

### C. Las anastomosis gastropoplásticas

Dr. LORENZO MEROLA

Es con el fin primordial de aumentar la capacidad de ingestión, y para enlentecer el tránsito digestivo en el agástrico, que se idearon las bolsas de yeyuno. La idea de que la malnutrición y el dumping se deben, en parte, al tránsito rápido, hizo que muchos cirujanos trabajaran, teórica y prácticamente, sobre estas técnicas.

En 1922 Hoffmann (35) describe una anastomosis interyeyunal amplia, a usar en las reconstrucciones esófago-yeyunales término-laterales. Es parecida pero más amplia que la de Braun-Jaboulay, antirreflujo, pero su finalidad es la de aumentar la capacidad de ingestión, y de retener el alimento, mejorando su digestión.

De la idea princeps de este autor derivan todas las bolsas de yeyuno imaginadas y realizadas posteriormente.

Por uno de esos errores de interpretación tan comunes en la literatura médica, Hoffmann es citado como realizando una anastomosis total entre ambas ramas del asa, "como la realizada en la piloroplastia de Finney", p. ej. Bickham-Callender (8).

Este procedimiento así realizado, es el muy posteriormente descrito por Engel (24), de calidad inferior, y que en manos de Longmire y Beal (44) dio lógicos fracasos, por isquemia de la franja de yeyuno interpuesta entre la implantación del esófago y la yeyuno-yeyunos-

tomía. Y peor aún es la solución de Steimberg, (84) anastomosis en pantalón.

Hoffmann propone, para aquellos que prefieren las anastomosis término-terminales, la sección del vértice del asa, el cierre de su rama izquierda, y la unión de la otra al esófago. Esta técnica es la que pretende, muy posteriormente, haber ideado Barraya (5).

A lo largo de los años muchos cirujanos trabajaron para mejorar el procedimiento original. Hunt (38) aplicó el by-lumen (como designan los autores americanos al dispositivo tipo Finney-Engel, de unión total de ambas ramas del asa) a la rama izquierda, o larga, de la Y de Roux. El mismo autor, y Soupault (83), (reconstrucción "fisiológica" del tránsito), llevaron la parte distal de la plastia a anastomosarse con el duodeno con lo que, por lógica, introducen otro elemento de mejoría.

Pero todos ellos suturan el esófago en el vértice de la plastia interyeyunal total, en posición antifisiológica, si se piensa en el cardias, que es lateral, y con el ya señalado peligro de isquemia. Lawrence (41) evita la isquemia realizando la primitiva plastia de Hoffmann sobre la rama larga, o izquierda de la Y de Roux.

Personalmente hemos descrito, en 1957 (51 al 55), otro tipo de implantación del esófago en la bolsa sustitutiva: nuestra anastomosis transmesentérica tiene otras finalidades, (seguridad de la sutura, creación de cámara de

gas, válvula antirreflujo, etc.) que desbordan el capítulo que tratamos. Lima Basto (43), anastomosa el esófago en la parte alta de la sutura interyeyunal anterior (Hays (31) Tolley (86) y Woodward (95) ), construyen una bolsa a triple luz, utilizando una doble asa de yeyuno. Quienes figuran estas técnicas en las publicaciones correspondientes, dibujan una utopía: en los esquemas, P. Ej. (6) aparece una rama media del dispositivo que no tiene mesenterio. Pero la técnica es factible, y ha sido reiteradamente realizada por Hays, el que la figura correctamente, con una sola sutura en la cara anterior de la bolsa.

El dispositivo de Hays, como todos los otros, puede ser realizado sobre la Y de Roux, (Tolley), o interpuesto entre esófago y duodeno.

La doble anastomosis de Day y Cunha (19) tiene también una finalidad retentiva, que se suma a su propósito antirreflujo, así como la tienen otros artificios [el círculo de To-

moda y Tanner (88), la "beta" de Nakayama (61), y la modificación de Donati (23) que la empeora].

