

TECNICA
DE
LA GASTRECTOMIA REICHEL-POLYA EN LA ULCERA GASTRODUODENAL

POR FEDERICO E. CHRISTMANN

Desde 1930 hacemos corrientemente la gastrectomía como tratamiento quirúrgico de elección en la úlcera gastroduodenal. Después de algunos casos de anastomosis términoterminal hemos dado preferencia, siguiendo a casi todos los cirujanos alemanes, a la anastomosis términolateral o procedimiento de Billroth II. De este tipo de anastomosis hemos hecho la variante descripta primeramente por Reichel, perfeccionada y divulgada por Polya.

En las primeras operaciones de este tipo hacíamos la anastomosis como lo aconseja Moynihan disponiendo el asa eferente hacia la corvadura menor del estómago y por delante del colon. Más tarde tuvimos que reoperar al año un enfermo en quien, por mala evacuación, se llenaba el asa eferente y ello nos indujo a adoptar la manera original de Polya, es decir, con el asa eferente hacia la gran corvadura y transmesocolónica. Finalmente, nos ha parecido más simple y, por lo menos, de igual resultado, efectuar la anastomosis original de Reichel-Polya, pero, antecolónica como aconseja Balfour.

Desde 1933 efectuamos casi sistemáticamente este tipo de anastomosis Reichel-Polya-Balfour y, hasta la fecha, no hemos encontrado inconvenientes inmediatos ni alejados.

Desde julio de 1933 hemos variado fundamentalmente la téc-

nica de las suturas, debido a algunos malos resultados (hemorragias) tenidos con los tipos corrientes de *surget* descritos.

Después de una serie de experiencias efectuadas en el perro en colaboración con uno de nuestros ayudantes, doctor Juan

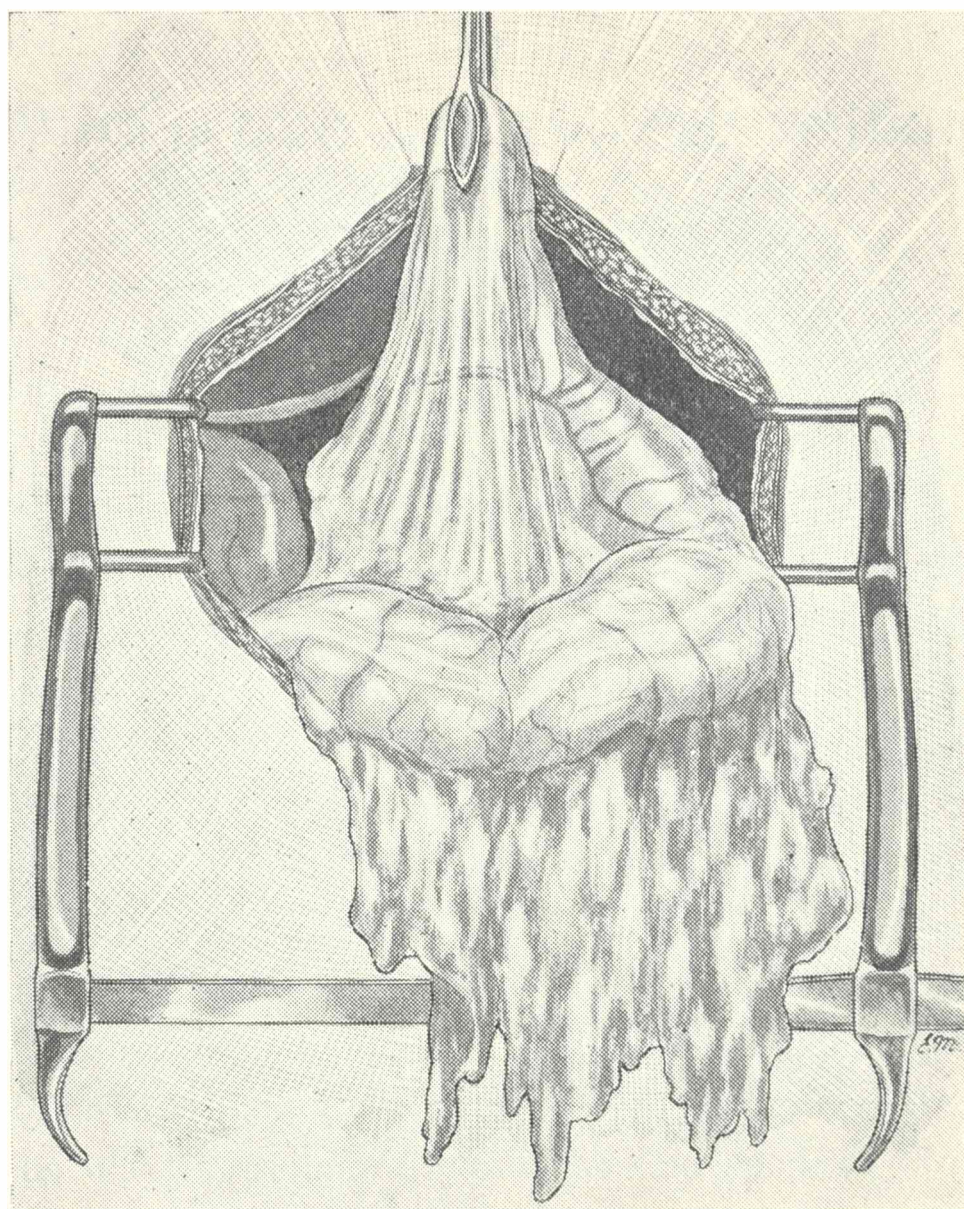


Figura 1

José Moreda, observamos que la sutura que mejor afronta y cicatriza las paredes gastrointestinales es la de Schmieden; le siguen en orden decreciente el *surget* simple y la de Connell. Esta última afronta muy bien la superficie peritoneal, pero la cara mucosa queda con los bordes evertidos y es la que tarda más en cicatrizar y lo hace dejando mayor superficie cruenta, razón por la cual la hemos abandonado completamente.

La sutura de Schmieden, si bien es cierto que afronta muy bien los bordes, en cambio deja que desear desde el punto de vista de la impermeabilidad y la hemostasia. Por ese motivo, nosotros le hemos agregado un segundo plano, también perfo-

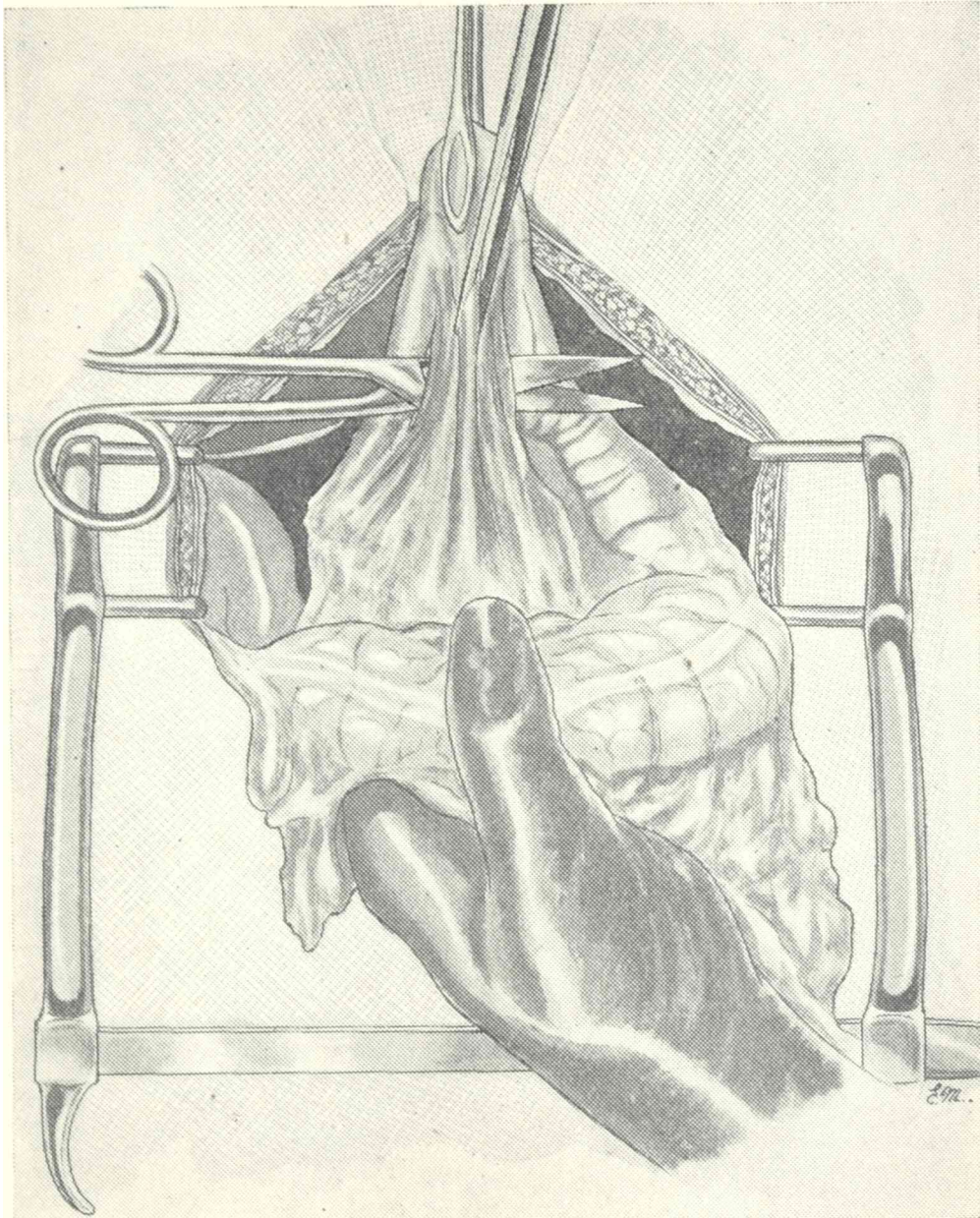


Figura 2

rante, efectuado como *surget* simple, que asegura impermeabilidad y hemostasia perfectas.

En los comienzos de esta cirugía preparábamos al enfermo con abundante suero fisiológico y glucosado sin mayor control metabólico, administrando digital a casi todos los enfermos y, muy amenudo, recibían transfusiones sanguíneas.

