

TECNICAS QUIRURGICAS

Procedimientos de seguridad en la gastrectomía total

Dres. Bruno Rinaldi, Luis Carriquiri y Raúl C. Praderi*

Se presenta un nuevo procedimiento de restablecimiento de la continuidad digestiva después de gastrectomía total. Consiste en la utilización de un asa yeyunal asimétrica en omega (técnica de Hivet-Warren modificada), desfuncionalizada por anastomosis al pie y sección-sutura de su rama aferente. El muñón inferior de ésta se utiliza como yeyunostomía diverticular, primero de aspiración, luego de realimentación; el muñón superior, para proteger la anastomosis esofagoyeyunal, por aposición de su serosa.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Gastrectomy. Jejunum/surgery.

Los autores han adoptado como técnica de reconstrucción del tránsito digestivo en las gastrectomías totales (G.T.), un procedimiento basado en el ascenso de un asa yeyunal asimétrica en omega [técnica de Hivet-Warren modificada (10, 19)]. Es obvio que esta técnica no llena los requisitos funcionales que se asignan a procedimientos más complejos (1, 3, 4, 11, 12), pero pretende dar seguridad y sencillez relativa a una intervención compleja que aún hoy presenta elevada morbimortalidad.

Nuestro procedimiento se basa en el ascenso de un asa yeyunal asimétrica y detransitada, con anastomosis al pie. Sus características principales son: mantenimiento de la arcada vascular, buena distancia (30 a 40 cms) entre la esofagoyeyunostomía y la yeyunoyeyunostomía, con el fin de evitar el reflujo. El acortamiento del sector ascendente excluido ahorra intestino.

Este dispositivo ya fue modificado por uno de nosotros (7, 16) en 2 aspectos. Para hacer perdurable la exclusión, y evitar trastornos tardíos por retransitación, se secciona entre ligaduras la porción corta o ascendente del asa, en vez de ligarla como Hivet, o interrumpirla por suturas según Warren, Tomoda, etc. Hay evidentes pruebas de la repermabilización de las asas desfuncionalizadas por ligaduras, hecho que uno de nosotros (17) ya ha señalado en anteriores publicaciones. Conocemos un caso de aparición en las materias fecales al oc-

Clínica Quirúrgica "B" (Prof. Dr. Jorge Pradines). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo.

tavo día de una G.T. por el procedimiento de Tomoda, de 2 cintas de hilera usadas como ligaduras. Esta sección del intestino, sin agredir el meso ni interrumpir la arcada vascular, determina la confección de 2 elementos diverticulares, que se aprovechan con distintos objetivos.

El segmento diverticular inferior, se utiliza como yeyunostomía diverticular (16), según técnica de Maydl, pero anti en vez de isoperistáltica como preconizaba su autor, y utiliza recientemente Pinotti (15). El hecho que sea antiperistáltica, puede crear patología de divertículo ciego; sin embargo esta posibilidad es muy remota si no se la hace excesivamente larga (nada más que lo suficiente para llegar sin tensión al peritoneo parietal anterior). Por este divertículo se introduce según la técnica de Witzel, una sonda blanda, con orificios laterales, que se hará progresar a través de la enteroanastomosis en el pie del asa, hacia el yeyuno distal, unos 30 a 40 cm.

Durante los 2 o 3 primeros días del postoperatorio, utilizamos la sonda de yeyunostomía, como drenaje aspirativo, con el fin de evitar distensión de las suturas. Es así como suplantamos la sonda transanastomótica esofagoyeyunal, por ser un elemento potencialmente peligroso para esa sutura. Es conocido el hecho, de que el peristaltismo postoperatorio se inicia en el yeyuno proximal, que es precisamente el que aspiramos (13, 14, 18). Al no haber distensión, se favorece el retorno del peristaltismo, al cual valoramos como elemento de gran significación para la protección de las suturas digestivas. El otro hecho significativo, en la correcta cicatrización de las anastomosis, es el aporte proteico de la dieta, sobre todo tratándose de enfermos con hipoproteinemia, como suelen ser los portadores de cáncer gástrico. Es de gran importancia, una alimentación no voluntaria, blanda e hiperproteica, introducida de inmediato al restablecimiento del peristaltismo. Recién entre el 12 al 15 día el paciente ingiere alimentos blandos por boca. La creación de este dispositivo, permite, como sucedió en uno de nuestros casos, la alimentación tardía por la yeyunostomía, al producirse una estenosis secundaria de la sutura esofagoyeyunal por recidiva tumoral: bastó con incidir la pared abdominal, sobre la antigua

