

Trabajo del Servicio de Cirugía del Hospital Escuela del Litoral. Paysandú

ELIMINACION POR VIA INTESTINAL, DE UN SEGMENTO GASTRICO, A LOS 29 DIAS DE UNA GASTRECTOMIA POR CANCER (*)

Dr. Julio Piñeyrúa Saavedra

Prof. Abel Chifflet. — Aunque no es habitual que la presidencia se refiera a la personalidad de quienes ocupan la tribuna para hacer la exposición, creo que no se debe pasar sin decir dos palabras respecto a lo que significa para la Sociedad de Cirugía, que los Cirujanos del Interior traigan su experiencia al seno de nuestra Asamblea. Le invitamos a que reincida, y que lo veamos con más frecuencia.

Dr. Piñeyrúa. — Agradezco al Dr. Chifflet la expresión de amistad de tantos años, que acaba de hacer. Esperamos volver, reincidir, como él dice.

La eliminación por el ano de segmentos del tubo digestivo, resultante de diversos procesos patológicos, operados o no, ha sido señalada en múltiples oportunidades. En todos los casos el segmento eliminado correspondía a porciones distales del tubo digestivo, resultantes de procesos de invaginación intestinal íleo-cólica o colo-colónica evolucionados espontáneamente, sin intervención. C. W. Mayo ⁽¹⁾ relata en 1932 un caso donde un segmento de ileón fue eliminado espontáneamente por el ano a raíz de una invaginación tratada por yeyunostomía. En el caso que presentamos a la consideración de la Sociedad de Cirugía, la víscera eliminada fue un segmento gástrico, a los 29 días de practicada una gastrectomía subtotal por cáncer.

La mayor extensión en las operaciones por cáncer gástrico, localizado o extendido a los territorios vecinos, que se concreta en su máxima expresión en la gastrectomía total ampliada, ha permitido conocer sus ventajas y sus inconvenientes, y compararla con los resultados de la gastrectomía subtotal también ampliada. No corresponde aquí entrar a la discusión de ambos métodos, pareciendo que en estos momentos el mejor confort post operatorio, las sobrevidas de más de cinco años, y la seguridad que representa contar con pequeño segmento gástrico para practicar la anastomosis, inclinan a muchos al método subtotal. Blalock y Oshner ⁽²⁾ y Welch y Wilkins ⁽³⁾ son de esta opinión después de comparar importantes estadísticas.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 3 de mayo de 1961.

Esta misma generalización de la gastrectomía subtotal ampliada, ha permitido conocer una importante complicación señalada 13 veces por P. Paul Jackson, (4) teniendo nuestro caso características especiales, que creemos de interés señalar.

Observación Clínica. En abril 1956 consulta en la Pol. Quirúrgica el enfermo S. A. de 71 años, por sufrimiento digestivo de reciente aparición. Se sospecha neo de estómago y se envía al radiólogo quien informa: Infiltración del antro, prepilórica; ligera dilatación del fondo gástrico (Dr. Mulatieri). Se prepara para intervenir y se difiere unos días por presentar una bronquitis crónica, con intensa secreción mucopurulenta, que tratamos de mejorar con inhalaciones de antibióticos, consiguiéndolo solo en parte, por lo que decidimos operar el enfermo con anestesia local, considerando también su precario estado general.

Se opera el día 2 de mayo 1956. Dres. Piñeyría, Rizzo y Pino. Se constata la lesión marcada por la radiología. El lóbulo derecho del hígado presenta varias pequeñas zonas de infiltración con aspecto de metástasis neoplásicas. Se practica gastrectomía subtotal ampliada aproximadamente 7/8 con extirpación del gran epilón, peritoneo prepancreático, y adenopatías altas de **pequeña curva**, **disecándose el tronco celiaco, y ligándose la coronaria estomática muy cerca de su origen**, para poder extirpar algunos pequeños ganglios allí colocados. Se termina la operación con una anastomosis oral parcial transmesocólica. Gastergut en el plano total, hilo de algodón en el plano seroseroso. Cierre de la pared en un plano con catgut cromado. Se deja la piel sin suturar. El informe del estudio histológico practicado en la Posta Central de A. P. confirma la sospecha clínica: "Carcinoma de grandes células esferoidales, muy celular, muy infiltrante. No se observan metástasis en los ganglios. A. L. Matteo". Se practicaron transfusiones pre y post operatorias.