El estudio detenido del equilibrio acidobásico y del metabo-

lismo de la glucosa y de los cloruros en el pre y post-operatorio de los enfermos ulcerosos — realizado en nuestro servicio por el clínico doctor Manuel Estiú — nos ha enseñado que debe controlarse previamente el estado humoral del enfermo antes de

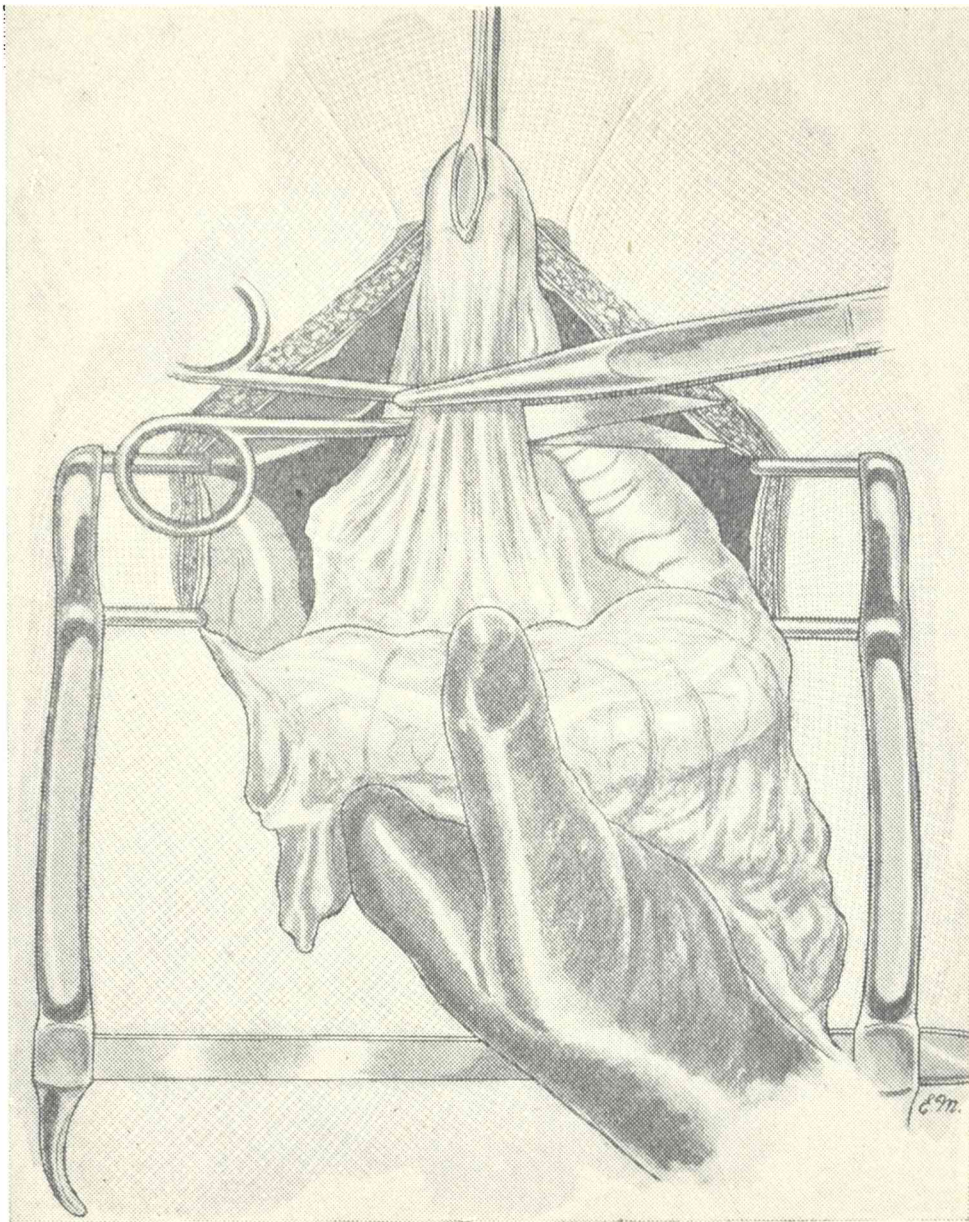


Figura 3

indicar una inyección de suero; razón por la cual desde entonces somos más parcós en esta medicación y, en la actualidad, sólo la indicamos inmediatamente después de realizada la operación y únicamente el primer día, raras veces en los días subsiguientes.

Hemos llegado a la conclusión de que el enfermo debe ir normohumoral a la mesa de operaciones y si la técnica operatoria

está bien reglada y no se presentan inconvenientes, la alteración del equilibrio orgánico es mínima: se reduce generalmente a un ligero descenso de los cloruros de la sangre.

El ayuno de doce horas previas a la operación y el lavado

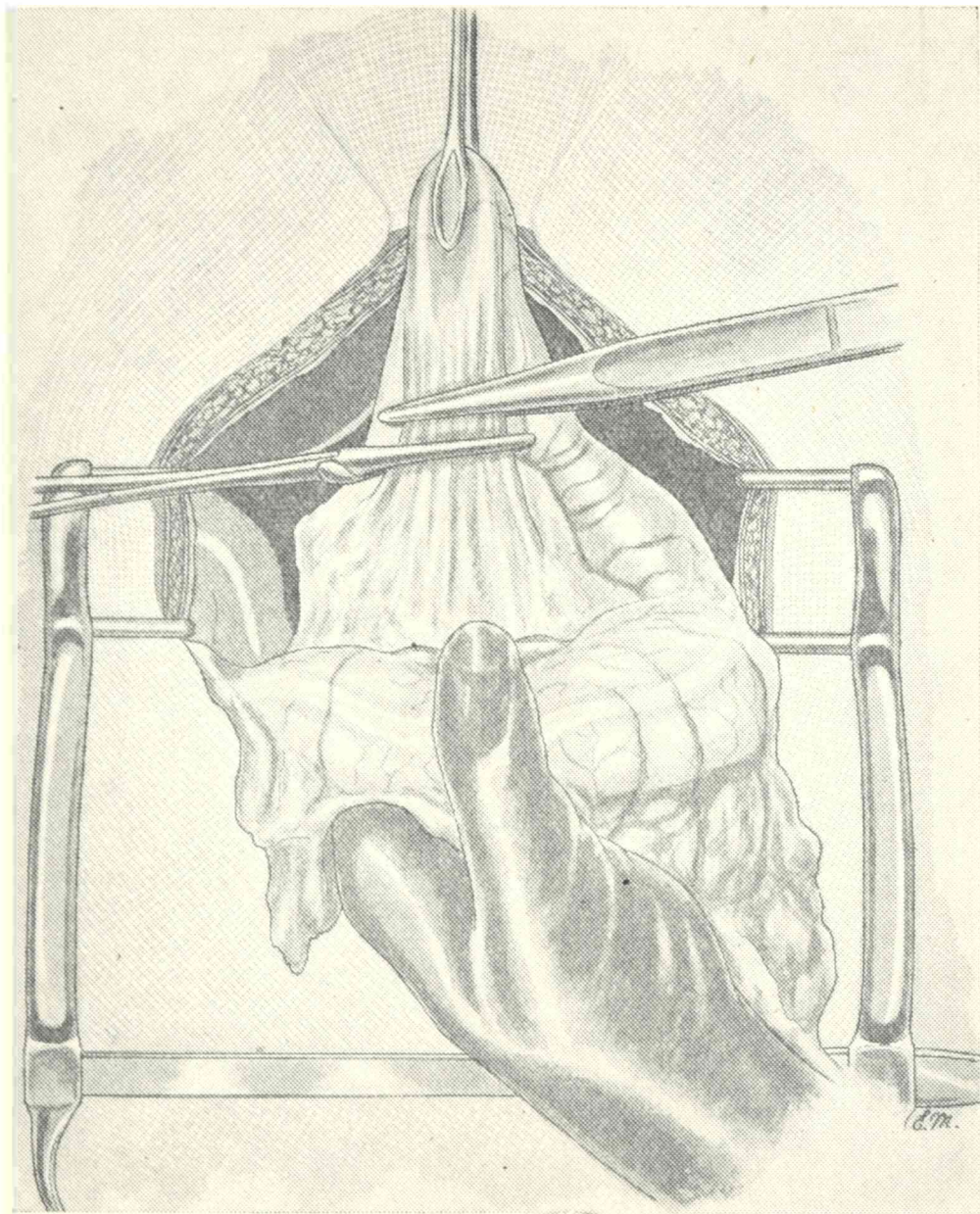


Figura 4

prolijo del estómago son de rigor así como la administración de una inyección de uno y medio a dos centigramos de morfina, media hora antes de la operación.

ANESTESIA

Utilizamos siempre la anestesia local infiltrativa que consideramos de elección. Hemos empleado durante un corto tiempo

la raquianestesia con novocaína, inyectando 10-12 centigramos entre la segunda y tercera vértebras lumbares, pero nos ha resultado, en algunos casos, insuficiente por su duración o por el nivel anestésico a pesar de realizarla en decúbito late-

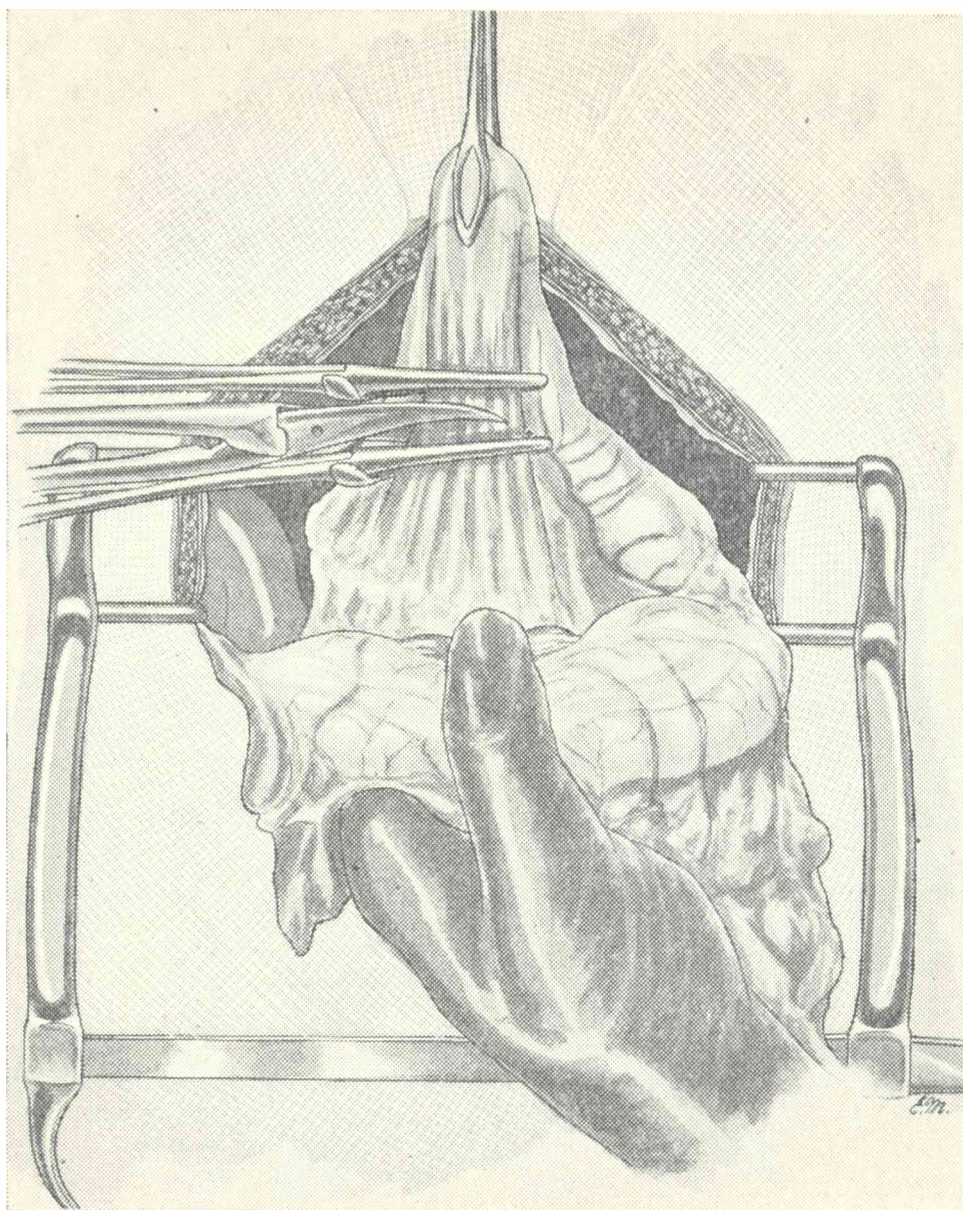


Figura 5

ral y colocar de inmediato el enfermo en posición de Trendelenburg.

Infiltramos la línea media desde el ombligo al apéndice xifoides subcutáneamente, y, luego, atravesando la aponeurosis, llegamos al tejido preperitoneal que infiltramos con abundancia.

Hecha la incisión y seccionado el peritoneo lo levantamos

con pinzas y llegamos a infiltrar hasta 6-8 centímetros de distancia de la sección. De este modo, hemos visto que se obtiene una relajación total mucho mayor y mejor anestesia.

