

## Un caso de gastropexia por el procedimiento de Lambret<sup>(1)</sup>

Por el doctor J. Pi-Figueras

Cirujano del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Servicio del Dr. Corachán

La cuestión del tratamiento quirúrgico de las ptosis gástricas ha sido extensamente debatido y en general con conclusiones poco favorables.

Fijémonos en primer lugar en que la palabra gastropexia es usada comúnmente de una manera impropia. En efecto, gastropexia significa caída del estómago sólo, o, lo que es más frecuente, acompañada de otros órganos abdominales y del diafragma. Pero es raro observar esta afección en su forma pura. Los casos observados en clínica son mejor de alargamiento del estómago o de dolieogastria de Pauchet, ya que en realidad el cardias y la cámara de aire se mantienen en su posición normal, no están ptosados. Sin embargo, algunas veces se encuentran combinaciones de las dos anomalías.

Sería abusar de vuestra atención detenerme a describir los signos clínicos y radiológicos de esta enfermedad tan conocida de todos y tan perfectamente descrita en todos los libros de gastropatología. Recordaré únicamente que la ptosis gástrica—aceptemos la palabra en gracia a lo significativa que la ha hecho el uso—acostumbra a pre-

sentarse en los enfermos de hábito asténico de Stiller, y acompañada de otras ptosis viscerales: coloptosis, hepatoptosis, y nefroptosis especialmente derecha. Pero a veces la gastropexia es observada también en sujetos de tórax ancho y vientre corto, de constitución y hábito normales.

Los trastornos que se observan en estos enfermos podemos dividirlos de una manera esquemática, en trastornos de orden general o psico-neuróticos y en trastornos locales de situación claramente abdominal y muchas veces relacionados con el trabajo gástrico. Además, acostumbra a presentar un estreñimiento muy intenso, que para muchos autores sería el origen de los trastornos generales e incluso el principal factor etiológico de la gastropexia.

Buen número de estos enfermos son tributarios de un tratamiento que podríamos llamar médico: gimnasia, faja abdominal, medicación tónica, régimen de comidas frecuentes y poco cuantiosas, corrección del estreñimiento, psicoterapia, etc. A pesar de

(1) Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía de Barcelona.

estos medios que el gastropatólogo tiene a mano, ni aun con el uso sabiamente combinado de los mismos, puede llegarse en muchos casos a una desaparición de los trastornos, ni tan sólo a un alivio de los mismos que haga tolerable la existencia a estos enfermos.

Es natural, pues, que se haya intentado un tratamiento quirúrgico; éste parece que fué aconsejado primero por BOUVERET y llevado a la práctica por DURER en 1896. Desde entonces se hicieron numerosas tentativas para curar la gastroptosis e inventaron una serie de técnicas para fijar el estómago en posición correcta. En general, los resultados obtenidos fueron deplorables; muchos enfermos no mejoraban de nada; algunos empeoraban por efecto de las adherencias; unos pocos obtenían una positiva mejoría. La gastroptosis se desacreditó, y así sigue todavía—quizá con escasa justicia—, pese a los esfuerzos de cirujanos como ROVSING, HARTMAN, PAUCHET, etc.

Y es que en esta cuestión, como en tantas otras, se pasa de un extremo a otro sin detenerse en el término medio, donde acostumbra a encontrarse la verdad. En un principio el entusiasmo hacía operar todos los casos sin pararse a pensar si la operación estaba indicada, sucediéndose los fracasos por un tratamiento quirúrgico inadecuado. Hoy, la mayor parte de los cirujanos, convencidos de la ineficacia de la gastroptosis, la rechazan sistemáticamente, sin pensar que algún enfermo podría sacar provecho de la operación.

Precisa pues, como dice PAUCHET, estudiar bien los gastroptóticos y operar los casos en que realmente exista indicación, que según dicho autor serían un tercio de ellos: entre 10 casos de gastroptosis, tres son tributarios de la intervención y mejoran con ella.