Presentado al Forum Experimental del XXV Congreso Uruguayo de Cirugía, el 4 de diciembre de 1974.

* Asistente de Clínica Quirúrgica, Adjunto de Clínica Quirúrgica, Profesor Adjunto de Cirugía.

Dirección: 28 de Febrero 1119, Montevideo (Dr. Rinaldi).

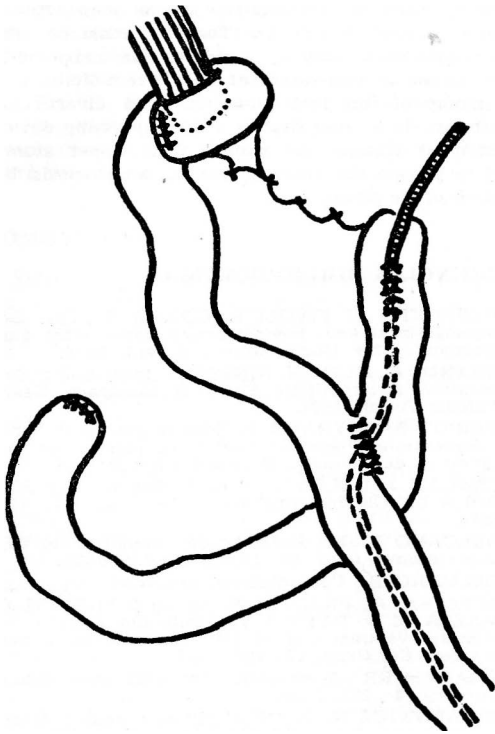


FIG. 1.—Esquema del montaje realizado.

cicatriz por donde emergía la sonda yeyunal, para encontrar el segmento diverticular (16).

Practicamos la anastomosis esofagoyeyunal terminolateral y el otro divertículo (isoperistáltico), procedemos a rebatirlo (Figs. 1 y 2) contra la parte anterior de la sutura. Como el plano posterior (puntos no totales), se hace comprendiendo la cara anterior del asa y no el borde superior, todo el contorno de la sutura de puntos totales esofagoyeyunales, se halla revestido por una especie de cilindro hueco de serosa visceral, que asegura la impermeabilidad de la misma. El mencionado divertículo se fija como una "bufanda" a la porción inmediata del asa eferente, así como también a la cara anterior del esófago. Si efectuamos sutura en el mediastino, ascendemos un asa tipo Roux, que posibilita mayor alcance; también usamos anastomosis terminolateral con el dispositivo citado por Nissen (2), que al igual que nosotros, lo concibió de la técnica de Graham (8). Hay que tener la precaución de no comprimir la anastomosis con el manguito intestinal perianastomótico. Esta variante citada, tal vez sirva como mecanismo antirreflujo (tal como parece probarlo el estudio radiológico de uno de nuestros casos), pero para nosotros es de mucho más valor en este sentido, alejar la sutura esofágica del abocamiento en el yeyuno del asa diverticular duodenal.

