

Servicio de la Cátedra del Prof. Joaquín Trías

Gastrostomías

por el doctor

Francisco Salamero Castellón

de la Academia de Medicina

La gastrostomía es una operación de estómago en virtud de la cual se establece una fístula permanente de dicha víscera a la pared abdominal, con el objeto de alimentar a un enfermo ya que por diversas causas no pueden llegar los alimentos por las vías naturales.

Estas causas son debidas principalmente a las estenosis neoplásicas del cardias y esófago y a las estrecheces del esófago por ingestión de cáusticos en los casos de intento de suicidio como causa más frecuente.

En otros casos también está indicada la gastrostomía, cuando sin existir una estenosis el paso de los alimentos despierta fuertes dolores, cáncer de la boca, faringe.

Para que una gastrostomía cumpla bien su cometido se necesitan dos condiciones: 1.ª, abertura suficiente; 2.ª, que la fístula no sea obstáculo para la retención del contenido gástrico.

Si la 1.ª condición es fácil, darán idea de las dificultades de la segunda los numerosos procedimientos ideados y que nosotros, sin tener la pretensión de citarlos todos, hemos llegado a reunir hasta 20, y seguramente deben existir muchos más.

Si el contenido gástrico no se retiene, irritará la piel, con lo cual se producirán fuertes dolores, sin contar además con la caquexia consiguiente.

La supervivencia siempre es corta y mucho más según la causa y el procedimiento operatorio elegido. Se citan algunos casos que han durado hasta 10 años; pero éstos, los menos, presentaban estenosis simples.

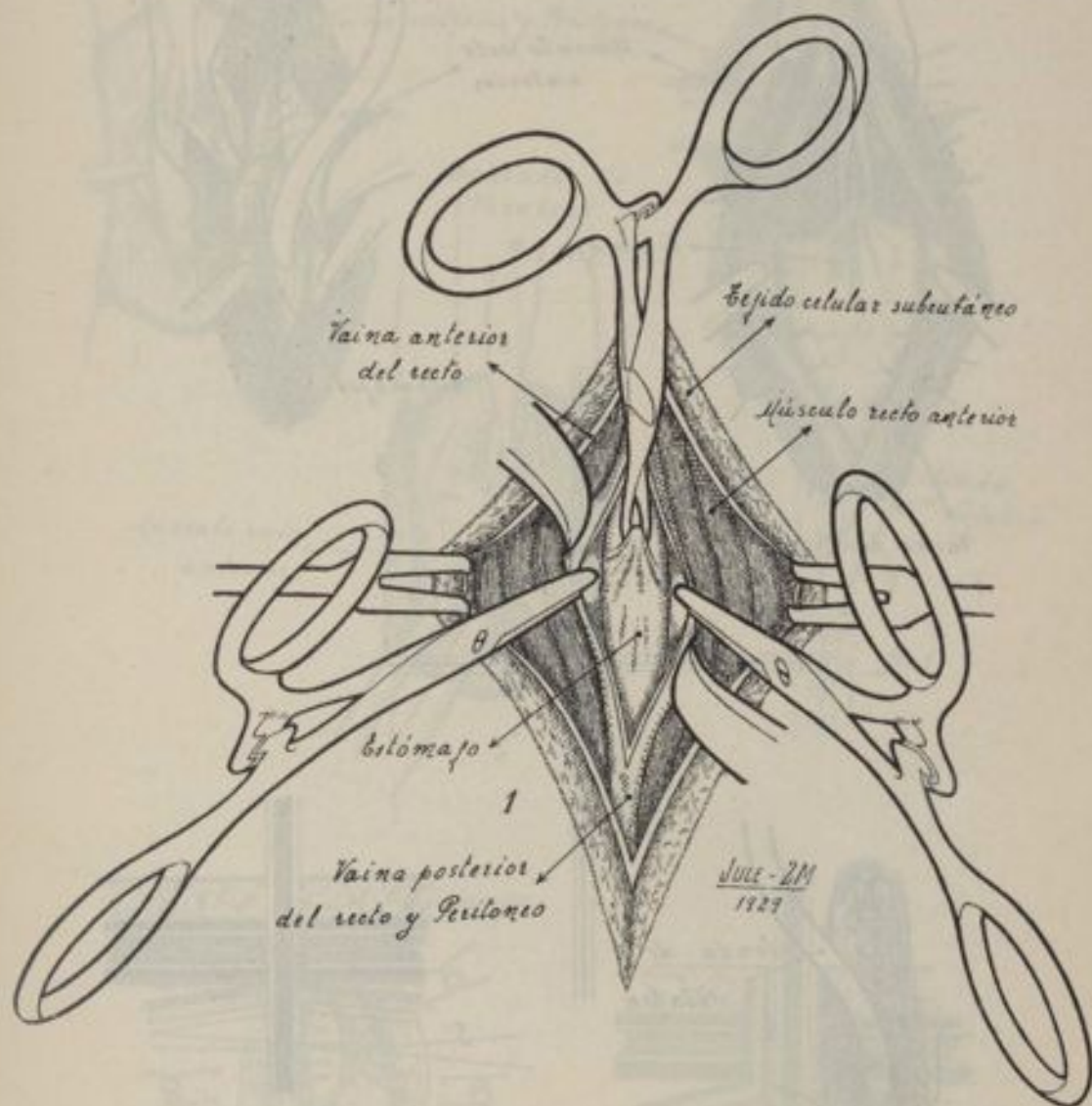
Se preferirá en todos los casos la anestesia local, y sólo excepcionalmente haremos uso de la general, por tratarse de enfermos muy desnutridos, y por lo tanto, con pocas defensas.

La operación, si se hace con las debidas precauciones (anestesia suficiente, operar despacio) no debe producir ninguna molestia. Sin embargo, en ciertos casos, al exteriorizar el estómago, cuando éste está invadido por una neoplasia extensa, produce dolores y opresión retro-esternal; otras veces, cuando al levantar el cono gástrico se vea que la sutura quedara muy tirante, es preferible practicar una yeyunostomía.

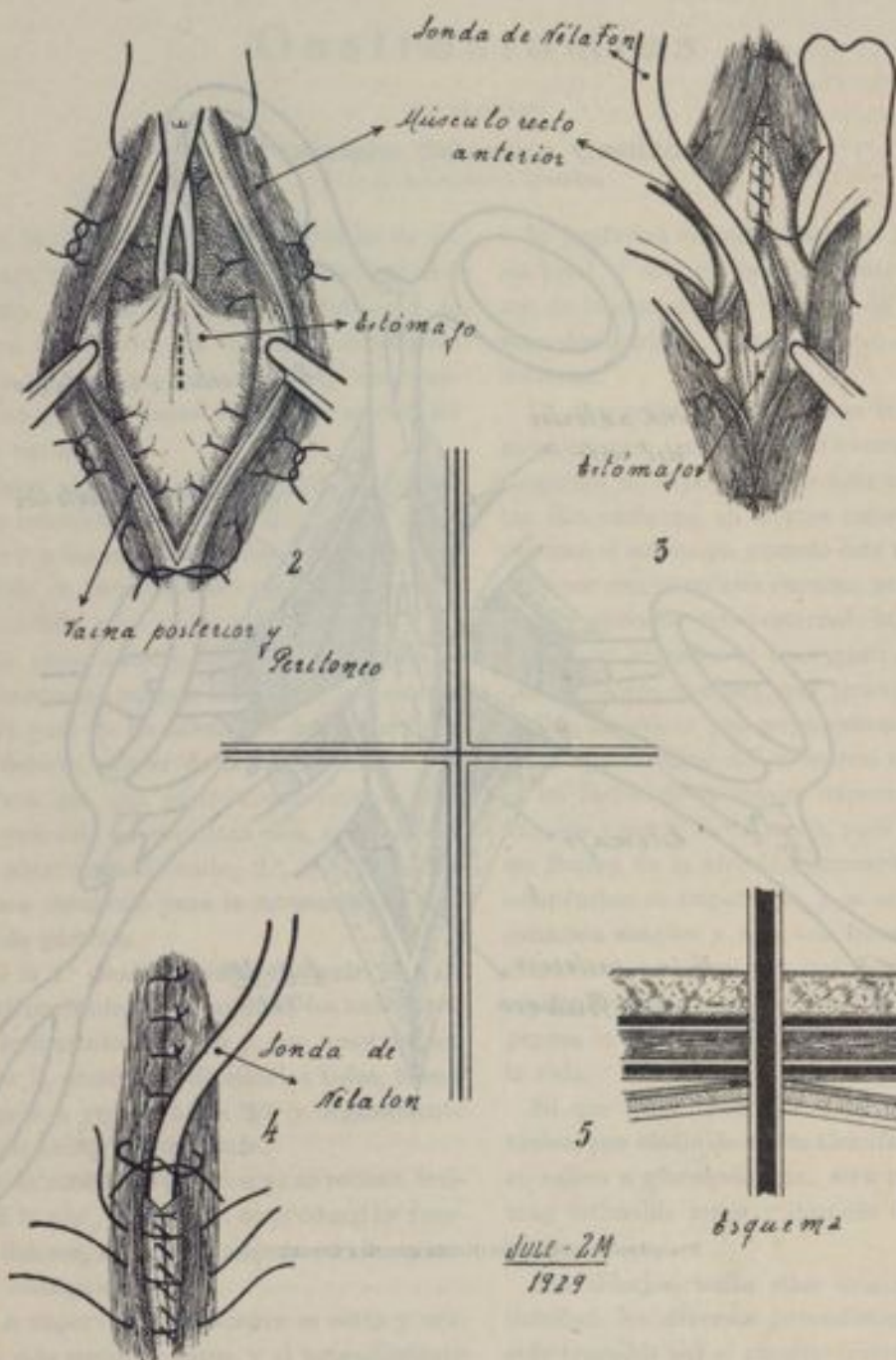
La oportunidad del momento operatorio es un factor de la mayor importancia. No hay que esperar in extremis, pues en las fases finales de la afección (cancerosas) toda terapéutica es impotente; y si se trata de estenosis simples y una vez fracasadas las dilataciones, no hay por qué esperar y así conseguiremos en unos casos hacer menos penosa la dolencia y en otros más duradera la vida.

Ni que decir tiene que toda medicación tónica, por medio de aceite aleatorado, suero salino o glucosado, etc., será una ayuda muy estimable antes y después de la operación.

