

La Resección Mediogástrica o Resección "En Manga"

Andrés-Vesalio Guzmán Calleja
Bernardo Cartín Montero

Manuel Zeledón Pérez
Edgar M. Cabezas Solera

Las grandes úlceras situadas en la porción mediogástrica, ya sean de la curvatura menor o de la cara posterior, pueden penetrar a la cara anterior del cuerpo del páncreas. Con frecuencia hemos operado pacientes con grandes lesiones de esta clase. Al diseccionar la cara posterior gástrica, se abre la úlcera penetrada, dejando un orificio a veces de más de cinco centímetros de diámetro. Además, hemos observado que el órgano tanto hacia arriba como abajo de la lesión tiene características normales. Muchos de estos pacientes han sido operados con el diagnóstico de Carcinoma gástrico. Hemos operado, en el Servicio de Cirugía Carlos Durán del Hospital San Juan de Dios, cinco pacientes con este tipo de lesión a quienes se les ha hecho una extirpación medio gástrica de la lesión ulcerosa, ampliamente, con reanastomosis de los dos muñones gástricos, restableciendo la continuidad, con magnífico resultado. La razón primordial es la de evitar una gastrectomía que dejaría al paciente en posesión de un pequeño muñón gástrico, desechando a la vez, innecesariamente, una porción sana distal.

Técnica Quirúrgica:

Practicamos una laparatomía xifumbilical. Se revisan cuidadosamente el estómago y las características de la lesión ulcerosa, para cerciorarse que no se trate de un carcinoma. Si la úlcera está penetrada a páncreas o a cara inferior del lóbulo izquierdo del hígado, se hace la separación cuidadosa de la misma, aspirando constantemente el contenido gástrico al abrirse este órgano. Ya libre de su adherencia a los órganos mencionados, se palpa cuidadosamente el estómago, hacia arriba y abajo de la úlcera y se selecciona el sitio de sección en el sitio de elección. Se ligan y dividen los vasos gastro epiploicos y se separa el epiplón por ligadura a lo largo de la arcada. Igualmente se procede por la curvatura menor con la arteria coronaria y el ascenso de la pilórica. Se colocan clamps de estómago en tejido sano, bien arriba y abajo del sitio de sección y se procede luego a seccionar con el

bisturí y tijeras. Se practica luego anastomosis término terminal, en dos planos, con seda en sutura seguida en la seromuscular y catgut doble cero en la mucosa. Si ha habido penetración de órganos vecinos, como el páncreas, se deja drenaje, tipo Penrose o aspirativo. En la mayoría de los pacientes ha sido necesario practicar esplenectomía, para obtener suficiente espacio de sección en el muñón superior. Se deja un tubo nasogástrico para aspiración.

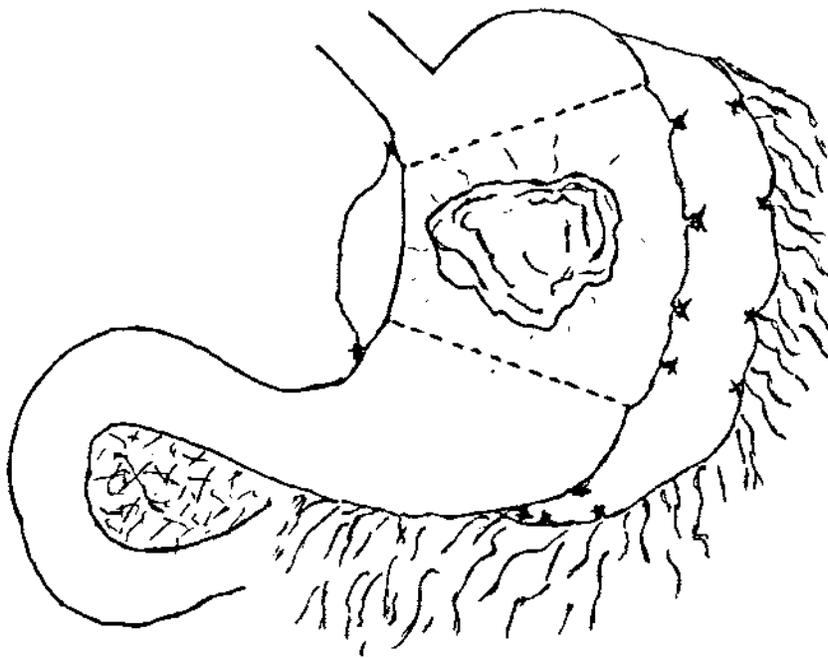


Fig. 1.— Representación semiesquemática del estómago con una úlcera gigante posterior. Nótese el despegamiento epiploico y las líneas de sección gástrica.

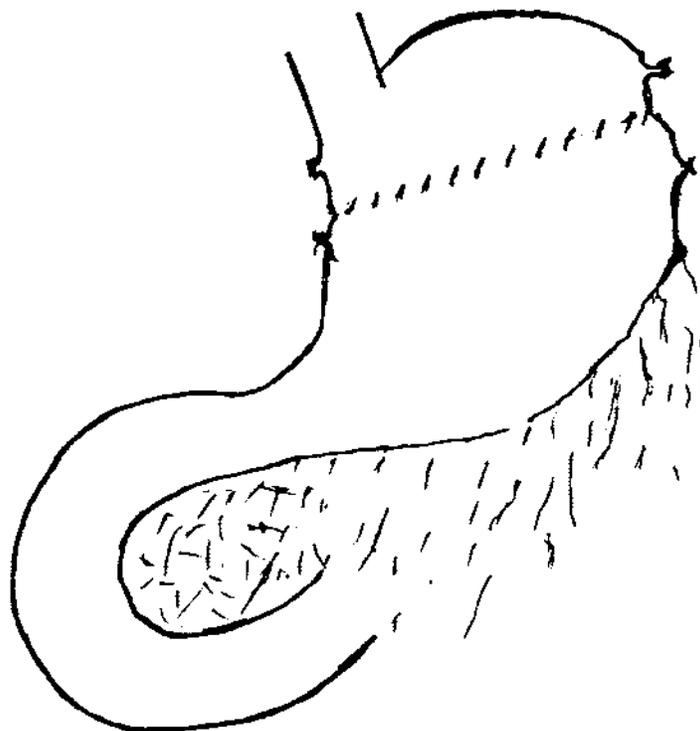


Fig. 2.— La operación terminada. Se ha practicado la anastomosis término-terminal entre ambos muñones gástricos.

COMENTARIO Y CONCLUSIONES:

La resección en manga para la extirpación de grandes lesiones ulcerosas de la porción mediogástrica, permite que el paciente conserve la continuidad gástrica y la mayor parte de su estómago, evitándole los problemas nutricionales que caracterizan las gastrectomías amplias y la morbilidad y mortalidad inherentes. La evolución de nuestros pacientes ha sido magnífica.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Welch, Claude E.: Surg. of the Stomach and Duodenum, The Year Book Publishers, Me, 1951.
 - 2) Rob, Charles and Rodney Smith: Operative Surgery. F.A. Davis and Comp, Phila, 1961.
 - 3) Shackelford, Richard T.: Bickham— Callander: Surgery of the Alimentary Tract W.B. Saunders Co. Phila 1961.
-