

Gaceta Médica de México

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Tomo I.IX

MEXICO, SEPTIEMBRE DE 1928

Núm. 9

TRABAJOS REGLAMENTARIOS

ESTOMAGO BILOCULAR Y ESTENOSIS DUODENAL

Relación de un Caso

POR EL DR. ULISES VALDES F. A. C. S.

LA historia del enfermo que voy a tener el honor de relatar a ustedes, tiene varios aspectos interesantes, que me voy a permitir señalar antes de relatarla. En primer lugar, el estómago bilocular, aunque sin ser una rareza, no es de los padecimientos con que a diario tropieza el cirujano y si se agrega a este padecimiento la existencia de una estenosis vecina al ángulo duodeno yeyunal, el caso reviste los caracteres de excepción. Aunque el diagnóstico se hizo con toda precisión antes del momento operatorio, la existencia de dos lesiones nos imponía ciertas reservas, que no nos permitieron planear una conducta quirúrgica precisa y sí por el contrario dejaron una parte de la técnica por definir, hasta tener en nuestras manos la lesión. El problema que ante nosotros se planteó fué más bien de índole funcional; necesitábamos resolver cómo se vaciarían las dos bolsas gástricas y cómo se subsanaría el estrechamiento duodenal. Este último era el que complicaba singularmente el asunto, ya que el tratamiento del estómago "en reloj de arena", como le llaman los sajones, está perfectamente determinado para sus diferentes variedades. Creo que después

de escuchar la lectura de la observación y de ver las proyecciones que la ilustran, podré extenderme algo más a este respecto, sin temor de parecer confuso.

HISTORIA CLINICA

El señor P. L. C., tiene 49 años de edad, es casado, de nacionalidad española, reside en México y se ocupa en asuntos industriales. Sus antecedentes personales y hereditarios carecen de importancia.

Enfermedad actual.—Desde hace 20 años, comenzó a sufrir perturbaciones digestivas que consistían en sensación de pesadez después de las comidas, que sólo se aliviaba al vomitar, cantidades cada vez mayores de líquido mucoso, de color amarillo verdoso y sin residuos de alimentos. A estas épocas, sucedían otras en las que encontraba alivio, aunque no restablecimiento completo y a condición de que su régimen alimenticio fuera extremadamente sencillo. De septiembre a la fecha, la enfermedad ha progresado: los vómitos son en extremo abundantes, alcanzando a varios litros; en ocasiones arroja con el líquido amarillo verdoso un sedimento de color verde, que compara al aguacate molido y de un sabor extremadamente ácido. En una ocasión en que dejó por varias horas esa substancia en contacto con una vasija esmaltada, notó que la superficie había perdido su aspecto uniforme y presentaba alteraciones, como si hubiera sido atacada por la materia del vómito. Las evacuaciones son blanquizas.

En los últimos días se ha negado a tomar toda clase de alimentos y al presentarse en el Sanatorio, su grado de adelgazamiento y postración es extremo, hasta el punto de emitir difícilmente la voz.

Exploración física.—Vientre hundido. Se palpa el estómago con muy escaso contenido y en el intestino se perciben abultamientos redondos y duros, del tamaño de una avellana, dando la apariencia de esébalas o de ganglios infartados. No hay dolor a la presión en ningún punto. La lengua seca y el aliento fétido.

Exámenes de Laboratorio. I. Orina.

Cantidad	580 c.c.
Densidad	1,019.
Reacción	ácida 60°
Albúmina	huellas.
Glucosa	no hay.
Urea31 por mil.
Acido úrico048 por mil.

