

Invaginación yeyunogástrica y otras oclusiones altas postgastrectomía Reichel Polyá precólica

Nuestra experiencia

Dres. ARNALDO H. PATARO y RAUL E. PATARO *

Sobre un total de 1.350 gastrectomías efectuadas en los últimos 15 años en el Servicio de Cirugía del Hospital Italiano que dirige actualmente el Dr. Hugo Bogetti, hemos observado seis casos de oclusiones altas postgastrectomía, lo que da un porcentaje del 0,5 %. La mortalidad fue en nuestra serie de un caso, dando un porcentaje del 16 % de las reintervenciones.

En la literatura consultada la frecuencia oscila entre el 0,25 % y el 4 % y la mortalidad de las reintervenciones entre el 40 al 60 %. Mencionaremos algunas de ellas: Huber en 1949 sobre 2.993 gastrectomías 8 reintervenciones, 0,3 %; en 1960 Bakaloudis sobre 4.250 gastrectomías recopila 21 que significa el 0,4 %.

DESCRIPCION DE LOS CASOS

Caso 1.— Mat. 466.415. 36 años. Fem. Úlcera duodenal 1ª porción. Vagotomía y hemigastrectomía. Polyá precólica. A los 12 días obstrucción alta. Radiológicamente stop a 15 cms. de la anastomosis, asa eferente.

* Jefe de Guardia y Cirujano del Hospital Italiano de Buenos Aires, República Argentina.

Presentado al XXIII Congreso Uruguayo de Cirugía. Salto, noviembre de 1972.

Reoperación: proceso adherencial que flexiona y angula el asa eferente haciéndola disponer horizontal debajo de la sutura anastomótica. Se practica liberación del asa y anastomosis enteroentero a lo Braun a 20 cms. debajo de la anastomosis. Evolución: normal. [Fig. 1 (I)].

Caso 2.— Mat. 465.666. 57 años. Masc. Úlcera duodenal segunda porción. Gastrectomía Polyá precólica. A los 8 días oclusión alta. Radiológicamente: stop a 20 cms. asa eferente. Reoperación: liberación de adherencias, distorsión del asa y fijación parietal lateral del asa eferente. Evolución: normal. [Fig. 1 (II)].

Caso 3.— Mat. 368.271. 26 años. Masc. Úlcera duodenal. Gastrectomía Polyá transmesocolónica. A los 5 años, oclusión alta. Radiológicamente: reflujo al asa aferente y stop a 5 cms. asa eferente. Reoperación: se constata torsión del asa eferente adherida al asa aferente muy larga. Degastro y nueva gastroenteroanastomosis precólica. Recuperación. [Fig. 1 (III)].

Caso 4.— Mat. 368.378. 35 años. Fem. Úlcera duodenal. Gastrectomía Polyá precólica. A los 4 meses oclusión alta. Radiológicamente: dilatación asa aferente y dilatación sacciforme del yeyuno en su porción anastomótica; no hay pasaje del bario al asa eferente. Reoperación: dilatación gástrica con una adherencia firme de la sutura a la pared abdominal y otra que angulaba el asa eferente sobre la aferente. Se practica liberación de adherencias y se efectuó una Finney a nivel de la boca del asa eferente [Fig. 1 (IV)].