Hay otros métodos de enlentecimiento del tránsito que no implican la construcción de bolsas, como el de Rienhoff-Gombkato (72, 26) los que construyen "al revés" la Y de Roux (reflujo !!), o las que invierten el tránsito a través del duodeno [Estella (25), Chiricuta (16), Stoica (85)] y que escapan un poco de este capítulo.

También es al antiperistaltismo a quien confía Poth (68) la retención. Sus diez procedimientos, que incluyen, variadas plastias, no son más que un juego de la imaginación, ya que nunca podrá concretarse una experiencia que permita realizar un juicio certero sobre su valor.

Actualmente, los dispositivos antiperistálticos han sido descartados; es más dañosa su acción de reflujo que la hipotética posibilidad

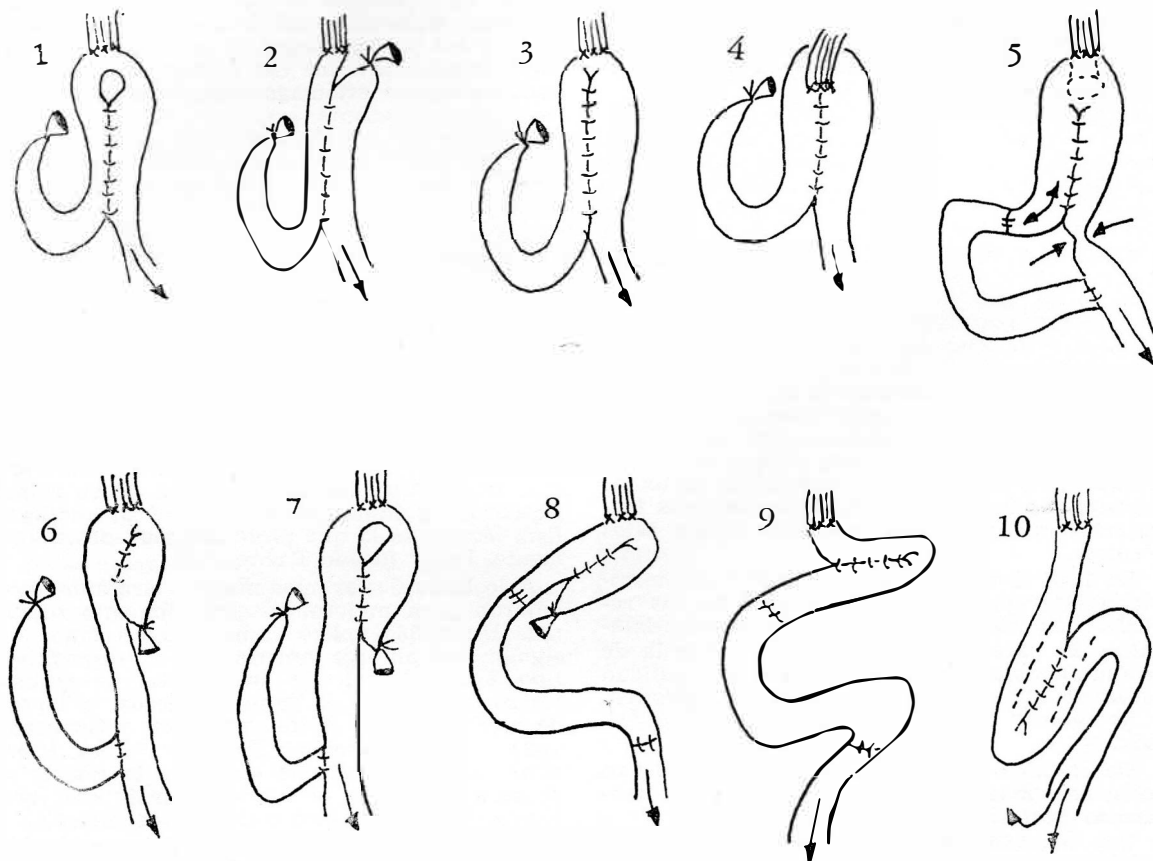


FIG. 9.—1) Técnica madre de Hoffmann. 2) Hoffman (2ª manera). Barraya. 3) By-lumen de Engel (tipo Finney). 4) Técnica de Lima-Basto. Se citan otras del mismo. 5) Solución del autor. Anastomosis esofágica transmesentérica, corto segmento antiperistáltico y estenosis orientadora del tránsito. 6) Hunt (1ª manera). 7) Técnica de Lawrence. 8) Hunt (2ª manera). Soupault (anastomosis fisiológica). 9) Mikkelsen. Doble luz sobre un asa libre, y con suturas terminales. 10) Dispositivo a triple luz (Hays, Tolley, Woodward) a realizar sobre la rama larga de una Y de Roux o en interposición libre.

1 al 4: tipo asa omega, con exclusión duodenal. 5: hemos realizado también este dispositivo sobre asa libre. 6-7: Y de Roux con plastia sobre su rama larga. 8-9: plastia a doble luz sobre la primitiva asa de Balog. 10: el asa a triple luz busca aumentar más la capacidad de ingestión.