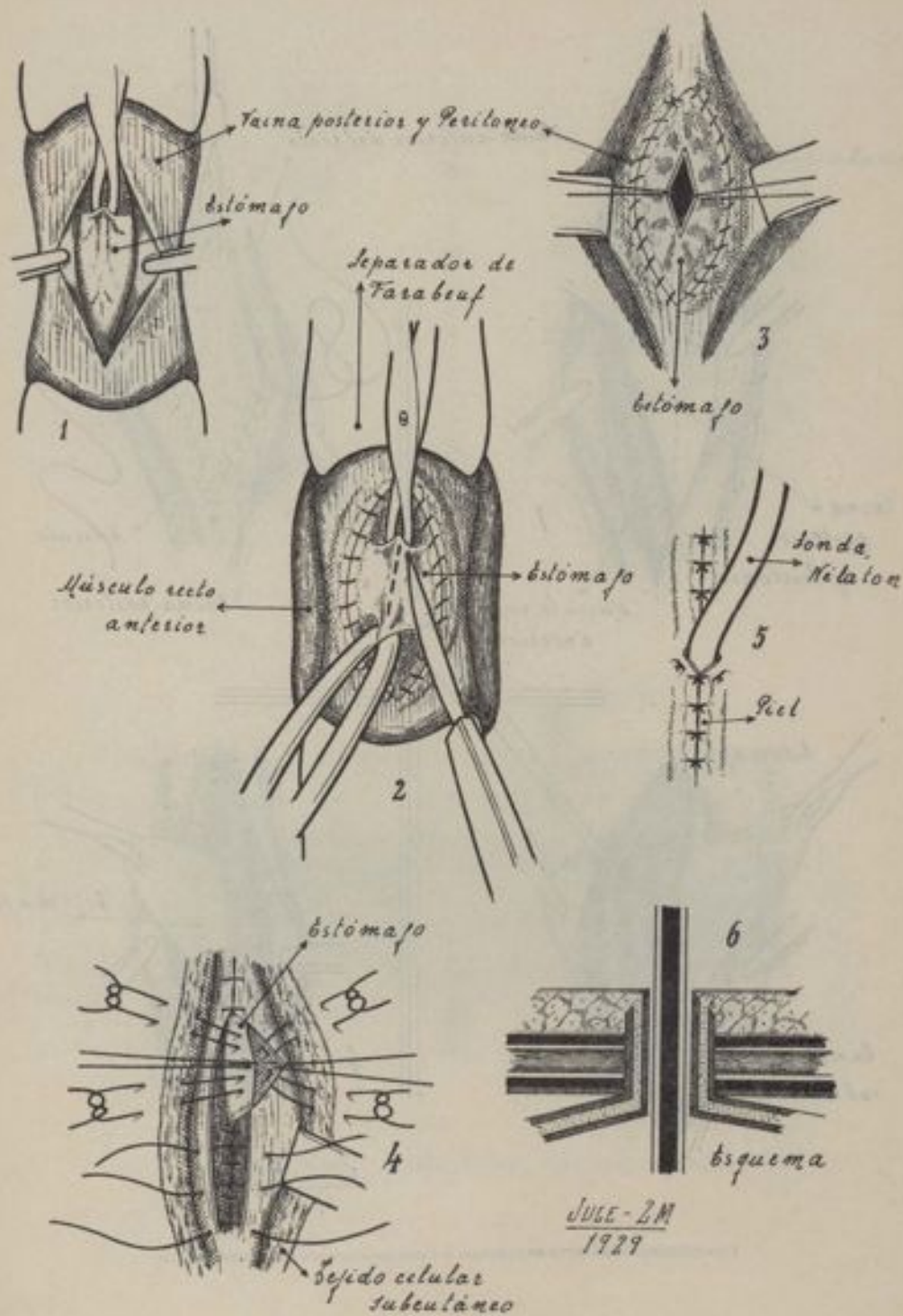
Los dibujos, todos ellos originales, que detallan los diversos procedimientos, han sido trazados por el alumno interno pensionado por oposición de esta Facultad de Medicina señor Miguel MARTÍNEZ, adserito a la Cátedra de Operaciones.



Procedimiento primitivo (fistula gástrica directa)

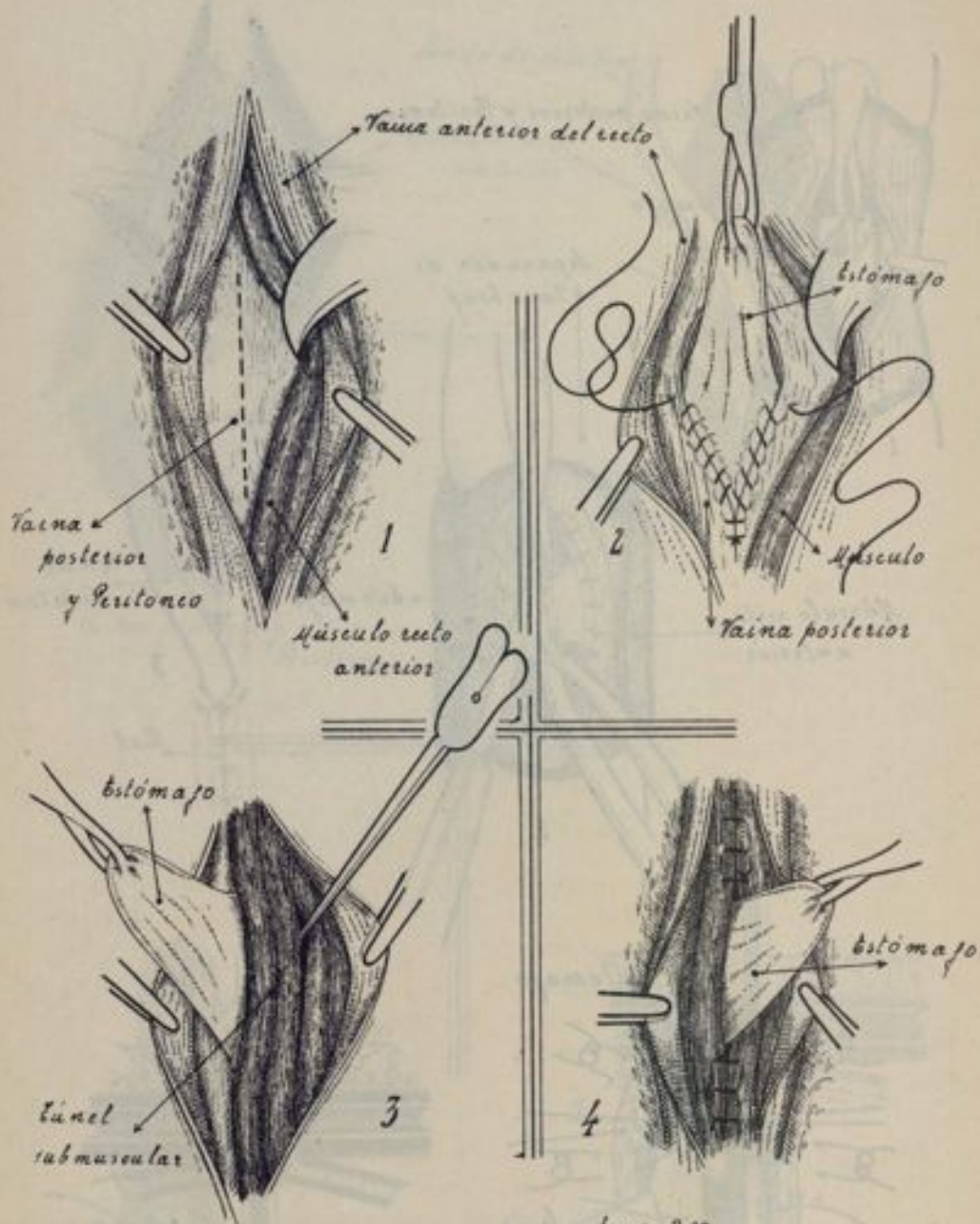


Procedimiento primitivo (fistula gástrica directa)



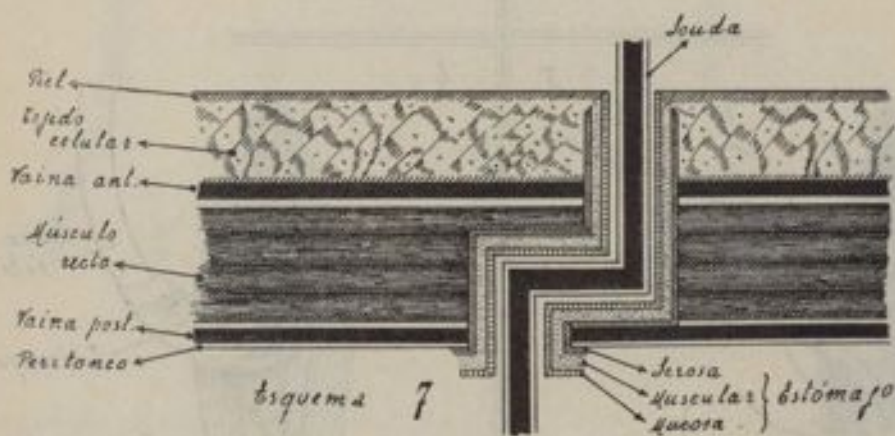
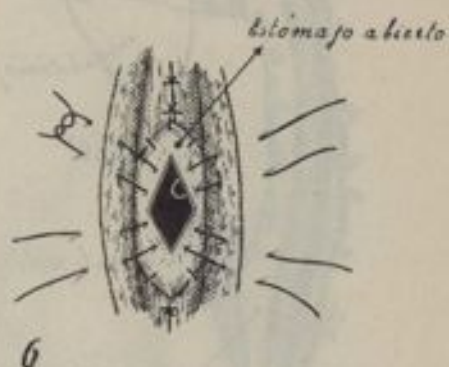
JUGÉ-ZM
1929

Procedimiento de Terrier-Gosset (fistula esofiteriana simple)



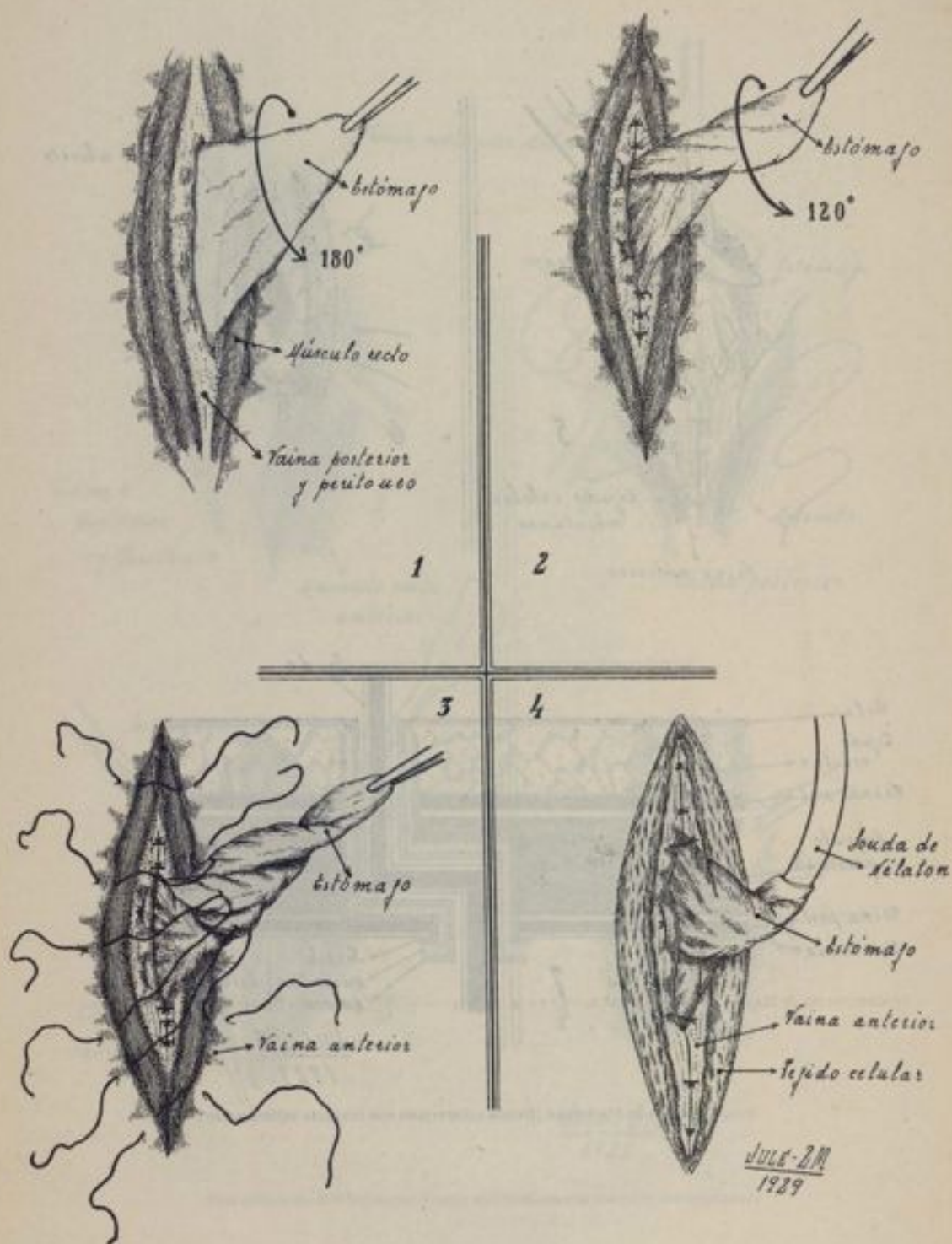
JULC-2M
1929

Procedimiento de Hartmann (fistula esfinteriana con trayecto submuscular)