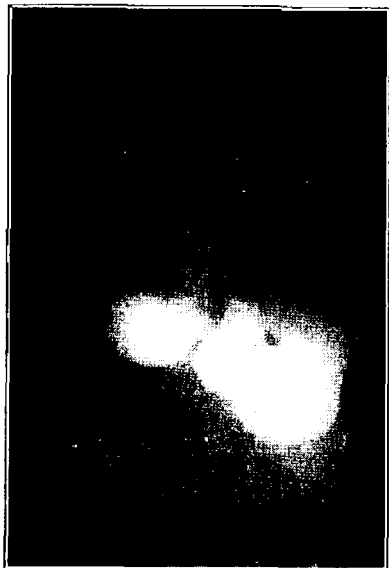


FIG. 1



FIG. 2

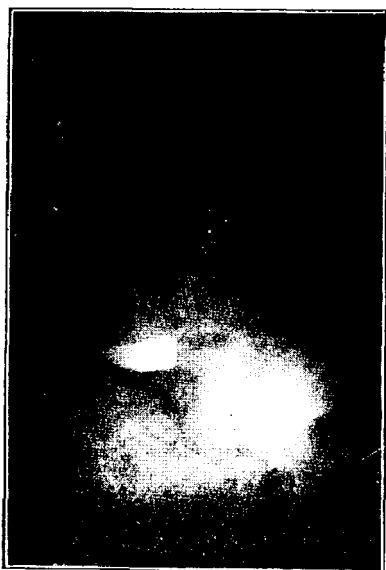


FIG. 3



FIG. 4



FIG. 5

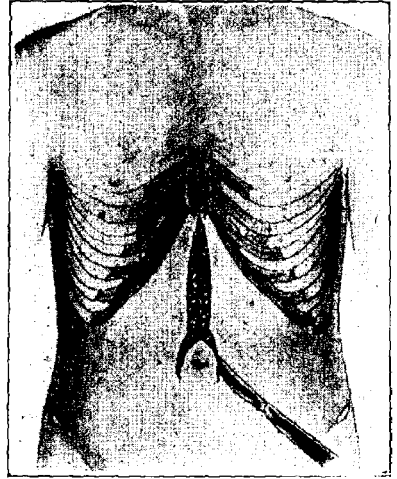


FIG. 6



FIG 7



FIG. 8

ClNa	1.5 por mil.
Amoníaco	0.34
Indican	no hay.
Pigmentos biliares	no hay.
Urobilina	no hay.
Escasos cristales y esdillas	

II. Examen químico de la sangre.

Urea nitrógeno	20.69%
CO ₂68 vol.
Glucosa	105%
ClNa	371.25.

III. Examen citológico de la sangre.

Linfocitos	42%
Neutrófilos	57%
Eosinófilos	1%
Leucocitos	18,320
Eritrocitos	4,520,000
Hemoglobina	90%
Valor globular	0.99

Examen radiológico.

Se hicieron 5 radiografías. I. **Inmediata de pie.** Se advierte un estómago biloculado con una bolsa derecha menor y más alta que la izquierda. Sobre la bolsa pilórica se nota una cámara de aire y un poco más arriba otra, correspondiendo la inferior al estómago y la superior al duodeno dilatado. (Fig. 1). II. **Inmediata acostado.** En esta radiografía la bolsa del cardias da el aspecto de un estómago completo con su bulbo duodenal y una dilatación del duodeno que no es en realidad sino la bolsa pilórica con su correspondiente cámara de aire. (Fig. 2). III. **Después de una hora y en posición de pie.** El fondo de la bolsa pilórica se marca con toda claridad, mientras la del cardias mantiene aun una cantidad mayor de substancia opaca. (Fig. 3). IV. **Después de dos horas y en posición de pie.** Se advierte con toda claridad la comunicación entre las dos bolsas, la forma de su fondo y la diferencia en sus niveles. Las dos cámaras de aire persisten. (Fig. 4). V. **Después de seis horas y en la misma posición que las anteriores.** Muy semejante en sus detalles a la precedente. Es de advertirse la considerable retención en las dos bolsas. (Fig. 5).

Diagnóstico. Estómago bilocular y estenosis del duodeno.