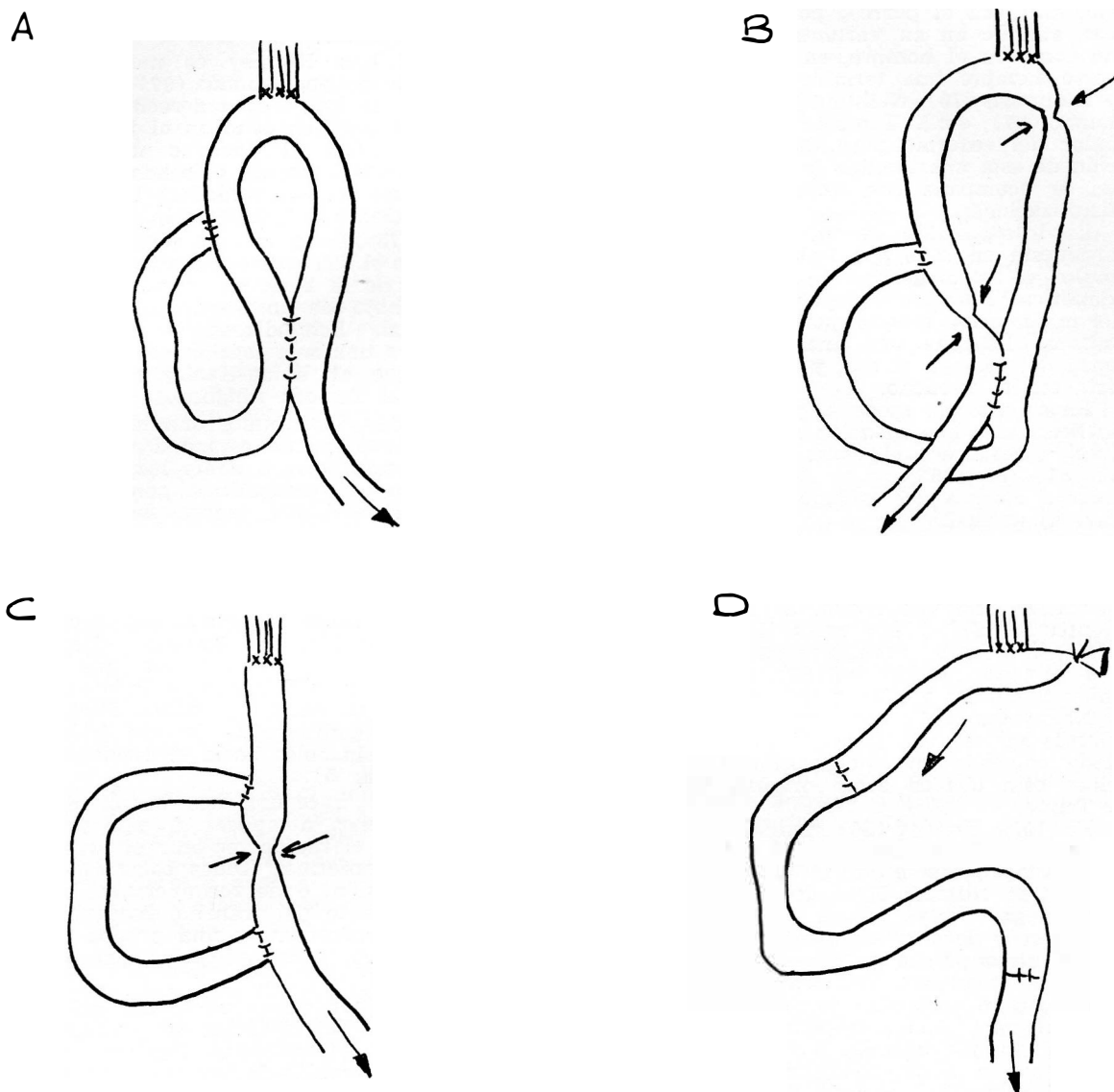


FIG. 10.—Tránsito digestivo canalizado al duodeno. A) Horsley: primer autor que anastomosa  $D_1$  al asa omega. Interposición fija, sin sección del mesenterio y antiperistáltica. B) Seo-Tomoda. Disposición isoperistáltica del asa, ( $D_1$  a su rama eferente), sin secciones de mesos y con dos estenosis orientadoras del tránsito. C) Técnica de Rosanov. Es una Y de Roux modificada, que implica una sección del mesenterio, (interposición semi-fija), una anastomosis de  $D_1$  y una estenosis orientadora. Isoperistáltica. D) Balog: técnica primera y base de todas las interposiciones yeyunales (Henley, Longmire, Mouchet, etc.). Asa libre, para lo que se requieren dos secciones del mesenterio y reconstrucción del tránsito yeyunal. Es isoperistáltica. En el cuadro N<sup>o</sup> 1 los esquemas 5, 8, 9 muestran técnicas a doble luz "by-lumen" que incluyen al duodeno en el tránsito. El 10, (triple luz) también puede ser orientado hacia el duodeno.

de mejorar la nutrición por retención del alimento y enlentecimiento del tránsito. Goñi Moreno (27) sin embargo, los elogia.