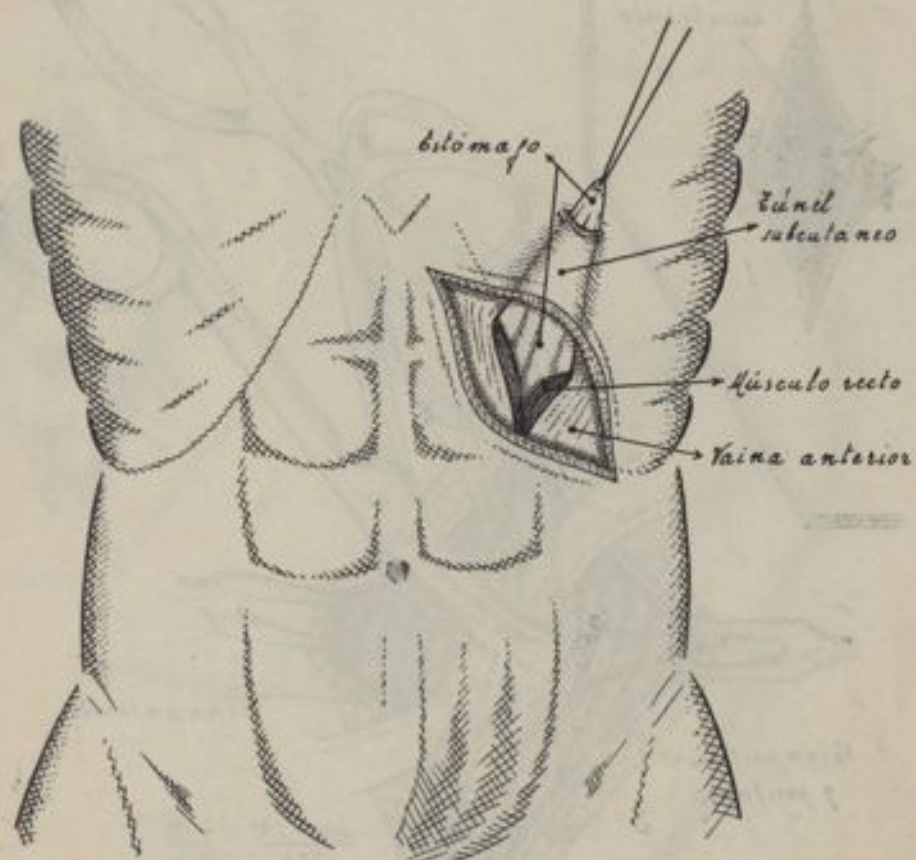


JULE-ZM
1929

Procedimiento de Hartmann (fistula esinteriana con trayecto submucular)

