

# Reconstrucción esófago - yeyunal luego de gastrectomía total según técnica de Nakayama modificada

Dres. Luis R. Perrone, Mario Bounous, Juan Paperan, Raúl Laviña y Ana Lerena

**Se presenta la experiencia correspondiente al montaje esófago - yeyunal post - gastrectomía total.**

**En el lapso de 2 años se efectuaron 6 intervenciones.**

**El 75 % toleran la operación sin complicaciones, con una sobrevida que varió de los 4 a los 16 meses.**

**El reflujo gastro - esofágico no se manifestó en ningún paciente.**

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:* Stomach Neoplasms Surgery.

La reconstrucción del tránsito digestivo luego de practicada una gastrectomía total, es una técnica que ha preocupado a los cirujanos en las últimas décadas.

Es por este motivo que son innumerables las formas de reemplazo empleadas tratando de brindar una mayor seguridad en las suturas anastomóticas, mayor confort evitando los desagradables trastornos del reflujo esofágico, y en algunos casos la creación de una neobolsa gástrica para aumentar el poder absorbivo (1, 2).

Es el reemplazo con yeyuno la clásica reconstrucción, la más comúnmente utilizada, la más sencilla, la más segura, la que tiene más adeptos.

Por este motivo existen en la literatura técnicas originales que se ocupan de crear una cámara o bolsa o reservorio similar al estómago, enlenteciendo el tránsito y permitiendo así una mejor digestión; otras que crean dispositivos de seguridad a nivel de la sutura esófago - yeyunal (5), y otras que tratan de evitar el reflujo alcalino duodenal, altamente nocivo en la mucosa del tercio inferior del esófago.

En nuestro servicio empleamos exclusivamente el yeyuno en la reconstrucción luego de practicada la gastrectomía total.

Es nuestra finalidad mostrar los resultados obtenidos en una serie limitada de enfermos,

Presentado como Tema libre al 29º Congreso Uruguayo de Cirugía. Piriápolis, diciembre de 1978.

Residentes de Cirugía. Ministerio de Salud Pública. Montevideo.

Dirección: Félix Laborde 2571, Montevideo (Dr. L. Perrone).

*Servicio de Cirugía de Post - Graduados. Hospital Pasteur. Montevideo.*

que comienza en 1976, luego de apreciar las ventajas de la técnica empleada durante años por el Prof. Sato (6) en Japón, la que en su origen es una variación de la antigua técnica de Nakayama (3).

No es una reconstrucción ideal, pero nos ha dejado muy conformes ya que no hemos comprobado fallas de sutura ni síntomas de reflujo esofágico.

Empleamos además con muy buen resultado la duodenostomía de alimentación. De esa forma logramos realimentar lentamente al enfermo y activamos el peristaltismo intestinal en los primeros días del post - operatorio (4).

## TECNICA

Elevamos por vía transmesocólica un asa proximal de yeyuno, cuyo vértice se anastomosa término lateral con esófago en dos planos, uno mucoso - mucoso con surget de Dexon 00 y otro cero muscular con lino a punto separado, colgando al final el asa yeyunal al Hiatus para evitar tracciones.

Seccionamos el asa que viene del duodeno y anastomosamos ambos cabos término - lateral con el yeyuno de salida, quedando una sutura por encima y otra por debajo del mesocolon.

Al finalizar la operación se practica una duodenostomía de alimentación sobre sonda Pezzer que sale por el hipocondrio derecho.

No efectuamos esplenectomía si no existen evidencias de colonización ganglionar en el pedículo esplénico.

Esta técnica nos ha permitido obtener los siguientes resultados:

- no hemos comprobado fallas de sutura;
- no tenemos síntomas de reflujo ni evidencias radiológicas de su existencia;
- la agastría ha sido bien tolerada en los pacientes en que se han ajustado al régimen y la enfermedad neoplásica les ha permitido una sobrevida lo suficientemente prolongada.

## CASUISTICA

Se desprende de este análisis que todos presentaron una edad avanzada, variando entre 59 y 78 años.

