

Tratamiento de la Gastropotosis por la Gastrectomía Corporal, con conservación del Antro y Píloroplastia

Revalidación de conceptos (Comunicación preliminar)

Por el doctor Alfonso Bonilla-Naar, Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica (U. N.). Presidente de la A. N. G. E.

En verdad, como lo dicen Eusterman y Balfour (1), el término gastropotosis no es correcto, pues el cardias permanece en su sitio. Según esto, debiera llamarse estómago dilatado, o mejor, gastroatonia. Pero aquí, el uso vuelve a ser maestro. Hoy día no hay discusión sobre el límite anatómico normal y cuál el patológico para hacer el diagnóstico de la gastropotosis, casi siempre acompañada de la ptosis (ésta sí verdadera) de otros órganos, como el colon, riñón y aun el bazo. En realidad, hay estómagos que a la fluoroscopia y en las radiografías, aparecen muy dilatados y "caídos", y, sin embargo, se desocupan normalmente y no producen síntomas. En cambio, otros no tan "caídos" o dilatados, se acompañan de notoria sintomatología y son susceptibles de tratamiento. Los estudios de Moody (2) en 1917, demostraron que el 74% de los hombres y el 87% de las mujeres normales, tienen la gran curva gástrica por debajo de la línea bisiliaca, datos que revalidan el concepto anatómico obtenido en cadáveres y que le dieron la base a Glenard, en 1885, para describir una nueva entidad. Por eso dice Moody (L. C.): "Estos cólonos bajos no se han caído de zonas altas. Simplemente tienen una posición normal" (citado por Buckstein) (3).

Respecto al criterio diagnóstico, tan puesto en duda, como veremos en seguida, compartimos el concepto de Carman (citado por Eusterman y Balfour): "A ningún estómago se le puede asignar una mala posición hasta tanto no se consideren en armonía, la relación del cuerpo a la víscera, la forma, la posición, el tono y la motilidad".

No compartimos los muy respetables conceptos de la Mayo Clinic (Eusterman, Balfour y Alvarez) y los de R. Graham (4) de que la gastroptosis no es una enfermedad y que si hacen este diagnóstico "es para darle un valor secundario"; "es un efecto y no una causa". Naturalmente, no precisan cuál puede ser esa causa. Si aparecemos como iconoclastas, ello se debe a lo que creemos protuberante realidad de los hechos, como en seguida se verá. Los autores mencionados aceptan los síntomas ya conocidos, pero no como constantes y bien definidos. Agregan, además (Mayo Clinic), que la mejoría o la curación no van seguidas de cambios en la posición del estómago. (Sabido y demostrado es que el problema no es anatómico sino funcional. Creemos, anticipándonos, que esta última frase no tiene fuerza convincente).

Nos satisface de los autores mencionados que ellos dicen que es más un problema de tono muscular que de tamaño y alargamiento, la sintomatología atribuida a la gastroptosis. Pero hay que tratarlos y ellos los tratan médicamente; luego no es tan secundaria y tan sin nombre la entidad, puesto que aconseja dieta especial, ejercicios, fajas, "no propiamente para elevar las vísceras"; quietud, hierro, arsénico y belladona. Todo, para que aumente la grasa intraperitoneal, "que es el más efectivo y permanente soporte visceral" (Eusterman y Balfour). De ello se deduce que si conseguimos mejorar el apetito y engordar al paciente (casi siempre mujeres) se calma, principalmente, la nerviosidad, y viene un sentido espléndido de mejoría física.

Creemos firmemente, y en seguida lo explicaremos, en la entidad gastroptosis o gastroatonia, cuando en un estómago dilatado, mucho o poco, se agregan síntomas francos de mala evacuación no atribuibles a problemas de disquinesia o lesión orgánica del píloro. Tales síntomas son: plenitud postprandial, con eructos malolientes que en ocasiones producen anorexia; cuando hay un estado que pudiéramos llamar la dispepsia universal a los alimentos ingeridos; cuando el paciente experimenta ruidos hidroaélicos resultantes de la retención, y si a estos síntomas, acompañados de dolor soportable o intenso epigástrico, se aso-

cia, como cuadro final, el vómito, sensación de ondas gástricas que tratan de impulsar los alimentos por un píloro que resulta alto para el esfuerzo del órgano y, además, hay una notoria desnutrición. Si la radiología nos muestra el signo de Glenard, con dilatación y retención, creemos que estamos autorizados a hacer el diagnóstico de la impropriamente llamada gastroptosis, y que bien pudiera denominarse atonía gástrica.