Veamos sumariamente en qué casos puede aconsejarse la gastroptosis. URRUTIA cree que deben operarse únicamente los enfermos que no presentan trastornos nerviosos o éstos existen en grado mínimo y que las molestias que aquejan sean abdominales, de origen mecánico y por tanto corregibles por la operación. LECENE se muestra poco partidario de intervenir, pero recomienda la operación en los casos graves en que los

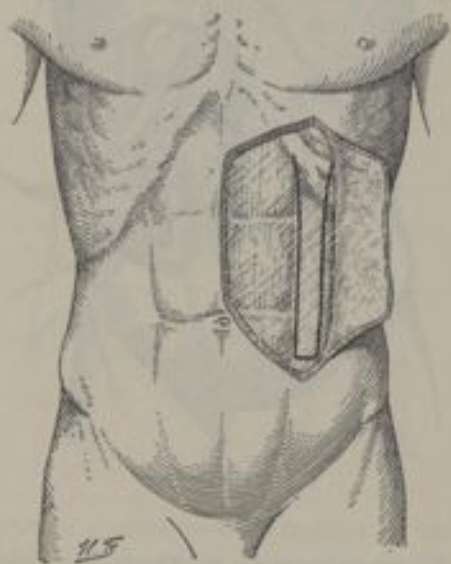


Fig. 1

trastornos llevan casi a un estado de caquexia. PAUCHET escoge los enfermos dóciles, capacitados para seguir el tratamiento fisioterápico y dietético que después les impone, con tonicidad gástrica y peristaltismo bien conservados. Deben añadirse además los enfermos que por su situación económica no pueden sujetarse a un tratamiento dietético-físico y psicoterápico tan meticuloso como debe exigirse.

Pero a pesar de la elección cuidadosa de los casos, la gastroptosis da resultados defectuosos por la falta de un buen método

operatorio. Como dice LAMBRET, pese a todas las teorías y a todos los malos resultados, hay que reconocer el hecho demostrado por la experiencia, que los enfermos mejoran y muchos curan cuando se llega a suprimir la ptosis. Y esto es precisamente lo difícil.

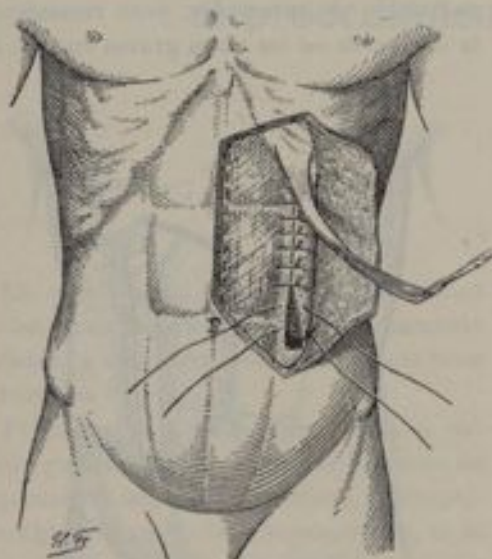


Fig. 2

El procedimiento de PERTHES (fijación del ligamento suspensorio del hígado a lo largo de la pequeña curvatura y después a la pared izquierda del tórax, eventualmente con una porción de aponeurosis) da alrededor de 50 % de resultados satisfactorios. Mas esta operación no restablece en realidad la armonía digestiva destruída por la ptosis.

Hay que exigir a la operación correctora: 1.º destrucción de las adherencias; 2.º restablecimiento del estómago y duodeno en buena posición impidiendo además la movilidad excesiva; 3.º suprimir los bajos fondos y disminuir los calibres cavitarios.

La operación de PERTHES no cumple bien estas condiciones, pues la suspensión puede debilitarse por falta de solidez del ligamento suspensorio, por lo menos en buena parte de su extensión. Además, la operación de PERTHES asciende la pequeña curvatura, pero actúa poco o nada sobre la grande y no suprime los bajos fondos gástricos.