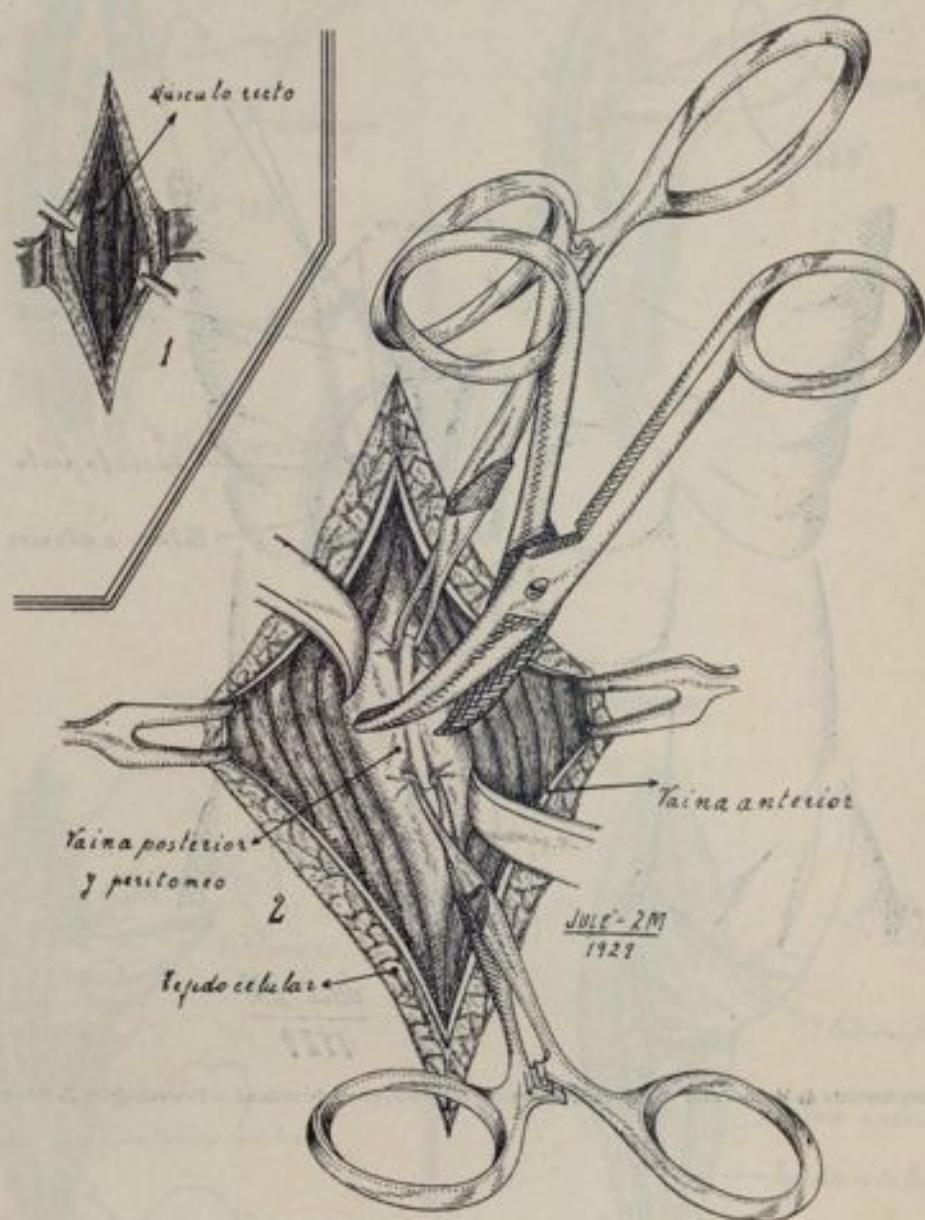


Procedimiento de Soulioux

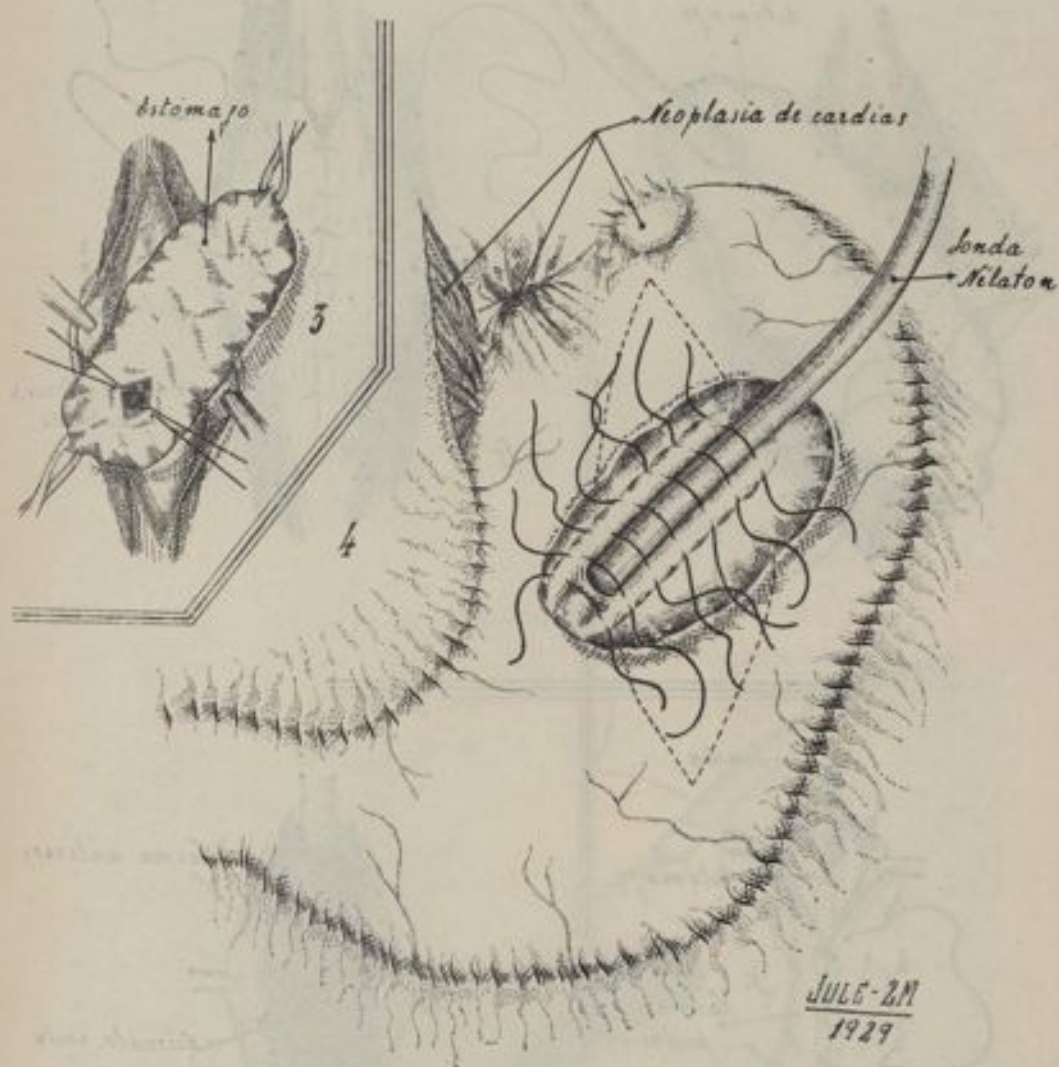


JULY-2M
1929

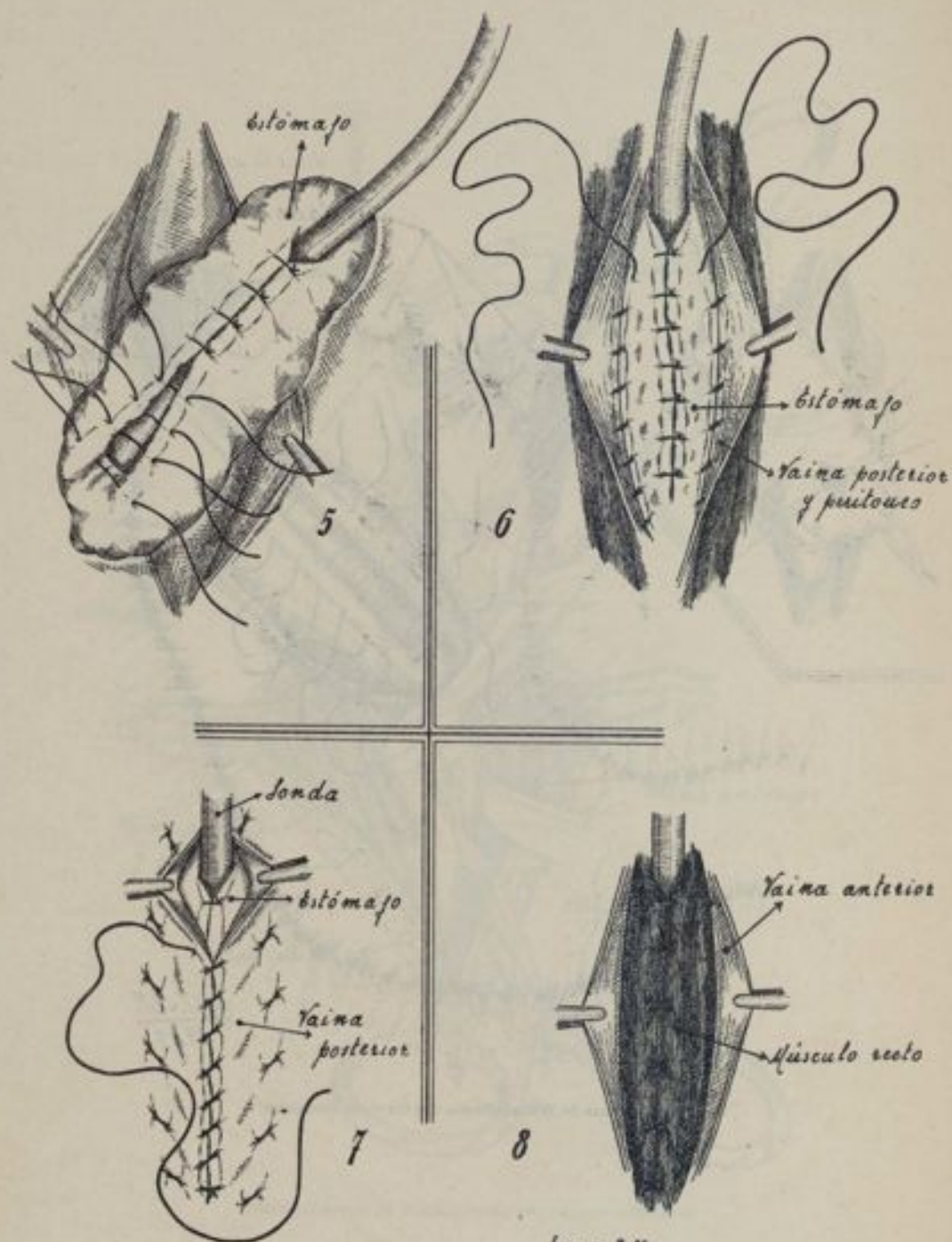
Procedimiento de Mayo-Villar (distala esfinteriana con largo trayecto subcutáneo). — Procedimiento de Jaboulay



Procedimiento de Witzel (fistula con trayecto estomacal)

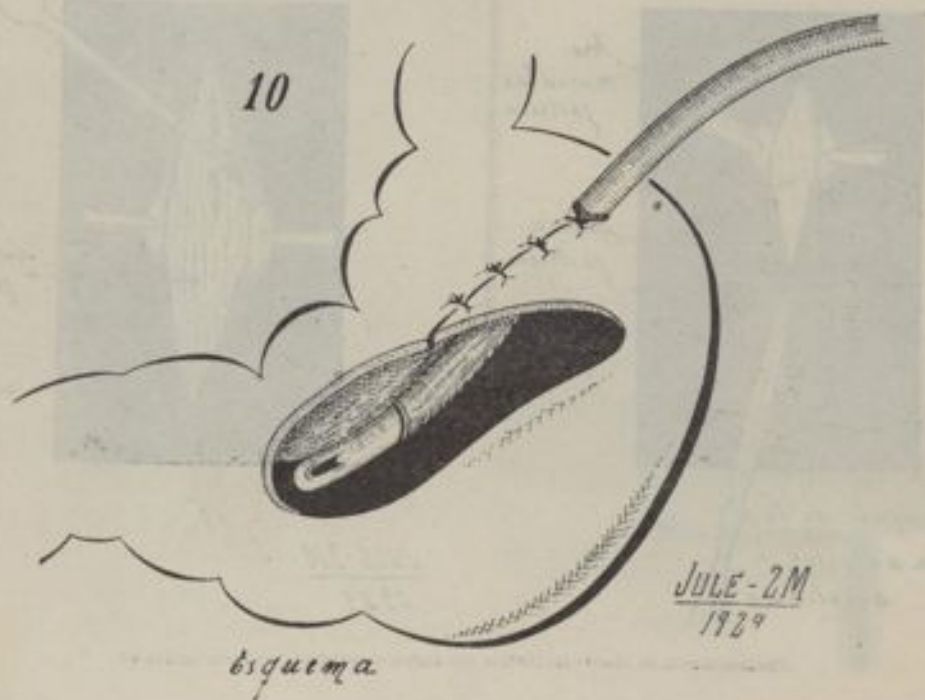
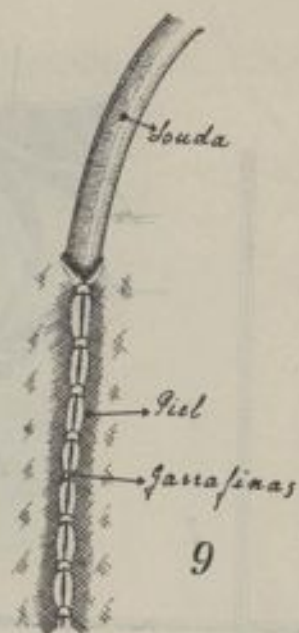


Procedimiento de Witzel (fistula con trayecto estomacal)

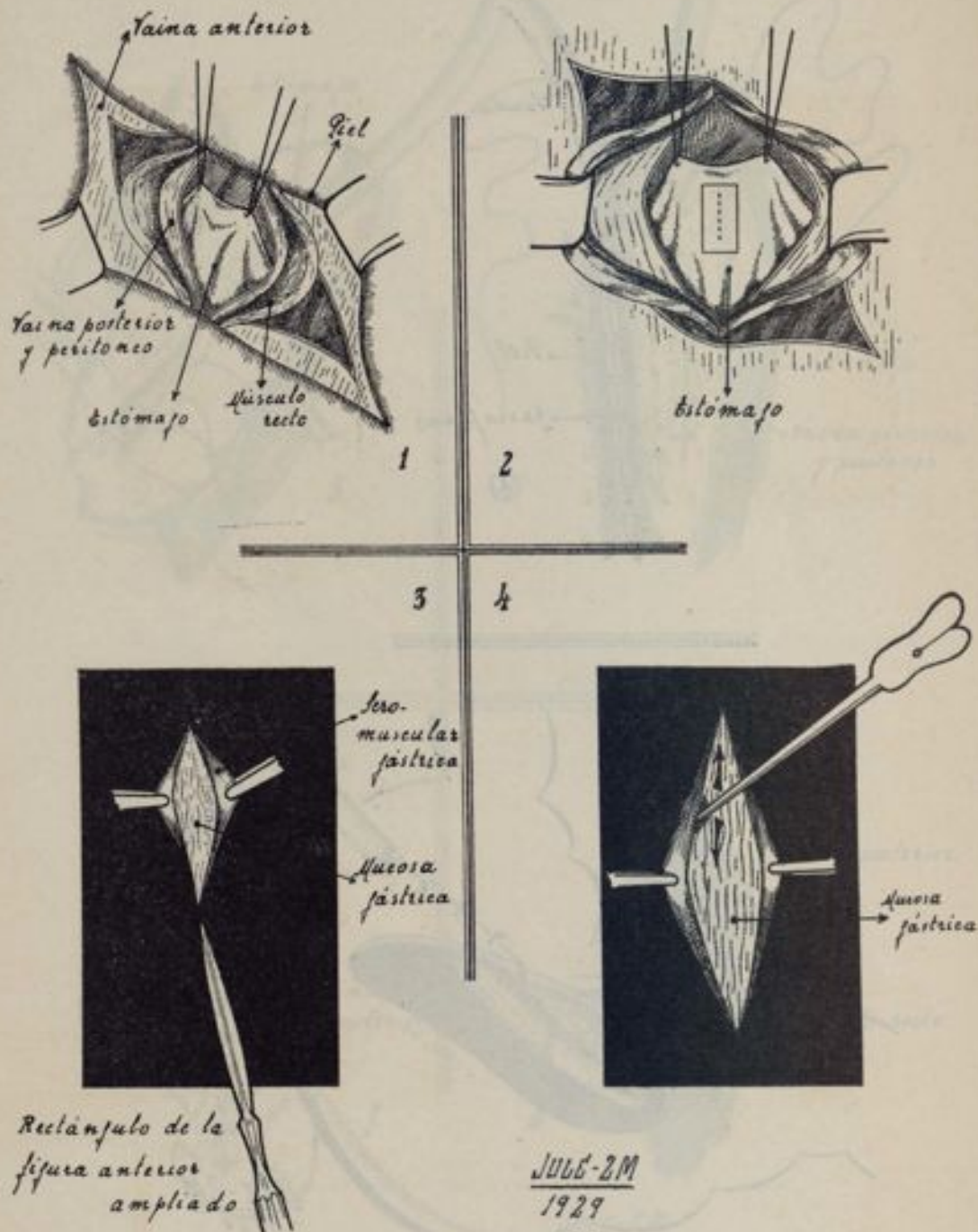


JUL-21
1929

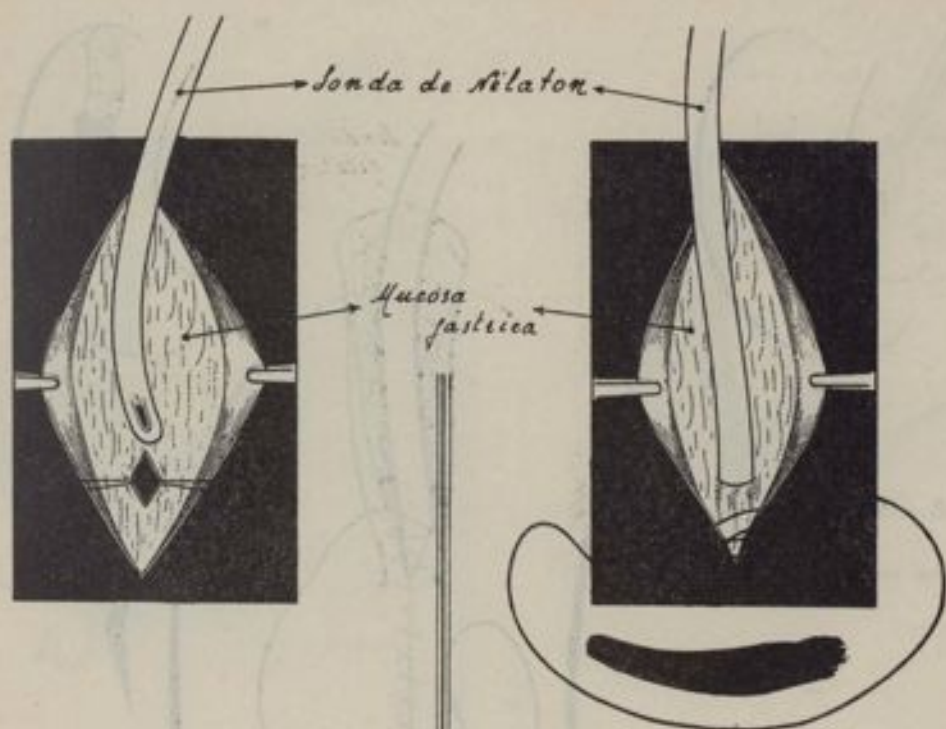
Procedimiento de Witzel (fístula con trayecto estomacal)



Procedimiento de Witzel (fistula con trayecto estomacal)



Procedimiento de Marwedel (fistula con trayecto estomacal subsero-muscular)

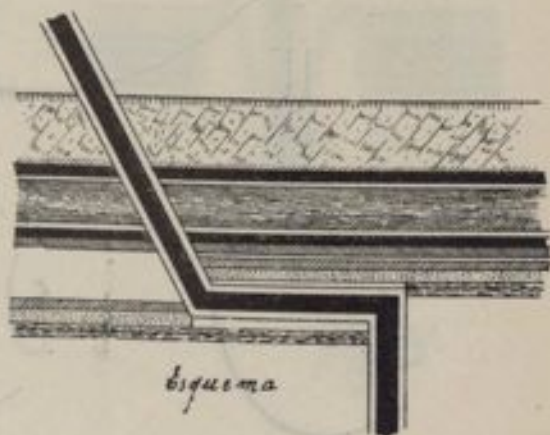
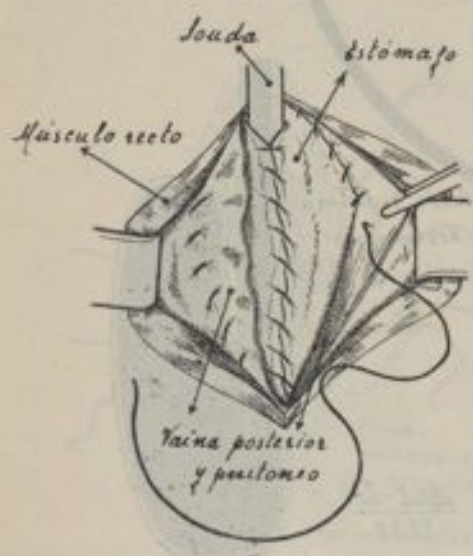