La operación fue bien tolerada. La anastomosis funciona a las 36 horas, aspirándose solamente poca cantidad de residuo hemático, en las primeras horas. Se comienza la alimentación precozmente. Leche al medio y luego leche pura, pasándose rápidamente a los alimentos blandos, visto su mal estado de nutrición. Evolucionaba bien hasta los diez días de la operación en que hace una evisceración asintomática. Es reintervenido por el Dr. Pino y Pte. Lateulade. Anestesia local, reintegración de las vísceras. Cierre de la pared con catgut cromado y puntos a distancia de algodón grueso. Toleraba bien la reintervención y continúa mejorando de su estado general y bronquial. Se alimenta correctamente. Permanece en el Servicio esperando que cicatrice totalmente la piel.

A los 29 días de operado, después de una evacuación intestinal con enema, el enfermo expulsa por el ano una masa orgánica semidigerida y cubierta por materias fecales y bilis, la que, después de lavada en el chorro de agua, (fig. Nº 1) podemos reconocer como perteneciendo a la pared gástrica por la presencia de los puntos de algodón que habíamos colocado en el plano seroseroso.

Este incidente no tiene la menor repercusión en la evolución del enfermo, el que continúa mejorando y es dado de alta a los 54 días de la gastrectomía. El estudio de la pieza es hecho en la Posta Central de A. P. Nº 56-1353, y es comentado más abajo.

Un control Radiológico (Dr. Mulatieri) a los 2 meses de la operación muestra un buen funcionamiento de la anastomosis. Continúa mejorando el estado general.

En enero de 1959, a los dos años y ocho meses de la operación se practica nuevo estudio radiológico. El enfermo está asintomático y concurre al

Hospital a nuestro pedido. El informe radiológico del Dr. Mulatieri dice: evacuación del muñón gástrico se hace en forma muy lenta, algo mejor en decúbito, a través de un trayecto afinado de la neo boca, pero no hay signos que permitan afirmar la existencia de un proceso de tipo neoplásico. Clínicamente el enfermo no tiene obstrucción de la anastomosis, sintiendo solamente cierto estado de plenitud cuando hace comidas demasiado copiosas.

Reingresa al Servicio en noviembre 1960 por un cuadro agudo de vómitos y diarrea provocados por la ingestión de alimento en mal estado. Grave cuadro de intoxicación con gran deshidratación. Reacciona favorablemente al trata-

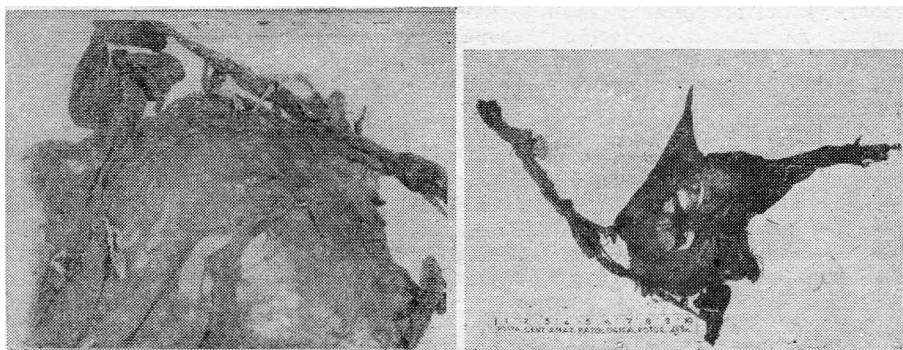


Fig. Nº 1. — Fotografía de la pieza vista por su cara serosa. Se reconocen los puntos de algodón colocados en dicho plano.

miento y se repone rápidamente. En la palpación de la pared abdominal nota desde hace un tiempo ligeras induraciones subcutáneas (metástasis parietales) ?, Un nuevo control radiológico el día 1º Dic. 1960 dice: No observamos signos radiológicos de recidiva (Dr. Mulatieri). Fig. Nº 2. Se va de alta y sorpresivamente fallece en su domicilio por accidente cerebral. No fue posible practicar necropsia.

CONSIDERACIONES

El segmento visceral eliminado espontáneamente por el ano a los 29 días de la operación, fue tomado al principio por nosotros como perteneciendo a la región de la neo boca. Es generalmente admitido, que parte del espesor de esta es eliminada en el post operatorio más o menos inmediato, y sustituida por un revestimiento epitelial perteneciente a los tejidos vecinos, mostrando algunas veces verdaderas metaplasias. Estas constataciones han sido documentadas estudiando piezas de regastrectomía o autopsias, tanto del lado gástrico como intestinal de la anastomosis (Konjetzny, Aguiar). (5) En estudios hechos por el primero, citado por Del Campo (6) se ven figuras que presentan verdaderos trayectos fistulosos que llegan por fuera de la muscularis mucosa "hasta la superficie del yeyuno". En nuestro caso, en el estudio hecho

por la Posta Central de A. P. por los Dres. Matteo y Aguiar, no se pudo asegurar si la histología del material examinado correspondía a pared gástrica o intestinal, dado que estaba parcialmente necrosado (¿y digerido?). Lo que no cabe duda es *que la pared eliminada lo fue en todo su espesor*, dado que aparecen en la misma los puntos de algodón que colocamos solamente en el plano seroso. (Fig. Nº 1). Contra la posibilidad de que la anastomosis constituyera la parte eliminada estaba la perfecta tolerancia del incidente y el funcionamiento



