Gastrectomy. A human experiment. The Lancet, 1947, CCLIII: 377-379.
9. CAMES, O. J. —Úlcera péptica post-gastrectomía. Anales de Cir., 1946, XI: 194-209.

Dr. García Capurro. — Quería felicitar al Dr. Chifflet por la comunicación que nos trae. Veo que él tiene la misma preocupación que tenemos algunos otros cirujanos en este momento. Hay algunos cirujanos que parecerían considerar que la cirugía gástrica ha llegado ya a un equilibrio y no debe modificarse en ningún punto.

Es verdad que hemos recibido de los cirujanos anteriores a nosotros una cirugía gástrica muy adelantada y muy útil. Desde el punto de vista de la técnica operatoria y de la seguridad operatoria quizás sea difícil de mejorar pero hay evidentemente, como dijo el Dr. Chifflet recién, enfermos que tenían una funcionalidad postoperatoria insuficiente y que nosotros muchas veces podemos saber ya cuáles son los enfermos que van a tener esa función incorrecta, y por lo tanto parece justo que para algunos enfermos, no en una forma general, sino para ciertos enfermos, nos empeñemos en buscar una intervención que sea capaz de dar una funcionalidad más completa y por lo tanto, un postoperatorio mejor. Veo que el Dr. Chifflet también está empeñado sobre este camino que evidentemente va a dar sus frutos. Es lo que quería decir.

Dr. Cendán. — El Profesor Chifflet nos ha traído una observación muy interesante y muy completamente estudiada en todos sus aspectos. Y nos ha planteado un doble problema: primero, el de las razones por las cuales a consecuencia de una gastrectomía subtotal, los enfermos hacen un síndrome obstructivo del ansa aferente que lleva a la dehiscencia duodenal o a veces dehiscencia de la neoboca.

Ese problema merece tal vez más atención de la que ha tenido en nuestro medio, porque aparte de los trabajos que el Profesor Chifflet citaba en este momento, es poco lo que se ha escrito entre nosotros y llama la atención que se hable poco de esta complicación que hemos tenido ocasión de observar en varios casos.

Estoy casualmente estudiando ese problema y he escrito un trabajo sobre dehiscencias duodenales para presentar en una de estas reuniones de nuestra Sociedad y a propósito de eso, al reunir los casos me encontré admirado, yo mismo, que había tenido ocasión de observar quince casos de dehiscencia postoperatoria del muñón duodenal. Hablando hace un tiempo con el doctor Valterkirschen, asistente del Profesor Finsterer, nos llamaba la atención que él dijera que nada menos que Finsterer preconizara el drenaje preventivo de las dehiscencias duodenales en la operación por gastrectomía y nosotros pensábamos que en nuestro medio siendo las dehiscencias duodenales extremadamente raras, no se justificaba el drenaje preventivo.

El análisis de las observaciones nos ha hecho evolucionar un poco y hemos llegado a pensar que el drenaje preventivo de las dehiscencias duodenales es una medida lógica, de mucha importancia, y que tiene sus indicaciones precisas. No voy a entrar en este momento sobre este asunto, pero hablaremos cuando traigamos el tema a la Sociedad.

Existen causas diversas para llevar a la oclusión del ansa aferente, unas imputables al cirujano, defectos de técnica; otras imputables al estado general del enfermo por trastornos humorales; otras imputables a la dificultad que se encuentra en el momento de la intervención para el cierre del muñón duodenal; y otras imputables a procesos inflamatorios que no se pueden prever en el acto operatorio y que pueden llevar a la oclusión del asa aferente; creo que este caso responde a ese tipo. En cuanto a la conducta terapéutica misma ofrece problemas. Cuando nosotros presentamos nuestro trabajo con el Dr. Otero sobre el tratamiento de las fístulas digestivas altas por aspiración continua, insistíamos en que el tratamiento aspirativo era efectivo siempre que el libre tránsito del aparato digestivo estuviera conservado, es decir que frente a una oclusión diverticular no se puede pretender curar una fístula duodenal por aspiración continua si existe un obstáculo en la boca aferente que impide la normal circulación, como acaba de decir Chifflet; sin embargo la aspiración continua aún en estos casos, tiene la ventaja de que permite preparar la pared para la operación ulterior. En cuanto a la manera de corregir esta situación o prevenirla frente a casos en los cuales no hay otra solución, como dice Chifflet, que ir a la extirpación de la zona lesionada, cabe pensar si en el momento actual no correspondería plantear las operaciones de reemplazo del estómago por colon o yeyuno. Precisamente estos casos son los de indicación más neta de gastrectomía con reemplazo, según los autores ingleses que se han ocupado de este asunto. Felicito al Profesor Chifflet por su comunicación, y por haber traído a la consideración de la Sociedad un problema de gran actualidad e importancia.