Para obviar estos inconvenientes LAMBRET (1) ha ideado su método. Este suspende el estómago por la gran curvatura por medio de una bandeleta aponeurótica, tomada sobre el borde externo del músculo recto abdominal izquierdo, pediculada en su parte superior, introducida en el abdo-

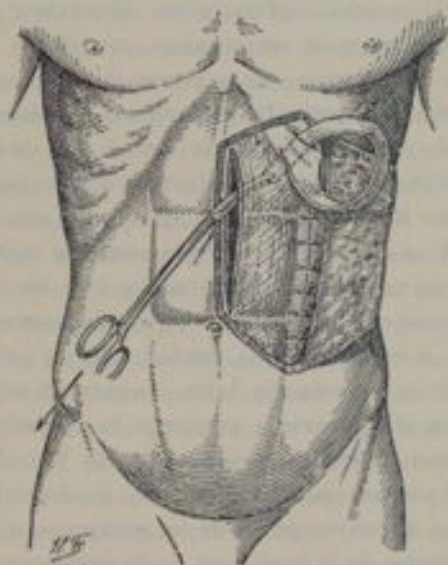


Fig. 3

men por uno de los últimos espacios intercostales, enfundada a lo largo de la *gran curvatura* y suturada por su extremidad

(1) O. LAMBRET (de Lille).—Traitement chirurgical de la ptose gastrique par suspension et coulisage de la grande courbure.—*La Presse Médicale*.—11 diciembre 1929; n.º 99.

libre al ligamento redondo en el punto en que éste se separa del hígado. Esta manera de hacer coloca el estómago en su altura normal. La víscera se encuentra suspendida entre los dos extremos de la bandeleta: el torácico que es fijo y el del ligamento redondo que participa del movimiento del hígado en sentido vertical.

Además, una maniobra operatoria que LAMBRET llama *coulissage*—porque ella es del todo semejante a aquella en que para suspender una cortina o visillo se enfunda sobre la barrita (*on coulisse un rideau sur sa tringle*)—permite suprimir completamente el bajo fondo del antro pilórico.

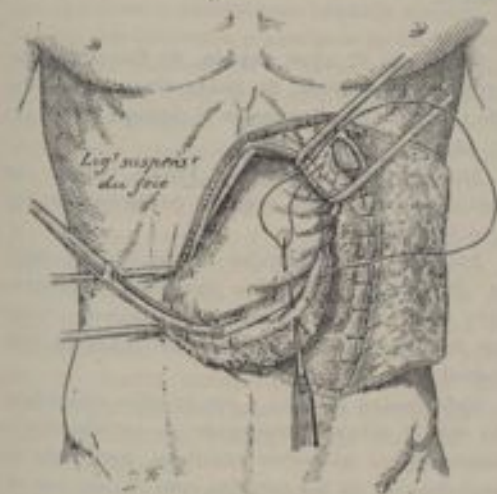


Fig. 4

Las figuras 1, 2, 3, 4 y 5 tomadas de LAMBRET son suficientemente claras; ellas muestran cómo hay que formar la bandeleta e introducirla en el abdomen.

Debe empezarse la intervención por laparotomía y exploración completa de la región sub-hepática y del estómago para conocer exactamente las lesiones y confirmar el diagnóstico.