Fig. Nº 2. — Radiografía obtenida a los 4 ½ años de operado.

satisfactorio de la neoboca (inmediato y tardío). En lo que se refiere al proceso etiopatogenio de eliminación y reparación de las suturas, no vamos a insistir en detalles conocidos: material empleado, tipo de sutura, uso de clamps, vitalidad tisular, infección, etc. En nuestro caso usamos gastergut (punto de Connel-Cames) en el plano total e hilo de algodón Nº 4 marca Oso en el plano seroso. Puntos separados. No utilizamos clamps.

Pero posteriormente hemos conocido otro hecho que puede dar una mejor explicación a lo sucedido, por lo que nos hemos animado a presentar esta comunicación. Se trata de la necrosis de la bolsa residual de la gastrectomía determinada especialmente por la isquemia, y

que se ha observado en las gastrectomías subtotales ampliadas con omentomía y esplenectomía. En la publicación ya citada P. P. Jackson (4) ha recopilado en total 13 casos con tres sobrevidas. El primero fue referido por Rutter en 1953 en el Lancet (7). Casi todos los casos fueron sospechados por la salida de líquido gástrico por el tubo de desagüe dejado en la logia esplénica (8), y confirmada la lesión en la reintervención o en la autopsia. Los únicos tres casos de sobrevida lo fueron al precio de una reintervención: gastrectomía total (9), pero no todos los enfermos reoperados curaron. El conocimiento de estos casos ha estimulado interés especial en el estudio del muñón gástrico, y los detalles de la anatomía de la red vascular perigástrica e intramural (10) debiendo guardarse una determinada proporción entre el tamaño del muñón residual y el correspondiente aporte sanguíneo. Se ha llegado así a establecer experimentalmente que para un muñón del 15% pueda alcanzar con la irrigación proveniente de las arterias diafragmáticas. El estudio de las arterias diafragmáticas ha demostrado la variabilidad de su origen, mostrando que en un 3% de los casos provienen de la arteria coronaria estomática. Es explicable entonces que, como en nuestro caso, habiendo ligado la arteria en su origen (para extirpar unos ganglios allí colocados) se haya provocado la necrosis del segmento gástrico en su porción no anastomosada, que cerramos con doble surjet total simple de gastergut, y puntos separados de algodón Oso N° 4 en el plano seroseroso. Recordamos también que en nuestro caso, en un muñón del 15 al 20% quedaron seguramente sobre la gran curva algunos vasos cortos de origen esplénico, dado no que practicamos esplenectomía. Hacemos notar también que en casi todos los casos referidos, la necrosis comenzó precisamente por la gran curvatura, y en otros se encontró una necrosis más o menos total de la bolsa residual y las suturas de la anastomosis intactas. Se recalca también naturalmente el valor del estado de las paredes vasculares (ateroesclerosis), y la tensión en que quedan la bolsa residual y las suturas. Se insiste también en la importancia de observar el color y la vitalidad de los segmentos a anastomosar, tal como se hace de rutina en las operaciones de delgado o colon. Recientemente Goñi Moreno ha recalcado la importancia de estos aspectos, en su nueva técnica de la anastomosis gastro-esofágica en un solo plano perforante, que tantas discusiones ha provocado en la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires (11). Interpretamos en resumen el caso de nuestro enfermo, como habiendo hecho una necrosis lenta fomentando la formación y consolidación de lo que llamaríamos apósito externo fibrinoso, que permitió luego la eliminación por la luz visceral de la pequeña curva residual en todo su espesor, y que solamente en forma casual pudimos recoger y estudiar.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. C. W. MAYO y otros. — Anales de Cirugía 1953, pág. 305.
2. BLALOCK y OSHNER. — Anales de Cirugía año 1957, pág. 669.
3. WELCH y WILKINS. — Anales de Cirugía año 1958, pág. 505.
4. P. P. JACKSON. — Anales de Cirugía año 1959, pág. 1148.
5. A. CHIFFLET y A. AGUIAR. — Bol. de la Soc. de Cirugía del Uruguay, año 1956, pág. 644.
6. DEL CAMPO, J. C. — Discusión del trabajo anterior Bol. de la Soc. de Cirugía del Uruguay año 1959, pág. 289.
7. A. G. RUTTER. — Lancet año 1953. II, 1021.
8. SPENCER, F. G. — Arch. Surgery 73:844, 1956.
9. FELL y COL. — Surgery 43:490, 1958.
10. CATES y COL. — Surgery 41:401, 1957.
11. GOÑI MORENO. — Bol. de la Soc. de Cirugía de B. Aires, año 1960, Nº 1.
12. PRATT, D. — Bol. de la Soc. de Cir. del Uruguay, año 1955, pág. 187.
13. RUBIO, G. — Anales de Clínica Médica, año 1938, pág. 277.
14. LASALA, A. C. — Patología del estómago operado, de C. Aguirre y A. Maggi, pág. 381.
15. OVIEDO BUSTOS, J. M. — Id. Id. pág. 66 y 242.
16. CHIFFLET, A. — Id. Id. pág. 50.
17. BERMUDEZ, O. — VIII Cong. Urug. de Cirugía, pág. 237.

