

GASTRECTOMIA TOTAL *

Por el Dr. MARIO QUINONES,
académico de número.

Hasta hace pocos años la gastrectomía total era operación extremadamente rara; aún ahora es poco común. Después de los intentos experimentales que en 1878 hicieron Czerny y Kayser, en que la practicaron en cinco animales de los que sobrevivió uno, que observado cinco años más tarde por Ludwig y Oyata encontraron que no había sido gastrectomía completa, y de la primera efectivamente total que practicaron en el gato Carballo y Pachón en 1894, Conner, de Cincinnati, en 1883, practicó la primera gastrectomía total en el hombre muriendo el enfermo en la mesa de operaciones.

No fué sino más tarde cuando Schlatter, de Zurich, practicó con éxito la primera gastrectomía en el hombre, haciendo la resección total por neoplasma canceroso, terminando la intervención por anastomosis esófago-duodenal. El enfermo sucumbió dos meses más tarde víctima de metástasis neoplásica.

De entonces a la fecha se ha venido practicando más y más esta intervención, particularmente en los últimos años, no obstante contar con fuerte oposición no sólo entre los médicos sino entre los mismos cirujanos, debido a que su técnica presenta algunas dificultades, su mortalidad inmediata es muy alta, la alimentación subsecuente es precaria, ya que generalmente el que sobrevive muere por metástasis cancerosas.

Muchos estudios de conjunto se han hecho a propósito de esta intervención, contándose entre los principales los llevados a cabo por Finney y Rienhoff, quienes en 1925 relatan 122 casos, de los que en realidad sólo

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 8 de junio de 1949.

55 fueron de gastrectomía total, con una mortalidad en el curso de la operación o inmediatamente después, de 53%, el resto con sobrevidas hasta de 4 años 8 meses cuando hicieron su estudio. Ducoing, Soula y Frankel, en 1934, relataban 162 casos en total, con éxitos y fracasos. Sthanke, en 1938, reúne tan solo 62 casos con éxito. De 15 casos que operó Horsley entre 1929 y 1942, murieron como consecuencia de la operación 12, atribuyéndose la muerte a shock, neumonía, trombosis de la mesentérica, infección sub-diafragmática o peritonitis. En 1943, operó 3 casos más con éxito. Lahey F. K. publicó en 1938, 5 casos seguidos de éxito. Hartman refiere un caso de sobrevida por más de 11 años y los demás autores refieren casos de sobrevida también que varían de meses a varios años. Tanto Pack como Macneer en 1943, en una revisión de los casos referidos hasta entonces, dan una mortalidad de 49.3% para operados, desde la primera intervención (1883) hasta 1921 (75 operados); de 31.6% para operados de 1921 a 1930 (57 operados) y de 1931 a 1943, 34.3% de mortalidad (166 operados).

Desde luego podemos concluir de los datos antes señalados que la vida es compatible con la extirpación total del estómago, como lo demostraron experimentalmente, desde 1878, Usembawer y Kayser. Debe hacerse notar también que la alta mortalidad operatoria en estos casos se debe sin duda al hecho de que los enfermos que tienen que ser sometidos a esta cruenta operación, son por lo general viejos o personas más allá de la mitad de la vida, que por su propia enfermedad han venido alimentándose deficientemente, ya que como sabemos uno de los síntomas más comunes en los casos de cáncer gástrico es la anorexia, y además afectados por los efectos de la intoxicación cancerosa, circunstancias todas que hacen de estos pacientes sujetos poco descables para éxitos quirúrgicos brillantes y constantes.

El hecho de que frecuentemente mueran por metástasis cancerosas, viene a demostrarnos que estos pacientes llegan generalmente tarde al cirujano, ya porque el diagnóstico ha sido tardío o bien porque cirujanos que los han visto antes han dudado acerca del beneficio que podían haberles dado operándolos oportunamente. Cuando nuestros procedimientos diagnósticos nos permitan obtener con mayor finura y precisión los datos para concluir que se trata de neoplasias gástricas en su iniciación, seguramente que habrá muchas menos muertes por metástasis cancerosas y también la mortalidad operatoria inmediata será menor.