Tomamos luego el estómago y ponemos al descubierto la

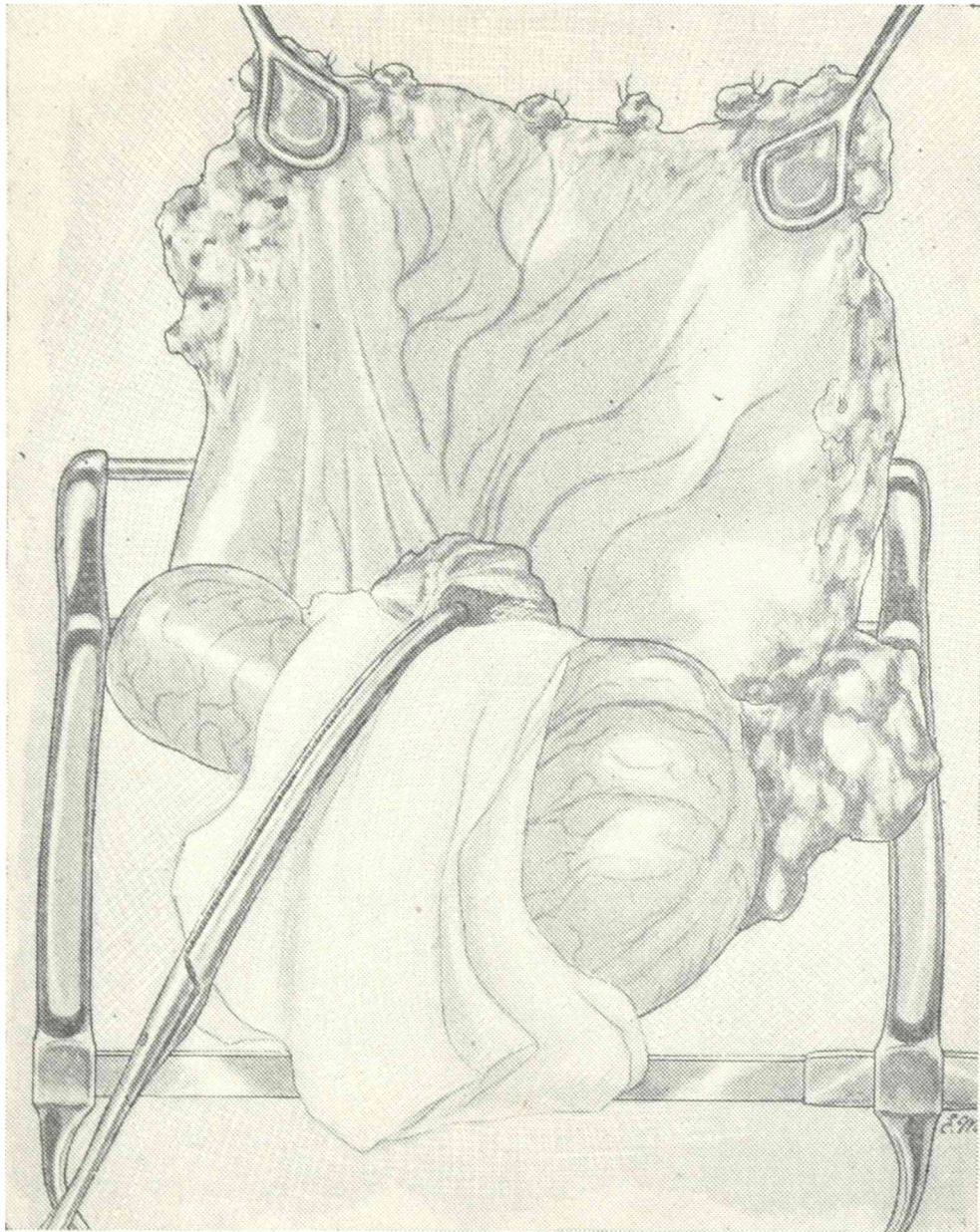


Figura 6

región, píloroduodenal que infiltramos con 20 centímetros de solución rodeando completamente la primera porción del duodeno, el epiplón gastrohepático, el píloro y la cabeza del páncreas. Traccionamos luego el estómago hacia abajo y levantando el hígado infiltramos la parte alta de la pequeña curva.

Por lo general, no hacemos más anestesia que la mencionada, pero cuando existen adherencias del estómago a la pared poste-

rior, al colon o a los epiplones también infiltramos las conexiones nerviosas correspondientes.

INCISIÓN

Incindimos la piel en la línea media, desde el apéndice xifoideo al ombligo, luego la línea blanca exactamente en el medio,



Figura 7

para lo cual hacemos primero un ojal sobre el ombligo, donde es más ancha y lo prolongamos hacia arriba. Se coloca el segundo campo y se secciona el peritoneo completando la anestesia y colocando un separador grande de Gosset.

Primert tiempo : Exploración. — La misma pinza de aro colocada

en el estómago para hacer la anestesia se moviliza fijándola en la parte media de la gran corvadura y se tracciona hasta exteriorizar ampliamente el estómago y el colon.

Hecho esto se explora la cara posterior del mesocolon transverso para reconocer los vasos cólicos y evitar su herida en los tiempos siguientes.

Segundo tiempo: Liberación de la gran corvadura. — Se co-

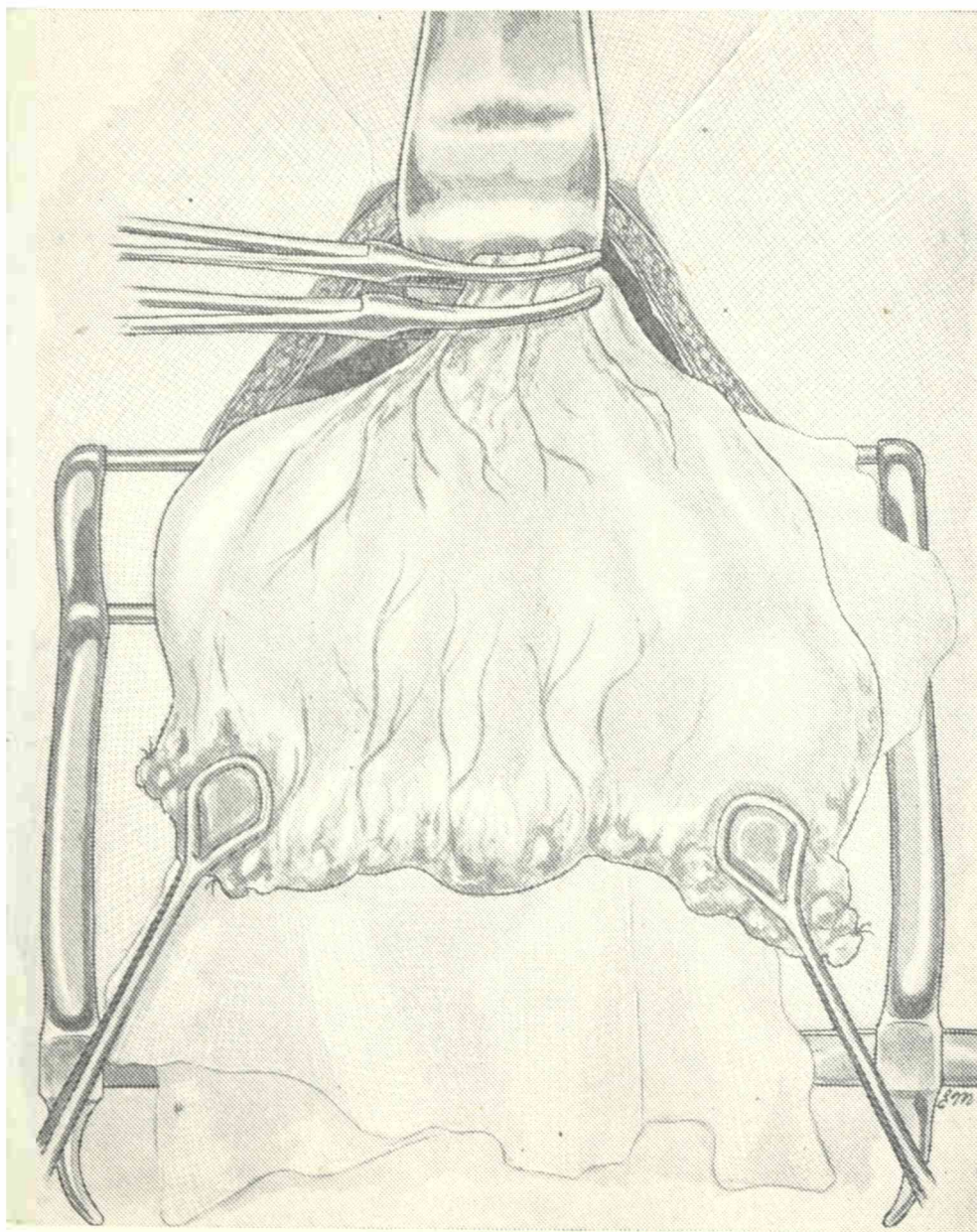


Figura 8

mienza así el desprendimiento de la gran corvadura, que hacemos siempre con una técnica igual. Una pinza de disección sin dientes toma el epiplón gastrocólico y lo levanta; con una tijera de Mayo se labra un pequeño ojal que luego la misma tijera lo agranda manteniéndolo abierto.

La pinza de disección toma entonces el segmento que va a seccionarse, el cual es reparado con dos pinzas de Kocher y permite efectuar entre ellas la sección sin peligro de hemorragia.

