

Drenajes transgástricos. Experimentación clínica

Dres. RAUL PRADERI, NICOLAS DAVIDENKO,
CARLOS GOMEZ FOSSATI, MILTON MAZZA,
ALBERTO ESTEFAN y Br. VIDA PATIÑO *

Las Gastrostomías temporarias se utilizan para la aspiración gastroduodenal post-vagotomía (5), o en las oclusiones intestinales (3, 4) y para alimentación prolongada por sondas (7).

También se usan para aspirar por dentro fistulas duodenales constituidas o duodenos con suturas precarias.

En esos casos si se quiere alimentar por yeyuno y aspirar por duodeno se pueden colocar dos tubos, (largo y corto) por la misma gastrostomía (8).

No siempre es posible pasar sondas al yeyuno a través del duodeno y tampoco es conveniente hacerlo cuando hay una fistula duodenal lateral. Se prefiere entonces hacer una gastroenterostomía para derivar al yeyuno los alimentos ya sea directamente o mediante una sonda nasogástrica colocada por el asa eferente en la 2ª yeyunal, como cuando hay una fistula del muñón duodenal en las gastrectomías Billroth II. Se han combinado ambos procedimientos colocando una sonda de gastrostomía que se baja al yeyuno a través de la neoboca, constituyendo así una verdadera yeyunostomía transgástrica.

Otra solución es realizar una yeyunostomía de alimentación a la Witzel cuidando de no dejar estricturas o fistulas yeyunales definitivas.

YEYUNOSTOMIA TRANSGASTRICA

Hemos combinado las virtudes del cierre hermético de la gastrostomía con las ventajas de la intubación yeyunal transgástrica realizando una gastroenterostomía mínima puntiforme que se cierra sola al retirar el tubo. Para ello aplicamos el yeyuno al estómago haciendo una especie de aposición serosa y a través de dos pequeños orificios en ambas vísceras pasamos un tubo de polietileno al yeyuno. Este procedimiento lo utilizamos por primera vez en 1970 en una enferma con una oclusión duodenal por cálculo biliar portadora de dos fistulas colecistoduodenales. Habíamos realizado una colecistectomía, coledocotomía, papilotomía y el cierre de los dos orificios duodenales. Una yeyunostomía transgástrica nos permitió alimentar a la paciente mientras quedaba el duodeno en reposo (1).

Trabajo de la Seccional de Cirugía Hepato-biliar de la Clínica Quirúrgica "B", Prof. J. Pradines. Hospital de Clínicas, Montevideo.

* Profesor Adjunto de Cirugía, Adjunto de Clínica Quirúrgica, Asistentes de Clínica Quirúrgica, Residente de Cirugía y Colaborador No Médico. Facultad de Medicina. Montevideo.

YEYUNOSTOMIA TRANSGASTRICA TRANSTUMORAL

En las recidivas neoplásicas o en los cánceres de la neoboca de las gastrectomías Billroth II, la extensión y fijación posteriores del tumor no siempre permiten hacer resecciones secundarias. Cuando el tumor ocluye el asa eferente no hay más remedio que practicar una yeyunostomía de alimentación. En su lugar preferimos cuando es posible, realizar una gastrostomía pasando un tubo, al asa eferente a través del tumor. El paciente se alimenta por allí aunque el neoplasma crezca alrededor del tubo. Utilizamos esta técnica en una paciente con estenosis de neoboca por resección incompleta de un cáncer gástrico. El asa eferente muy distendida estaba ocluida totalmente, la eferente casi completamente estenosada y el muñón gástrico infiltrado en su cara posterior. Practicamos una duodeno-yeyunostomía látero-lateral y en una zona libre de la cara anterior del estómago hicimos la gastrostomía. Colocamos desde abajo una sonda Pezzer con el pabellón recortado que quedó calzada en el tumor. La enferma que tiene 78 años, se alimenta por allí hace 4 meses, e incluso en oportunidades ingiere líquidos por vía oral.

QUISTOSTOMIA PANCREATICA TRANSGASTRICA

Brewer y Shumway (2) en 1957 practicaron en dos pacientes la anastomosis de quistes pancreáticos retrogástricos con la cara posterior del estómago y los drenaron con un tubo pasado por la anastomosis y a través del estómago que salía en forma de gastrostomía. De esta manera desgravitaban los quistes al exterior, procedimiento con el cual curaban casi siempre. Si la fistula se mantenía retiraban el catéter transformándola en una quistogastrotomía. Utilizamos este procedimiento por primera vez, el año pasado en un paciente portador de un quiste pancreático corporal y una pancreatitis alcohólica. El tubo incluso nos permitió controlar radiográficamente el tamaño de la cavidad que disminuyó hasta desaparecer.