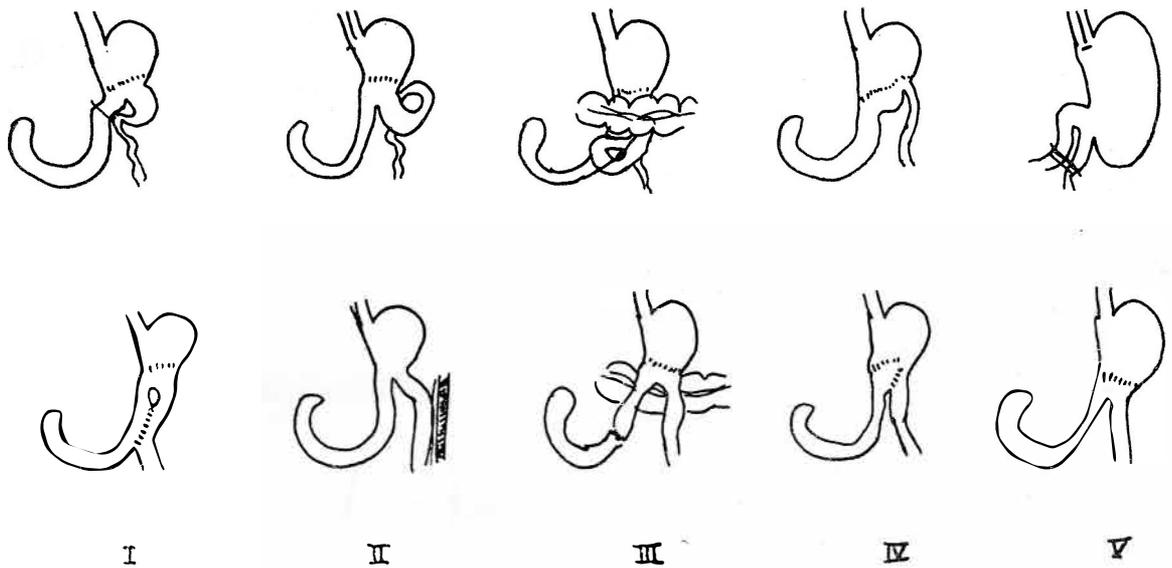


FIG. 1

Caso 5.—Mat. 468.950. Masc. 52 años. Ulcus duodenal y litiasis vesicular. Colecistectomía. Vagotomía, antrectomía y gastroenteroanastomosis Polya precólica. A los 10 días cuadro oclusión alta. Radiológicamente gran dilatación gástrica, trat.: Intubación y corrección del medio interno. A los 14 días. Radiología: gran dilatación gástrica; stop a 20 cms. de boca anastomótica en asa eferente. Reoperación: Adherencias del asa aferente y eferente entre sí y ambas a la hrida laparotómica, por dbajo cuelga estómago dilatado. Liberación de adherencias y reposición del estómago y asa anastomótica en posición correcta hacia el plano izquierdo. A las 48 horas copiosísima hematemesis y melena, con estado de shock, nueva operación, gastrotomía, se constata exulceraciones sangrantes del techo gástrico, dado lo precario de su estado se coloca el balón de Blackemore. El enfermo fallece sin cohibirse la hemorragia [Fig. 1 (V)].

Caso 6.—Mat. 503.877. 41 años. Fem. Ulcera duodenal primera porción Vagotomía y hemigastrectomía Polya precólica. A los 12 días cólicos y vómitos biliosos, luego alimenticios, cuadro de oclusión alta. Radiológicamente oclusión asa eferente. Reoperación: Se practica liberación del asa y anastomosis enteroentero a lo Braun a 20 cm. debajo de la anastomosis [Fig. 2 (I)]. Evolucion normal hasta 4 años más tarde sin vómitos, luego comienza con cólicos intensos y vómitos biliosos intensos y persistentes, sin falta de eliminación de gases y heces. Se efectúa estudio radiológico que da oclusión del asa eferente y contenido intestinal dentro del muñón gástrico. Se opera con el diagnóstico de oclusión alta yeyunal postgastrectomía. 2ª Reoperación: Se halla múltiples adherencias, se libera el muñón gástrico y se observa un asa anastomosada al mismo grandemente dilatada con contenido sólido en su interior. También se visualiza un asa de calibre normal que se introduce entre las asas dilatadas. Se reconoce invaginación intestinal que entra al estómago [Fig. 2 (II)]. Se desinvagina el asa y se reconoce como el asa eferente que a través de la anastomosis a lo Braun, se invagina dentro del asa

aferente y del estómago. Se fija el asa eferente a lo Noble, una longitud aproximada de 60 cm. [Fig. 2 (III)]. Cierre por planos. Evolución normal hasta la fecha.