Creemos que las plastias de yeyuno tienen gran valor si se asocian al tránsito transduodenal. Por sí solas son capaces de aumentar el volumen de las ingestas, mejorando en algo la nutrición pero, como enlentecedoras del tránsito suelen ser también con cierta frecuencia generadoras de reflujo a la luz esofágica.

#### Tránsito trans-duodenal.

##### Gastroplastias con yeyuno.

El tránsito transduodenal del alimento en el gastrectomizado total, surge como una imperiosa necesidad si queremos mejorar el estado nutricional del operado.

La primera y lógica solución, que no incluye plastia, es la realización de esofagoduodenostomía, técnica aconsejada en cirugía expe-

rimental (en el perro), por razones anatómicas, aunque en su variante terminolateral, y no como en el hombre, en el que debe realizarse siempre una terminoterminal [Priestley y Kumpuris (70), Neibling y Walters (62), Palumbo (67), etc.]. También la anatomía particular del enfermo permite, o no, la realización de esta anastomosis la que, por otra parte, se acompaña con frecuencia de fallas y fistulizaciones.

La interposición de un asa de yeyuno es propuesta en 1926 por Balog (4), el que "simula" el estómago con un asa yeyunal isoperistáltica "libre", que depende de una pantalla de mesenterio, creada por dos secciones del mismo. Propone una anastomosis terminolateral del esófago al asa, y terminoterminal de ésta con el duodeno.