¿Cuál ha de ser el tratamiento? Indudablemente médico. Y, ojalá se lleve al máximo lo de la quietud en cama, las comidas frecuentes, los estimulantes de la secreción gástrica que aconseja Bockus (L. C.), agregados al estímulo orgánico general, y también de las secreciones biliopancreáticas. ¿Mejoran todos los pacientes así tratados? No, aún durante meses, en las mejores condiciones físicas y psíquicas. La respuesta más fehaciente de estos fracasos ha sido el sinnúmero de tratamientos quirúrgicos ensayados, con los cuales se ha querido corregir la "caída" o dilatación del órgano, e incluso se ha intentado mejorar su tono muscular. Nos haríamos interminables si las consideráramos todas.

Se han dividido las técnicas en pexias y derivaciones. Cita-remos las más conocidas (6).

a) Técnica de Rovsing (fijación del estómago a la pared anterior del abdomen).

b) Técnica de Bier-Beya (suspensión del órgano con el ligamento gastrohepático).

c) Técnica de Perthes (suspensión del estómago con el ligamento redondo).

d) Técnica de Duret (ventro fijación del órgano o de sus ligamentos).

e) Técnica del doctor Julio C. Perafan (7) (suspensión del estómago con fascia parietal).

Además, se han descrito las llamadas gastroplegaduras con el fin de disminuir el tamaño del órgano.

Derivaciones del contenido gástrico (Tomadas de Corachan) (8).

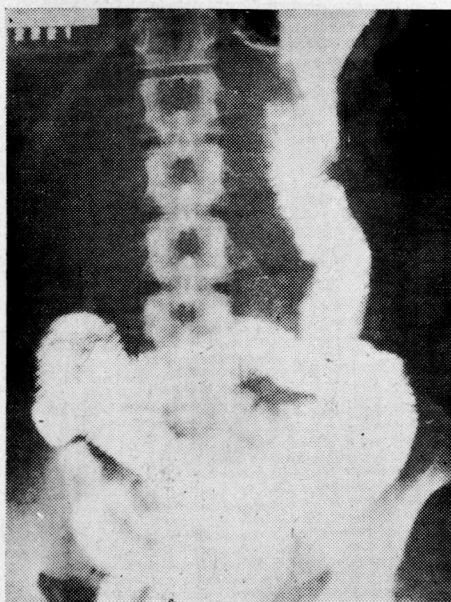
a) Gastroenterostomía (Urrutia, 1920) con o sin exclusión pilórica (9).

b) Gastrectomía alta, con gastrogastrostomía (Martín, 1925) (10).

c) Nosotros, desde hace dos y medio años, propusimos y realizamos la gastrectomía corporal, con conservación del antro

y piloroplastia. Nuestra base fundamental es, que si un estómago llega al estado de atonía irreversible con el tratamiento médico, la mejor manera de que se cumpla la importante función de evacuación, será aquella en la cual no haya nada que exigirle al tono gástrico, que parece definitivamente perdido.

Comentaremos en seguida los resultados de las derivaciones, pues, salvo el reciente informe de Perafán (L. C.), al cual le hace falta control, las pexias se hallan totalmente abandonadas.



Caso N° 1.—Control de la gastrectomía corporal con conservación del antro y piloroplastia, a los 2 años de operado.

Urrutia (L. C.), en 1920 ensaya la gastroenterostomía y la considera "de resultados desastrosos".