Dr. Prat. — El problema interesante que nos presenta el Profesor Chifflet en esta comunicación nos ha preocupado profundamente; la prueba está que nosotros en los Boletines del Instituto de Clínica Quirúr-

gica publicamos un trabajo denominado la Continuidad del tránsito gastro-intestinal después de la gastrectomía, ya sea por la anastomosis gastro-duodenal o sea la operación de Pean, o la anastomosis gastro-yeyunal por las operaciones de Reichel-Polya o de Hoffmeister-Finsterer.

La primera cosa que nos llamó la atención es lo que se ve aquí en el esquema que nos presenta el Prof. Chifflet, así como en los esquemas de Lahey, se observa que en las anastomosis gastro-yeyunales la comunicación es en una línea horizontal. Ya sea que una anastomosis de Polya o de Hoffmeister-Finsterer, es decir, comunicación total o parcial y entonces la primera cosa que se nos ocurre es establecer que el alimento gástrico que encuentra una boca amplia, horizontal, puede ir tanto por el asa aferente como por el asa eferente.

Indudablemente que eso es perfectamente posible y nos inclinó a estudiar el problema; entonces nos preocupamos de establecer lo que ocurre en la práctica cuando realizamos una gastrectomía subtotal, vale decir, cuando la sección del estómago se hace a la altura de los vasos cortos y puede venir de arriba abajo y de izquierda a derecha, horizontal o por el contrario hacia arriba, y en ese caso ya la incisión va hacia el cardias. Nosotros la realizamos habitualmente de izquierda a derecha y de arriba abajo, con anastomosis isoperistáltica; o colocar el asa de derecha a izquierda, hacer la anastomosis aniso-peristáltica. Ya Mayo y Guoi-loud sabían que, tanto la anastomosis iso como aniso peristáltica funcionan perfectamente, pero queremos llamar la atención que cuando la continuidad gastro-yeyunal se realiza con el asa de derecha a izquierda, entonces, hay que realizar en ella una **vuelta** o **bucle**, que puede ser la causa de un íleo, como ocurrió en un caso que operé en el Instituto de Clínica Quirúrgica. (Ver Boletín del Instituto de Clínica Quirúrgica, Vol. II, N° 1, Año ...).

Para que esta complicación no se produzca, lo mejor es realizar la anastomosis iso-peristáltica de izquierda a derecha el asa y de arriba abajo; porque si se realiza aniso-peristáltica, de derecha a izquierda, hay que traer el asa yeyunal a la pequeña curva, incurvarla ahí y llevarla hacia la izquierda, con una franca flexión o vuelta. La flexión puede provocar un obstáculo a la circulación gastro intestinal y si se agrega la infección puede provocar una fístula duodenal o una oclusión.

En nuestro caso la oclusión se produjo dos meses después, volviendo el enfermo con una oclusión intestinal. En la autopsia se pudo comprobar que era el asa yeyunal, en la curva que habíamos hecho para efectuar la anastomosis en posición de aniso peristáltica, o sea de derecha a izquierda, y fué allí donde se hizo el proceso de adherencias que se propagó al duodeno; había un proceso inflamatorio intensísimo y que ocasionó la oclusión sumamente seria y muy grave, tan grave que no permitió operar al paciente, que fallece a las 20 horas.

Hemos sabido que otros cirujanos han tenido casos similares y por eso creemos conveniente recomendar, no realizar torsiones o flexiones del yeyuno en la práctica de la anastomosis. Después de haber estudiado este

problema y de haber publicado nuestros casos en el Boletín del Instituto, estudiamos estas anastomosis en las radiografías del Dr. Zerboni y pudimos comprobar que hay trastornos de funcionamiento y hay inclinaciones de izquierda a derecha y viceversa, pero la conclusión a que llegamos al final después de este examen, es que la anastomosis se horizontaliza con cualquier tipo de anastomosis realizado, como precisamente lo plantea Lahey. Creo y lo establezco categóricamente, que si se coloca el asa de pequeña curva hacia la derecha, ésta tiene que alargarse y flexionarse y esto expone a complicaciones; expone más a la oclusión que las anastomosis hechas directamente de izquierda a derecha y de arriba abajo, realizando una gran resección como se hace en la gastrectomía subtotal clásica.