Todas estas precauciones técnicas, no tienen sentido, si se anastomosa el esófago desvitalizado, ya sea por traumatismo excesivo en intentos de descenso forzado, o por haberle me-

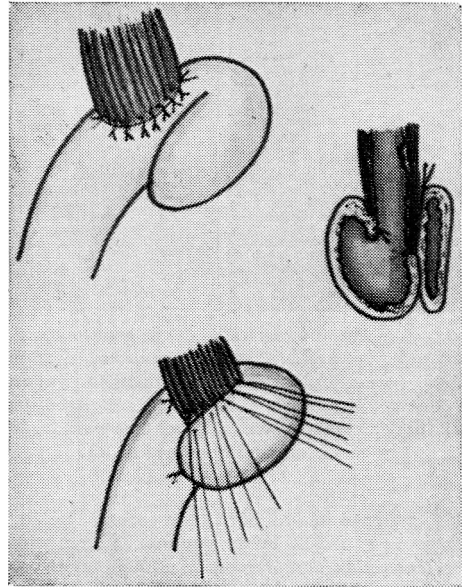


FIG. 2.—Detalle de la anastomosis esofagoyeyunal. Nótase a la derecha la sección sagital de la misma.

noscabado su irrigación. En estos casos la seguridad se obtiene, suturando en el mediastino, abordado por toracotomía independiente consecutiva.

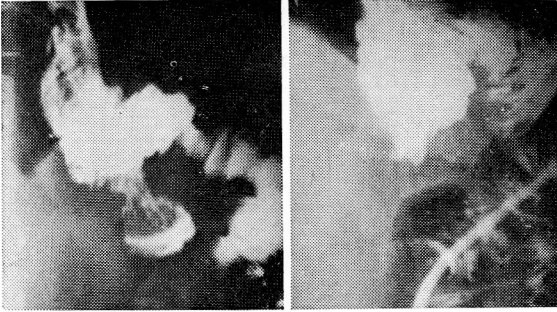
El procedimiento de yeyunostomía en el asa diverticular, fue utilizado en 5 observaciones [4 de ellas ya publicadas por R.P. y col. 16)], pero la asociación con el manguito yeyunal fue aplicada en un solo caso, que pasamos a relatar:

OBSERVACION

T. M. de C. Hospital de Clínicas. 58 años. Sexo femenino. Consultó por dolores epigástricos, dispepsia atípica y adelgazamiento de 11 kgs. El examen consignaba solamente como hecho importante, una desnutrición bastante marcada. El estudio radiológico reveló una gran tumoración ulcerada que ocupaba casi toda la porción vertical de la pequeña curva gástrica.

Operación: 7-X-74. (Dr. Rinaldi. Dr. Carriquiri). Se comprobó que no existían metástasis hepáticas ni siembras peritoneales. Gran tumoración gástrica, concordante con la radiología, adherida laxamente a cuerpo de páncreas. No adenopatías en pedículos mesentérico superior, hepático ni esplénico. Si en cadena de la coronaria estomáquica, que la anatomía patológica a posteriori confirmó como colonizadas. Gastrectomía total con esplenectomía. Reconstrucción digestiva según técnica citada en descripción anterior. La histología confirmó la existencia de adenocarcinoma muy indiferenciado.

Postoperatorio: Se aspiró la sonda yeyunal durante 2 días, obteniéndose escaso drenaje. El abdomen permaneció no distendido. Los drenajes peritoneales sólo dieron escaso líquido seroso. Al 2º día expulsó gases, y al 4º emitió excretas espontáneamente. Se alimentó por la yeyunostomía desde el 3er. día. A los



Figs. 3 y 4.— Estudio baritado de la anastomosis esofago-intestinal. Se aprecia la amplitud de la misma, la "bufanda" diverticular, el buen tránsito yeyunal, la sonda de yeyunostomía (en 4) y un neodivertículo (en 3) por distensión del segmento rebatido, que se evacúa correctamente (en 4).

12 días comenzó la alimentación oral. Recién a los 20 días se le retiró la sonda yeyunal, la que utilizamos en este lapso para complementar alimentación por boca. Se muestran radiografías (Figs. 3 y 4) de la sutura esofago-intestinal, donde puede verse la amplitud de la anastomosis, la "bufanda" diverticular, el buen tránsito yeyunal, la sonda yeyunal, y un neodivertículo por distensión del segmento rebatido, que se evacúa correctamente. Alta en buenas condiciones, al 31 día de la intervención quirúrgica.

RÉSUMÉ

Procédés de sécurité dans les gastrectomies totales.