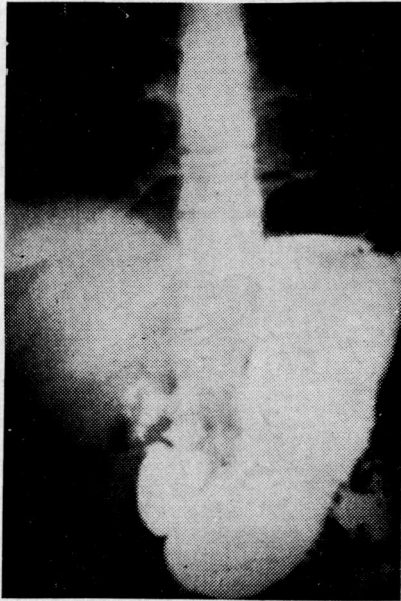
Rovsing (11), en 1923 "la considera irracional y que expone al círculo vicioso por atonía gástrica".

Schiassi, en 1922 (12), citado por Corachán (L. C.), combina la gastroplicatura y la gastroenterostomía con buenos resultados.

Goebel (citado por Corachán) es de la misma opinión.

Bastianelli, en 1923 (13), aconseja la gastroenterostomía con exclusión pilórica, y la considera la operación de elección. Trató ocho casos: uno, con malos resultados y el resto con éxito.

Martín (L. C.), en 1925, cree que en los casos rebeldes al tratamiento médico y ortopédico, la resección transversal del estómago es la operación ideal. Cree que "la porción pilórica conservaría su fuerza y tonicidad" y por esto recomienda la resección del segmento superior del estómago, seguida de gastrogastrostomía. Exige que la operación se complemente con una rigurosa dietética para restituir el tono de la musculatura gástrica. De doce casos, dos fracasaron por no seguir las prescripciones dietéticas, y los otros, a los cuatro años, estaban normales y reco-



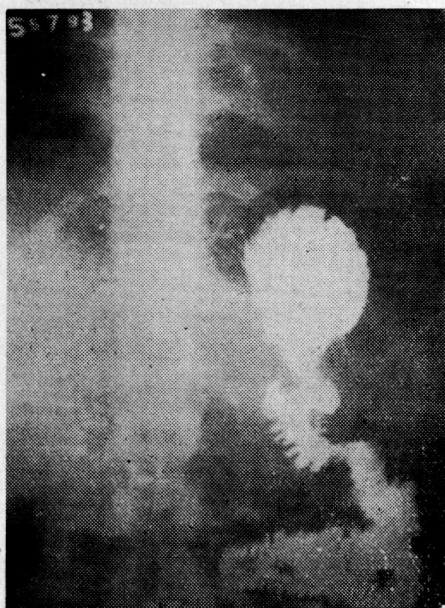
Caso Nº 1

braron su peso. Corachán (L. C.) dice: "La gastrectomía nos parece exagerada y desproporcionada a la afección que se trata de curar".

En nuestro medio, Vélez Gil (14), bajo la dirección del Profesor Pedro Eliseo Cruz, realizó la gastroyeyunostomía sin asa en siete pacientes (no precisa que en ellos se hubieran agotado todas las medidas de orden médico). El autor dice que es un tratamiento recomendable en la gastroptosis. Desapareció el vómito y el dolor y recobraron el apetito y engordaron todos los pacientes (3 a 8 kilos), con ascenso notorio del estómago a los rayos X (4 a 12 cms.) y considera este método superior a las

pexias. Por informes del Servicio del Profesor Cruz, varios de estos casos volvieron a experimentar molestias al año y a los dos años, y fueron reoperados con gastrectomía. Mejoraron, y no hay control de estos tres casos.