Ahora bien, creo que los cirujanos nos olvidamos a veces de las dimensiones del estómago extirpado, decimos gastrectomía subtotal y en general ella no es subtotal y sí sólo parcial. Hay interés en realizar la gastrectomía subtotal que es la operación que va a suprimir la hiperclorhidria y dar la anaclorhidria, que es el elemento más favorable para evitar el ulcus péptico. Un cirujano, Santy, ha estudiado este problema después de la gastrectomía y ha llegado a la conclusión de que mismo en aquellas resecciones más amplias, que quedaba un estómago residual, del tamaño de una naranja pequeña, o una mandarina; el estudio del quimismo gástrico encontró hiperclorhidria y esos casos pueden precisamente repetir el ulcus péptico y entonces recomendaba que fueran seguidos esos pacientes muy de cerca por los médicos y los cirujanos, para evitar el ulcus péptico.

La comunicación del Dr. Chifflet es muy interesante y pone en el tapete este problema que es de palpitante actualidad y de tecnicismo muy importante. Debemos estarle muy reconocidos por haber traído esta comunicación a nuestra Sociedad.

Dr. del Campo. — El asunto que trae a la Sociedad de Cirugía el Profesor Chifflet me ha preocupado a mi desde hace ya por lo menos, con certificado escrito, 28 años; la tesis mía de agregación que hice por mi propia voluntad, fué precisamente partiendo del punto de vista de la observación de las fístulas duodenales, y creyendo que las fístulas duodenales, se deben o pueden tener su origen en la irrigación del muñón duodenal.

La tesis mía sobre circulación del duodeno; embarcado en esa idea y después de hechos los estudios de circulación del duodeno, llegué a la conclusión de que, salvo un estado precedente de caquexia o un estado de shock post-operatorio era difícil explicar por falta de irrigación la dehiscencia del muñón duodenal.

La sintomatología, los fenómenos dolorosos, los cuadros agudos llegando a ser cuadros perforativos, no los voy a repetir porque los tengo publicados en un trabajo sobre el duodeno del gastrectomizado de uno de los cursos de graduados, de hace tres o cuatro años. Para nosotros

hay en esos cuadros agudos dos formas: una forma duodenal y una forma duodenopancreática. Pero debo agregar que no siempre la fístula duodenal se hace en una forma ruidosa, a veces se hace en una forma perforativa solapada que hay que buscarla, y otras veces aunque se busque no se encuentra el episodio agudo perforativo. Es probable que en algunos casos no intervenga tanto el elemento oclusivo; que responda a veces a otra patogenia, a la digestión por el jugo duodenal y pancreático, de la sutura del muñón.

Pero en general creo que la causa de las fístulas duodenales está en una oclusión duodenal cuyo punto de partida debe buscarse al nivel de la neoboca anastomótica como explicaba el Profesor Chifflet.

No es la única patología de la neoboca anastomótica; en esa misma sesión de graduados sostenía que el llamado síndrome de dumping de los americanos en lugar de corresponder como creen ellos a inundación del asa eferente, corresponde en general a un síndrome duodenoyeyunal aferente, cuyas pruebas faltan porque la radiología sólo ve el segmento gastro-eferente de la neoboca. Debo decir que según ese criterio, llevo ya operados cuatro casos de síndrome de dumping (tres correspondientes a otros cirujanos y uno personal) por anastomosis entre el asa yeyunal aferente y asa yeyunal eferente y han marchado perfectamente bien (uno de ellos con tres años de antigüedad, otro de ellos con siete años habiendo empezado a sufrir en los primeros días de la gastrectomía, otro de ellos con once años y el otro, que me corresponde desde su iniciación, es decir que fui el causante del síndrome del dumping al año de la gastrectomía. Es interesante relacionar el síndrome del dumping de los americanos con lo que pensarían los europeos; creo que los americanos se largaron por cuenta propia sin tener en cuenta los trabajos europeos sobre la oclusión del duodeno y asa yeyunal aferente perfectamente conocido en Francia y en Alemania.