CONSIDERACIONES

Leger y Loygue en 1949 clasifican las oclusiones altas postgastrectomías en mecánicas, inflamatorias y funcionales, teniendo esto un valor más bien didáctico ya que generalmente no actúa una causa aislada sino que se trata de la coincidencia de una o más de ellas. Referiremos a continuación las situaciones que se dan con más frecuencia: Incarceración dentro de los orificios operatorios (Fig. 3).

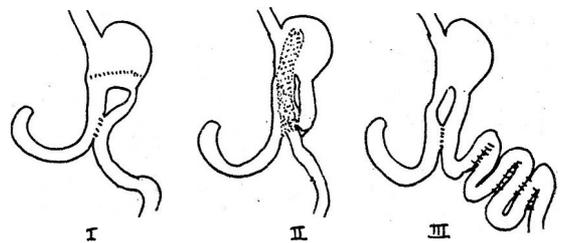


FIG. 2

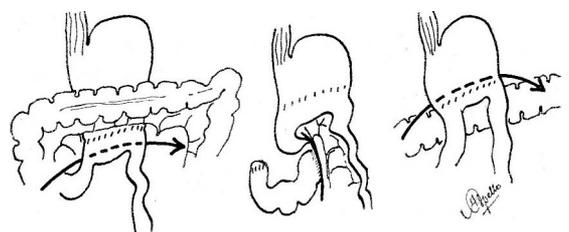
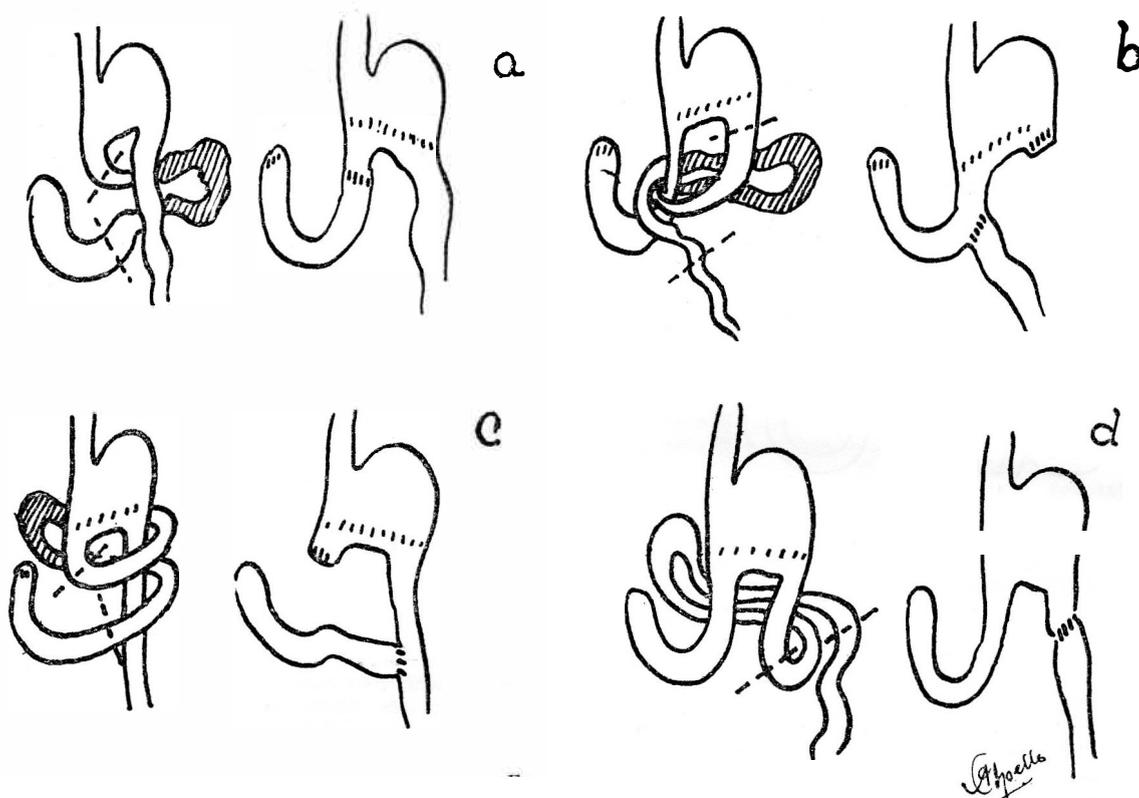