Respecto al tratamiento quirúrgico, y para escuchar nuestras apreciaciones, hubo en el Instituto Nacional de Radium, hace dos años, una "mesa redonda" a la cual asistieron internistas y cirujanos destacados (Alfonso Uribe Uribe, Rafael Carriosa, Pedro Eliseo Cruz, César A. Pantoja, Hernando Velásquez



Caso N° 2.—Control a los 6 meses.

y otros). Allí se discutió prolijamente el tema, desde el biotipo hasta el actualizado método psicossomático, y se llegó a aceptar que la entidad existe como expresión funcional gástrica; que si se engordan los pacientes hay mejoría sostenida, y que, si bien la gastroenterostomía había dado éxitos y fracasos, era posible que la técnica propuesta por nosotros, pudiera dar mejores resultados, siempre que las medidas de orden médico en forma muy completa, con quietud prolongada, hubieran fracasado.

A pesar de todo, hubo y hay escépticos. Se planteó, además, el problema de que el estómago resecaado podría de nuevo dilatarse. Sólo la experimentación podía aclarar esta duda.

Esta comunicación preliminar no pretende definir el problema, por el número de casos tan reducido (5 casos), sino informar sobre los primeros resultados, dos de ellos con dos y medio y dos años de control; precisar si el estómago reseca se dilata (lo cual no aconteció); si hay mejoría clínica, y si el aumento de peso, considerado como fundamental, es apreciable como para esperar una reacción favorable y sostenida, ya que en este punto están de acuerdo hasta los escépticos.



Caso N° 2

Gastrectomía vs. Gastroenterostomía.—El problema de la gastroenterostomía, ya preconizado por Urrutia, en 1920, y practicada por Cruz y Vélez (L. C.), desconociendo que este trabajo se hubiera realizado, tiene, a nuestro modo de ver, el inconveniente de que si bien se establece una fácil derivación del contenido gástrico al principio, al estimularse el tono de este órgano, y al mejorar su grado de dilatación, es fácil que la boca anastomótica cambie de posición, generalmente más alta, alterándose de nuevo el vaciamiento en muchos casos. Bastianelli (L. C.) sostiene que si no hay exclusión del píloro, los resultados no son satisfactorios. Es interesante anotar que en un caso reciente nuestro (hace un mes), la derivación, obligada por las cir-

cunstancias del paciente, que tuvimos que hacer como un primer tiempo de la gastrectomía, nos mostró que, aunque disminuyó considerablemente el tamaño del estómago (Rayos X), el vómito tardío y molesto fue la regla, y la paciente no mejoró hasta que desconectamos el estómago, dejando el antro y practicando una piloroplastia, un mes después. Como ya lo dijimos, tres casos tratados por gastroenterostomía, sólo mejoraron después de la gastrectomía.

Deseosos de corregir el problema mecánico del vaciamiento gástrico, resultado de la atonía, y con el fin de permitir una suficiente estadía gástrica y una fácil salida a los alimentos, y sin preocuparnos del estado atónico, realizamos la técnica propuesta de gastrectomía corporal, conservando el antro por sus conocidas funciones y practicando una piloroplastia que facilite el vaciamiento antral. Practicamos siempre la técnica de Hofmeister-Porter, de espolón amplio y boca pequeña, anisoperistáltica y toda vez que nos quede fácil, transmesocólica, por la mayor protección que da el asa corta contra la úlcera anastomótica (Wangesteen) (15).

Hemos operado cinco casos. Todas mujeres entre los 23 y los 45 años. Los síntomas eran los aceptados clásicamente, excepto en dos de ellas que no tuvieron vómito. Todas habían sido tratadas médicamente, excepto en dos, en las cuales primaba el problema biliar. El peso osciló entre 38 y 45 kilos. La radiología mostró en todas las pacientes grandes estómagos atónicos, dilatados, menos en una en que era apenas moderada la dilatación. Todas retenían a las 7 horas el bario. Tres de ellas padecían de colecistitis, y en una, además de la calculosis vesicular, tenía cálculos en el colédoco. En todas las pacientes, menos en dos, se practicó también la apendicectomía. Todas experimentaron una grata sensación post-operatoria, y consideramos que fue un gran estímulo psíquico el que pudieran comer y vaciar su estómago con facilidad, cuando antes difícilmente podían hacerlo. La mejoría clínica fue notoria en todos los casos, menos en el primero en que se reintervino por un quiste ovárico enclavado en el Douglas, y en otro, con seis meses de control, que manifiesta molestias epigástricas, que no podemos precisar su origen por estar fuera de la ciudad. Lo llamativo en todos los casos, excepto en el último que sólo tiene 15 días de operada, es el franco y sostenido aumento de peso. Los dos primeros casos, con dos y dos y medio años de control, han aumentado ocho y seis kilos, respectivamente. Sus estómagos muestran un buen