5

6

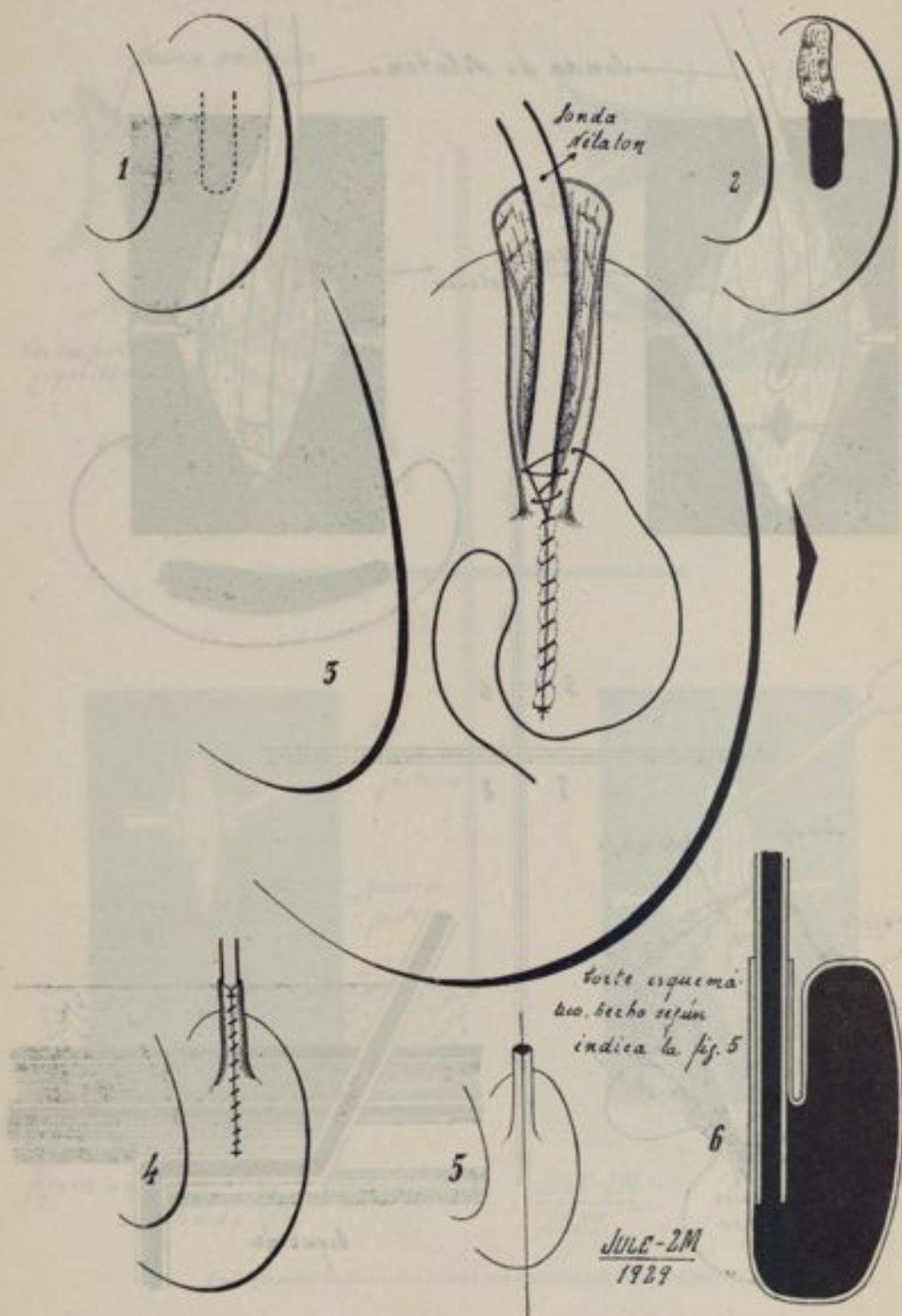
7

8

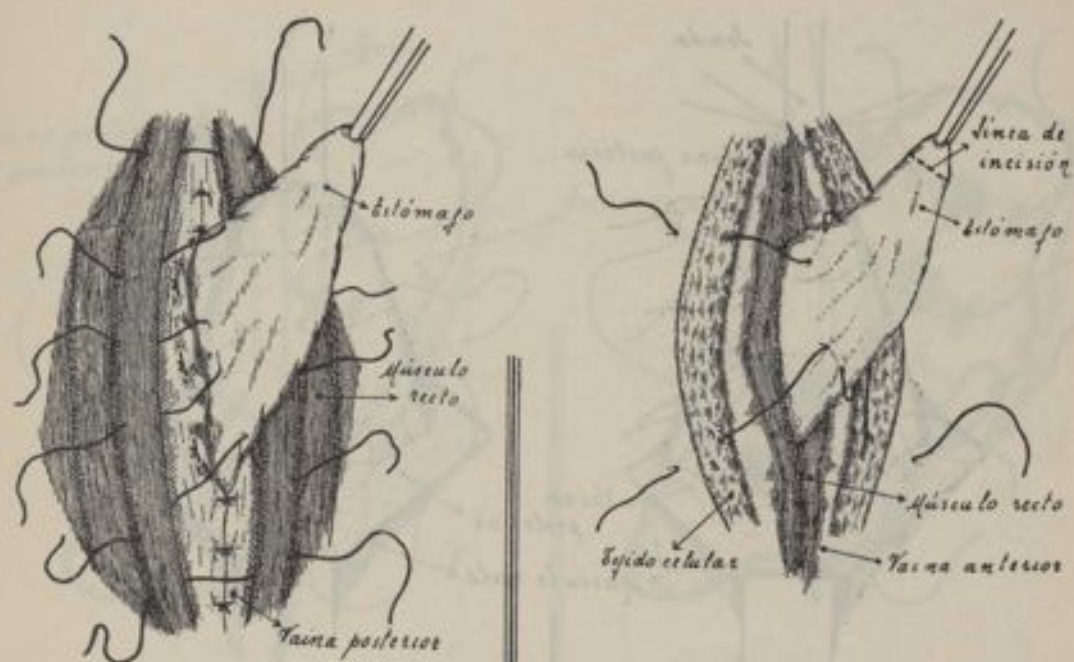


JULI-2M

1929

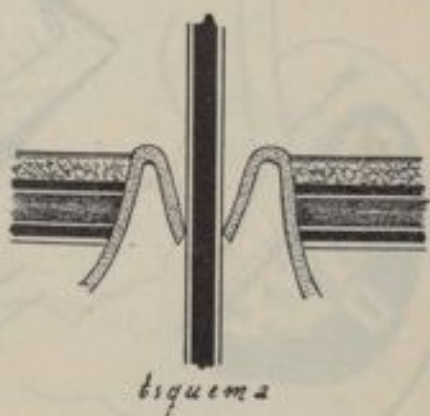
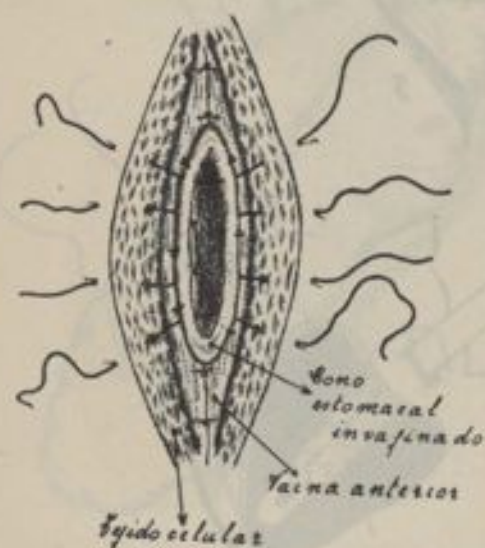


Procedimiento de Depage (fistula con trayecto estomacal)