Esta maniobra se repite con otro segmento de epiplón gas-

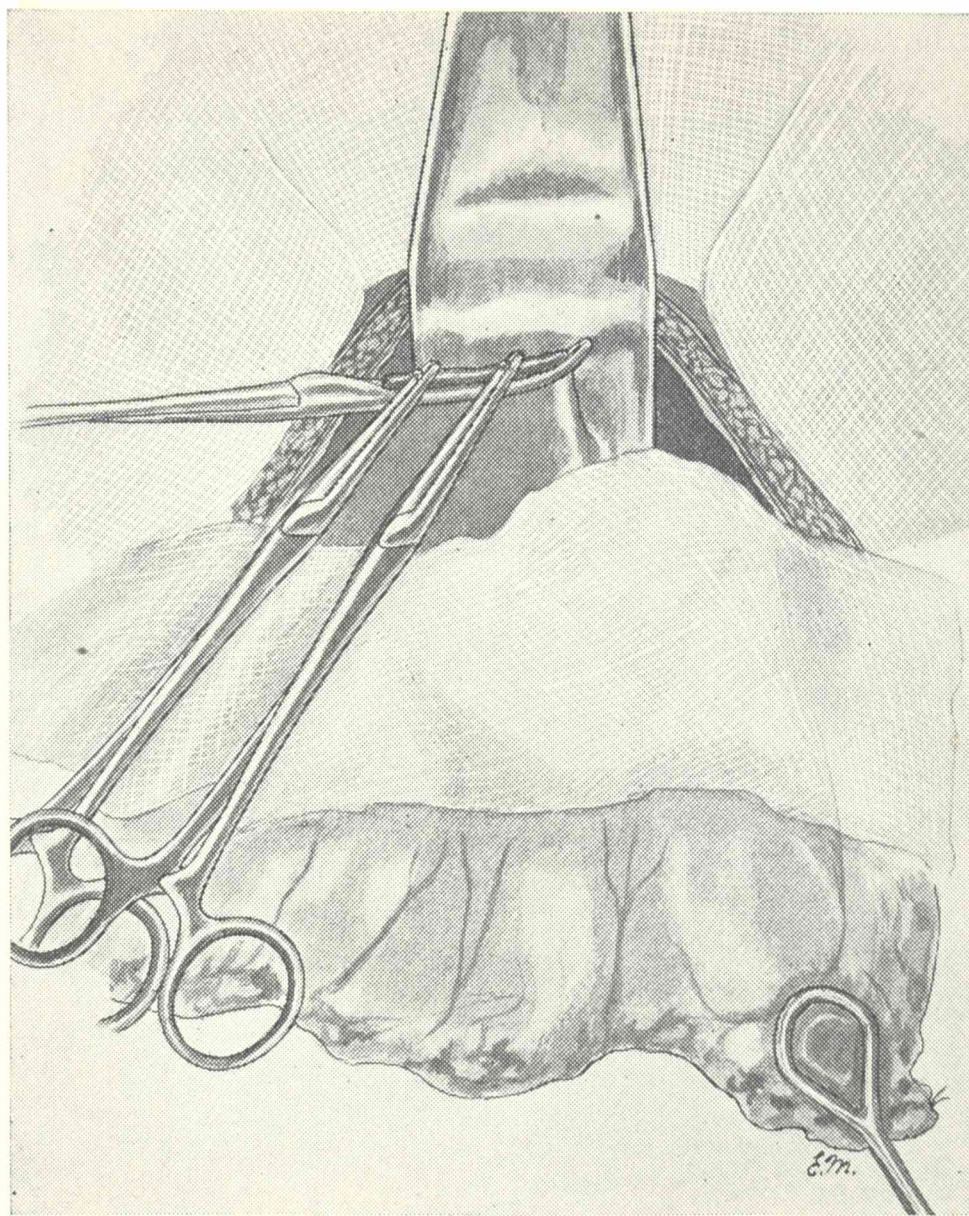


Figura 9

trocólico tantas veces como sean necesarias para liberar la gran corvadura gástrica desde los vasos cortos hasta el píloro y franqueando éste por toda la primera porción del duodeno hasta el páncreas.

Así liberado el estómago se hacen las ligaduras con hilo de lino a todas las pinzas colocadas y se levanta el estómago mos-

trando toda su cara posterior y el epiplón gastrohepático por su cara posterior. En este punto se coloca una gasa larga en forma de tapón reparando la pequeña curva y se baja nuevamente el estómago, con lo cual la gasa colocada hace saliencia por el pequeño epiplón y nos facilita su liberación.

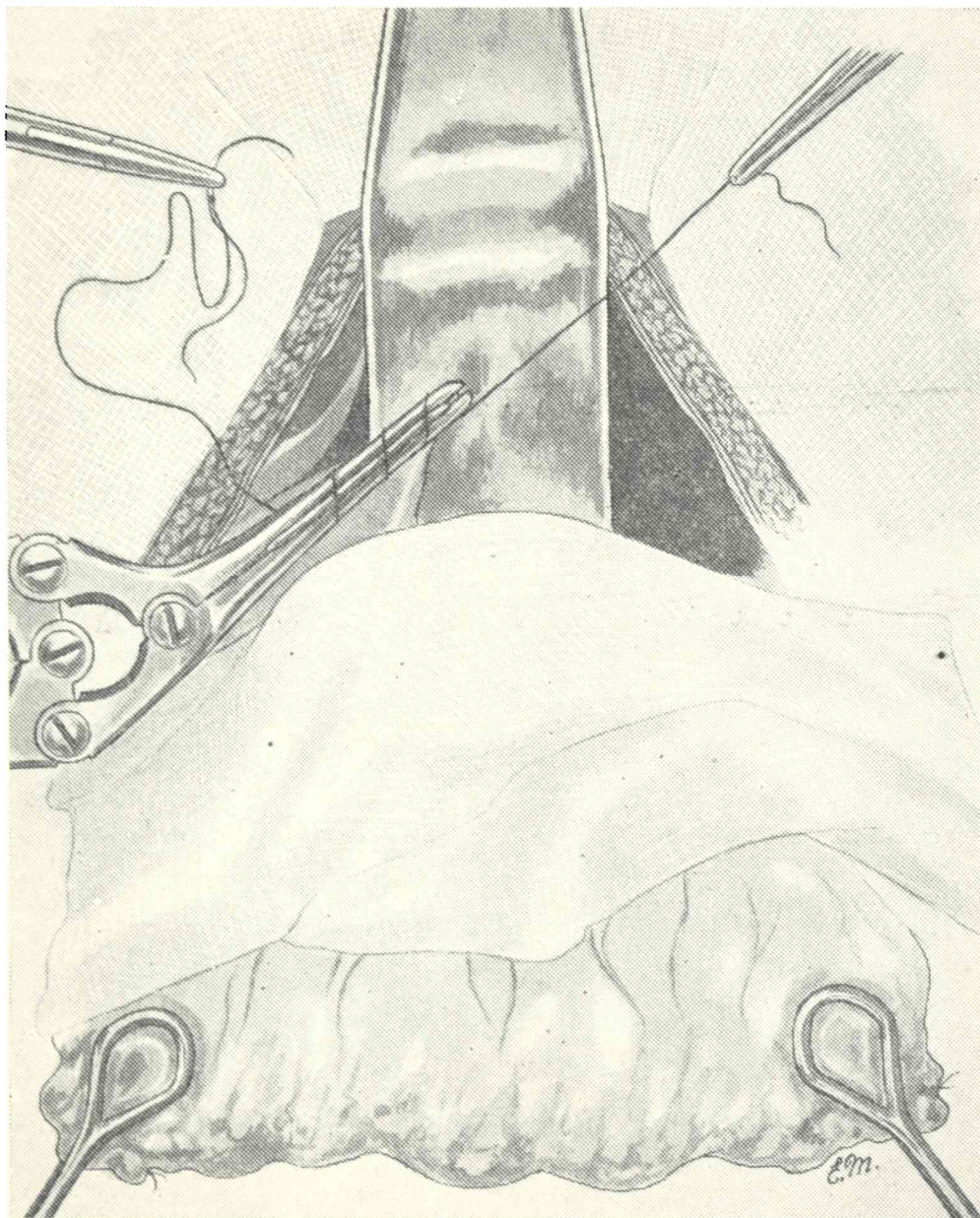


Figura 10

Tercer tiempo : Liberación de la pequeña corvadura. — Se hace con la tijera un ojal en la porción transparente del pequeño epiplón y se observa por la cara posterior y anterior a la vez la arteria coronaria estomáquica y sus venas. Con ellas se repite la misma maniobra para liberarlas y ligarlas tal como se efectuó en el gran epiplón y se secciona entre dos pinzas. A la al-

tura que se efectúa la sección, se encuentra casi constantemente la arteria coronaria ya dividida en dos ramas, por lo tanto las pinzamos y ligamos en masa y separadamente.

Cuarto tiempo : Sección del duodeno. — Movilizado totalmente

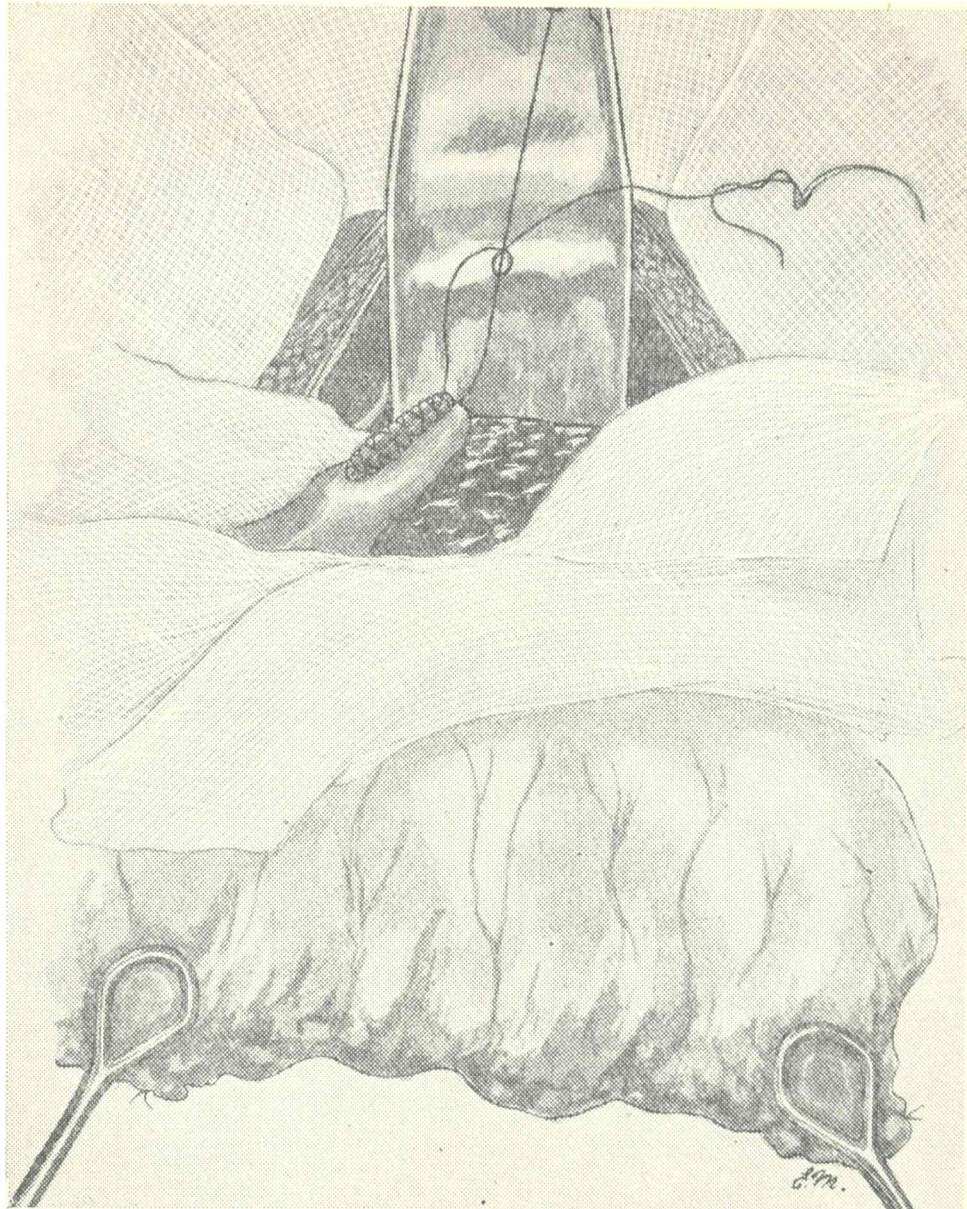


Figura 11

el estómago y duodeno hasta ambos límites de la resección se pasa a seccionar este último en la unión de la primera con la segunda porción. Para ello se coloca un clamp de Payr chico y paralelo a él y, a nivel del píloro, una pinza de Kocher curva. Se protege con gasas la vecindad de ambas pinzas aislándolas y se secciona con bisturí al ras del clamp de Payr. Se toca con tintura de yodo ambas superficies de sección y, protegiendo el

extremo pilórico con una gasa, se abandona temporariamente hacia el lado del ayudante.