vaciamiento y no hay dilatación del estómago resecaado (véanse fotos). Un tercer caso, con 6 meses de control, en una religiosa de 45 kilos, en la actualidad ha llegado a 60 y su estado general es bueno. Debemos anotar que todos los casos recibieron "digestivos" a base de ácido clorhídrico, pepsina, sales biliares y pancreatina, por largos períodos, y que en esta primera faz no hubo controles de secreción gástrica.

Un plazo mayor y un mayor número de experimentos podrán definir si esta entidad, aún debatida, es susceptible de curación por el tratamiento quirúrgico que acabamos de proponer.

Deseamos precisar, y a título de sumario, nuestra posición frente a los problemas planteados.

1) Hay una estrecha correlación entre el biotipo y la posición y forma de sus vísceras (Mills) (16).

Nota: El término gastropotosis es inapropiado, ya que el cardias está fijo. La denominación de gastroatonia sería más exacta y señalaría la función alterada.

2) La posición y el tamaño de los órganos no condicionan necesariamente un estado patológico, según las demostraciones radiológicas de Moody (L. C.). Sin embargo, "puede favorecer la disfunción de los mismos" (Bockus) (L. C.).

3) Hay órganos (estómago) que con gran tamaño, "caídos y alargados", funcionan normalmente; y órganos de tamaño aceptable que apenas rebasan la línea bisiliaca, que retienen y dan síntomas. Igualmente, no todo riñón ptosado produce síntomas. Una prueba apreciable de la atonía la da la diferencia notoria entre el tamaño del órgano con bario y el órgano ya vacío en el acto quirúrgico (Observación personal).

4) Se considera que hay síntomas atribuibles a la gastropotosis cuando el signo fluoroscópico de Glenard es positivo. (Al comprimir y elevar el estómago lleno de bario, y que estaba produciendo síntomas, éstos desaparecen). Este concepto lo trae Bockus, (L. C.) y dice: "Tal vez puede atribuírsele alguna significación al órgano prolapsado". Como se ve, no es categórico en negarle la sintomatología, como lo hacen otros, pero no se decide a dársela! Este mismo autor, después de destinarle 20 páginas a la entidad con síntomas que él acepta como "no debidos a la ptosis sino que la acompañan", se le olvida que la está negando, y dice: "La presencia o ausencia de atonía gástrica y de notoria estasis sólo puede obtenerse por el estudio radiológico y,

como ya lo vimos, termina su aprobación tácita, al decir que la ptosis "puede favorecer la disfunción de los mismos".

Es curioso e interesante anotar que una vez derrotado, con sobradas razones, el concepto anatómico de Glenard, de que todo órgano que llegara al hipogastrio estaba enfermo, lo cual en modo alguno quiere decir que la entidad como expresión funcional se acabó, las grandes autoridades tengan temor de asignarle papel patógeno a un órgano importante en franca disfunción, por lo demás demostrable; cuando les falta espacio en sus obras para hablar de las disquinesias vesiculares y la disfunción de los esfínteres, para no citar sino dos grupos de alteraciones de la función. ¿Es que una atonía gástrica no es una disquinesia? ¿No tiene derecho a producir síntomas un estómago que no puede vaciarse por su marcada atonía? Y si esto es cierto, ¿por qué no puede dar síntomas y constituir una entidad definida? ¿Por qué?

5) La gastroptosis (gastroatonía) debe tratarse siempre por métodos médicos; si fracasan, convendría ensayar el tratamiento quirúrgico propuesto, que podemos asegurar mejora el problema mecánico de vaciamiento, ya que no hay que pedirle activa quinesia al órgano resecaado. Este proceder facilita la nutrición, y al engordar los pacientes ya conocemos cuáles son los resultados.