HEPATOSTOMIA TRANSGASTRICA

Resolvimos utilizar un procedimiento similar para llevar la bilis de las hepatostomías al tubo digestivo. En los cánceres inextirpables de vías biliares con pedículo congelado, se aborda la vía biliar por la cisura izquierda y allí en conductos dilatados y de paredes sa-

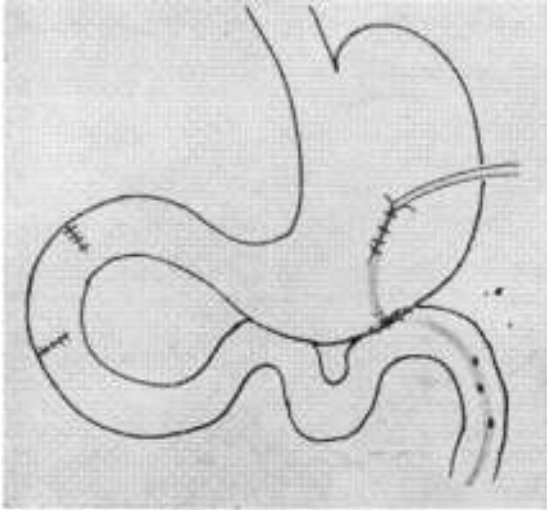


FIG. 1.—Yeyunostomía transgástrica.

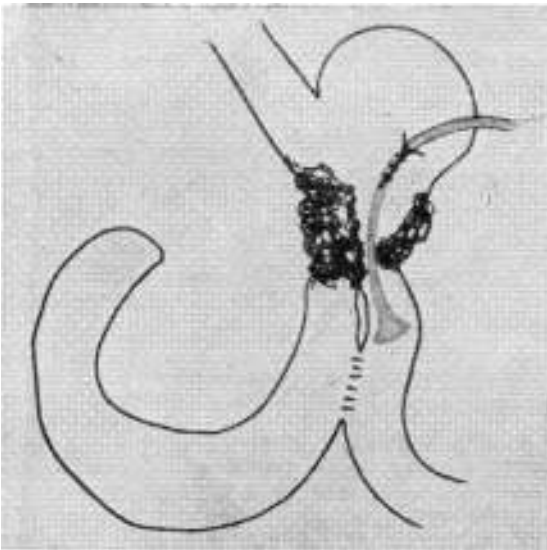


FIG. 2.—Yeyunostomía transgástrica transtumoral.

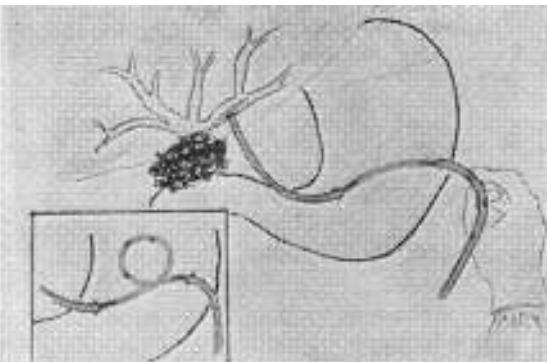


FIG. 3.—Hepatosomía transgástrica reintroducción del tubo fenestrado.

nas es posible colocar tubos de drenaje o realizar anastomosis hepato-yeyunales. Las anastomosis hepatogástricas no pueden utilizarse sistemáticamente porque en caso de dehiscencia constituyen fístulas gástricas.

Las hepático-yeyunostomías izquierdas que hemos realizado con éxito muchas veces (10, 11) llevan más tiempo para confeccionarlas. Por eso en pacientes de gran riesgo, con metástasis hepáticas y expectativa de vida limitada proponemos la realización de un procedimiento más sencillo: una hepatostomía transgástrica. Para ello se aborda un canal biliar, en el hilio o en la cisura izquierda; se coloca allí un tubo de Kehr o transhepático, se sutura el canal con seda sobre la sonda y se cierra la cisura sobre ella.