LAMBRET recomienda para practicar la disección del colgajo cutáneo (fig. 1) utilizar todo lo que sea posible, una compresa o un instrumento obtuso a fin de reducir al mínimo la hemorragia de las perforantes. Yo creo que es posible hacer el colgajo cutáneo mucho menos amplio que el trazado en la

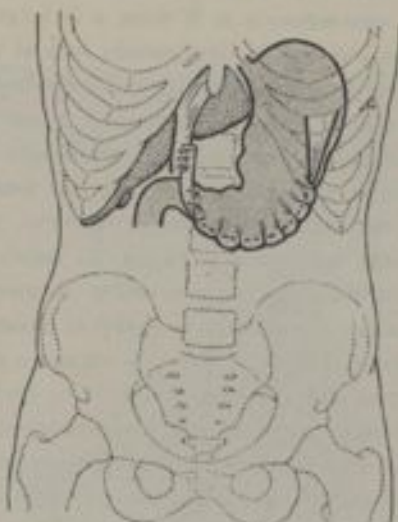


Fig. 5

figura 1 y sobre todo en sujetos de tórax y abdomen alargados y estrechos como son la mayoría de estos enfermos; así lo practiqué en el caso que presento y pude sin dificultad obtener la bandeleta aponeurótica.

La tira aponeurótica puede ser de longitud variable; en general hay que cortarla por su parte inferior algo más abajo del ombligo (fig. 2); su anchura es de unos 2 centímetros.

Para la maniobra de introducción de la bandeleta en el abdomen se escoge el espacio intercostal más favorable; se incide la aponeurosis, el músculo y el peritoneo, y por esta incisión se introduce en el vientre una pinza curva; ésta a su vez sirve de conductora de otra pinza que, introducida de

dentro a fuera (fig. 3) es la que conduce a la cavidad peritoneal la extremidad libre de la tira aponeurótica. Antes o después de esta maniobra hay que cerrar la brecha producida en la aponeurosis por la escisión de la bandeleta.

La segunda parte de la operación consiste en enfundar la tira aponeurótica en un canal sero-seroso a lo WITZEL a lo largo de la gran curvadura, frunciendo ésta al propio tiempo. Es la maniobra del *coulissage*. Para ello se tira del estómago y se exterioriza así la gran curvadura; todo lo más alto posible se empieza una sutura que confecciona un canal, ni ancho ni estrecho, simplemente suficiente para que la bandeleta aponeurótica no se encuentre demasiado apretada y sea sencillito *coulisser* el estómago sobre ella. Hay que hacer la sutura a puntos separados y a cada uno de ellos deslizar el estómago sobre la tira aponeurótica, haciendo una especie de fruncimiento como para acercarlo al tórax, hacia el punto de penetración de la bandeleta (fig. 4).

A un través de dedo del píloro se detiene la sutura y fijase fuertemente la bandeleta a la salida de su canal; se la fija igualmente en el sentido vertical sobre la cara anterior del estómago por dos o tres puntos y después se sutura por varios puntos a la parte más alta del ligamento redondo para obtener finalmente el resultado esquematizado en la fig. 5. El bajo fondo gástrico ha desaparecido, el estómago se halla suspendido en *hamaca*, entre el tórax y el hígado y el canal píloro-duodenal ha adquirido una posición casi horizontal.

• • •

LAMBRET ha practicado en dos años 28 veces su intervención, sin mortalidad y con los buenos resultados clínicos y radiológicos que resumimos a continuación:

Radiológicamente se observa: 1.º un ascenso importante del estómago; 2.º la desaparición de los signos de atonía; 3.º una mejora constante de los trastornos de evacuación gástrica y duodenal.

Clínicamente: desaparición de los dolores gástricos, retorno del apetito, digestiones fáciles e indoloras. Transformación del estado general, aumento de peso. Corrección del estreñimiento. Influencia muy favorable sobre los síntomas generales; cefaleas, vértigos y especialmente la astenia.

• • •

Yo he tenido ocasión de utilizar el procedimiento de gastropexia de LAMBRET en el caso que presento hoy a vuestra consideración.

M. M., de 42 años, casada, de Barcelona, ingresa en el hospital de Santa Cruz y San Pablo (Servicio de mi maestro el doctor CORACHÁN) el 16 de agosto de 1930.