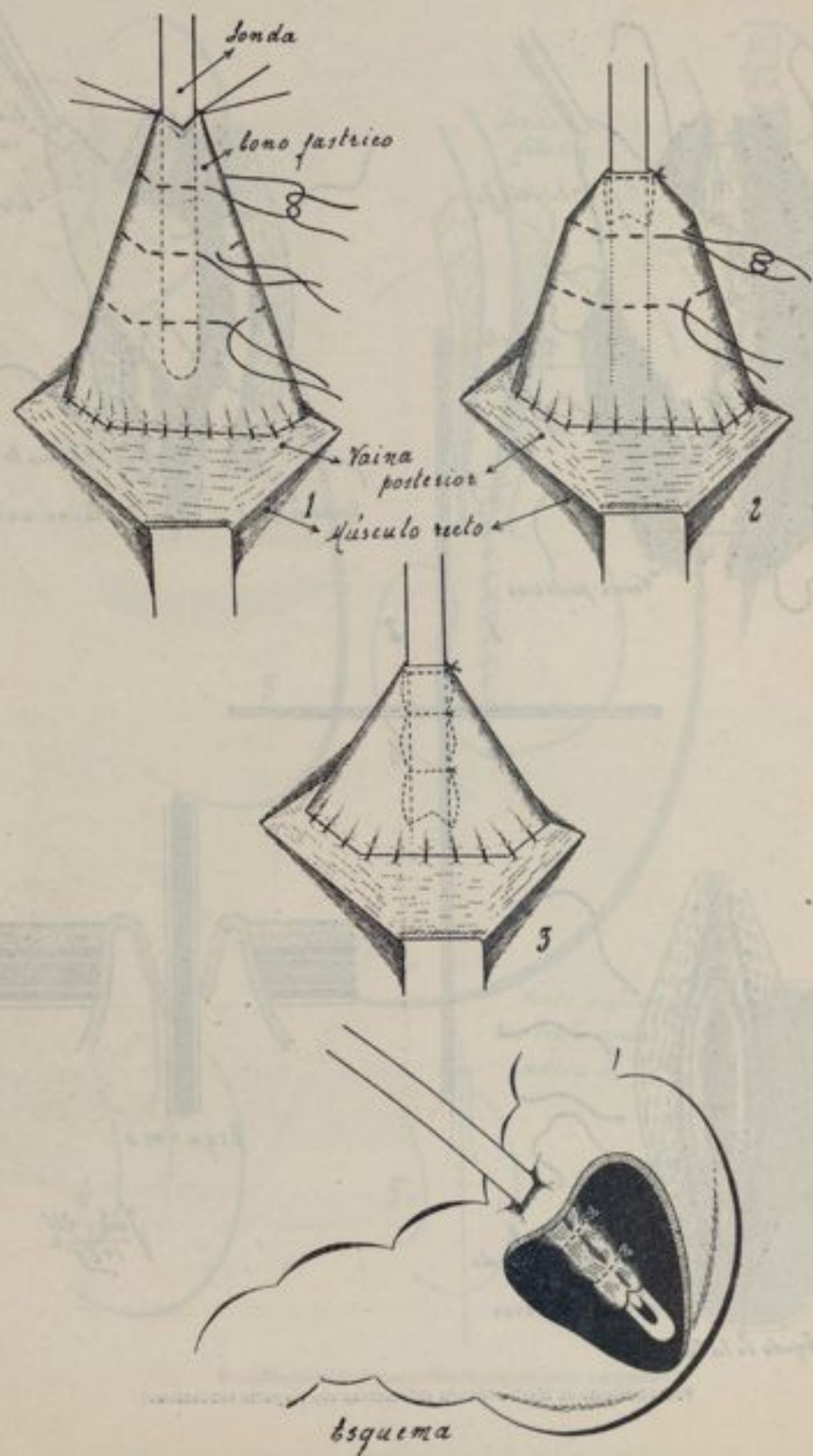
1 2

3 4

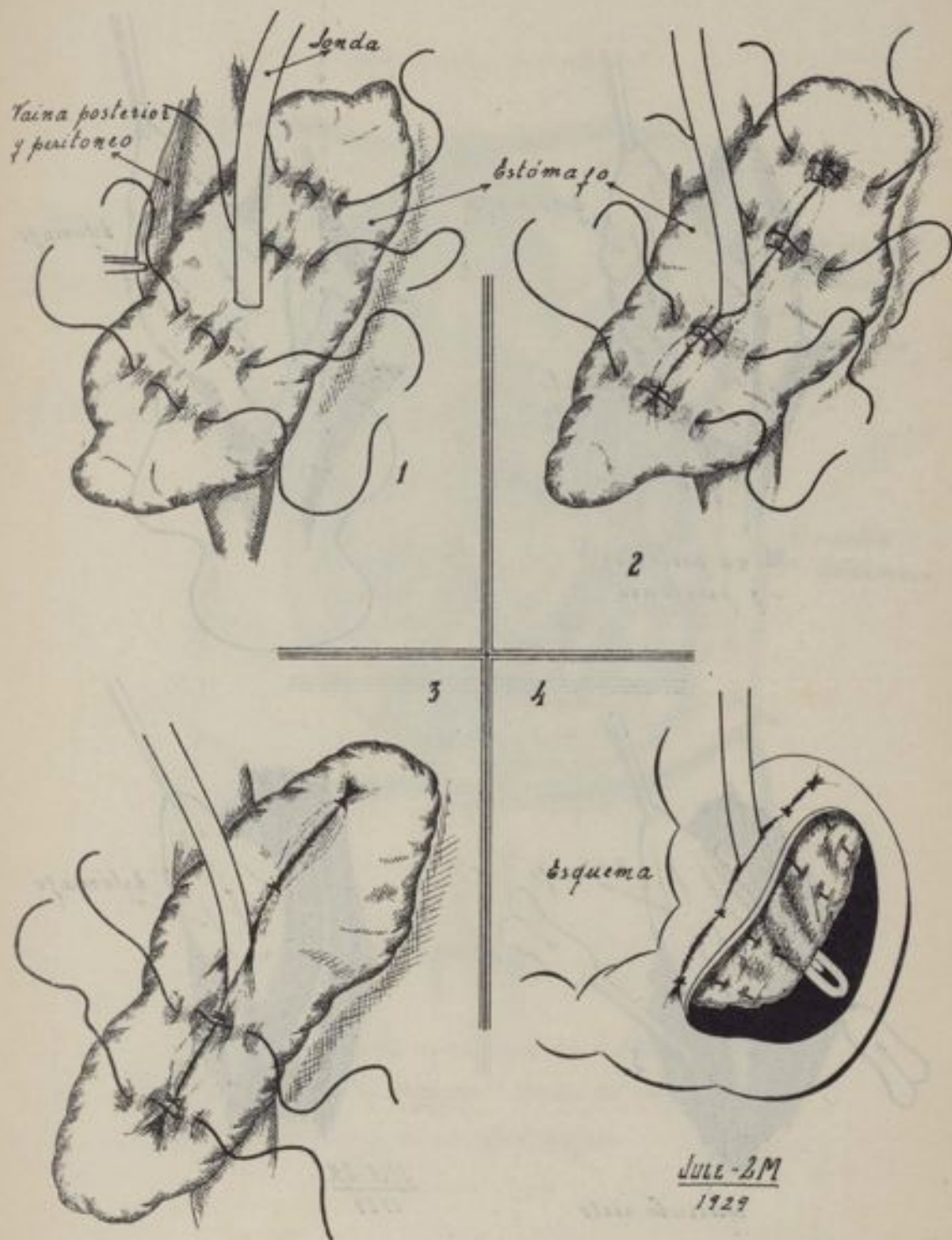


July 24
1929

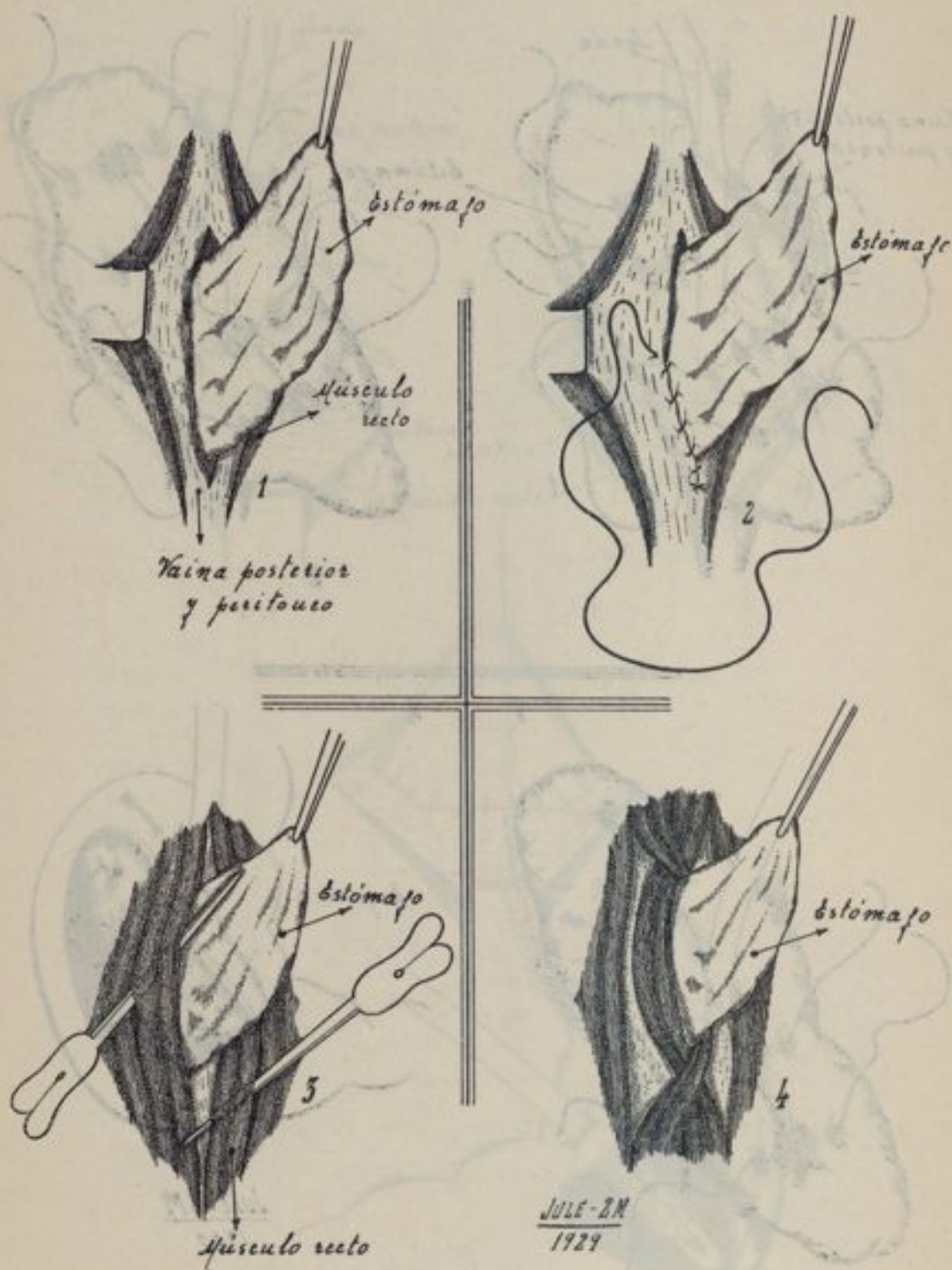
Procedimiento de Marion (fistula esfinteriana con trayecto subcutáneo)



Procedimiento de Seeu-Stamm (fistula con trayecto estomacal en «bolsa de tabaco»)