6) La frase de Bockus, de que la "Cirugía en el tratamiento de la gastroptosis sólo merece citarse para condenarla", que, en verdad, se refiere a las pexias y derivaciones, creemos que, en lo que respecta a la técnica propuesta por nosotros, bien pudiera quedar en **sub judice** mientras se conocen los resultados de un mayor número y mejor control.

7) El hecho de que la mayoría, por no decir todos estos pacientes, tienen un franco fondo neuropático, no creemos que autorice a negar la intervención. En verdad, se ha pensado alguna vez en proscribir la gastrectomía en los ulcerosos, en quienes el factor psicosomático tiene una gran importancia y si al gastrop-tósico se le recomienda psicoterapia, ¿habrá una mejor terapia psíquica que poderles decir que su estómago se vaciará mejor y su nutrición mejorará?

BIBLIOGRAFIA

1. **Eusterman G. B. and Balfour D. C.**—"The Stomach and Duodenum". Firts Ed. Pag. 709-710. Saunders, Co. Philadelphia-London, 1936.
2. **Moody R. O. et al.**—"Position of the Stomach". Liber and colon. Results of reentgenologic study in six hundred healthy adults. *J. A. M. A.*, 81: 1924-1931, Dec. 8, 1923 (Cit. de Eusterman). **Moody R. H.** *Jour. Anat.*, 61: 223-231, Jan., 1927 (Cit. de Eusterman).
3. **Buckstein Jacob.**—"The Digestive Tract in Roentgenology". First. Ed. Pag. 580. Lippincot, 1948.
4. **Graham Roscoe R.**—"Surgical Therapy in Lesions of the Stomach and Duodenum". (En, "Surgical Treatment of the Abdomen", page 493. Chapter 15. Bancroft-Wade. Lippincot. Philadelphia, London, Montreal, 1947.
5. **Bockus Henry L.**—"Gastroenterology". Pags. 1018, 1019, 10.23. W. B. Saunders Philadelphia-London, 1946.
6. **Spivack J.**—"Cirugía Abdominal". Pág... Uthea, 1946.
7. **Perafán Julio C.**—"Técnica para el tratamiento de la Gastroptosis" (Inédito). Presentado en la Primera Convención de Cirujanos de Colombia. Noviembre, 1951.
8. **Corachán Manuel.**—"Cirugía Gástrica". Ia. Ed. Tomo I, Pág. 587. Salvat. Barcelona, 1934.
9. **Urrutia.**—"Enfermedades del Estómago". Madrid, 1920 (cita de Corachán).
10. **Martin.**—Zentrabl. f. Chir., 52, fsc., 40: 2226-2229, 3 de octubre de 1925.
Martin.—Idem. 56: 1794, 20 de julio, 1919.
11. **Rovsing.**—"Abdominal Surgery", 206-1914 (cita de Corachán).
12. **Schiassi B.**—"Gastroptosis-ectasia Idiopatica e suo Tratamento Stratto dal Policlinico". Roma, 1922 (cita de Corachán).
13. **Bastianelli.**—"¿Cuál debe ser el tratamiento quirúrgico de la ptosis y ectasia gástrica con trastornos funcionales: plicatura, pexia, gastroenterostomía o asociación de estas intervenciones?" *Arch. Ital. chir.*, 3, fasc. 4: 387-400, diciembre de 1923.
14. **Vélez Gil Adolfo.**—"Tratamiento de la Ptois Gástrica para la Gastroyeyunostomía sin asa." Tesis de Grado. Pág. 90, Facultad Nacional, Bogotá, 1948.
15. **Wangesteen O. H.**—"Method of Closing the piloro-antral pouch in the antral exclusion operation". *Surgery*, 12: 731-741, Nov. 1942.
16. **Mills R. W.**—"The relation of bodily habitus to visceral form, position, tonus and motility. *Am. J. Roentgenol.*, 4: 155, april, 1917 (cita de Bockus).