Antecedentes familiares: Padre muerto asmático. Un hermano operado de úlcera gástrica. Dos hijos sanos.

Antecedentes personales: A los 6 años viruela. Menarquia a 14 años tipo 30/7; menstrúa muy bien todavía. Estreñimiento intenso; desde los 16 años ha tomado siempre laxantes (píldoras).

Enfermedad actual: A los 16 años coincidiendo con el establecimiento de su estreñimiento, empiezan las molestias gástricas. Sensación de peso después de las comidas, que acaban con un vómito alimenticio; estos trastornos duran 2 ó 3 meses y desaparecieron con régimen y una medicación que la enferma no puede precisar. El estreñimiento sigue siempre. A los 19 años nueva temporada de molestias abdominales y vómitos, siempre alimenticios, que calman su mal-estar. Después de esta temporada de 3 ó 4 meses, desaparición de todos los trastornos durante 10 años. A los 29 años nueva temporada de dolores; a los 32 años se casa y vuelven las sensaciones de plenitud gástrica y los vómitos; embarazada tres meses después, pasa perfectamente el tiempo de gestación con desaparición absoluta de las molestias gástricas. Después de un parto

normal puede lactar a su hijo hasta 10 meses, en que vuelven sus trastornos. Tres años y medio después, nuevo embarazo con desaparición—como en el primero—de las molestias abdominales. Después de este segundo parto (hace 6 años) vuelve a sufrir y ya no ha tenido ninguna temporada de calma. Las molestias de esta última época—que naturalmente recuerda y explica mucho mejor—consisten primero en una sensación de plenitud en el hipocondrio izquierdo y región umbilical, que nota inmediatamente después de las comidas y que muchos días acaban en vómitos alimenticios y de hipersecreción que calman el malestar. La enferma se somete a diferentes regímenes dietéticos y a medicación alcalina e incluso se coloca una faja ventral; a pesar de todo siguen los dolores y lentamente se instaura un cuadro de dolor más tardío (a las 2 horas de las comidas) con gran sensación de peso y dolor intenso, obtuso, en la región umbilical. Los dolores preséntanse también después de la cena, los alimentos y alcalinos no los calman, pero sí los vómitos que se hacen cada vez más frecuentes. El dolor se irradia a la espalda (región dorso-lumbar). Estos últimos tiempos, el sufrimiento constante y la desnutrición progresiva no la permiten dedicarse a ningún trabajo, ni tan siquiera a los habituales domésticos. Sufre cefaleas intensas y gran astenia. Estreñimiento más pronunciado que nunca. Anorexia.

Exploración: A su ingreso en el Hospital vemos una enferma casi caquéctica; con una estatura normal (1,58 m.), pesa 30 kilos. Se aprecia un vientre abarquillado, de paredes bien tonificadas. Clapoteo gástrico en ayunas por debajo del ombligo. Ningún punto doloroso. Neofrotosis derecha.

El examen del jugo gástrico nos da los datos siguientes:

	Retención	Solución de prueba (alcohólica)
Günsburg ... ..	negativo	negativo
Uffelmann ... ..	negativo	negativo
Weber ... ..	positivo	positivo
HCl libre ... ..	0	1,31 o/oo
HCl combinado ... ..	0,43 o/oo	0,36 o/oo
Acidez total ... ..	—	1,67 o/oo

Examen radiológico: Estómago alargado, dilatado, hipertónico, ptosado con el fondo a seis traveses de dedo por debajo crestas ilíacas. Región duodenal sin deformación (fig. 6). Dolor extra-gástrico (¿plexo solar?) A las seis horas, la papilla está en el ciego (travesía normal).