Por lo que respecta a las restricciones dietéticas, es indudable que, cuando menos inicialmente, no puede un paciente que carece de estómago tomar cuanto tomaba cuando lo tenía; pero también no olvidemos que como consecuencia de su propio mal estos enfermos ya se alimentaban deficientemente. Los elementos secretorios de la digestión gástrica hacen falta y habrá necesidad de dar alimentos preparados en la forma más conveniente para una fácil digestión y asimilación. Por otra parte, la carencia del reservorio estomacal es otra de las razones que hace que estos pacientes no puedan alimentarse en la proporción que lo hacían antes, porque no pueden ingerir grandes cantidades de alimento debido a las intolerables molestias que les provocan las grandes tomas; pero pequeñas tomas repetidas de alimentos adecuados permiten una alimentación suficiente y a la larga una especie de adaptación de las vías digestivas a la nueva situación mecánica, que permite mayor ingestión de alimentos, mejor digestión y aún ligeros cambios en su composición, haciendo en muchas ocasiones que se alimenten mejor que antes de operados.

Estudios de Heilman y de Burger y Contjezny parecen demostrar que los trastornos digestivos que se atribuyen a la extirpación del estómago se han exagerado, pues sólo encontraron ligera deficiencia en la digestión y absorción de grasas, que atribuyen a la desaparición del reflejo provocado por la llegada del quimo ácido al duodeno para la elaboración de secretina y la secreción correspondiente de bilis y de jugo pancreático.

Mac Donald, Ingelfinger y Belding, en estudio practicado en pacientes con gastrectomía total con 3, 5 y 10 años de sobrevida, encontraron: Buen apetito, aunque menor que antes de operados. Esófago normal. Ligera dilatación del yeyuno en dos casos. Mobilidad del delgado normal. Ligera deficiencia en la absorción de grasas, mayor para vitamina A, puesta directamente en el yeyuno. La absorción de la vitamina D, calcio y fósforo es normal, aunque es sabido que se han registrado casos de osteoporosis. La excreción del nitrógeno (1 a 2 g.) puede considerarse normal. Ligera deficiencia de la secreción pancreática. Se han obtenido sombras normales de colecistografía por inyección intravenosa del colorante, y vaciamiento normal de la vesícula con la comida de Graham. Curva de glucemia normal, con excepción de uno de los casos en que se hizo resección parcial de páncreas y, por último, no han comprobado la aparición de anemias, pues éstas ya existían desde antes de la operación.

El hecho de que se registren sobrevidas en pacientes que han sufrido tan dura intervención, debe entusiasmarnos, ya que de no haber sido operados tales enfermos estaban condenados a una próxima y penosa defunción.

Si la cirugía ha podido arrancar de estos pacientes el mal que les corroía y en algunos casos los ha curado de dicho mal, y en otros por lo menos les ha prolongado la existencia con prórrogas que se citan hasta de 11 años, la gastrectomía total resulta pues una operación que amerita ocupar importante lugar en el dominio de la cirugía.

Los grandes avances logrados en el tratamiento pre y post operatorio de los pacientes, los marcados adelantos en los procedimientos anestésicos y el brillante progreso de las técnicas quirúrgicas, han permitido, como se deduce de los datos antes señalados, que el cirujano verifique con más frecuencia esta intervención que hasta hace poco, como decíamos al principio, era una operación extremadamente rara.

Las circunstancias antes anotadas harán que el cirujano y el médico, deseosos de prolongar por lo menos la existencia de sus pacientes cuando no les es posible curarlos radicalmente, sometan a estos enfermos con la debida oportunidad, cuando las resistencias orgánicas naturales aún no han sido grandemente afectadas, a una intervención que puede ser salvadora cuando la técnica de esta operación es bien dominada, y es de recomendarse que su práctica sea más difundida. Seguramente que las estadísticas mejorarán en todos sentidos y seguramente que también se ampliarán sus indicaciones, suprimiéndose las gastrectomías parciales por cáncer, que no raramente nos permiten comprobar con pena la reaparición del mal en la porción de órgano que queda o bien las metástasis regionales o a distancia.