FIG. 3



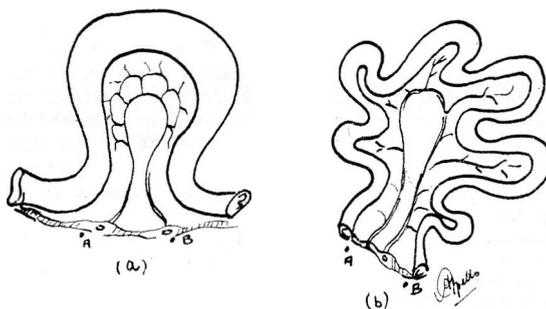
Se observa claramente el orificio descrito, como hiatus por Petersen, donde puede introducirse un asa aferente complaciente y larga, la eferente o cualquier asa intestinal. Como regla general, debe de observarse atentamente la posición de la anastomosis, ya que en reseciones económicas puede quedar como remanente, luego de la operación un asa péndula aferente, al haber el cirujano tomado para su confección un patrón standard, sin tomar en consideración al caso en particular.

Aconsejamos dejar este orificio intacto, tratando de reducir su diámetro con la utilización de un asa aferente preferiblemente corta, es decir, la longitud estrictamente necesaria para que cumpla su función sin tironeamientos. De esta manera al no suturar el hiatus evitaremos cualquier retracción cicatrizal futura del mesenterio agredido, que pueda ocasionar una oclusión por sí sola. Contrariamente a lo que sucede con la aferente, con la eferente el operador no puede tomar ninguna clase de precauciones, únicamente y como maniobra obligada de rutina, desalojar de asas el compartimento. Supramesocólico.

En la fig. 4 (a, b, c y d), se observan casos de incarceration en orificios operatorios y su solución técnica. En a) y b) hernia de asa aferente y eferente por borde derecho del hiatus de Peterson. En c) y d) hernia de asa aferente y eferente por borde izquierdo del hiatus referido. Vólvulos de asa aferente o eferente: es primordial para ello contar con un asa suficientemente larga que permita la pro-

ducción de un vólvulo. Los procesos inflamatorios pueden formar adherencias sobre la anastomosis que sirven de un punto de apoyo distal para permitir que el asa aferente larga pueda volverse. Otro caso es el que el meso es corto y el sector yeyunal correspondiente es redundante, en "guirnalda", correspondiendo estos mesos a asas hiperquinéticas [Fig. 5 (a y b)]. En a) pie breve A.B. con: asa normal en b) pie breve con asa en guirnalda.