Operación. Laparotomía supra-umbilical con incisión de Sloan. Esta incisión que empleaba por primera vez me ha parecido en extremo ventajosa, por lo que voy a describirla someramente, a reserva de hacerlo con mayor extensión cuando reúna un cierto número de observaciones. Se inicia una incisión vertical que comprende la piel y el tejido céluo-grasoso, desde el apéndice xifoides hasta 3 centímetros arriba del ombligo, donde se detiene para continuarse a los lados de la cicatriz umbilical, formando una V invertida (Fig. 6) que mide 4 centímetros por lado. Rechazadas ampliamente a los lados las capas superficiales, se corta la aponeurosis verticalmente (Fig. 7) a un centímetro hacia afuera del borde interno de dichos músculos, formando dos incisiones paralelas (Fig. 8) que dejan entre sí una tira aponeurótica central. Al descubrir los músculos rectos, se les separa a los lados y queda expuesta la hoja aponeurótica posterior, (Fig. 9) la que se divide transversalmente y a distinta altura, según el órgano sobre el que se va a operar, (Fig. 10) seccionándola junto con el peritoneo; queda expuesto así el vientre con un amplio campo que permite no sólo la exploración y las maniobras en los órganos altos del abdomen, sino que da luz suficiente para alcanzar el apéndice. (Fig. 11) La sutura de esta incisión es en extremo sencilla, contrastando con la dificultad de suturar el peritoneo en las otras formas de laparotomía, y da una solidez satisfactoria a la pared abdominal, combinando la superposición de los planos en diferentes direcciones. Se comienza suturando el peritoneo y la hoja posterior aponeurótica, con dos surgetes que comienzan en los ángulos y se unen en el centro, (Fig. 12) Después se cierra la vaina anterior del recto en sentido contrario al de la sutura de la hoja posterior, sin tensión ni dificultad, formando en su conjunto el aspecto de una H y se concluye suturando el tejido celular y la piel, que se aproximan con sorprendente facilidad. (Figs. 13, 14, y 15) Si la abertura del vientre es un poco dilatada en cambio se gana tiempo para cerrarla, porque los planos quedan sin tensión y las suturas se ejecutan rápidamente, sumándose a esto la ventaja de la gran solidez de la cicatriz formada por planos cruzados.

Abierto el vientre, se encontró el estómago dilatado en su porción del cardias, con un estrechamiento al nivel de una úlcera cicatrizada que ocupó su parte media y una gran dilatación del antro pilórico que se continuaba hasta el duodeno y que borbaba el píloro transformando esa región en una sola cavidad. (Fig. 16) Hacia atrás se notó una masa cicatricial, probablemente debida a una reacción ganglionar desarrollada en la época de la úlcera y que con bridas cicatriciales obstruía el ángulo duodeno-yeyunal, ocasionando la estenosis señalada.

*Estómago Bilobular y Estenosis
Duodenal*

Relación de un Caso

POR EL DR. ULISES VALDES,
F. A. C. S.

GACETA MEDICA DE MEXICO.

TOMO LIX.

NUM. 9.