Es de esperarse esta ampliación de las indicaciones, ya que por hoy se acepta tan sólo para los casos de tumores malignos que no pueden ser extirpados por la resección parcial, que no tiene metástasis visibles: entre ellos la linitis plástica cuya infiltración es intramural, el linfosarcoma y los leiomiomas con degeneración sarcomatosa.

Hay que hacer notar que no siempre se va a una intervención sobre estómagos debidamente preparados para hacer gastrectomía total, pues en ocasiones los datos tanto clínicos como radiológicos parecen indicar un pequeño tumor; sin embargo, al abrirse el vientre se encuentra uno con una lesión mayor del órgano y aun de zonas circunvecinas. Ante esta circunstancia, en que se han encontrado casi todos los que operan

un tumor de estómago, es conveniente sugerir que en todos los casos de tumor por pequeño que éste sea o lo parezca, se prepare al paciente tanto desde el punto de vista de su equilibrio ácido básico, equilibrio de sales y flúidos, vitamínico y de proporción de glóbulos rojos y hemoglobina, como si se tratara de un paciente al que se está dispuesto a hacerle gastrectomía total, pues frecuentemente esto no se decide previamente a la apertura del vientre, sino que las más de las veces es el resultado de la exploración intraabdominal minuciosa y juiciosa, que siempre debe hacerse, para averiguar si no hay metástasis a órganos esenciales o bien si la adenopatía no es tan numerosa y tan amplia que impida la extirpación total de las partes donde pudiera reproducirse el tumor, determinándose entonces que debe hacerse la gastrectomía total, para la que creemos más cómoda la laparatomía paramediana izquierda. Se verán y calcularán las posibilidades de movilización del órgano y porciones anexas (ganglios, gran epiplón y aun a veces bazo); de la sección tanto duodenal como esofágica, y, por último, del restablecimiento de la continuidad del tubo digestivo, ya sea con anastomosis esófago-duodenal, con grandes dificultades técnicas y poco recomendables (60% de mortalidad), o bien la anastomosis esófago-yeyunal, con sólo 26.5% de mortalidad según Charrier y Princeteau.

Las ventajas teórico-fisiológicas que se aducen en favor de la primera son mucho menos importantes de lo que se ha dicho, según nos demuestran estudios acerca de los resultados de la segunda.

Nosotros hemos practicado dos gastrectomías totales por neoplasias gástricas según los diagnósticos clínicos y radiológicos, resultando del estudio histopatológico carcinoma alveolar ulcerado con grandes zonas de necrosis e infiltración leucocitoria difusa, el primero, y leiomioma con focos hemorrágicos y manifestaciones erosivas con infiltraciones inflamatorias que rebasan la muscularis, el segundo.

Caso núm. 1.—S. M. E. Expediente 29,235 del Sanatorio Español. De 58 años. De Burgos, España. Caso con antecedentes de blenorragia, chanero mixto, lúes tratada y Wassermann positiva (X), etilismo y tabaquismo moderados. Ingresó al Sanatorio el 5 de noviembre de 1948, refiriendo que hacía dos meses venía presentando dolor epigástrico casi continuo, pirosis, agruras, sensación post-prandial de calor en el estómago, astenia, constipación y sed marcada. A la exploración física no se encontró más que acentuada palidez y adelgazamiento, sin que se lograra palpar ninguna masa tumoral en el vientre. El estudio radiológico mostró de