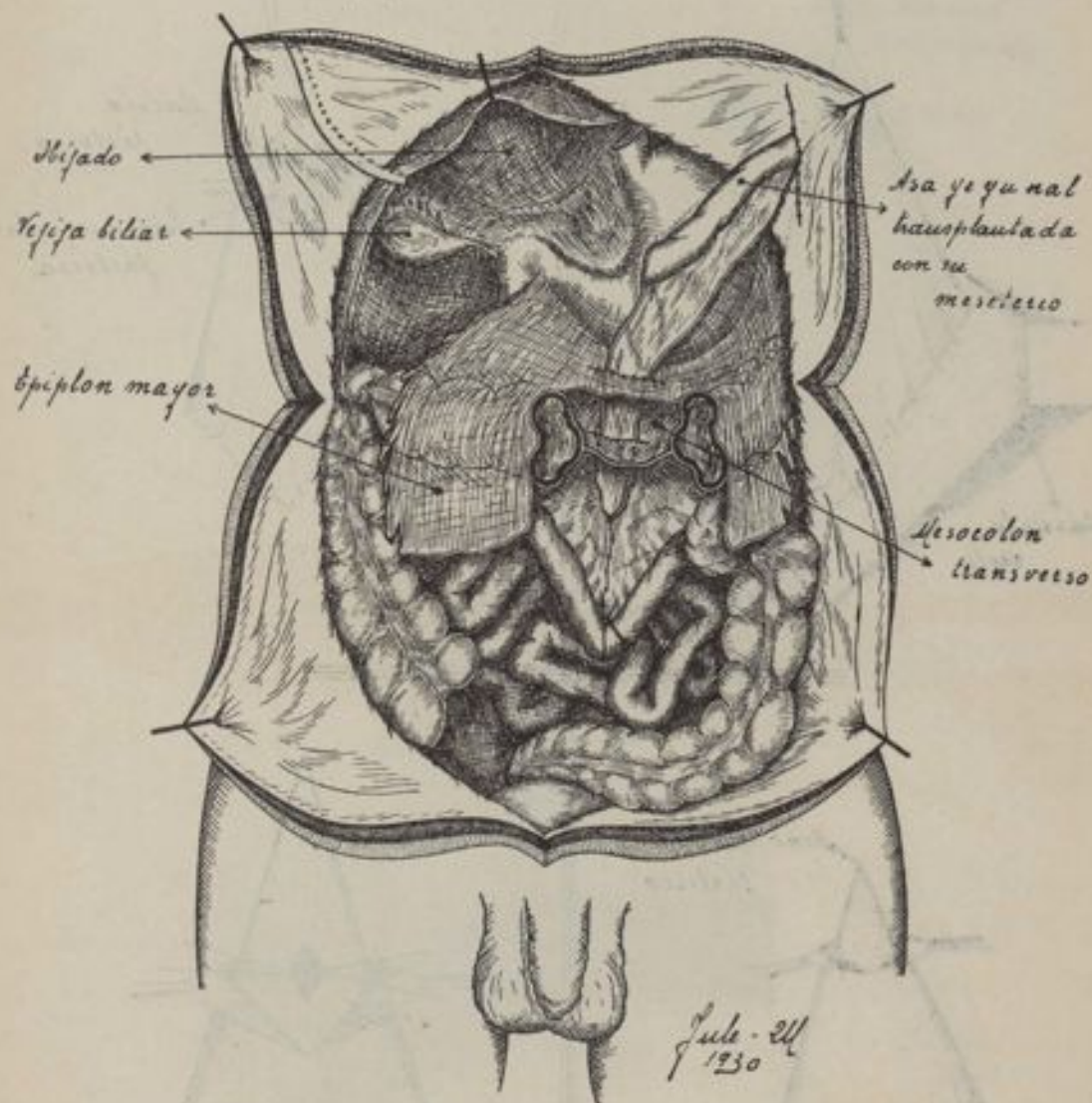


Procedimiento de Kader



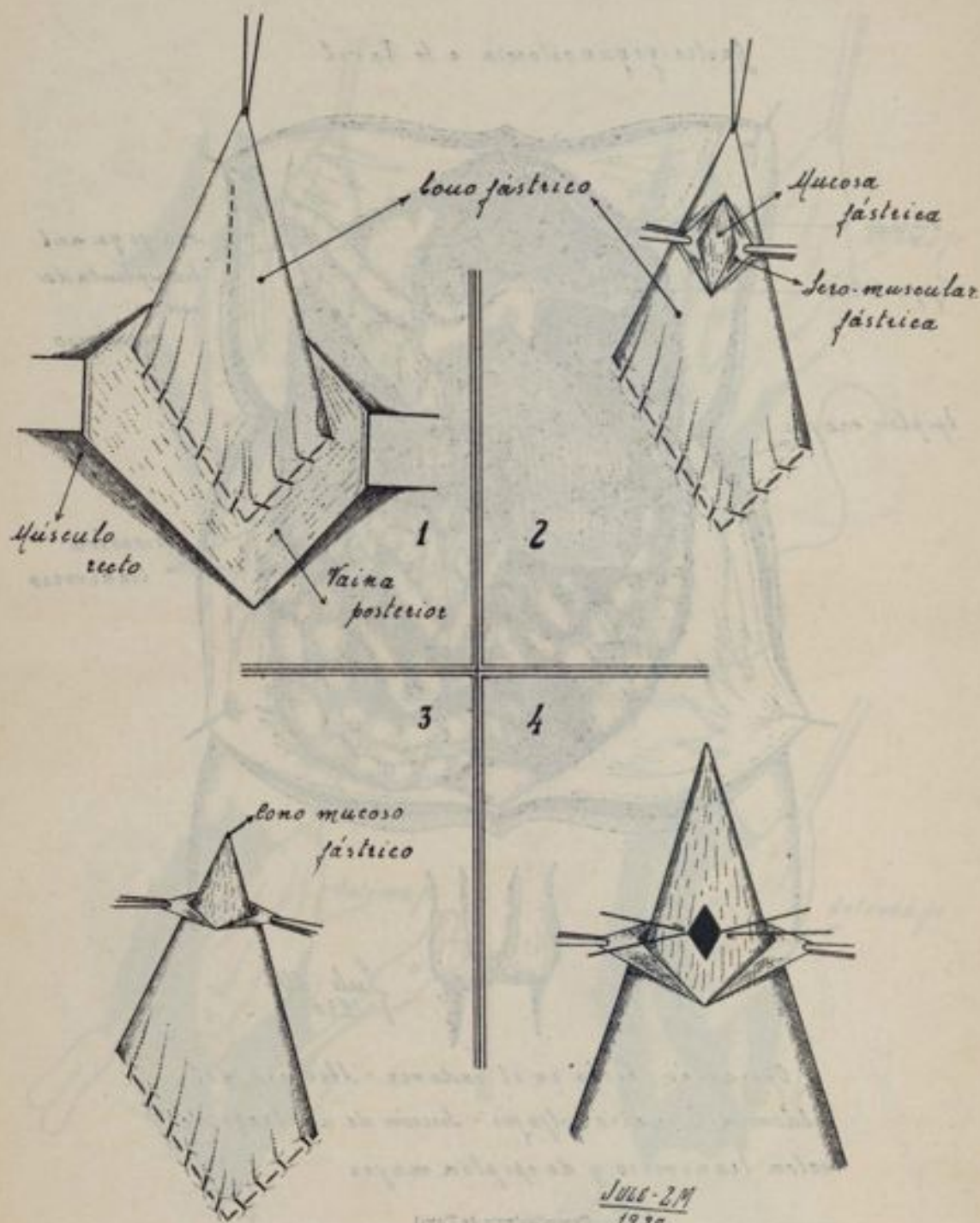
Procedimiento de Girard

Gastro-yeyunostomia a lo Tavel

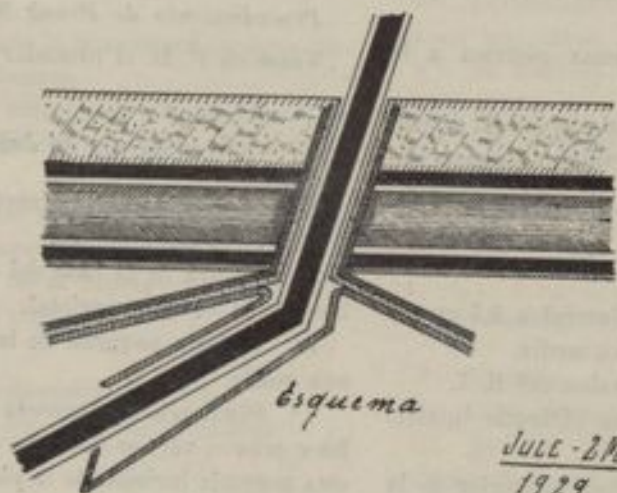
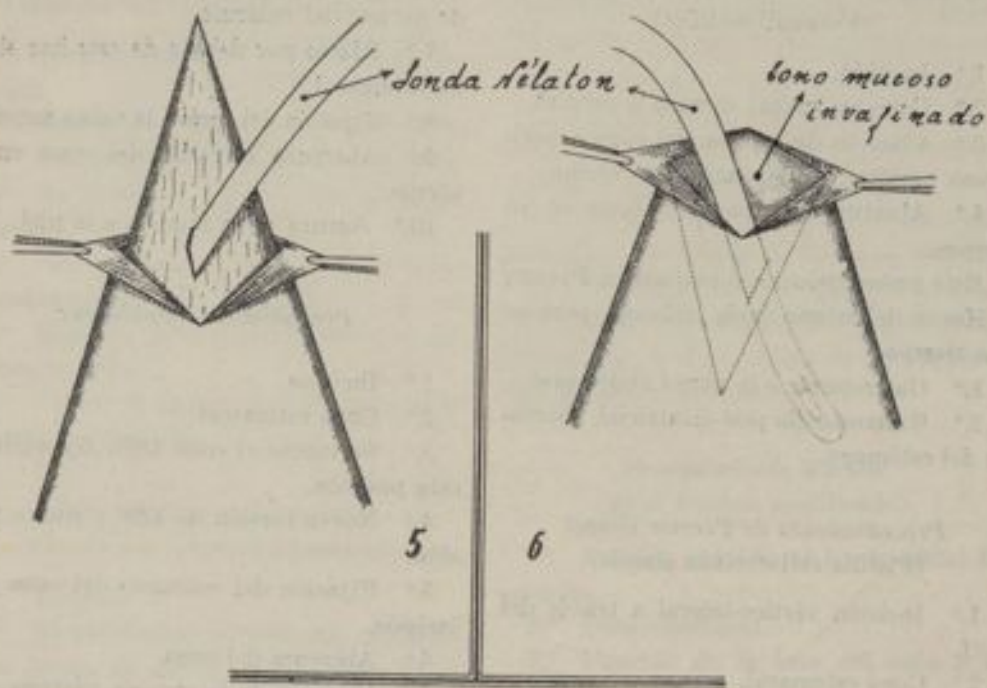


Operación hecha en el cadáver - Abertura del abdomen a cuatro colgajos - Sección de un trozo de colon transverso y de epiplon mayor

Procedimiento de Tavel



Procedimiento de Touffier y Roux-Berger. — Procedimiento de Fontan. — Procedimiento de Poirier



JULI-BM
1929

Procedimiento de Touffier y Roux-Berger. — Procedimiento de Fontan. — Procedimiento de Poirier

Procedimiento de la fistula gástrica directa
(Verneuil-Sedillot)

- 1.º Incisión.
- 2.º Cono estomacal cecano a cardias.
- 3.º Fijación de la base del cono a peritoneo parietal y capa muscular vecina.
- 4.º Abertura estrecha del cono en su vértice.

Este procedimiento lo realizaban PAUCET y HOUSE del mismo modo indicado, pero en dos tiempos.

- 1.º Gastropexia a la pared abdominal.
- 2.º Gastrostomía post-cicatricial, abertura del estómago.

Procedimiento de Terrier Gossel
(Fístula esfinteriana simple)

- 1.º Incisión vértice-lateral a través del R. I.
- 2.º Cono estomacal.
- 3.º Fijación de la base del cono a vaina post y a peritoneo en dos planos (a).
- 4.º Abertura estrecha del cono en su vértice.
- 5.º Fijación de mucosa gástrica a la piel.

(a) Las fibras musculares del R. desempeñarían un papel de esfínter aunque imperfecto.

Procedimiento de Hartmann

- 1.º Incisión vértice-lateral a 2,5 cm. y a la izquierda de la línea media.
 - 2.º Abertura de la vaina del R. I.
- Apártese hacia afuera el borde interno de este músculo.
- 3.º Abertura de la hoja posterior de la vaina del R. I. en la línea media.
 - 4.º Cono estomacal.
 - 5.º Fijación de la base del cono a los labios de la incisión de la hoja posterior de la vaina del R. I.

6.º Disociación con la sonda acanalada de un haz del músculo.

- 7.º Pásese por debajo de este haz el cono estomacal.
- 8.º Fijación del cono a la vaina anterior.
- 9.º Abertura estrecha del cono en su vértice.
- 10.º Sutura de la mucosa a la piel.

Procedimiento Souligoux

- 1.º Incisión.
- 2.º Cono estomacal.
- 3.º Se tuerce el cono 180º, fijándolo en esta posición.
- 4.º Nueva torsión de 120º y nueva fijación.
- 5.º Fijación del contorno del cono a la incisión.
- 6.º Abertura del cono.
- 7.º Fijación de la mucosa gástrica a la piel.

Procedimiento de Frank Mayo-Villar
Véase en F. D. el proceder de HAHN.

Procedimiento de Jaboulay

- 1.º Incisión lateral a través del R. I.
- 2.º Cono de estómago.
- 3.º Sutura de la base del cono a los labios de la incisión parietal.
- 4.º Incisión pequeña de la piel en la línea media.
- 5.º Siguiendo un trayecto subcutáneo se hace salir el vértice del cono estomacal por esta segunda incisión de la piel.
- 6.º Sutura del cono a los labios de la segunda incisión.
- 7.º Cierre de la 1.ª incisión.
- 8.º Abertura pequeña del cono en su vértice.

Procedimiento de Witzel

(Fístula con trayecto estomacal)

- 1.º Incisión paralela al borde costal o vertical.
- 2.º Se descubre y punciona el estómago.
- 3.º Se introduce la sonda en su cavidad.
- 4.º Se tiende la sonda sobre la pared gástrica.
- 5.º Sobre ella se colocan puntos sero-musculares dejándola enterrada.
- 6.º Fijación de la pared gástrica al peritoneo parietal.
- 7.º Cierre de la brecha, excepto a nivel del paso de la sonda.

Procedimiento Marvedel

(Fístula con trayecto estomacal)

- 1.º Incisión.
- 2.º Se exterioriza el estómago, fijándolo en forma de corona a los labios de la herida.
- 3.º En el eje mayor del óvalo gástrico así limitado, hágase incisión que interese la sero-musculosa.
- 4.º Diséquese la mucosa subyacente, formando dos pliegues.
- 5.º En un extremo de mucosa hágase un orificio e introdúzase a su través una sonda.
- 6.º Sutúrese por encima de ella los colgajos sero-musculares.
- 7.º Cierre de la herida excepto a nivel del paso de la sonda.

Procedimiento de Depage

(Fístula con trayecto estomacal)

- 1.º Incisión.
- 2.º Se exterioriza un largo pliegue vertical del estómago.
- 3.º Fíjese el contorno de este pliegue a pared abdominal.
- 4.º En la parte del estómago así aisla-

da córtese a expensas de la pared gástrica anterior un colgajo vertical de 3 cm. de ancho de base superior y comprendiendo todo el espesor gástrico. Levántese el colgajo.