FIG. 9

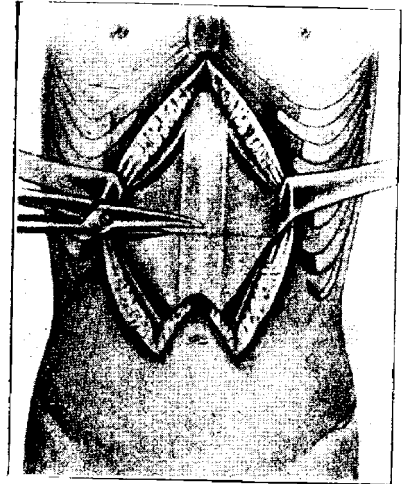


FIG. 10

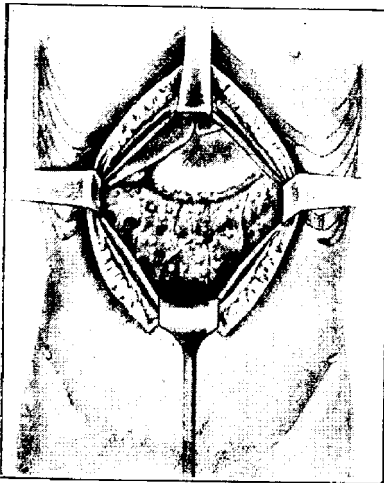


FIG. 11

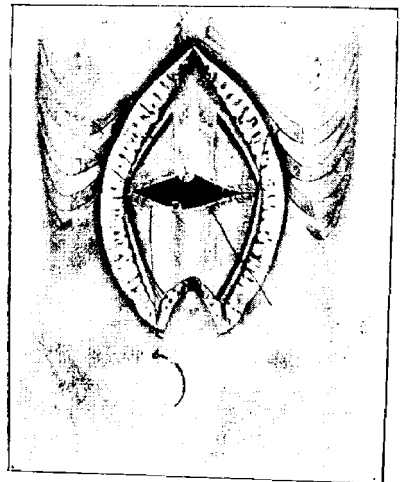


FIG. 12

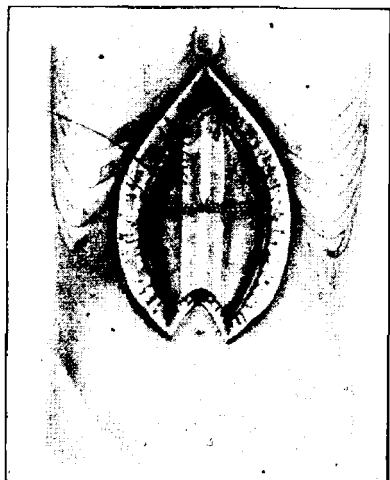


FIG 13

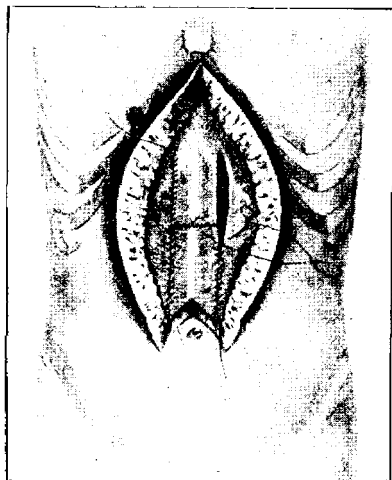


FIG 14

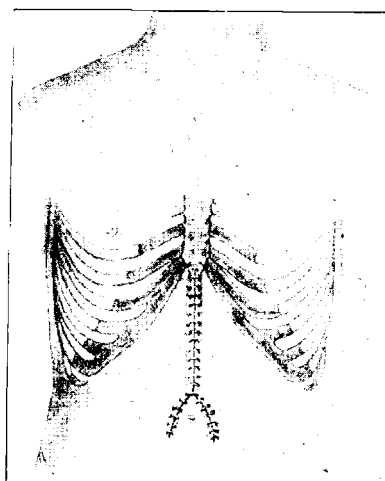


FIG 15

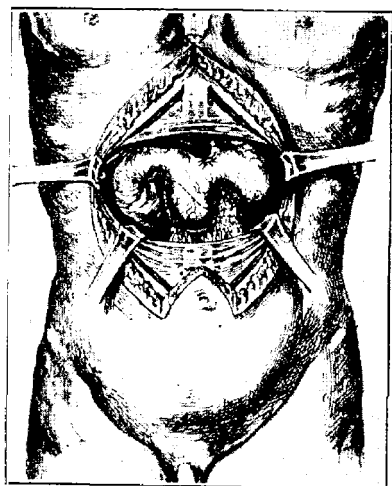


FIG. 16

Se hizo una anastomosis ante cólica latero-lateral entre la bolsa pilórica y la primera asa del yeyuno, como a 30 cms. de su principio; 10 cms. más adelante se dividió el intestino delgado anastomosando el cabo distal con la porción gástrica correspondiente al cardias y el ventral con el mismo yeyuno. Las anastomosis formaron una Y, canalizando una rama la bolsa del cardias y la otra la pilórica.

Evolución post-operatoria. Se desarrolló sin ningún incidente y el enfermo pudo comenzar a alimentarse desde el 5o. día sin el menor trastorno, recobrando las fuerzas y verificándose en él una verdadera transformación. Antes de abandonar el Sanatorio, se le hizo una nueva serie de radiografías, de las que presento dos como más demostrativas; la primera (Fig. 18) es después de media hora de haber tomado la comida opaca y enseña las dos bolsas con sus respectivas comunicaciones para el intestino, y la segunda a las seis horas, demuestra que se consiguió la completa evacuación del estómago. (Fig. 19) Pudiera tacharse al resultado final, de que el asa que vacía la porción pilórica es larga y forma una ligera curva antes de llegar al punto de la anastomosis, lo que puede retardar la evacuación completa de esa porción. El esquema adjunto (Fig. 20) indica la situación definitiva de las anastomosis.

COMENTARIOS:

Como señalaba en un principio, los progresos de la Cirujía han hecho que el estómago bilocular sea cada vez mejor conocido en su etiología, su diagnóstico y su tratamiento. Consecutivo, la mayoría de las veces, a un proceso ulceroso de su cavidad, puede existir siguiendo a otra clase de padecimientos, cáncer, sífilis, o deberse a lesiones de otros órganos vecinos que deforman su cavidad por el crecimiento de tejidos o por retracciones cicatriciales.