El tubo se hace penetrar en el estómago por el lugar más próximo y se saca por otro orificio quedando en parte dentro del órgano. Se cubren ambas perforaciones con puntos serosos a la Witzel. El orificio de salida se fija a la pared abdominal y se saca por allí la sonda. Después de varios días de establecido el drenaje biliar externo se realizan perforaciones laterales en el tubo cerca del orificio cutáneo y se introduce ese sector en el estómago de manera que las perforaciones queden en la luz gástrica y la bilis pase al estómago al pinzar el extremo del tubo. Este procedimiento lo aplicamos en un paciente con pedículo hepático congelado por cáncer de vesícula. Se trataba de una ictericia muy evolucionada en un anciano de 85 años con ascitis y un hígado secundario que falleció en anuria a los 6 días de operado.

Usamos un drenaje parecido en un antiguo colecistectomizado y colédocoduodenostomizado por estenosis papilar que ingresó con una ictericia obstructiva verdínica. El enfermo resultó tener un gran colangioma obstructor de lóbulo derecho y un viejo quiste calcificado de lóbulo izquierdo. Se practicó una antrotomía y por ella se colocó un tubo de Kehr en el colédoco con su rama superior en el hepático izquierdo (que también estaba comprimido por el tumor) y la inferior en el bolsillo coledociano. La rama larga del tubo se pasó por la colédoco-duodenostomía y se sacó a la Witzel por el estómago, suturando luego la gastrotomía. Aunque igual que en el caso anterior drenó bilis, falleció en insuficiencia hepática a los pocos días. La autopsia no mostró fallas de sutura ni peritonitis.

DRENAJE TRANSHEPÁTICO TRANSGÁSTRICO

A una enferma con una colangitis esclerosante primaria se le había practicado muchos años antes una colédocoduodenostomía que se mantenía permeable. La vía biliar era de tan pequeño calibre que en una intervención fue imposible realizar una coledocostomía o hepaticostomía biliar.

Penetrando por la luz duodenal a través de una duodenostomía en la segunda rodilla pudimos pasar un beniqué por la antigua coledocoduodenostomía. A través del hepático derecho perforamos la superficie hepática

colocamos un tubo transhepático, que pasamos luego por la vieja anastomosis y el píloro al estómago sacándolo en forma de gastrostomía. Practicamos orificios laterales en el trayecto biliar y gástrico del tubo. Finalmente suturamos la duodenotomía. Quedó colocado un tubo en sedal transhepatogástrico. La enferma mejoró de su ictericia y le desapareció el prurito. Tiene ahora materias coloreadas.

Los tubos en sedal transhepáticos que describimos (11) en 1963 son aplicados actualmente por los cirujanos sudafricanos (6,14) que han publicado su experiencia reciente en hepaticoyunostomías. Tienen la ventaja que pueden ser cambiados sin necesidad de operación. Para realizar colangiografías en estos enfermos es necesario obstruir los orificios gástricos lo que conseguimos colocando por el cabo gástrico del tubo una sonda de Fogarty que insuflamos arriba del último orificio gástrico.

RESUMEN

Se describen varios procedimientos de drenaje transgástrico; yeyunostomía transgástrica; quistostomía pancreática transgástrica; hepatostomía izquierda y coledocostomía transgástrica y finalmente tubo en sedal transhepático transgástrico.

Se señalan las ventajas de estos procedimientos que con excepción de la quistostomía pancreática transgástrica no hemos visto descritos en la literatura.

RESUME

Description de divers procédés de drainage transgastrique: jéjunostomie transgastrique; kystostomie pancréatique transgastrique; hépatostomie gauche et cholédochostomie transgastrique - et enfin tube en séton transhépatique transgastrique. On signale l'avantage de ces procédés qui, à l'exception de la kystostomie pancréatique transgastrique, n'ont pas été décrits, que nous sachions, dans les textes de référence.

SUMMARY

Several procedures for transhepatic drainage are described: transgastric jejunostomy; transgastric pancreatic cystostomy; left hepatostomy and transgastric

choledochostomy and finally, transgastric transhepatic intubation in seton. The advantages of these procedures are pointed out since, with the exception of the transgastric pancreatic cystostomy, we have never seen them described in surgical literature.