5.º Sutúrese la brecha gástrica hasta cerca de la base del colgajo, donde sólo se deja un pequeño orificio.

6.º Se continúa la sutura aproximando los bordes del colgajo en forma de cilindro.

7.º Introdúzase este conducto a la herida parietal para aboecarla a la piel, ya directamente ya sea a través de un conducto sub-cutáneo o muscular.

Procedimiento Marion

(Es el Fontan modificado)

- 1.º Incisión paralela al borde costal izquierdo.
- 2.º Cono estomacal.
- 3.º Fijación de la base del cono a la pared.
- 4.º Pásense los hilos que han de mantener la invaginación.
- 5.º Levántese el vértice del cono estomacal con una pinza.
- 6.º Se secciona el vértice del cono con un tijeratazo.
- 7.º Invaginación del cono estomacal.
- 8.º Fijación de la invaginación.
- 9.º Sonda colocada.
- 10.º Suturas.

Procedimiento de Serm Stamm

- 1.º Incisión.
- 2.º Cono estomacal.
- 3.º Incisión en el vértice de este cono, introduciéndolo a su través un catéter blando.
- 4.º Fijación del catéter a los labios del cono gástrico.
- 5.º A un centímetro de la abertura del cono se coloca una sutura circular en forma de bolsa de tabaco que se cierre.

6.º Por encima de ésta se coloca otra sutura análoga.

7.º Otra sutura.

8.º Fijación del estómago a la pared.

9.º Cierre.

Procedimiento de Kader

1.º Incisión de Feuffer.

2.º Se descubre el estómago.

3.º Se hace en él un orificio en el que se introduce una sonda fijándola con catgut.

4.º Se levantan dos repliegues paralelos de estómago, uno a cada lado del tubo suturándolos con puntos sero-musculares.

5.º Se levantan otros dos pliegues análogos a los anteriores y por encima de ellos suturándolos igualmente.

6.º Nuevos pliegues.

7.º Fijación del estómago a la pared.

Proceder de Girard

1.º Incisión vértico-lateral a través del recto izquierdo.

2.º Cono estomacal.

3.º Fijación de la base del cono a peritoneo parietal.

4.º Disección y entrecruzamiento de dos haces del recto izquierdo.

5.º Se hace pasar el cono a través de estos dos entrecruzados.

6.º Abertura del cono en su vértice.

7.º Sutura de la mucosa gástrica a la piel.

Procedimiento de Tavel

(Gastro-yeyunostomía)

1.º Laparatomía media supra-umbilical.

2.º Exclusión de 25 cm. de asa intestinal alta con mesenterio largo y bien vascularizado.

3.º Restablecimiento de la continuidad intestinal.

4.º El cabo inferior del asa excluida es implantado a través del meso-colon transverso y del ligamento gastro-cólico, sobre la cara anterior del estómago.

5.º El cabo externo se fija a la piel sobre el borde externo del recto.

Procedimiento Poirier

1.º Incisión.

2.º Cono estomacal.

3.º Fijación de la base del cono.

4.º Se levanta el vértice del cono por medio de dos pinzas.

5.º Incisión de la sero-muscular.

6.º Disección obtusa de la mucosa.

7.º Punción de la mucosa colocando sonda.

8.º Cierre de la herida.

La mucosa despegada en forma de mitra hace las veces de válvula.

Procedimiento Fontan

(Fístula valvular)

1.º Incisión vertical media o paralela al reborde costal.

2.º Cono estomacal voluminoso.

3.º Fíjese la base del cono a los labios de la herida parietal.

4.º Cójase el vértice del cono con dos pinzas e incídase entre ellas la sero-muscular.

5.º Despéguese la mucosa y seccionese.

6.º Se introduce por el orificio una sonda de Nelaton.

7.º Con las pinzas empújese invaginando el vértice del cono, hasta por debajo de la línea de sutura de la base.

8.º Fíjese la invaginación mediante algunos puntos sero-musculares que pongan las superficies en contacto.

9.º Cierre de la pared, dejando la sonda unos 5 días colocada.

Josefa Piqué Sanmartí, de Beceite (Teruel), 26 años, soltera, 17 junio de 1921, 12 noviembre de 1921.

Historia. — Ingiere un cáustico ácido (suicidio); pronunciada estenosis esofágica cicatricial progresiva que ha evolucionado rápidamente (en menos de un mes).

Exploración. — Por medio de bujías y radiografías se nota una estenosis cicatricial simple situada en la unión de la faringe con el esófago. Enferma bien nutrida, por ahora.

Diagnóstico. — Estenosis cicatricial esofágica por la ingestión de cáustico.

Operación (Dr. PUIG SURRODA).—Procedimiento de Javel (gastrostomía) el día 20 de junio.

Curso postoperatorio. — La enferma se encuentra algo atropellada, durante los primeros días que siguen a la intervención, siendo necesario emplear una terapéutica algo activa (tonicardíacos, sueros, etc.). Después mejora; se alimenta por la fistula gástrica o esófago intestinal, siendo esta alimentación algo pesada, pues ha de ser únicamente líquida (las papillas pasan con dificultad). La fistula es bastante continente pero a pesar de todo siempre rezuma algo a su través, por lo que existe una dermatitis permanente alrededor de la fistula.

Pasados un mes y medio de esta intervención se comienzan las dilataciones con bolas olivares. El primer día apenas pasan los primeros números; progresivamente se llega a los diámetros mayores; la enferma misma aprende a sondarse.

Vuelve a alimentarse con normalidad, y como que la fistula le molesta mucho vuelve a ser operada.

Operación. — Se circunscribe con una incisión elíptica la fistula gastrostómica y se sutura por encima la piel para aislarla. Laparotomía media; se encuentra el asa transplantada enormemente distendida, constituyendo un divertículo de la cavidad gástrica, con la que comunica ampliamente y constantemente.

Resultado. — Curación completa.

Jaime Fernández Botartes, de Roselló (Lérida), 60 años, casado, labrador, 31 octubre 1921, 21 noviembre 1921.

Historia. — Ingresó de urgencia. Hace 3 días que no puede ingerir ni sólidos, ni líquidos.

Exploración. — Enfermo demacrado. En la región esternal, sensación de peso, disnea.

Diagnóstico. — Neoplasia del esófago.

Operación. — Gastrostomía Witzel.

Curso. — Es dado de alta, con la fistula gástrica.

Ramón Núñez Gandoy, de San Vicente del Burgo (Lugo), 54 años, casado, labrador, 20 octubre 1922, 23 noviembre 1922.

Historia. — Empieza hace un año, Dolores que aparecen inmediatamente que toma alimento y desaparecen al cuarto de hora de la ingestión, a la altura del apéndice xifoides y espalda. Calma el bicarbonato. Vómitos siempre que ingiere sólidos, no vomitando si son líquidos. Sin hematemesis. Buen apetito. Pérdida de peso, 10 kilogramos.

Operación. — Gastrostomía a lo Witzel. Se encuentra epiteloma del cardias en forma de silla de montar, quedando sólo libre la porción pilórica.

Diagnóstico. — Epiteloma estenosante de esófago.

Francisco Lluç Magla, de Campredó (Tarragona), 2 años.

Historia. — Hace 9 meses ingiere sosa cáustica, quedando con dificultad para la ingestión de alimentos sólidos; sólo tomaba leche; algunas veces pasaban las papillas; últimamente sólo podía tomar leche.

Diagnóstico. — Estrechez esofágica por cáusticos.

Operación. — Gastrostomía a lo Witzel. Se inyectan inmediatamente 60 c. c. de leche.

Victor Arquedo Cucurull, de Viella (Lérida), 29 años, soltero, comercio, 1 septiembre 1925, 5 septiembre 1925, en que pasa a la clínica del Dr. Oliver.

Historia. — Ingestión de CHL. Intenso dolor en boca, faringe, esófago y estómago. Vómitos. Se le administra albúmina y Mg. calcinada. Al día siguiente de su ingreso hematemesis abundantes y enterorragias que ceden al 4.º día. Empieza a notar disfagia muy pronunciada para los sólidos y menos para los líquidos.

Exploración. — Rayos X. La papilla bárica se detiene a nivel de la porción media del esófago torácico, siendo esta estenosis franqueable; la papilla cae en el estómago, donde sólo se detiene breves instantes, pasando rápidamente al duodeno.

Operación. — Gastrostomía a lo Witzel por estrechez cáustica del esófago.

Rayos X el día 25 de septiembre.—La estrechez es menos intensa y la papilla apenas encuentra obstáculos.

Adolfo Roig Vilá, de Buenos Aires, 19 años, soltero, 3 marzo 1926, 18 marzo 1926.

Historia. — Hace 2 años que comienza a notar dificultad en la deglución, aunque tomaba de toda clase de alimentos; esta dificultad aumenta impidiéndole comer carne, teniendo que recurrir a comidas ligeras y principalmente líquidas. Desde hace 20 días sólo toma líquidos y hace 5 días que no prueba nada.

Diagnóstico. — Estenosis esofágica.

Operación. — Gastrostomía a lo Witzel.

José Besart Feliu, S. Ginés de Vilassar (Barcelona), 57 años, soltero, tejedor, 21 abril 1926, 30 julio 1926.

Historia. — Empezó hace 3 años y medio. Vómitos.

Diagnóstico. — Divertículo faringo-esofágico intratorácico.

Operación. — 26 mayo 1926. Gastrostomía y previa para intentar luego la extirpación del divertículo. 9 junio 1926. (Operado por el doctor PUIG SUREDA.)

Josefa Perelló Amat, de S. Antolí (Lérida), 52 años, casada, 8 marzo 1927, 13 junio 1927.

Historia. — Enferma perteneciente al servicio del Dr. CASADESÚS, de la cual no tenemos historia clínica.

Operación. — Gastrostomía a lo Witzel.

Juan Sánchez García, de Albatera (Alicante), 52 años, casado, 13 diciembre 1928, 17 dic. 1928.

Historia. — Desde hace 8 meses, disfagia; los alimentos sólidos, sobre todo el pan seco, no podía tragárselos; últimamente sólo tomaba leche y caldo, que con frecuencia provocaban tos y vómitos. Ingreso, manifestando que hace 4 días que no ha podido tomar alimento.

Exploración. — Enfermo caquético. Los Rayos X aprecian un proceso neoplásico a nivel de la estrechez broncoartricia; aprecian también una fistula esofagobronquial; la papilla bismútica ingerida invade las ramificaciones bronquiales de ambas bases pulmonares.

Examen de laboratorio. — Epiteloma malpighiano metastático.

Diagnóstico. — Neoplasia estenosante esofágica.

Operación. — Gastrostomía a lo Witzel. Hígado grande y adherido por su borde anterior a la pared abdominal. Estómago largo y delgado como un intestino. Colon delgado como un dedo.

Resultado. — Fallecimiento.

De todos los procedimientos el que ofrece las mayores seguridades así como la familiaridad de técnica es el de Witzel, que es en realidad el más vulgarizado.

BIBLIOGRAFIA

- BRISARD, PINARD, RECLUS. III, pág. 209.
 BIER, BRAUN. III, 94.
 BICKHAM. IV, 271.
 BINNIE, Operative Surgery, pág. 361.
 CHALOT et CESTAN. Pág. 815.
 GUIBE. III, 70.
 KOEN, III, pág. 909.
 KOCHER, 247.
 LE DENTU, DELBEY. III.
 MALGAUNE. II, 444.
 MATHIEU, TUFIER. 912.
 MARION. II, 19 (Operatoria).
 MOYNIHAM. I, 434.
 Preceptores. 213.
 PAUQUET. XI, 20.
 STICHS MATKAS. 1930. Société National de Chirurgie de Paris.

RESUM

L'autor, après de passer revista als diversos procediments, i fonamentant-se en les facilitats pràctiques, es mostra partidari de WITZEL.

RESUME

L'auteur, après avoir étudié les diverses procédés, et en se basant dans les facilités pratiques, se déclare partisan del WITZEL.

SUMMARY

The author, after studying the various methods, and basing his opinion on practical facilities, gives as his preference that of WITZEL.