Dr. Bermúdez. — Creo que está demás destacar el interés de esta presentación del Dr. Piñeyrúa, porque por más que la práctica de la gastrectomía ha hecho que se realice con cierta facilidad y sin pensar a veces en determinadas contingencias que pueden suceder en el post operatorio, es evidente que todos los cirujanos deben, como él lo ha hecho notar muy bien, balancear a veces el estado nutricional de lo residual cuando se practica una gastrectomía. Prácticamente cuando se realizan gastrectomías muy ampliadas, y en el caso particular en que hay que ir a ligar el tronco de la coronaria en su origen, como en este caso en que se llegó al tronco celíaco para individualizar el tronco de la coronaria. Es evidente que toda esa zona queda en un estado de nutrición bastante deficitaria si otras disposiciones anatómicas no están presentes. Toda esa zona alta está irrigada por las diafragmáticas, cardioesófago-tuberositarias originadas en la coronaria que no son afectadas en las gastrectomías habituales. Muchas veces dicen los cirujanos: "Hemos ligado la coronaria en el tronco" y lo que ligan no es la coronaria en su origen sino la coronaria cuando se desprende de la pared posterior y hace su arcada; cuando ya ha emitido las cardioesófagotuberositarias. Esa zona que está irrigada además por las diafragmáticas de disposición bastante irregular y por una pequeña arteria tuberositaria que nace de la esplénica; pero que no tiene una disposición constante, puede quedar desvitalizada cuando se realiza la ligadura de la coronaria en su origen. Creo que en este caso, la interpretación que da el Dr. Piñeyrúa es la exacta. Ha sido el fragmento de pequeña curva correspondiente a la raqueta de la oral parcial, que fue encapuchonada dentro del estómago, la que ha sufrido el proceso de necrosis isquémica, y que a favor de su invaginación y del tiempo transcurrido y de las reacciones perigástricas que han bloqueado el proceso, ha permitido que este haya transcurrido sin ninguna incidencia. De manera que yo felicito al Dr. Piñeyrúa por la oportunidad de traer esta observación, por lo que ello significa como alerta para los cirujanos que hacen a diario la gastrectomía ensanchada, sobre todo porque es una cirugía que actualmente ya no está solamente en manos de los cirujanos de carrera, sino

que la practican ya gran número de cirujanos, aún los que se inician en la Cirugía Mayor.

Dr. Vigil Sôñora. — Yo no creo que pueda dejar pasar esta oportunidad de comentar el trabajo del Dr. Piñeyrúa, en su doble condición de extraordinariamente interesante por el relato, y porque estoy de completo acuerdo con las consideraciones del Dr. Bermúdez. Yo he estudiado en oportunidad de hacer la Tesis de Agregación con algún cuidado el fondo gástrico, y su irrigación tan variable, tan poco adecuada a la importancia de las operaciones que se practican en su nivel, me llama la atención de que estos hechos no se produzcan más a menudo, y probablemente será porque aún con la intención de hacer una gastrectomía mucho más alta que la que hacemos habitualmente; no llegamos a la zona de mayor peligro de la irrigación gástrica. Felicito al Dr. Piñeyrúa por la intervención y por el éxito que supone que el enfermo haya sobrevivido al accidente. Me parece que el mecanismo que el Dr. Bermúdez ha señalado debe ser el exacto: la invaginación de la raqueta de la neoboca, es lo que ha permitido la sobrevida feliz del enfermo, y la curación por tanto tiempo mantenida. Nada más.