BIBLIOGRAFIA

1. ASINER, B. y PRADERI, R. Tratamiento de la obstrucción duodenal por cálculo biliar. *Cir. Urug.* 41: 317, 1971.
2. BREWER, A. W. and SHUMWAY, O. Transgastric catheter drainage of pancreatic-pseudocyst. *Arch. Surg.* 78: 79, 1959.
3. CAZABAN, L. Gastrostomía temporaria profiláctica de la distensión intestinal postoperatoria. *14º Congr. Urug. Cir.* 2: 131, 1963.
4. FARRIS, J. and SMITH, G. An evaluation of temporary gastrostomy, a substitute for nasogastric suction. *Ann. Surg.* 114: 475, 1956.
5. GARDIOL, V. Gastrostomía temporaria asociada a la vagotomía con operación de drenaje. *20º Congr. Urug. Cir.* 1: 134, 1969.
6. HEYDENRYCH, J., VAN ZIJL, F. and VAN ZIJL, J. Transhepatic intubation of the common bile duct for inoperable obstruction. *J. Surg. Oncol.* 1: 63, 1969.
7. HOLDER, T. Temporary gastrostomy in pediatric surgery. *Pediatrics.* 26: 36, 1960.
8. HURWITZ, A. A new dual-purpose gastrostomy tube. *Arch. Surg.* 77: 79, 1958.
9. KÜMMERLE, F. Die chirurgischen erkrankungen des dunndarms. *Neue Deutsche Chirurgie.* vol. 70. Enke, Stuttgart, 1963.
10. PRADERI, R., PARODI, H. y DELGADO, B. Tratamiento de las obstrucciones neoplásicas de la vía biliar suprapancreática. *An. Fac. Med. Montevideo,* 49: 221, 1964.
11. PRADERI, R. Tubos transhepáticos dobles. *Tesis.* Montevideo, 1964.
12. PRADERI, R. Aplicaciones de los drenajes transhepáticos. *Rev. Cir. Urug.* 35: 21, 1965.
13. PRADERI, R., ESTEFAN, A., ZITO, M., SARROCA C., PUIG, R., SANTERO, E., CHIOSSONI, M. y DE STEFANIS, E. Colangitis esclerosante primaria. A propósito de dos observaciones. *Cir. Urug.* (A publicarse).
14. TERBLANCHE, J., SAUNDERS, S. and LOUW, J. Prolonged palliation in carcinoma of the main hepatic duct junction. *Surgery,* 71: 720, 1972.

Síntesis quirúrgica nacional

Tratamiento quirúrgico de la hidatidosis pulmonar.

Sanjinés, A., Tomalino, D.

El Tórax. 21(2): 60-70, 1972.

Se comenta el problema de la enfermedad hidática en el Uruguay y se establecen las bases de la clasificación de la hidatidosis teniendo en cuenta el estado biológico del parásito.

Los aspectos clínicos, radiológicos e inmunológicos de los diferentes estadios son brevemente analizados, describiendo a continuación los procedimientos quirúrgicos aplicables a cada uno.

De acuerdo a este enfoque se estudia la enfermedad producida por la hidátide sana, la hidátide enferma, la muerte de la hidátide, los restos parasitarios y las secuelas hidáticas.

Se aborda el capítulo de las hidatidosis pulmonares múltiples primitivas y secundarias en sus diversas formas y la hidatidosis pleural.

Se completa el trabajo con la descripción de las complicaciones torácicas de la hidatidosis hepática: los tránsitos hepatotorácicos. Se hace la clasificación y se considera la táctica quirúrgica en la que se toma en cuenta la apertura inicial del quiste en vías biliares o en vías aéreas.

Los resultados se exponen en una serie de cuadros en los que se analizan: estadísticas, tipo de operación, complicaciones y mortalidad.

Se hacen consideraciones finales acerca de la maniobra del parto de la hidátide. — A. S.

Sarcoma alveolar de partes blandas.

Klempert, A.; Reissenweber, N.; Estefan, A.

y de Estéfani, E.

El Tórax. 21(2): 94-97, 1972.

Los autores presentan los resultados obtenidos mediante el estudio histopatológico, histoquímico y ultraestructural de un caso de Sarcoma Alveolar de Partes Blandas. Esta correlación es intentada por primera vez en nuestro medio. El hecho más destacable lo constituye el hallazgo de gránulos secretorios en el citoplasma de las células tumorales. Los autores examinan las distintas hipótesis acerca de la histogénesis del tumor, sugiriendo que el Sarcoma Alveolar de Partes Blandas es un tumor neurogénico, ubicable taxonómicamente dentro del grupo de los Neoplasmas secretantes de catecolaminas. Se destaca la necesidad de nuevas investigaciones ultraestructurales y bioquímicas para confirmar los hallazgos mencionados. — H. K.