Quinto tiempo : Cierre del duodeno. — Con aguja curva peque-

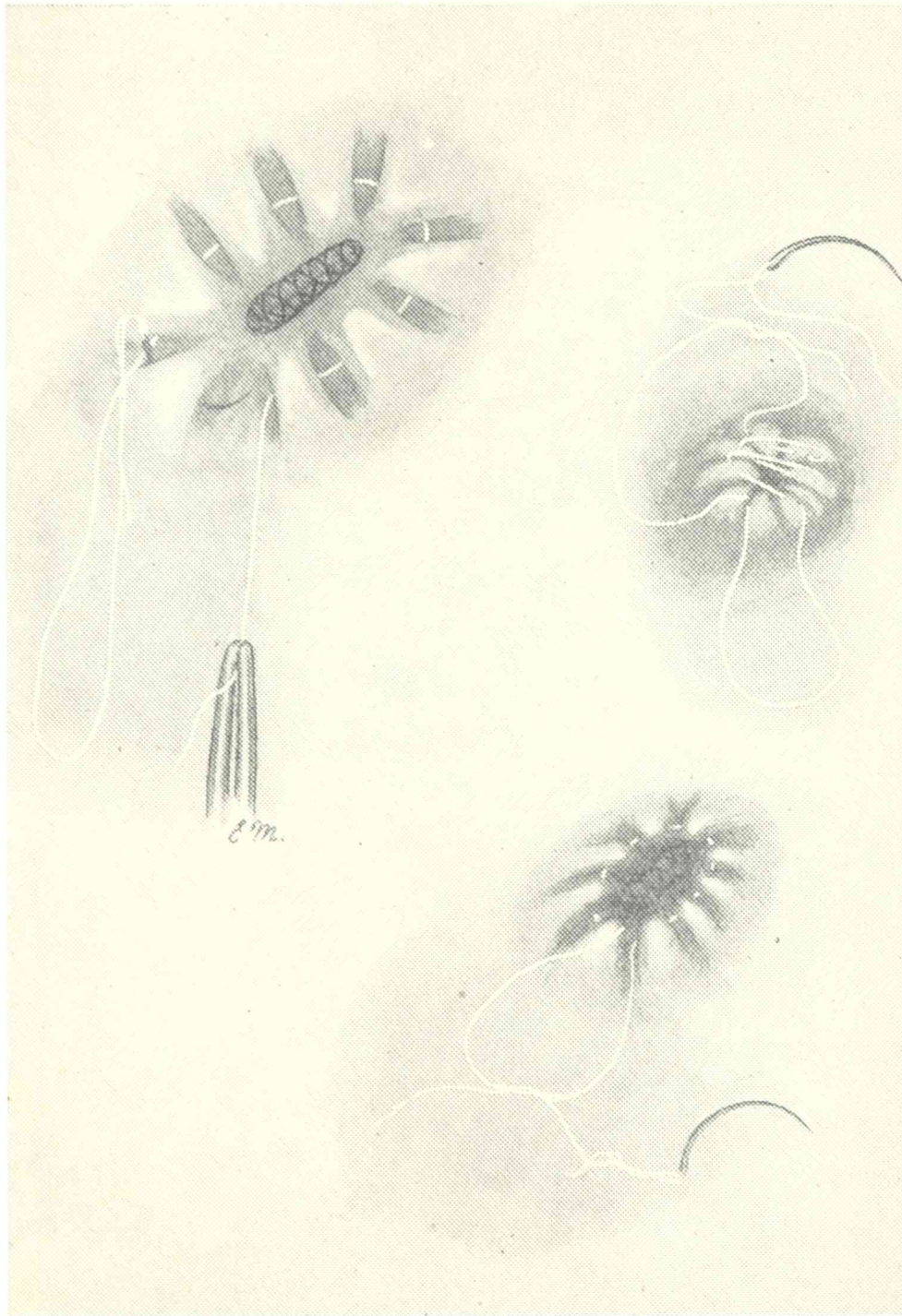


Figura 12

ña enhebrada con catgut cromado número 0 se hace una sutura perforante total alrededor del clamp de Payr.

Cuando ya se han colocado cuatro o cinco puntos de un extremo al otro de la sección duodenal, se retira el clamp y se tracciona de ambos extremos del hilo con lo cual la sutura se

ajusta. Se hace un segundo plano perforante total y se anuda con el extremo inicial del hilo.

Con otra aguja curva pequeña enhebrada con hilo de lino delgado, se hace una jareta alrededor de la sutura perforante, la que una vez ajustada invagina totalmente a la primera. Sobre esta sutura invaginante seroserosa se hace una segunda que

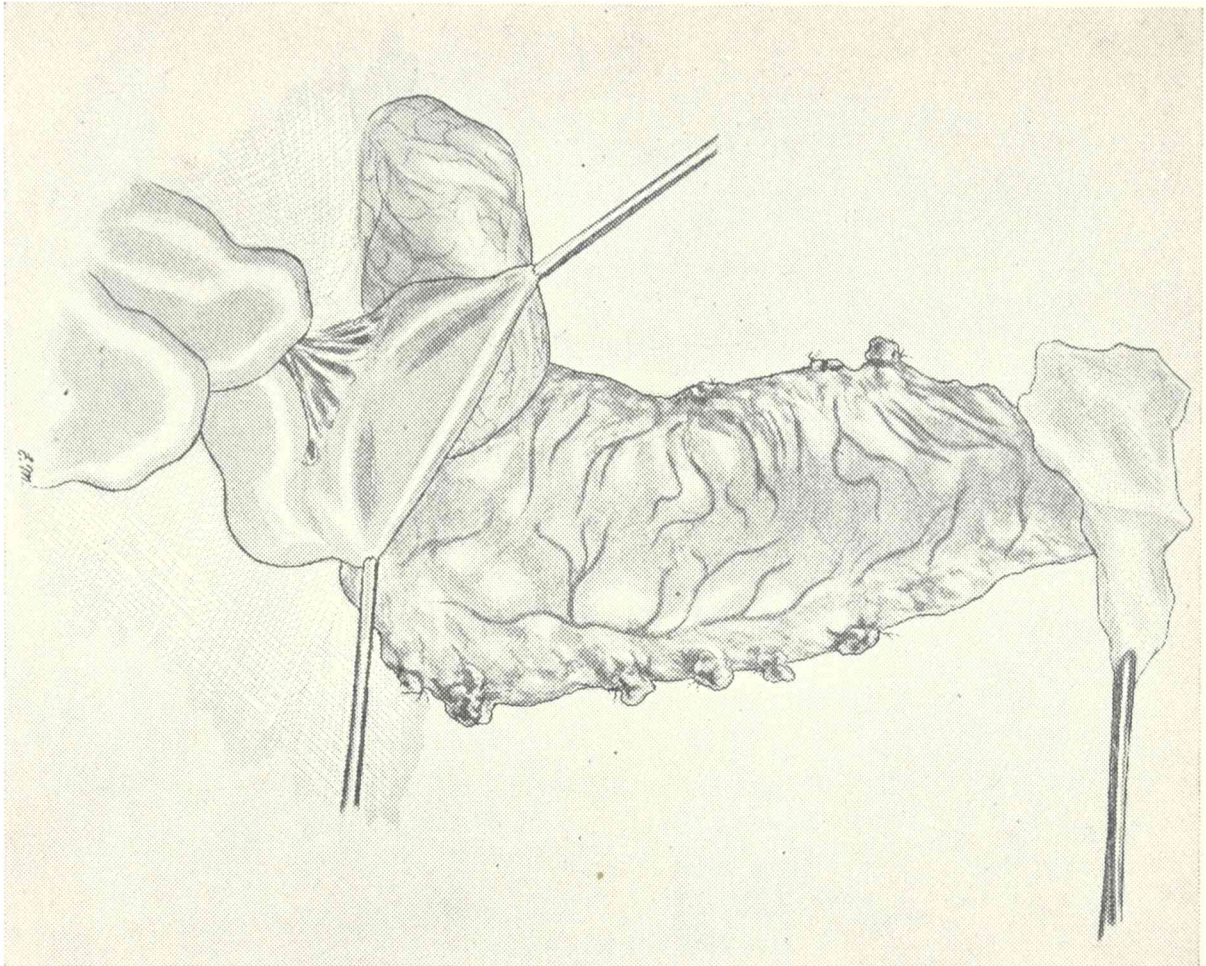


Figura 13

toma el peritoneo vecino de la cara anterior del páncreas efectuando con él un segundo plano seroseroso.

De este modo el muñón duodenal queda cerrado con cuatro planos de sutura, dos perforantes totales y dos seroserosos.

Sexto tiempo : Gastroenteroanastomosis. — Se dispone a continuación la gastroenteroanastomosis antecólica con el asa eferente hacia abajo y a la izquierda. Para ello se toma la primera asa yeyunal y, dejando un espacio suficiente para el paso del colon transversal, se delimita sobre ella con dos pinzas de Chaput la magnitud de la neoboca.