En su artículo aparece, por primera vez en la literatura, una mención a la cámara de gas [recién reaparece el concepto en nuestra tesis (51), de 1957], y se menciona un abocamiento oblicuo del esófago, parecido al del cardias normal.

Esa asa interpuesta es muy posteriormente redescubierta por Seo (80), Henley (32), Longmire (44), Mouchet (59), etc. Plastiada sobre sí misma una vez [Hunt, 2ª manera (38), y Soupault (83)] o dos veces [Hays (31)], servirá al tránsito transduodenal previo estasis del alimento. Mikkelsen (56), realiza dos terminoterminales y plastia del asa.

Nakayama (61), construye una suerte de círculo vicioso con la parte alta del asa delgada colocada en interposición. Algunos (6) citan esta técnica como original de Tomoda y Tanner.

En 1938 Horsley (36) une el duodeno seccionado al flanco derecho del asa que asciende a anastomosarse con el esófago en las técnicas tipo Billroth II, o de Moynihan, o con asa omega.

Debemos decir previamente que cuando subimos un asa "fija", sin secciones del mesenterio, al encuentro del esófago, podemos hacerlo con su peristalsis de derecha a izquierda del enfermo (tipo anisoperistáltico de la gastroenterostomía antral), o en sentido inverso, de izquierda a derecha (tipo isoperistáltico). Este fundamental aspecto de las técnicas no ha sido destacado en la literatura. Es interesante señalar que la nomenclatura iso o anisoperistáltica se aplica correctamente no a la

unión esofagoyeyunal sino a la peristalsis del yeyuno interpuesto.

La unión tipo Horsley es mejorada por Seo (80) y luego por Tomoda (87); ambos colocan el asa de izquierda a derecha (isoperistáltica), y el segundo canaliza el tránsito con exclusividad hacia el duodeno mediante dos estenosis estratégicamente colocadas sobre el asa, realizando así una verdadera interposición fija, sin secciones del mesenterio.

Rosanov (75), imagina algo semejante, pero construyendo el dispositivo sobre la rama larga, o izquierda, de la Y de Roux, a la que estenososa por debajo de la yeyunoduodenostomía lateroterminal. Este dispositivo es semifijo, pues requiere una sola sección del mesenterio. Ya vimos que el Balog-Henley requiere dos secciones y el Tomoda ninguna.

En 1957 (51) describimos una técnica original que, aparentemente escapa a toda crítica. Se trata de una bolsa a doble luz, construida sobre un asa anisoperistáltica, con anastomosis esofágica valvulada, transmesentérica. Su rama derecha, o aferente es seccionada: el cabo distal (en el sentido de la peristalsis), es anastomosado al duodeno, y el otro, que es el eferente del duodeno, es implantado en terminolateral sobre la rama que drena la bolsa. Una estenosis, tipo Tomoda o Rosanov, es realizada en la rama izquierda, que emerge de la bolsa, y por debajo de la misma; el alimento fluye así hacia el duodeno. Pocos centímetros, sin significación, de asa antiperistáltica, drenan la bolsa hacia el duodeno (ver Fig. 9, esquema 5).

Benedetti (6), hace una muy buena revisión de las soluciones a aplicar en una segunda operación, con el fin de mejorar el estado de nutrición del enfermo. Todas estas operaciones de conversión, o de reconversión, buscan el restablecimiento del tránsito duodenal. Su revisión y enumeración es una prueba de ingenio quirúrgico, y su aplicación práctica es factible.

Solo nos resta destacar un hecho: así como la sección alta, intratorácica del esófago nos hace descartar determinadas técnicas, y nos impone otras, también la resección de D, en los cánceres yuxtapilóricos impide —o por lo menos dificulta sobremanera— las soluciones que mantienen al duodeno en el tránsito digestivo.