Aneurisma disecante de aorta.

Korytnicki, L.

El Tórax. 21(2): 91-93, 1972.

Se describen los hallazgos clínicos y necrópsicos de 13 casos de Aneurisma Disecante de Oorta. El síntoma más importante fue el dolor, precordial en 7 casos y fundamentalmente abdominal en 4. La muerte sobrevino como máximo a los 7 días del ingreso. La anatomía patológica permitió topografiar el hematoma disecante, así como el sitio de su rotura, y evidenció a la medionecrosis quística como la lesión constante. — L. K.

Tumores de las paredes torácicas.

Martínez Apezteguía, J. L.

El Tórax. 21(2): 71-80, 1972.

Se estudian los tumores primitivos de las paredes torácicas, teniendo en cuenta una clasificación histológica y topográfica que considera los tumores benignos y malignos de las partes blandas, los de costillas, cartilagos y esternón, y los del diafragma.

Se analizan 14 casos del Instituto de Enfermedades de Tórax. Cuatro tenían origen en las partes blancas (1 lipoma, 1 fibroma y 2 sarcomas), 9 se originaban en el esqueleto torácico (1 condroma, 3 osteocondromas, 1 osteoma, 2 tumores vasculares, 1 granuloma eosinófilo y 1 condrosarcoma) y 1 fibrosarcoma asentaba en el diafragma.

Se discute la indicación quirúrgica, la resección y la reconstrucción de los defectos parietales. Son de indicación quirúrgica los tumores benignos y malignos radiorresistente. Para la resección se tendrán en cuenta el tipo histológico, la difusión tumoral y la topografía.

De acuerdo a la topografía se consideran los tumores de la pared lateral, los que asientan en los sectores límites y los de la pared anterior. Para la reconstrucción se tendrán en cuenta el criterio topográfico. Se analizan los métodos utilizados para lograr la reconstrucción hermética y que no trastornen la función respiratoria. — J. L. M. A.

Hidatidosis de las paredes torácicas.

Martínez Apezteguía, J. L.

El Tórax. 21(3-4): 114-124, 1972.

Se estudian 26 observaciones de quistes hidáticos (Q.H.) de las paredes torácicas: 5 de partes blandas, 3 de diafragma, 15 interpleuroparietales y 3 costales.

En los Q.H. de partes blandas predomina la localización muscular. El diagnóstico lo hace la punción y el tratamiento de elección es la quistectomía. En los Q.H. de diafragma se destaca la dificultad en establecer el diagnóstico preoperatorio y se enfatiza la importancia del neumoperitoneo. Todos se localizaron en el hemidiafragma derecho y se abordaron por toracotomía baja. El patólogo confirma el origen diafragmático al reconocer fibras musculares en la adventicia.

La hidatidosis interpleuroparietal fue la más frecuente. En general se comprueba alteración ósea por compresión y ausencia de hidatidosis ósea.

La localización hidática costa es poco frecuente; puede ser primitiva o secundaria a una hidatidosis vertebral. Tiene característica infiltrante con ausencia de reacción del hueso agredido. Se analiza la evolución en el foco óseo primario, en los tejidos perióseos (absceso osifluente) y en los huesos vecinos. Puede ser asintomática o presentar dolor y/o tumor parietal, síntomas de compresión local e incluso medular. La radiología es fundamental en el diagnóstico mostrando las alteraciones óseas y el absceso osifluente. El tratamiento requiere resección costal completa incluyendo la apófisis transversa. Cuando existe compromiso de la columna, el tratamiento quirúrgico se hace más complejo y el pronóstico es reservado. — J. L. M. A.

Noticiero médico

Ier. Coloquio Nacional de Cirugía Biliar. (Col. Inter. Chir. Digest.).

Buenos Aires. 7 de abril de 1973.

Temas:

- Cáncer de las vías biliares es ahepáticas.
- Anastomosis bilio digestivas.

Secretaría: Hospital Privado Modelo. Roca 1811. Florida. Pcia. de Buenos Aires. Argentina.

Jornadas del Atlántico.