La solución de estos casos de fístulas, como la solución de estas obstrucciones puede hacerse por diferentes procedimientos y el Profesor Chifflet sostiene su posición. Nosotros hemos hecho la anastomosis yeyunoyeyunal; es diferente un poco de la antigua anastomosis del Braun, preventiva, alejada de la boca de gastro-enterostomía; la anastomosis que se preconiza ahora es inmediata a la boca de gastroenterostomía, para no dejar ese segmento yeyunal privado de los jugos del asa aferente, más aún, un cirujano americano propuso una anastomosis llamada en pantalón, por semejanza al pantalón que tiene una parte superior en que se juntan las dos piernas; de manera que la anastomosis correspondería a la parte yuxtaanastomótica superior de las asas yeyunales y se juntarían los dos jugos de manera de impedir lo que preocupa al Dr. Chifflet, lo que nos preocupa a todos, es decir posible aparición de un ulcus péptico.

La otra nota que refiere el Dr. Chifflet me interesa también mucho, es decir ese estado de yeyunitis, de ulceración que se encuentra en el asa eferente y que la relaciona a la falta de jugo duodenal. Ese es un punto que ha sido uno de los temas favoritos de un gran cirujano, Konjetzny, el

cual al llegar a los 70 años acaba de publicar un estupendo libro resumiendo su experiencia sobre la formación ulcerosa en el estómago y duodeno, con veinte y tantas páginas sobre ulcus péptico de la neoboca; el autor muestra con los exámenes histológicos perfectamente bien, el papel de la infección en esta yeyunitis. Es sabido que la juntura gastroyeyunal no es cicatrizal, de primera intención, se cicatriza de segunda intención; formándose una zona necrótica que después se recubre de mucosa; es una zona expuesta a los jugos, al material alimenticio, expuesta a la infección y tiene figuras perfectas que muestran el trayecto infeccioso por debajo de la muscularis mucosa hasta la superficie del yeyuno.

Adhiriendo a la superficie del yeyuno se ven gleras, aún en casos de marcha normal, o falsas membranas las que se relacionan con focos alejados a veces situado en el corion de la mucosa y a veces hasta en la submucosa, a menudo en relación con hilos de sutura. Se atribuyen a los hilos de sutura una gran importancia, lo mismo que al ambiente microbiano en que se desarrolla la operación. El microbio va perdiendo categoría desde la época que han aparecido los antibióticos, no se les tiene en cuenta pero siguen actuando. El autor señala por ejemplo la evolución que pueden tener estas suturas cuando en el estómago se encuentran sarcinas. Aquí nosotros no hacemos esas cosas y a veces vemos las consecuencias y no podemos interpretarlas. La obra de Konjetzny es un estudio muy a fondo y muy bien hecho, con estudios histológicos muy bien realizados.

Lo felicito al Profesor Chifflet que presenta los problemas de patología con esa claridad que lo ha caracterizado siempre.

Dr. De Chiara. — El Prof. Chifflet nos ha mostrado con brillantez y claridad el problema planteado por un enfermo que tuvo que asistir en su Servicio con una oclusión del asa aferente de la neoboca de una gastrectomía subtotal por ulcus, que culminó con una dehiscencia del muñón duodenal y fistula duodenal. En la exploración quirúrgica confirmó la obstrucción del asa aferente a nivel de la neoboca por un proceso inflamatorio plástico periorificial y una yeyunitis exulcerativa y ulcerativa; trató su enfermo y lo resolvió en la forma exitosa que hemos escuchado, por lo que uno mis felicitaciones a las ya expresadas.

A las atinadas y autorizadas consideraciones que ha promovido esta presentación del Prof. Chifflet, quiero agregar modestamente algún comentario. Uno, de orden pedagógico y didáctico, que es, a mi juicio, uno de los méritos grandes de la comunicación, mostrando cómo se entiende mejor el problema del paciente y se logra plantear un rumbo fijo en la terapéutica cuando, a la luz de los conocimientos de fisiopatología, se trata de ubicar al enfermo en su verdadera situación. Así lo hizo el Prof. Chifflet, razonando el problema, planeando una táctica y llevándola a la práctica con el éxito conocido; esta manera de proceder, de gran valor didáctico, quiero destacarla expresamente.