Ante el estado precario a que ha llegado la enferma, y sus dolores, que llevan ya años de persistencia, nos decidimos a practicar una gas-



Fig. 6

tropexia, a pesar del poco entusiasmo que sentíamos por esta intervención. Nos pareció, sin embargo, que era un buen caso para intentar la pexia por varias razones: 1.ª por el enorme alargamiento y caída del estómago, que a pesar de todo estaba libre, sin adherencias y se vaciaba bien; 2.ª por el tono que todavía conservaban las paredes gástricas (estómago hipertónico a la observación radiológica, y PAUCHEY insiste mucho en la importancia de esta condición); 3.ª por la ausencia de grandes trastornos psico-neuróticos en la enferma. Además, se trataba de una pacien-

te de condición humilde, y que ya no podía ni ocuparse en sus quehaceres domésticos. Su enfermedad la había llevado a la caquexia, y el malogrado LACRUX, tan poco partidario de las pexias, dice que la acepta en este caso.

Operación.—(25 agosto 1930). Anestesia etérea (con el aparato de Ombredanne). Laparatomía media supra e infra-umbilical. Estómago enor-



Fig. 7

me, que llega al pubis; canal pilórico y duodeno muy alargados y ensanchados sin adherencias. No se encuentra ninguna lesión orgánica gástrica; vejiga biliar normal. Gastropexia por el procedimiento de LAMBRET (suspensión y *contissage*). El estómago queda bien suspendido; su fondo no baja del ombligo. Sutura de la pared abdominal en tres planos. Dejo un tubo de drenaje subcutáneo para prevenir el hematoma. Todas las suturas se han hecho con catgut.

Curso Post operatorio. Normal. A las 48 horas suprimo el tubo de drenaje subcutáneo. Sale del Hospital a las tres semanas de operada.

Recomendamos a la enferma comidas frecuentes y poco abundantes. La paciente tiene mucho apetito y no siente ninguna molestia. No ha vomitado desde que se operó.

La veo de nuevo a últimos de octubre (2 meses después de la operación); está cambiada. En cinco semanas ha ganado 6 kilos de peso y un total de nueve desde la operación (peso en esta visita 48 kilos). Se encuentra perfectamente y empieza a dedicarse a los trabajos de la casa. Su cara bien coloreada y el aumento de grasa han cambiado su aspecto. Nótese que ha desaparecido el estreñimiento por completo; la enferma evacúa diariamente sin necesidad de laxante alguno.

A los tres meses sigue en perfecto estado y pesa 49,50 kilos. Ha ganado más de 10 kilos desde la intervención.

Y el examen radiológico practicado a los tres meses nos dice bien claro cómo ha cambiado el aspecto del estómago de la enferma (fig. 7). Es una radiografía que no necesita comentario.

No es posible sacar conclusiones de un solo caso, pero me creo autorizado para decir que precisa estudiar bien los enfermos gastroptósicos, porque en algunos encontramos una indicación quirúrgica evidente y podremos conseguir buenos resultados. Creo, además, que el procedimiento de LAMBRET puede ayudarnos en gran manera, ya que la suspensión del estómago por la gran curvatura es mucho más lógica que el procedimiento de PEATHES (fijación por la pequeña curvatura) y que todas las demás formas de pexia.

## RESUM

*L'Autor refereix un cas de gastroptosi operat pel procediment de LAMBRET. Després d'un estudi comparatiu amb altres formes de pèxia, recolza la tècnica de LAMBRET, puix que la suspensió de l'estòmac per la gran curvatura és més lògica i de millors resultats llunyans.*

## RESUME

*L'Auteur décrit un cas de gastroplose opérée par le procédé de LAMBRET. Après une étude comparative avec d'autres formes de pexie, il se montre partisan de la technique de LAMBRET, vu que la suspension de l'estomac par la grande courbure est plus logique et donne les meilleurs résultats postérieurs.*

## SUMMARY

*The Author describes a case of gastroposis operated accordingly to LAMBRET'S process. After a comparative study with the other forms of pexia he declares himself partisan of the LAMBRET'S technic, because of that the suspension of the stomach by means of the great curvature is the most logical and gives, afterwards, better results.*