(Inter. Coll. Surg.).

Buenos Aires. 3 al 15 de mayo de 1973.

Temas:

- Cáncer de mama
- Cirugía de tiroides.
- Equinocosis hidatídica, hepática y pulmonar.
- Cirugía del hepato coledoco.
- Hernia hiatal.
- Tumores óseos metastásicos.

Secretaría: Paraná 976. P.a. Baja. Buenos Aires. Argentina.

Ias. Jornadas de Anestesiología en el Interior de la República.

Florida. 18 y 19 de mayo de 1973.

Secretaría: Departamento de Anestesia. Piso 17. Hospital de Clínicas. Montevideo.

7as. Jornadas Rioplatenses de Ortopedia y Traumatología.

Buenos Aires. 18 y 19 de mayo de 1973.

Secretaría: Santa Fe 1171. Buenos Aires. Argentina.

10º Congreso Mundial de Otorrinolaringología.

Venecia. 21 al 25 de mayo de 1973.

Secretaría: Pr. V. Bötner. P.O. Box. Otocongress 30-100. Venecia. Italia.

Ias. Jornadas Angiológicas Argentinas.

Posadas. 19 al 22 de junio de 1973.

Inscripciones: Zenith Viajes. Paraguay. Buenos Aires. Argentina.

16º Congreso de la Sociedad Internacional de Urología.

Amsterdam. 1º al 6 de julio de 1973.

Secretaría: Holland Org. Centre. Lange Voor Hoot 16. Gravenhage. Holanda.

2as. Jornadas Quirúrgicas de la Provincia de Buenos Aires.

Mar del Plata. 15 al 18 de agosto de 1973.

Secretaría: Dr. Loyarte. Hospital de Clínicas. Mar del Plata. Argentina.

13º Congreso Panamericano de Gastroenterología (A.I.G.E.).

Buenos Aires. 2 al 7 de setiembre de 1973.

- 24 Sesiones de trabajo. Temas libres. Simposios sobre úlcera gastroduodenal y diarrea crónica. Fo-

rum de endoscopia digestiva. Cursos. Conferencias y 5ª Reunión del Comité Latino-Americano para estudio de la cirrosis hepática.

Secretaría: Avda. Santa Fe 1171. Buenos Aires. Argentina.

20º Congreso Brasileiro de Angiología.

Bahía. 12 al 15 de setiembre de 1973.

Secretaría: Hospital Naval de Salvador. Bahía. Brasil.

25º Congreso de la Societe Internationale de Chirurgie.

Barcelona. 22 al 27 de setiembre de 1973.

Secretaría: Rue des Champs Elysees 43. 1050. Bruxelles. Belgique.

15º Congreso Latinoamericano de Neurocirugía.

Panamá. 25 al 28 de setiembre de 1973.

Secretaría: Universidad de Panamá. Facultad de Medicina. Panamá.

11º Congreso de la International Cardiovascular Society.

Barcelona. 27 al 29 de setiembre de 1973.

Secretaría: Dr. H. Puig Massena. Paseo de la Bonanova 47. Barcelona.

44º Congreso Argentino de Cirugía.

Buenos Aires. 10 al 13 de octubre de 1973.

Secretaría: Avda. Santa Fe 1171. Buenos Aires. Argentina.

3as. Jornadas Internacionales de Cancerología y Gastroenterología.

Buenos Aires. 26 de noviembre al 1º de diciembre de 1973.

Secretaría: Hospital Privado Modelo. Roca 1811. Florida. Pcia. de Buenos Aires. Argentina.

7º Congreso Nacional de Medicina Interna.

Montevideo. Noviembre de 1973.

Secretaría: Soc. de Medicina. Agraciada 1464. Piso 13. Montevideo. Uruguay.

23º Congreso Uruguayo de Cirugía.

Montevideo. Diciembre de 1973.

Relato:

Complicaciones hepatobiliares y canaliculares de la hidatidosis.

Mesas Redondas de Cirugía General:

Heridas del cuello y Tumores de mediastino.

Mesa Redonda de Técnica quirúrgica:

Gastrectomía total.

Mesa Redonda:

El Cirujano y el Seguro de Salud.

Mesas Redondas de especialidades:

Conferencias. Forum, temas libres.

Secretaría: Congreso Uruguayo de Cirugía. Avda. Agraciada 1464 Piso 13. Montevideo. Uruguay.