En segundo término, ciñéndome al caso presentado, pienso si pudo haber influido en la situación del enfermo algún factor previsible y

evitable, es decir si pudo hacerse la profilaxis de ese proceso inflamatorio post-operatorio desencadenante de todo el resto de la situación. Quisiera conocer si en tal caso fueron cumplidos exactamente los principios básicos d indicación operatoria oportuna, es decir "en frío", con estabilización de lesiones o si por el contrario hubo que operarlo en pleno empuje o muy cerca de él; si la preparación preoperatoria fué correcta, dándole jerarquía a lo que expresaba recién el Prof. del Campo respecto al papel de la infección, haciendo preoperatorios con antibióticos, lavados gástricos, etc., que sustituyen la vacunoterapia previa de otros tiempos. Lo mismo conocer la tasa de acidez y tratar de normalizar al máximo en ese preoperatorio. En cuanto al post-operatorio, saber si se mantuvo intubado y aspirado para evitar la éstasis que crea un terreno de congestión pasiva apto para la infección secundaria y un estado de menor resistencia tisular que puede haber influido en la producción de esa yeyunitis exulcerativa y proceso inflamatorio regional.

Pregunto esto con una finalidad de aclaración y de jerarquizar ese aspecto del manejo del enfermo, no, porque tenga dudas de que se haya hecho así, pues conozco bien la forma prolija con que se asiste en el Servicio del Prof. Chifflet, pero deseaba insistir en la profilaxis de las situaciones operatorias y post-operatorias, ya que no todo es técnica, táctica, habilidad manual o tal o cual material de sutura; hay mucho que es manejo correcto del paciente en su oportunidad operatoria y tener en cuenta esa serie de imponderables que sumados llegan a tener tanta importancia como un error técnico o táctico quirúrgico.

Dr. Chifflet. — La gastrectomía, después de ocupar durante varios años la atención de los cirujanos, había dado el lugar a otros problemas quirúrgicos. En los últimos dos años ha renacido la preocupación por esta operación, pero no ya en vistas a los resultados inmediatos y a los efectos sobre la úlcera sino en vistas a la funcionalidad ulterior. En este sentido hay numerosos aportes en la literatura mundial, de un alto interés.

Deseo agradecer a todos los que se refirieron a mi comunicación, lamentando que sólo podré retomar algunos de los asuntos que tan oportunamente han traído al debate.

Los Dres. García Capurro y Cendán se refirieron a las interposiciones viscerales (yeyuno o colon) en las gastrectomías, operaciones con las cuales no está de acuerdo el Dr. Otero. Creemos que en nuestros días la interposición visceral tiene un justificativo de orden morfológico por lo cual tienen su indicación en las resecciones amplias impuestas por la naturaleza del proceso o por su topografía.

Pero la interposición modifica además las condiciones funcionales de la región operada, por lo cual debemos analizar sus resultados con particular atención. Nosotros creemos que el gastrectomizado beneficia para su enfermedad ulcerosa por la exéresis gástrica, pero que desde el punto de vista funcional tienen más jerarquía las modificaciones provocadas por la derivación gastroyeyunal. Esta opinión la resumimos habitualmente diciendo que el gastrectomizado con gastro-yeyunostomía debe ser consi-

derado funcionalmente como un gastro-yeyunostomizado con resección parcial de estómago. La interposición visceral suprime esta derivación, dejando el tubo digestivo en situación más cercana de su normalidad.

Los Dres. Cendán y Otero se refirieron a las fístulas duodenales, algunas de las cuales resultan seguramente de cierres defectuosos del muñón duodenal. En estos casos la aspiración continua es una terapéutica de gran eficacia. Pero es indudable que debe primar el concepto de que frecuentemente la falla duodenal resulta de un obstáculo al vaciado del duodeno y asa aferente (sistema diverticular). Este criterio lo tenemos desde la época en que el Dr. Del Campo estudió para su tesis la irrigación del duodeno en busca de causa de fístula duodenal y llegó a la conclusión de que debía considerarse fundamentalmente en estos casos el obstáculo a la evacuación duodenal. En esa línea de ideas, recordaré que en épocas en que se perdía tiempo discutiendo la mejor posición del asa yeyunal (iso o aniso peristáltica) el Dr. Mondino nos aconsejaba colocarla como quedase mejor, con lo cual prevenía los posibles accidentes obstructivos.

La idea del obstáculo a la normal evacuación del duodeno después de gastroyeyunostomía lo llevó a del Campo a aconsejarnos el estudio del ángulo duodenoyeyunal como motivo de tesis del doctorado en 1929. Desde esa época aprendimos a considerar la disposición de esta región para la cirugía gastroyeyunal, consideración que ha sido particularmente evidenciada por Lahey. Pero es indudable que otros mecanismos intervienen en la obstrucción del sistema diverticular que no nos detendrán hoy.