Carece por lo común de sintomatología propia y la comparte con la que ofrece la dilatación del estómago, siendo algunas veces el lavado de esa viscera el que puede dar algunos datos que inclinen a la biloclucación, la que ordinariamente se confirma ante la pantalla fluorescópica. Hay ocasiones en que el padecimiento se acompaña de estenosis pilórica, haciendo que la bolsa cercana se dilate hasta el grado de ofrecer el aspecto de un estómago y ocurriendo que se pase por alto la bolsa superior. Muy poco frecuente es que se acompañe de lesiones como las que tenía el enfermo cuya historia he relatado, y que complicaban el diagnóstico y agravaban el estado del paciente. En efecto, la dilatación gástrica era fácil de conocer, porque el individuo vomitaba litros de contenido gástrico, pero a esto se

agregaba el aspecto verdoso de los vómitos y la decoloración de las heces. lo que hacía suponer que el obstáculo se encontraba más allá de la desembocadura del colédoco. Por el examen clínico podía admitirse una lesión duodenal de estenosis causante del cuadro sintomático, pero el examen radiológico hizo ver la biloculación gástrica como otra entidad no sospechada y aunque el razonamiento nos inclinaba en favor de una doble lesión, esto repugnaba al criterio natural que aconseja no multiplicar las causas sino por el contrario tratar de reducir las a una sola.

Esta doble lesión, una vez identificada, fué la que complicó el tratamiento. Cuando se trata de un estómago bilocular, el cirujano sólo tiene que elegir entre varios métodos, según el caso que se le presenta: I. **La gastro-enterostomía simple o doble**, se recomienda en primer lugar por ser la más sencilla y la que puede ejecutarse con menor choque; si una de las bolsas es pequeña, bastará comunicar la mayor con el intestino; si las dos son grandes se hará una doble anastomosis. II. **La gastroplastía** tiene indicaciones limitadas a una comunicación estrecha, sin endurecimiento ni presencia de ulceración activa o de brida exterior; una incisión transversal que abre el estrechamiento, se sutura en el sentido vertical, destruyendo así el obstáculo. Kammerer ha ideado un procedimiento análogo al de la piroplastía de Finney, en la que una incisión en V invertida, establece un amplio paso para los alimentos. III. **La gastro-gastrostomía o gastro-anastomosis**, operación ideada por Wolfier en 1894, une las dos bolsas abajo de la porción estrecha, comunicándolas por las porciones que quedan la una frente a la otra, por dos incisiones verticales. IV. Por último, **la gastrectomía parcial o resección en manguito**, que suprime el obstáculo y anastomosa las dos porciones del estómago; se aprovecha especialmente cuando se trata de úlceras en período de actividad que pueden degenerar en cáncer o cuando este padecimiento existe y es posible suprimirlo. Moynihan recomienda para ciertos casos en los que la pared posterior del estómago está fuertemente adherida, la dilatación digital del estrechamiento de la que relata varios éxitos.

La mayor parte de las técnicas empleadas, salvo la primera, curan el estómago bilocado simple, pero cuando éste se complica de lesión duodenal, como en el caso presente, sólo hubiera podido hacerse la doble gastro-entero-anastomosis. (Fig. 21) operación recomendada por varios autores y a la que se le hace la objeción de que el vaciamiento de la segunda bolsa puede originar un retardo en la evacuación de la primera, que forma una corriente contraria susceptible de impedir el vaciamiento normal y hasta de refluir en

Estómago Bilocular y Estenosis Duodenal

Relación de un Caso

POR EL DR. ULISES VALDES,
P. A. C. S.

GACETA MEDICA DE MEXICO.

TOMO LIX.

NUM. 9.