Présentation d'un nouveau procédé de rétablissement de la continuité digestive après gastrectomie totale, consistant dans l'utilisation d'une anse jéjunale asymétrique en oméga (technique de Hivet-Warren modifiée) défonctionnalisée par anastomose en son pied et section-suture de sa branche afférente. Le moignon inférieur de celle-ci s'utilise comme jéjunostomie diverticulaire, d'abord d'aspiration, ensuite de réalimentation, et le moignon supérieur comme protection de l'anastomose oesophago-jéjunale par apposition de sa séreuse.

SUMMARY

Safety procedures in total gastrectomy.

The authors report a new procedure to restore the digestive tract continuity after total gastrectomy. It

consists of using an asymmetric jejunal loop (Hivet-Warren technique, modified). The loop must be previously disfunctionalized by a side-to-side anastomosis at its foot and section-suture of its afferent limb. The lower stump of this limb functions as a diverticular jejunostomy. It is used first as a decompressing device and later for feeding the patient. The upper stump is used to protect the esophago-jejunal anastomosis, by apposition of its serosa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BENEDETTI S, FIVOLI E, GRASSI G (Jr). Oesophago-intestinal reconstruction after total gastrectomy. *Chir Gastroenterol*, 6: 414, 1972.
2. BRANDT G, KUNZ H, NISSEN R. Intra und postoperative zwischenfälle Band II Stuttgart. Georg Thieme Verlag. 1967.
3. BRICOT R, REYNAUD S. Plastie gastrique après gastrectomie. Plaidoyer contre les plasties de Rosanov et de Tomoda. *Marseille Chir*, 2: 158, 1971.
4. CENDAN J, DELGADO B, GILARDONI F y MEROLA L. Gastrectomía total. *Cir Urug*, 44: 327, 1974.
5. DELGADO B. En discusión de Cendán y col. (4). Gastrectomía total. *Cir Urug*, 44: 355, 1974.
6. DELGADO B. Comunicación personal.
7. ESTEFAN A, PRADERI R, GOMEZ FOSSATI C, MAZZA M y PATIÑO V. Evolución alejada del montaje yeyunal con el procedimiento de Hivet-Warren. *Cir Urug*, 42: 126, 1973.
8. GRAHAM RR. A technique for total gastrectomy. *Surgery*, 8: 257, 1940.
9. HILAROWICZ H. Zur Technik der totalen Magenextirpation. *Zentralbl Chir*, 40: 1474, 1922.
10. HIVET M. Exclusion simplifiée d'une anse jéjunale en Y. *Ann Chir*, 16: 59, 1962.
11. MEROLA L (h). Gastrectomía total. Las anastomosis gastroplásticas. *Cir Urug*, 44: 339, 1974.
12. MEROLA L (h). Un nuevo procedimiento de unión esofagoyeyunal después de gastrectomía total. *Bol Soc Cir Urug*, 28: 188, 1957.
13. NACHLAS M, YOUNIS M, RODA C, WITYK J. Gastrointestinal motility studies as a guide to postoperative management. *Ann Surg*, 175: 510, 1972.
14. NEELY J, CATCHPOLE B. Ileus: the restoration of alimentary tract motility by pharmacological means. *Br J Surg*, 58: 21, 1971.
15. PINOTTI H. Jejunostomias: Avaliação atual do seu emprego. *Arq Gastroenterol*, 11: 138, 1974.
16. PRADERI R, ESTEFAN A, GOMEZ FOSSATI C, MAZZA M et GATEÑO N. Jéjunostomie d'alimentation après gastrectomie totale. *Nouv Presse Méd*, 2: 2693, 1973.
17. PRADERI R, ESTEFAN A, GOMEZ FOSSATI C, MAZZA M. Derivations bilio-jéjunales sur anses exclues. Modifications techniques du procédé de Hivet-Warren. *Lyon Chir*, 69: 459, 1973.
18. SMITH M, JEPSON R, CATCHPOLE B. Ileus: an experimental study. *Br J Surg*, 52: 381, 1965.
19. WARREN K. Modification of the Roux-en-Y procedure. *Surg Clin North Am*, 45: 611, 1965.