modo evidente la existencia de un tumor del tercio superior del estómago. Fué operado el 3 de diciembre de 1948, con el diagnóstico de cáncer de la porción alta del estómago. Se hizo laparatomía paramediana derecha, de la base del apéndice xifoide al ombligo y del extremo superior hacia arriba y a la izquierda se prolongó la incisión en la piel como unos 4 centímetros. Se movilizó el recto del abdomen hacia la derecha, se abrió la hoja posterior de la vaina derecha del músculo y se exploró la cavidad abdominal, encontrando un tumor como del tamaño de una naranja con ganglios en la pequeña curvatura. El estómago era movilizable pero adherido por su cara posterior a los planos profundos (meso y páncreas), adherencias que fueron cortadas con cuchillo eléctrico. Se hizo la duodectomía, tratando adecuadamente el muñón distal del duodeno, y se fué levantando el estómago de su parte inferior a la superior, hasta lograr ver la parte más alta de la cara posterior de dicho órgano y la más baja del esófago. Como la porción intrabdominal del duodeno es demasiado pequeña, se desprenden con el dedo sus adherencias al hiatus diafragmático y se hace tracción con el estómago en la mano hacia abajo, lo que permite un buen descenso del esófago para poder extirpar hasta el cardias. Antes de hacer el corte de esófago se lleva un asa de yeyuno por delante del colon hasta la parte inferior de la cúpula diafragmática en el sitio de la salida del esófago, fijando el asa yeyunal en suspensión a dicha cúpula por unos puntos de seda aislados. Después se procede en todo de acuerdo con la técnica de Lahey, que no describiré en total para brevedad de este escrito y sobre la que se podrán dar perfecta cuenta por las diapositivas que se proyectan en la pantalla. Se tomaron placas días después de la intervención, que demuestran el perfecto funcionamiento de la boca anastomótica esófago-yeyunal. Desgraciadamente se desarrollaron rápidamente metástasis al hígado y se presentó una complicación pleuropulmonar, que hizo que el paciente muriera el 22 de enero de este año.

Caso núm. 2.—C. P. E. de 61 años. De Navarra, España. Casado. Industrial. Ingresó al Sanatorio Español el 29 de noviembre de 1948. Con anterioridad este enfermo se había internado en 1947 por tumor prostático no maligno; en diciembre de ese mismo año decía que desde hacía 5 años padecía náuseas y anorexia, vómitos de vez en cuando, y hacía tres meses antes que había tenido vómito de sangre oscura en poca cantidad, que no se acompañó de síntomas generales, habiendo tenido tres días antes de esta historia pequeño vómito de sangre roja, eructos frecuentes,

mareo y constipación. Se le aconsejó internarse. Se hizo estudio de Rayos X, encontrando sospecha, casi certeza, de tumor en el estómago en pequeña curvatura cerca del cardias. Se estuvo tratando con transfusiones, suero, vitaminas, etc. Al mejorar su estado general solicitó el alta; pero como persistieron más tarde sus molestias, se internó el 29 de noviembre de 1948 y fué operado el 10 de diciembre del mismo año, habiéndole hecho gastrectomía total según la técnica de Bancroft, que no describiré tampoco, ya que las diapositivas que se proyectan ilustran mejor acerca de ello. Este enfermo fué dado de alta el 6 de abril de 1949 y esta misma semana lo he visto en bastantes regulares condiciones.

En ambas intervenciones fuí ayudado por los doctores Matute y Ayala. La anestesia fué dada por el doctor Terrazas, habiendo sido de ciclopropano-éter-oxígeno, con intubación traqueal.

En nuestro medio tengo noticias de que los doctores Ayala González, Aguilar Alvarez, Clemente Robles y Gustavo Baz, han practicado gastrectomías totales con éxitos y fracasos cuya proporción en realidad no conozco, por lo que creo se puede esperar que esta intervención se difunda con mayor amplitud de la que en la actualidad tiene.

CONCLUSIONES

1ª La gastrectomía total es una operación compatible en muchos casos con la vida.

2ª Es de esperarse que, cuando se realice con mayor oportunidad, su mortalidad operatoria se abatirá en buena proporción.

3ª Los progresos de las técnicas, tanto de anestesia como quirúrgicas, han ayudado mucho a que el número de sobrevidas sea mayor.

4ª Es de desearse un diagnóstico más temprano del cáncer del estómago, para que su extirpación completa sea más segura, tanto desde el punto de vista de la sobrevida como de la curabilidad.