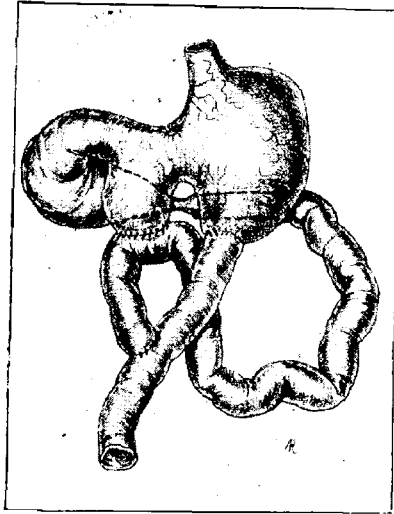


FIG 17



FIG. 18



FIG 19

*Estómago Bilocular y Estenosis
Duodenal*

Relacion de un Caso

POR EL DR. ULISES VALDES,

F. A. C. S.

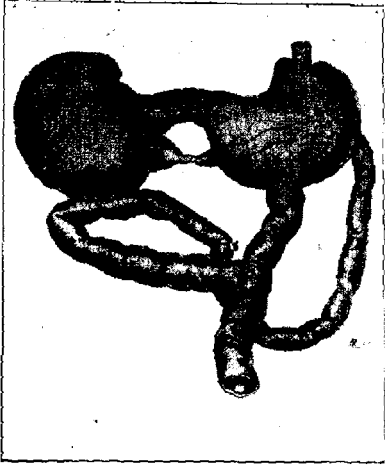


FIG. 20

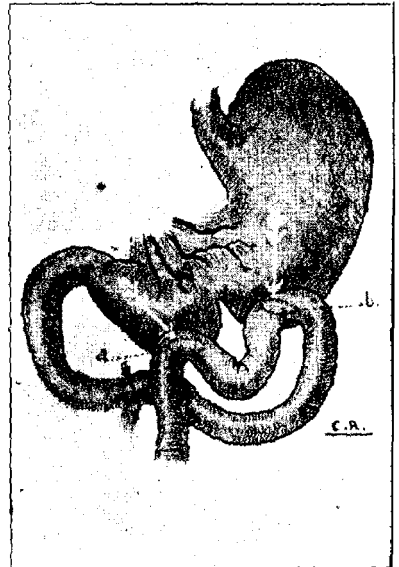


FIG 21

el interior de la bolsa pilórica. Para Charles B. Gibson, esta objeción es puramente teórica y en los casos que ha operado no han tenido dificultades para su curación. Anota como ventajas el ser una operación típica, sencilla de realizarse y que no produce choque quirúrgico, lo que es de tenerse en cuenta, ya que de ordinario los enfermos llegan a la intervención en un gran estado de agotamiento. Puede objetarse, por último, a este procedimiento, la doble posibilidad de una úlcera péptica.

El método que seguimos semeja al de gastro-entero-anastomosis de Roux; pero con la diferencia de que la bolsa pilórica se vacía por anastomosis lateral con el yeyuno. En nuestro concepto, el vaciamiento que se obtiene con la forma enunciada es más satisfactorio y las radiografías subsecuentes y la mejoría manifiesta del enfermo, son la mejor comprobación. Es un recurso que debe de tomarse en cuenta, principalmente cuando las adherencias a la cara posterior impidan una gastro-enterostomía doble típica, ya que nuestra operación es anterior y por lo tanto no necesita de movilizar esa porción del estómago. Respecto de dificultades técnicas no las presenta, porque las anastomosis terminales y laterales son de uso corriente. En suma, es un recurso más con el que se cuenta para los casos de estómago bilocular complicado de retardo en la evacuación del duodeno y poca movilidad del estómago.

Resumiendo lo anterior, podrá decirse que el problema que se presentó en el momento operatorio, y que ya había sido considerado como una posibilidad antes de la intervención, no consistió en un asunto técnico sino en saber cómo podrían hacerse esas anastomosis para obtener un vaciamiento rápido y completo. En esos momentos se desechó la doble anastomosis, primeramente por las objeciones hechas al procedimiento y en segundo lugar por la masa ganglionar posterior que seguramente hubiera dificultado toda maniobra en ese sitio. No quedaba por lo tanto, ninguno de los procedimientos usuales y la resolución que en esos momentos estimamos como la mejor, lo fué sin duda alguna, y los resultados posteriores lo comprueban ampliamente.

La experiencia que este enfermo nos proporcionó es verdaderamente útil, por lo que he deseado darla a conocer en el seno de esta Honorable Academia, por si alguno de sus miembros tuviera oportunidad de tropezar con un caso análogo, contara con un recurso más, ya probado, para resolver el problema.

México, a 21 de marzo de 1928.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—A New upper abdominal incision.- G. A. Sloan.-Surgery, Gynecology and Obstetrics.— Vol. XLV.—No. 5.
- 2.—Hour-Glass Stomach.- Keen's Surgery. Vol. III.
- 3.—Treatment of hour-glass stomach by double gastro-enterostomy.- Charles L. Gibson.- Annals of Surgery.- Vol. LXXVIII. No. 5
- 4.—Operative treatment of hour-glass stomach. Roscoe C. Webb. Annals of Surgery. - Vol. LXVI. No. 4.
- 5.—Operations for hour-glass stomach.- Abdominal Operations.- B. Moynihan.
- 6.—Hour-glass stomach and duodenum. Charles Horace Mayo.-Annals of Surgery. Vol. LXXXI. No. 1.