El Dr. Otero hizo referencia a la conducta aconsejada por cirujanos de la Clínica Mayo, que en caso de dificultad del cierre del muñón duodenal resuelven la situación colocando una sonda de Petzer y derivando al exterior el contenido del duodeno. Días después, al sacar la sonda, el duodeno cicatriza rápidamente no quedando fístula. Estos hechos demuestran la importancia de la normal evacuación del asa aferente, que permite la curación del orificio donde estaba la sonda, por simple corrimiento espontáneo hacia el yeyuno. Si hubiese obstáculo hacia abajo en el asa aferente se produciría una fístula incurable.

El Dr. del Campo relaciona en forma directa los fenómenos del dumping inmediato con la patología del sistema diverticular. En apoyo de ese criterio tiene varias observaciones de enfermos con sufrimientos que mejoraron con la duodenoyeyunostomía. Creemos que dicha mejoría que él atribuye a la supresión del estancamiento duodenal podría ser explicada por la acción directa de los jugos duodenales sobre el contenido yeyunal en el curso de la digestión. Es decir que dicho cortocircuito, con el que no simpatizamos, regularía en parte los fenómenos de incoordinación funcional, que a nuestro entender están en el origen de los trastornos del dumping.

La opinión de que la causa del dumping radica en la patología del sistema diverticular no está de acuerdo con la observación de enfermos que llenan el cabo aferente en forma extraordinaria y con retención y que sin embargo no tienen ninguna molestia. No explicaría además la desapa-

rición instantánea de los fenómenos por el decúbito y su producción por la leche en forma preferente.

El Dr. De Chiara nos ha llamado la atención sobre un punto interesante de la cirugía gástrica y es la referente al estado del enfermo al ser operado. Compartimos su criterio respecto a oportunidad operatoria, llegando a considerar que muchos fenómenos del post-operatorio, mismo alejado, resultan de procesos gástricos o duodeno biliares o yeyunales que existían antes de la operación y que fueron agravados por la derivación gastroyeyunal que sigue a la exéresis gástrica.

El Dr. Prat se ha referido a los dibujos en que figuran resecciones que indudablemente no parecen amplias. En realidad los dibujos han sido hechos con la finalidad de esquematizar con sentido funcional la región operada y debe de haber escapado más de un detalle contrario a la técnica que seguimos. Pediría que sólo se considere de ellos lo que deseamos puntualizar en nuestra comunicación.

Refiriéndose luego a la neoboca, plantea los problemas de la dirección del corte gástrico para deducir las mejores condiciones de evacuación. No compartimos su argumentación por varias razones:

1) Porque consideramos que el mecanismo de evacuación no se realiza por la boca resultante de la sutura, sino por el anillo yeyunal de la comisura de dicha boca. Así lo mostramos en el trabajo leído y lo confirma el hecho de que las innumerables publicaciones sobre amplitud del corte gástrico no han terminado con el problema de la evacuación.

2) Porque no podemos razonar con la idea simple de la influencia de la gravedad en el curso digestivo, donde intervienen tantos factores dinámicos de gran jerarquía y sobre todo teniendo en cuenta que el hombre en el post-operatorio y en la vida común está poco tiempo en la actitud vertical perfecta del esquema anatómico.

3) Porque la dinámica de la evacuación en el gastrectomizado no depende del empuje gástrico sino de la aspiración yeyunal. La exéresis gástrica extirpa todo el sector de la evacuación (antro-pilórico) dejando sólo el fondo y parte del cuerpo que no tienen función evacuadora. Además, el estudio endoscópico y radiológico demuestra que la actividad del estómago residual de gastrectomía por ulcus no conduce a la evacuación de su contenido.

4) El corte gástrico vertical aconsejado por Finsterer tenía una finalidad ajena al problema del estómago. Buscaba la colocación especial del yeyuno para impedir el reflujo al asa aferente. No lo creemos justificado.

El corte horizontal que busca no dejar estómago enervado en la gran curvatura no tiene tampoco justificativo, puesto que la experimentación demuestra que se evacúa igual un perro gastrectomizado antes y después de la vaguectomía.

En resumen consideramos que la técnica operatoria de exéresis en vista al ulcus depende del estómago, pero que la restauración digestiva en vistas al postoperatorio inmediato y tardío es un problema de normalidad del yeyuno.