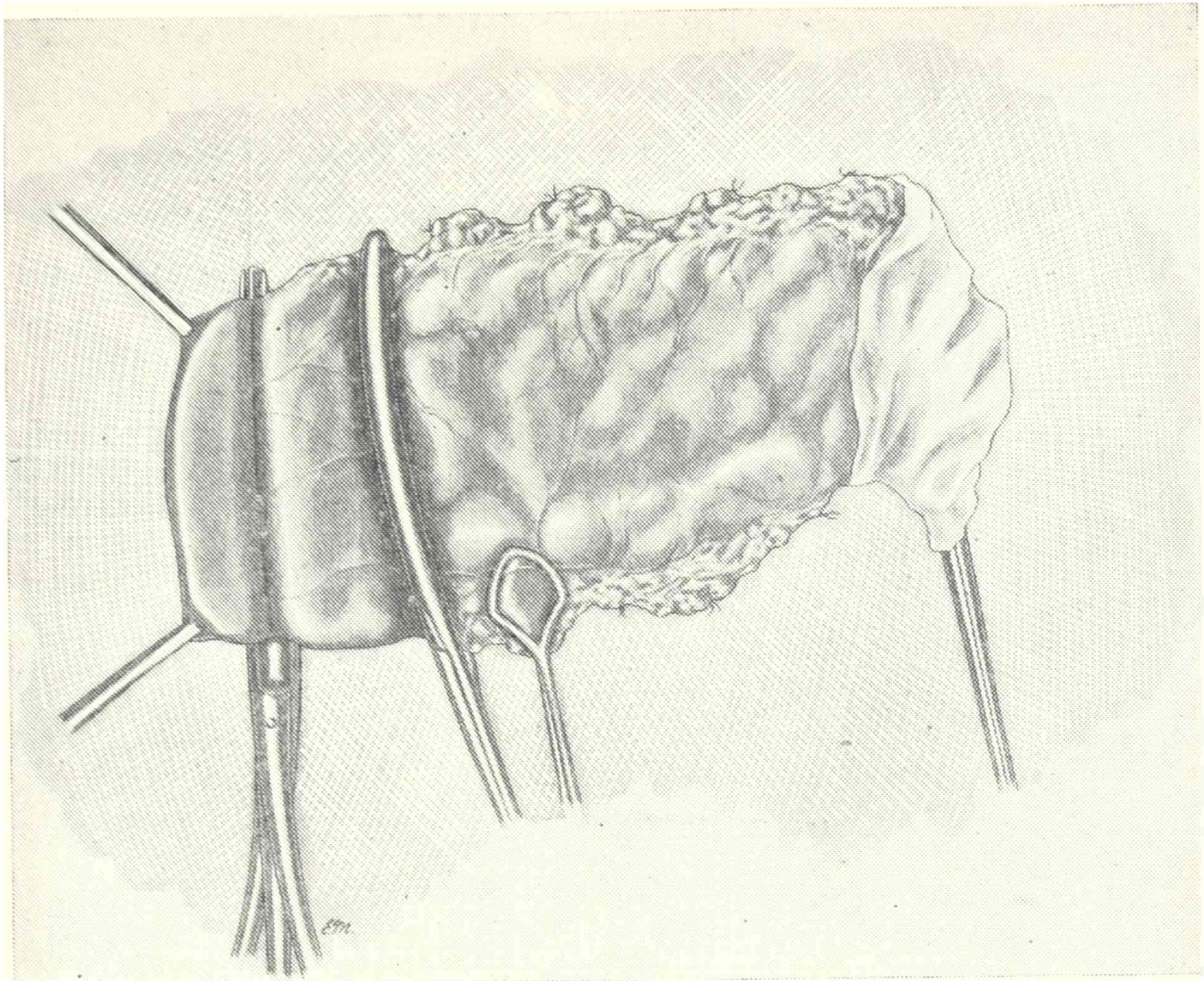


Figura 14

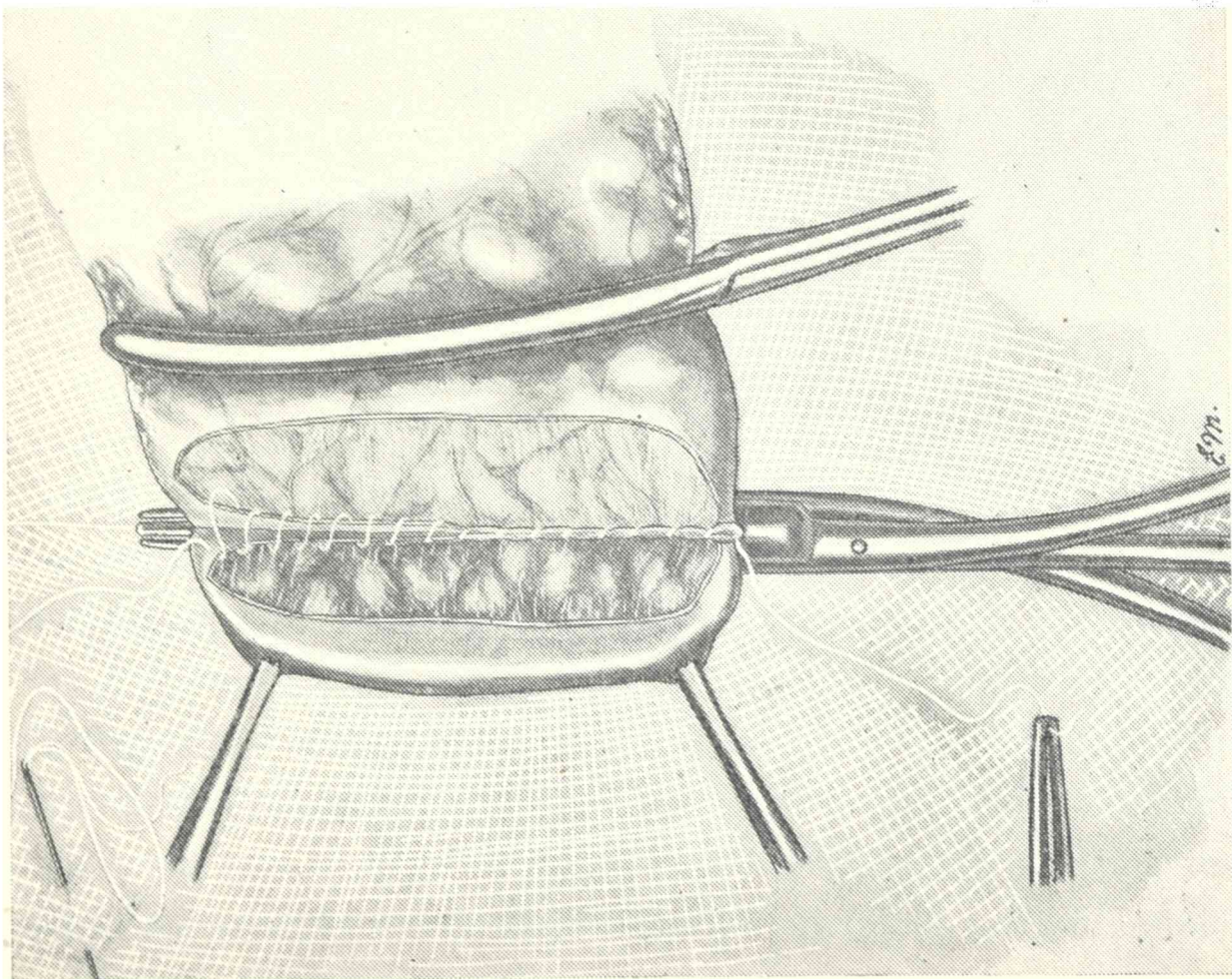


Figura 15

Cuando la extensión de la boca gástrica es ocho centímetros o menos, efectuamos la anastomosis empleando la totalidad de la abertura gástrica, pero, en cambio, cuando el estómago es muy ancho y su boca excede los ocho centímetros preferimos hacer la técnica de Hoffmeister-Finsterer estrechándole el extremo superior.

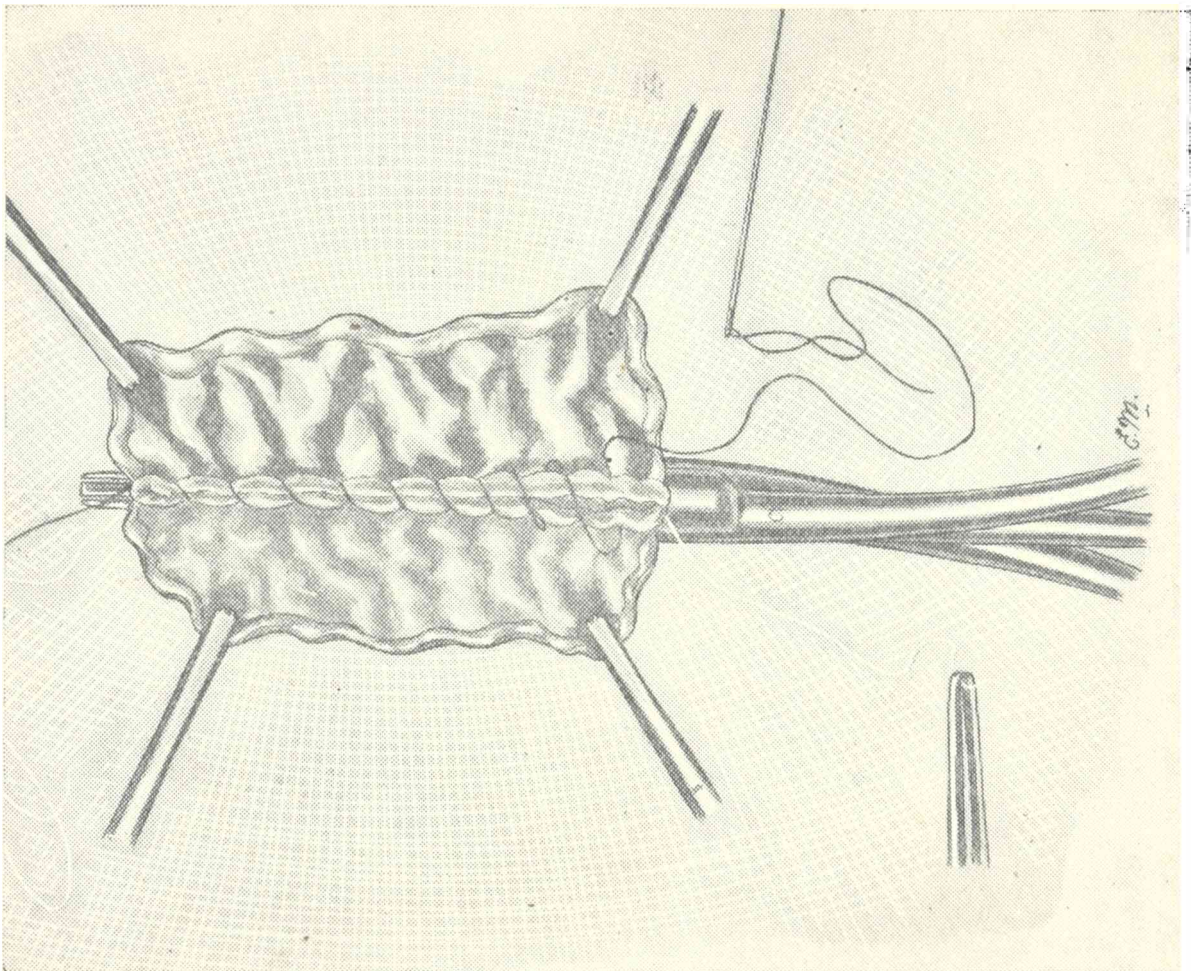


Figura 16

Dispuesta la magnitud de la neoboca se coloca una pinza de Lenhartz de tres ramas y, sobre el estómago, a tres centímetros de la primera sección un clamp de Doyen. Se dispone un nuevo campo con compresas protegiendo las pinzas colocadas y se inicia la sutura anastomótica.

Séptimo tiempo : Sutura seroserosa posterior. — Siempre seccionamos las túnicas serosa y muscular respetando la mucosa en un primer tiempo para efectuar la sutura seromuscular a cielo abierto y poder ver bien y comprender dentro de los puntos

ajustados de ella a todos los vasos de mayor calibre que aparecen. Iniciamos la sutura por el extremo inferior y al llegar al superior anudamos para retomar el mismo hilo y aguja en la seroserosa anterior.

Siempre usamos aguja recta lanceolar e hilo de lino fino.

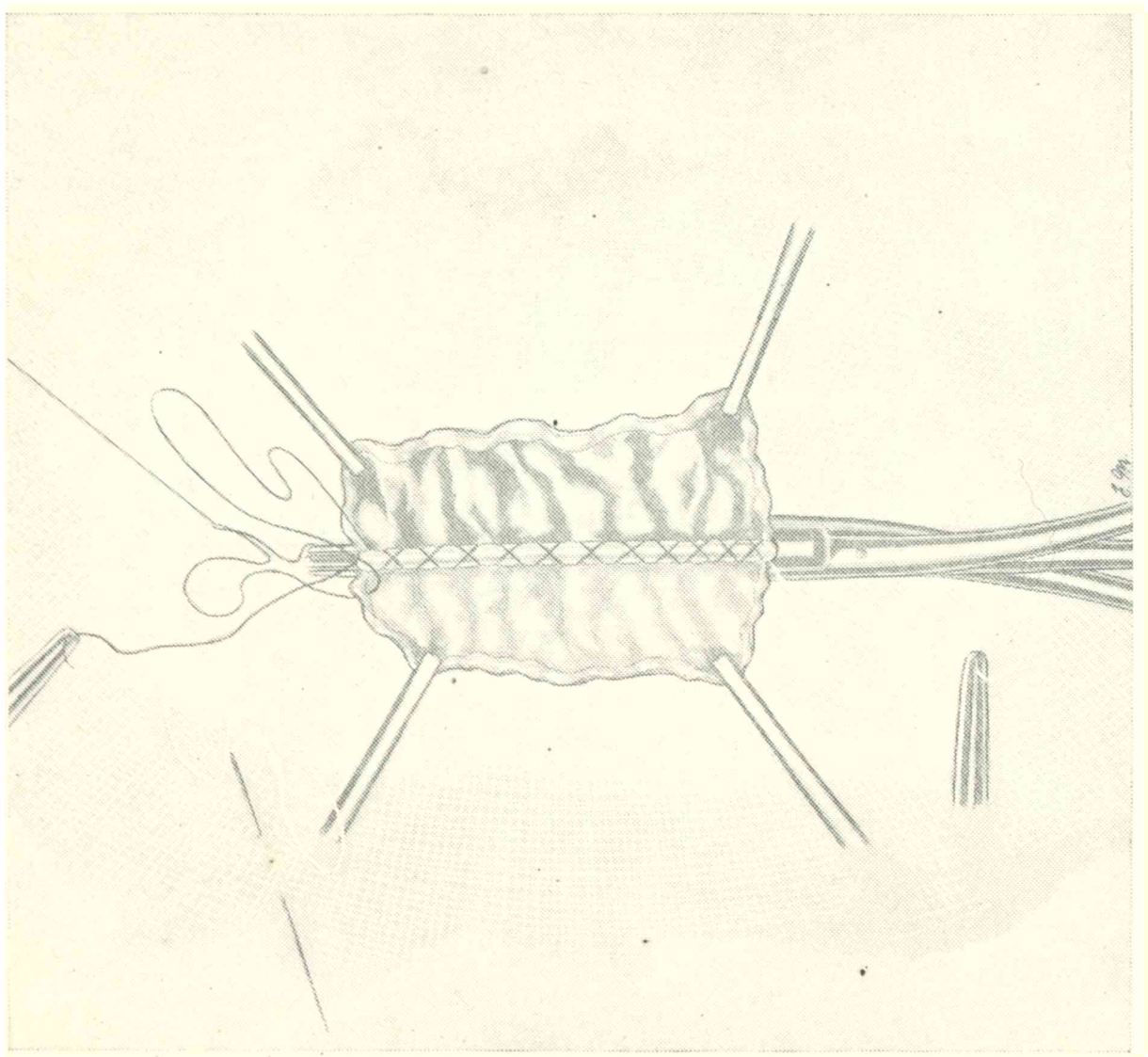


Figura 17

Octavo tiempo : Sección del estómago y duodeno. — Seccionamos luego con tijera de Mayo el estómago en su totalidad y tocamos con tintura de yodo la mucosa e incindimos luego el borde del asa yeyunal con iguales precauciones de antisepsia.