Dr. Valls. — Yo quiero felicitar también al Dr. Piñeyrúa por la presentación de este caso extraordinario que pone también de relieve las preocupaciones que existen en la Clínica del Prof. Del Campo, por el Prof. Del Campo, al realizar la gastrectomía amplia, cuando la hace por cáncer con vaciamiento de mesos, con ligadura de la arteria coronaria contra el tronco celíaco y extirpación de la coronaria. Siempre ha tenido la preocupación constante que se produjera la necrosis de la pequeña curva, y ha preconizado el hundirla con puntos, hacer la invaginación por si se producía la necrosis. Y todavía para prevenir la posibilidad de esa isquemia se cuida mucho el aspecto ese que había marcado el Dr. Bermúdez de la arteria cardioesófagotuberisotaria posterior. Es decir que trata de conservar la circulación por otros lados a ese pequeño muñón gástrico. Posiblemente, como dijo el Dr. Bermúdez, ha quedado invaginado ese sector de estómago, que después se ha necrosado y eliminado. Esa invaginación ha sido una circunstancia feliz que ha permitido la sobrevida de la persona, y lo que busca seguramente el Prof. Del Campo al hacer el hundimiento con puntos seroserosos de esa zona que teme vaya a la necrosis.

Dr. Venturino. — Deseo referir lo siguiente para apoyar la hipótesis del Dr. Piñeyrúa respecto al mecanismo de la necrosis de la parte alta del estómago. Y se refiere al problema de la esófago-gastrectomía por neoplasma de esófago. En los casos de muerte de la serie de la Clínica del Prof. Larghero, por presunta falla de la sutura, la mayor parte de las autopsias mostraron que la falla no era tal, sino que lo que había fallado en realidad era la parte alta del estómago, desvitalizada por isquemia. La esquelitización del estómago había sido la causa de la lesión.

Prof. Chifflet. — Un hecho que podía tomarse entre las cosas curiosas de la cirugía ha sido tomado con rigor científico y se han sacado de ese hecho deducciones de orden práctico que a todos nos interesan. Yo comparto la posición de todos los que han hablado, y del Dr. Piñeyrúa, en el sentido que ha sido un trastorno de irrigación del estómago, el factor responsable de este desprendimiento de la pared gástrica. Como aporte a los hechos que han sido mencionados, yo quería recordar dos observaciones que hemos tenido en la Clínica, una en el Hospital Pasteur y otra en el Hospital de Clínicas, en que la ligadura de la arteria coronaria, con supresión de la rama que habitualmente la coronaria envía al lóbulo izquierdo del hígado, provocó la necrosis de ese lóbulo

izquierdo. En un enfermo con una gastrectomía parcial hecha por el Dr. Ormaechea, el enfermo marchó bien durante los primeros días, y luego comenzó a hacer serios fenómenos de orden general con manifestaciones abdominales, y terminó haciendo una dehiscencia de la herida por la cual se eliminó una enorme masa. En el primer momento fuimos sorprendidos por lo voluminosa y por ser una masa sólida, y en el estudio los cortes mostraron macroscópicamente y microscópicamente que era el lóbulo izquierdo del hígado. Posteriormente en el Hospital de Clínicas, con motivo de una gastrectomía total hecha por el Dr. Bozzano, el enfermo hizo en el post operatorio un accidente serio que lo llevó a a reintervención, y se encontró la necrosis del lóbulo izquierdo del hígado. Es decir que, como todos sabemos, en algunas personas la rama izquierda de la hepática en lugar de venir directamente del tronco de la hepática viene de la coronaria. Y en estos casos indudablemente la ligadura de la coronaria provoca esa necrosis. Creo que esto permite recordar que debemos ser hasta cierto punto respetuosos en esa cirugía de exéresis de la parte alta, recordando que existen variaciones individuales que a veces provocan zonas de necrosis donde, de acuerdo a la anatomía pura, probablemente no las esperaríamos.

Dr. Piñeyrúa. — Agradecemos a todos los que se han ocupado de este trabajo, y celebramos estar de acuerdo en la interpretación de los hechos. Quería insistir únicamente que en este caso la eliminación de la pared fue total en su espesor. Se eliminaron los puntos de la seroserosa, y eso fue lo que nos permitió reconocer en el momento de la expulsión de la pieza por el ano, que se trataba de un segmento visceral en relación con la operación practicada. Era lo que quería decir, y agradecer nuevamente la atención prestada.