Según Finochietto puede el colon transverso arrastrar la anastomosis en el sentido de su peristalsis, posibilitando la torsión de la anastomosis sobre su eje, recomendando sistemáticamente llevar el colon a la derecha. Otro caso es la obliteración, cuando la línea anastomótica forma un ángulo de más de 45° con la horizontal y la sección yeyunal queda muy



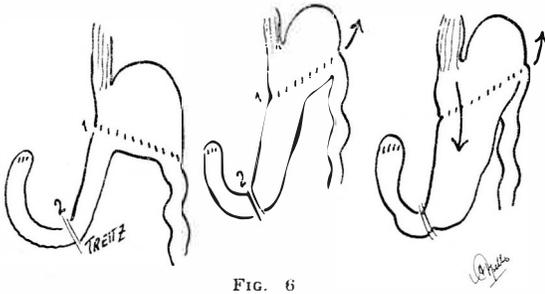


FIG. 6

cerca del borde mesentérico, la cara gástrica más larga puede hacer de válvula en la neoboca. En la fig. 6 observamos en a) 1 y 2 puntos fijos del asa aferente, defecto técnico asa corta y tirante, b) retracción y elevación del muñón, y en c) relleno retrógrado del asa corta y agravación, con rotación de la neoboca y cierre del asa eferente.

Entre las causas restantes las de origen inflamatorio peritonitis plástica perianastomótica, adherencias, etc., son las más comunes, como puede observarse en las estadísticas americanas, aseveración que está de acuerdo con nuestra experiencia. En el postoperatorio es importante la rápida normalización del medio interno, pues de él depende la motilidad en general y la de la anastomosis en particular. La dilatación gástrica acentuada es capaz de traccionar la anastomosis y tironear el asa aferente, que fija en el ángulo de Treitz, se angula y cierra a nivel de su boca gástrica.

DIAGNOSTICO

Finochietto dice que el vómito que aparece al segundo día debe despertar sospecha de oclusión alta postoperatoria, porque los gastrectomizados no hacen vómitos importantes aun no usando sonda nasogástrica. Cuando en el postoperatorio inmediato o alejado de una gastrectomía se presenta el cuadro de una oclusión alta con examen radiológico positivo, sumado o no a síntomas de estrangulación y de reacción peritoneal el tratamiento quirúrgico se impone de urgencia y sin discusión.

CONCLUSIONES

Hemos referido las distintas causas que pueden desencadenar la oclusión; generalmente se

trata del producto de una serie de concausas que se manifiesta como entidad predominante. Así los factores de orden general (balance hidrosalino, atonía, peristaltismo precoz), etc., deberán ser considerados primordiales, a los efectos de que no puedan engendrar por parálisis intestinal, dilatación y atonía gástrica, las condiciones ideales para la formación de adherencias o la ocurrencia de tracciones sobre las líneas de sutura o ángulos de la anastomosis, que den lugar a un proceso oclusivo por cualquiera de los medios citados anteriormente. Es de fundamental importancia el correcto largo del asa aferente, llevar el transverso hacia la derecha, despoblar de asas intestinales el espacio supramesocólico y cuidar la inclinación adecuada de la línea anastomótica.

RESUMEN

Entre 1350 gastrectomías hubo 6 casos de oclusiones yeyunales altas. Postoperatorias con una sola muerte (16%).

Las oclusiones se debieron a adherencias y acodaduras del asa eferente en 4 casos, y de la aferente en otro enfermo.

El sexto caso correspondió a una invaginación retrógrada del cabo eferente a través de una anastomosis yeyunoyeyunal al pie de una gastrectomía.

RÉSUMÉ

Sur 1350 gastrectomies il y eut 6 cas d'occlusions jéjunales hautes post-opératoires avec un seul cas mortel (16%).

Les oclusions furent causées par des adhérences et des coudes de l'anse efférente dans 4 cas, et de l'anse afférente chez un autre malade.

Le sixième cas correspondit à une invagination rétrograde de l'extrémité efférente à travers une anastomose jéjunojéjunale au pied d'une gastrectomie.

SUMMARY

Gastrectomies performed totalled 1350 cases; there were 6 cases of high jejunal postoperative occlusions and only one patient died (death rate: 16%).

Occlusions were due to adhesions and kinks of the efferent loop in 4 cases and of the afferent loop in another. The sixth case was caused by retrograde invagination of efferent tip through jejunogastric anastomosis in the lower part at the foot of gastrectomy.