La sutura perforante la hacemos siempre con catgut cromado número 0 y aguja recta empleando una hebra de sesenta centímetros de longitud que nos servirá para efectuar los cuatro planos que sistemáticamente hacemos.

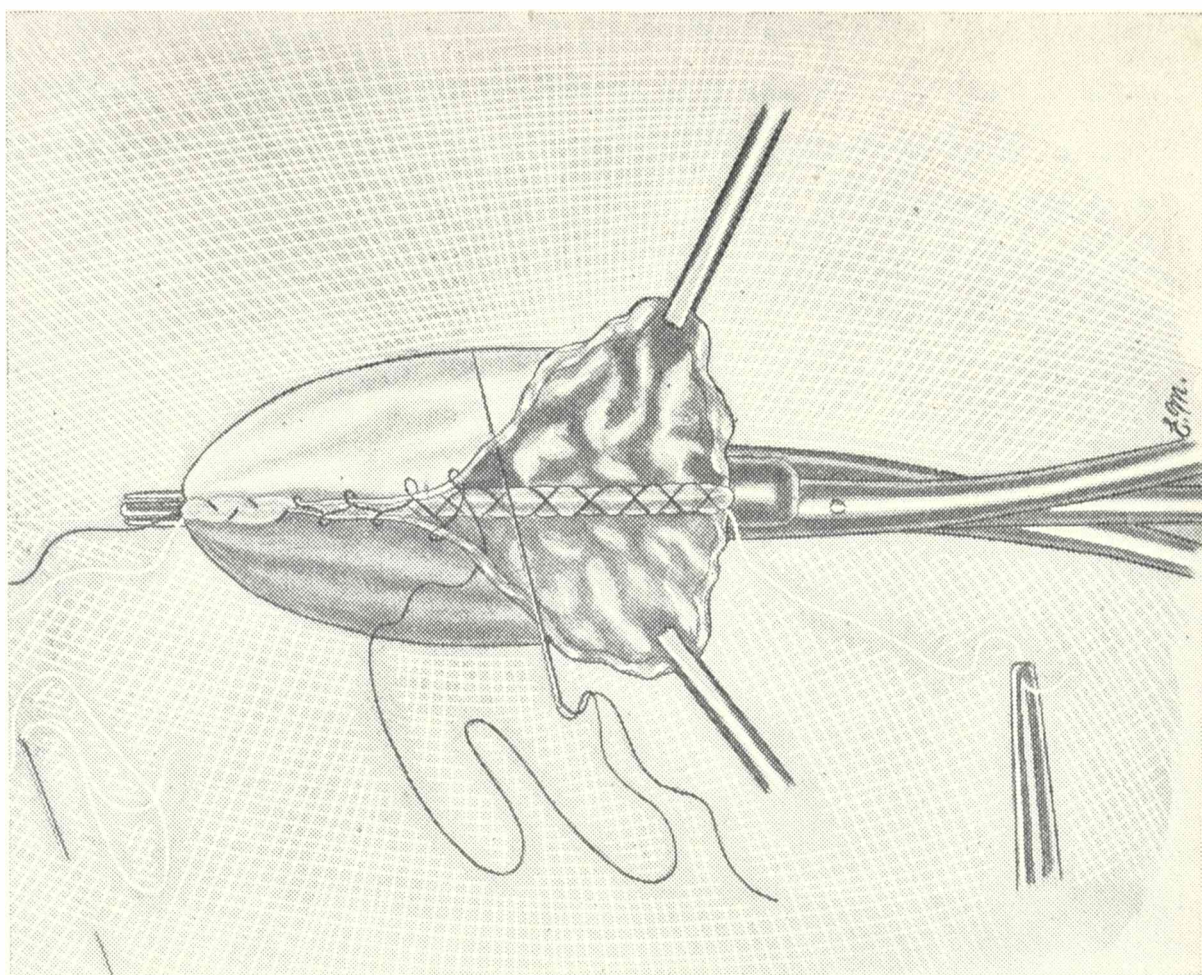


Figura 18

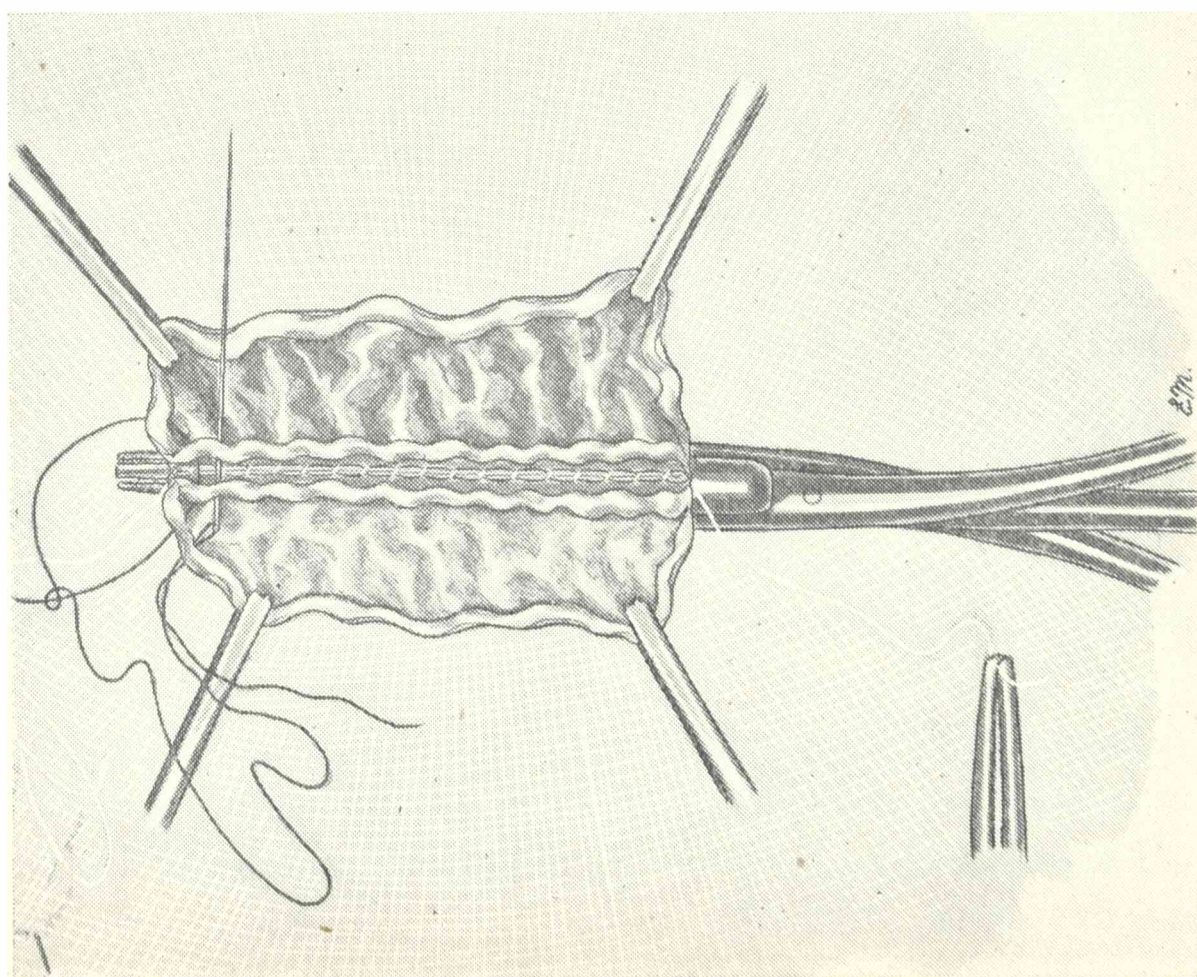


Figura 19

Noveno tiempo : Sutura doble perforante posterior. — Iniciamos la sutura por el extremo superior de la neoboca con un punto que toma el ángulo tal como se ve en la figura 16 y que atraviesa dos veces el intestino y dos veces el estómago. Después de anudado se reintroduce la aguja de afuera hacia adentro por el lado intestinal y se atraviesa dos veces el intestino y

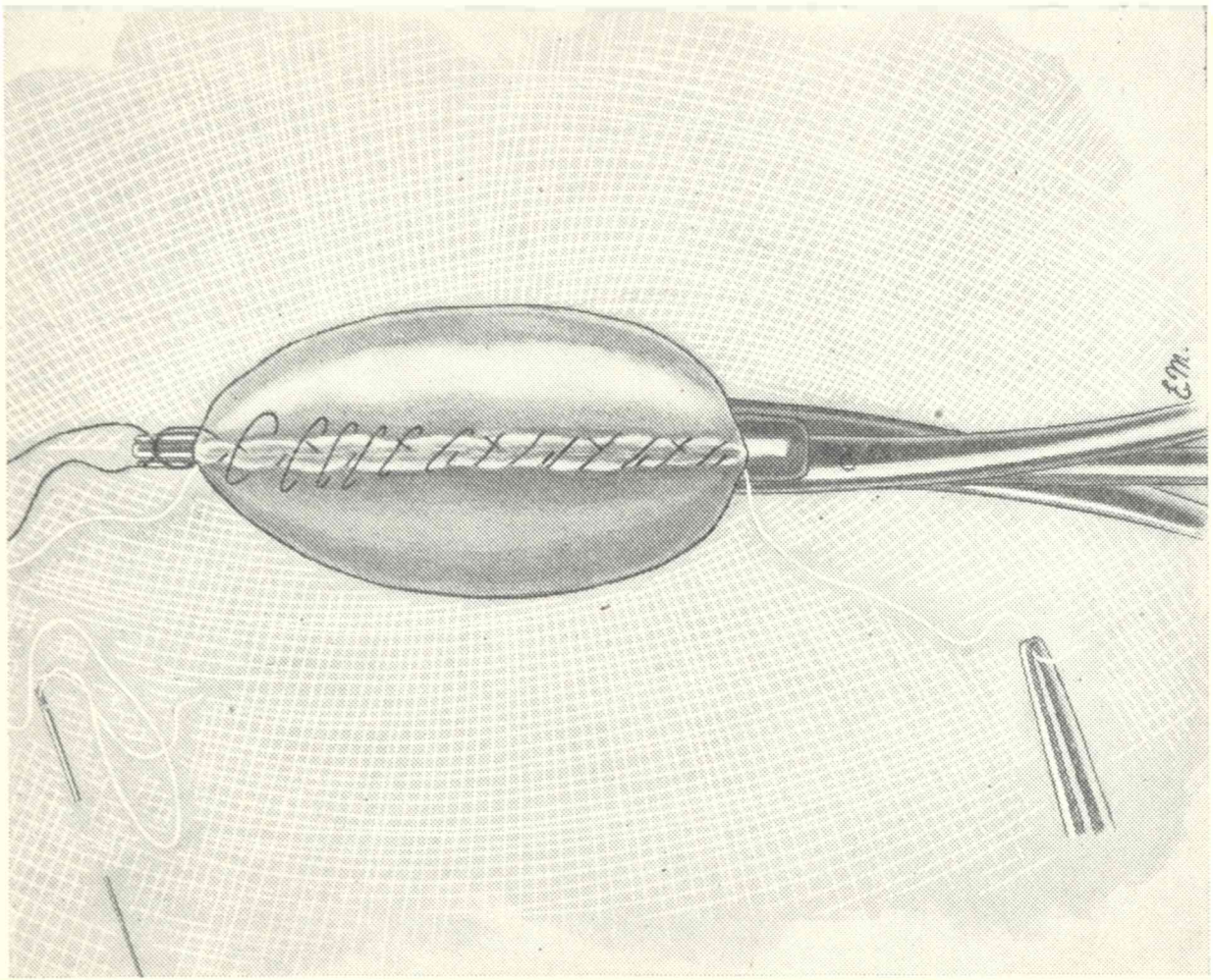


Figura 20

una el estómago, para continuar luego interesando únicamente las dos partes yuxtapuestas gástrica y duodenal con un *surget* simple perforante total.

Al llegar al extremo inferior se vuelve sobre el mismo plano para hacerlo dos veces, es decir, doble perforante total, con puntos que se entrecruzan con los primeros y los ajustan todavía más, asegurando una hemostasia y un afronte perfectos.

Décimo tiempo : Sutura doble perforante anterior. — Al llegar al punto inicial superior se hace un punto pasado y se comienza

el plano anterior con sutura de Schmieden en toda su extensión siempre con el mismo hilo del plano posterior.

Esta sutura cuando llega al extremo inferior de la neoboca vuelve al punto de partida superior con un *surget* que incluye a la sutura de Schmieden ajustándola.

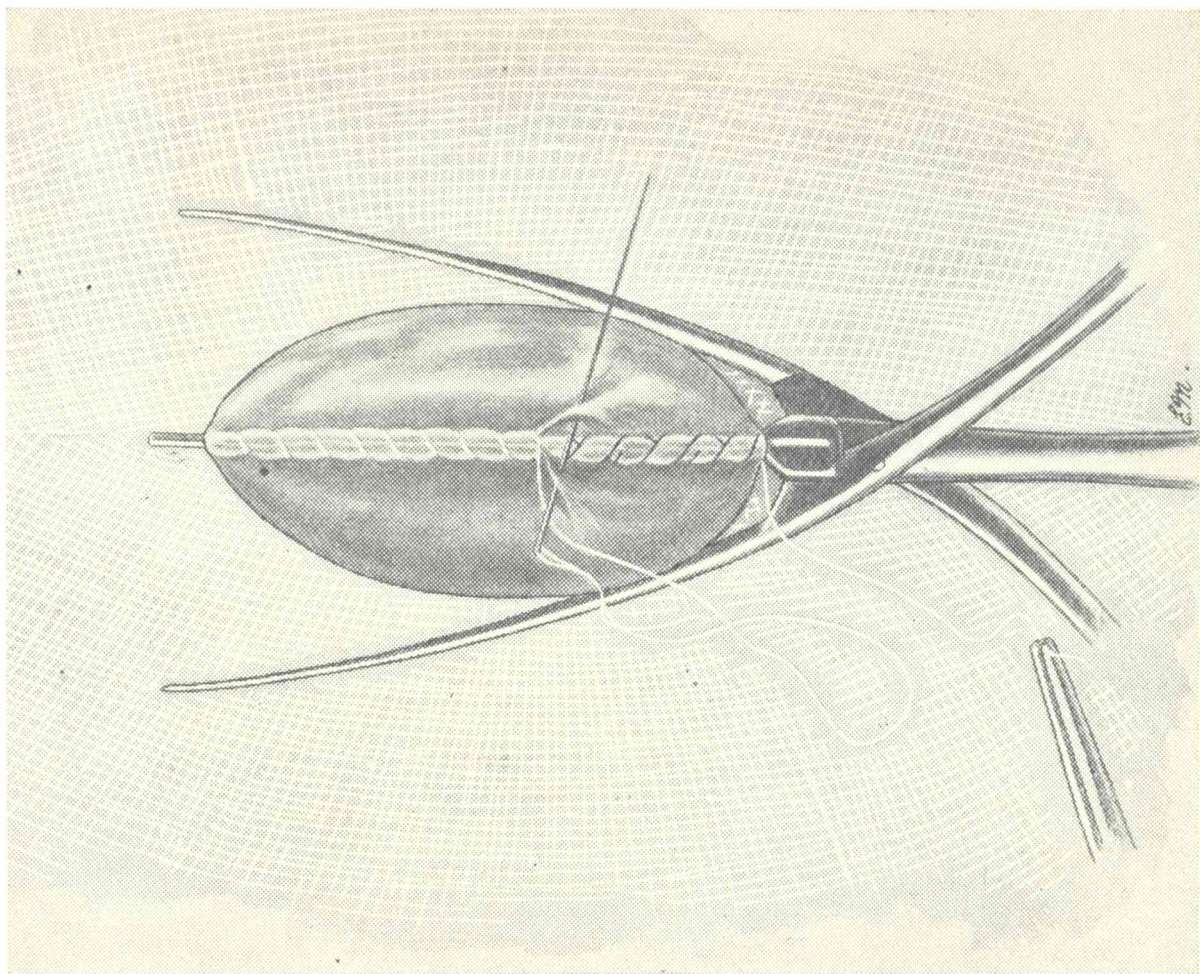


Figura 21

De este modo se llega al punto de partida donde se anuda el hilo con el cabo inicial.

Undécimo tiempo : Sutura seroserosa anterior. — Se retira la pinza de Lenhartz y se termina el plano seromuscular anterior con la misma aguja e hilo de lino del primer plano.

Terminada esta sutura no queda más que reintegrar las vísceras y verificar la perfecta hemostasia de las suturas y ligaduras.

Duodécimo tiempo : Cierre del abdomen. — Retirados los separadores iniciamos la sutura de la pared por el peritoneo con

catgut fino en un plano independiente; luego, la aponeurosis siempre con puntos separados de hilo de lino y, finalmente, la piel también con hilo.

Con una simple gasa fija con telas adhesivas se termina la operación.

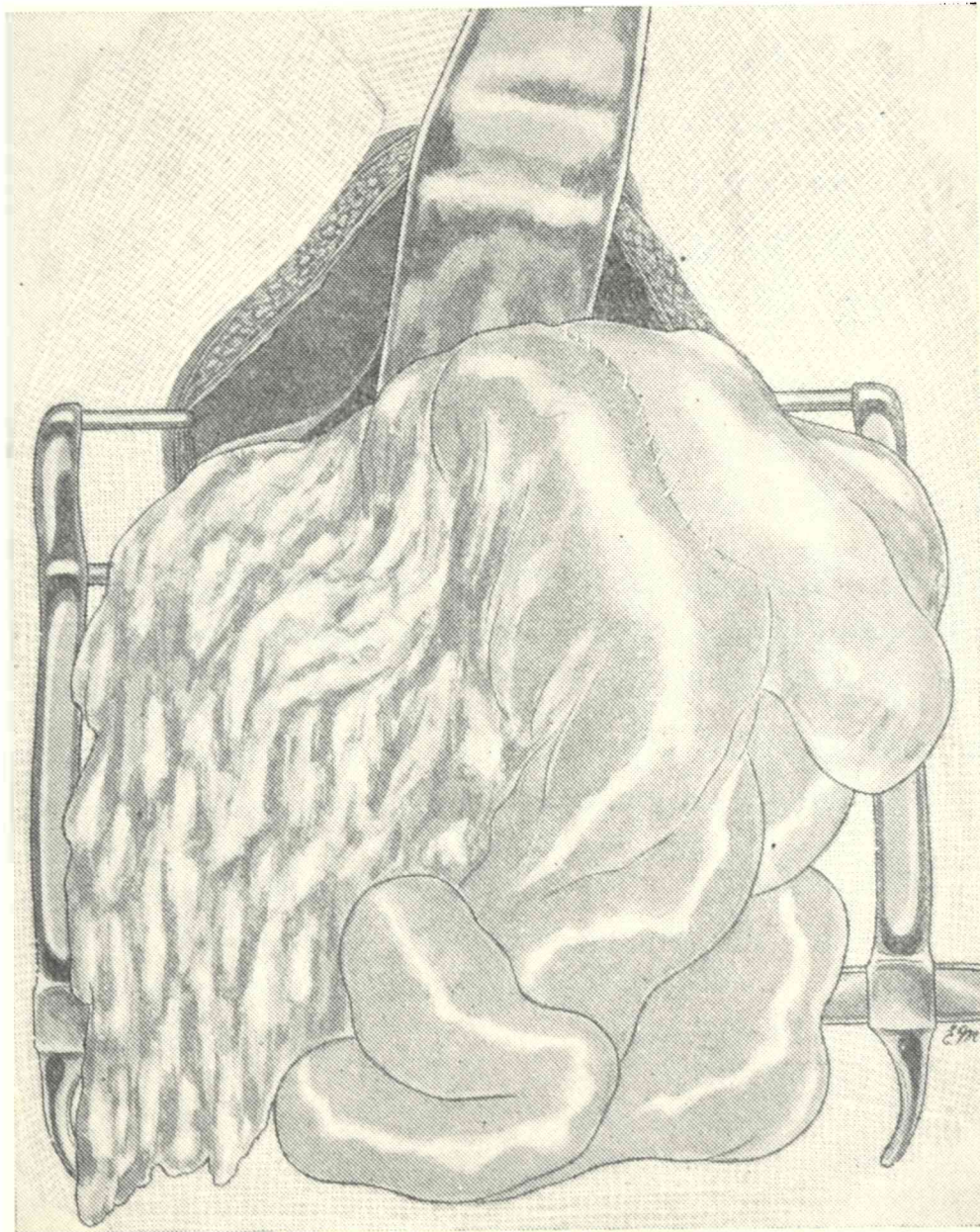


Figura 22

POST-OPERATORIO .

El enfermo vuelve a su lecho con bolsa de hielo sobre el apósito y permanece en decúbito dorsal. Dos horas después de la operación recibe 500 centímetros cúbicos de suero glucosado isotónico, 10 unidades de insulina y 20 centímetros cúbicos de

cloruro de sodio al 25 por ciento endovenoso. Por la noche se repite la misma indicación terapéutica y desde las 24 horas comienza la alimentación por vía gástrica suprimiendo toda inyección de suero. Iníciase esta alimentación con agua mineral (Vichy o Villavicencio) y alternase cada dos horas con una solución de glucosa, generalmente glucolín o dextropur.

Desde el cuarto día el enfermo comienza a alimentarse con purés, papillas, verduras y compotas suministradas cada dos horas en pequeña cantidad.

En el post-operatorio subsiguiente al octavo día, régimen hidrocarbonado fraccionado, durante un mes y medio a dos meses.

ABSTRACT

Reichel-Polya's Gastrectomy in Gastro-duodenal ulcer, by Dr. Federico Christmann, profesor « suplente » of Anatomy at La Plata's University School of Medicine.

The author describes a personal technic to carry out a pylorogastrectomy for gastro-duodenal ulcer. In twelve stages, the whole operation is realized. The sutures are especially taken care of by aggregating a double perforating plane, in order to secure the impermeability, and haemostasis of the sutures on the stomach and intestine. The study and preparation of the patient as regards, the pre, and post-operative waterbalance requirements have been carried to a maximum simplicity, parallel with the operative technic employed.