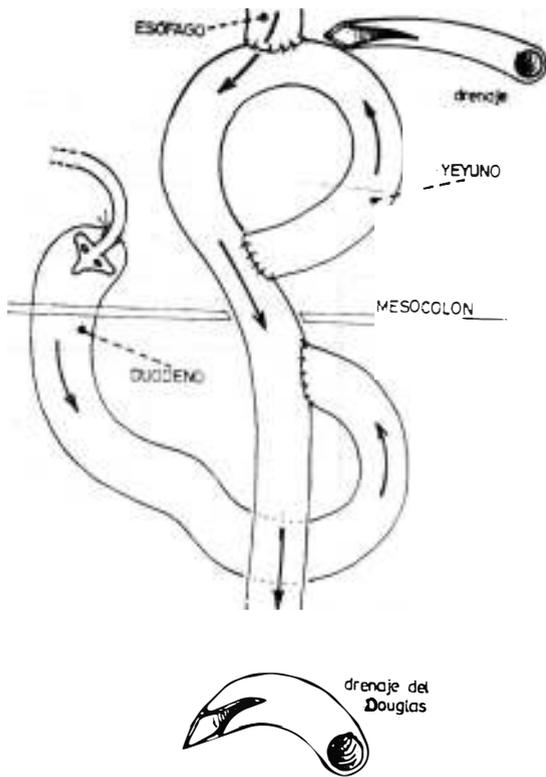


FIG. 1.—Esquema del montaje del asa.

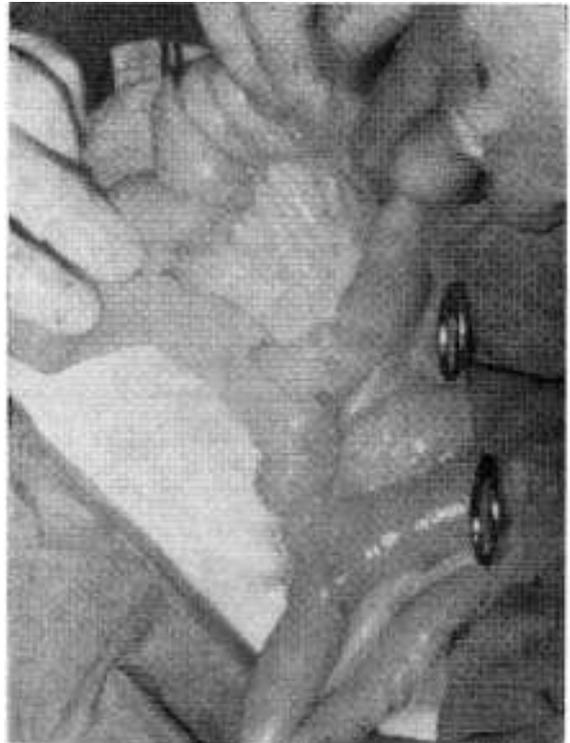


FIG. 2.—Asa montada y pronta para la anastomosis esófago - yeyunal.

5 de ellos presentaron enfermedad neoplásica evolucionada. El otro una úlcera gástrica subcardial.

La mayor sobrevida es de 16 meses.

**EVOLUCION**

Utilizamos la hiperalimentación parenteral en todos los enfermos, que se extiende de 5 a 10 días del postoperatorio.

Todos los pacientes menos uno tenían enfermedad neoplásica avanzada.

Analizando nuestra casuística encontramos: 2 muertes inmediatas de causa quirúrgica, casos I y IV.

Los otros 2 muertos fueron por caquexia neoplásica y arterioesclerosis, casos II y III.

Los casos V y VI viven con buen resultado funcional. En ellos hemos tenido especial cuidado en el régimen alimenticio, en el aporte de enzimas y vitaminas.

TABLA 1  
CASUISTICA

Nº caso	Nombre	Edad	Consulta	Síntomas	Anatomía patológica	Post-oper.	Duodenostomía
I	H.P.	62 años	1976	Hemorrag. digestiva (urgencia)	Cáncer subcardial	Fallece	No
II	E.C.	78 años		Dispepsia	Cáncer medio gástrico	Buena	Si
III	G.C.	76 años	1977	Anemia tumor	Úlcus subcardial	Fallece	No
IV	R.Z.	69 años			Cáncer medio gástrico		
V	F.C.	59 años			Cáncer infiltrante anaplásico		
VI	A.P.	70 años	1978	Dolor epigástrico	Cáncer medio gástrico	Buena	Si

TABLA 2  
EVOLUCION

Nº de caso	Sobrevidas	Causa de muerte	Resultado funcional
I	8 días	Bronconeumopatía aguda	
II	1 año y 2 meses	Caquexia neoplásica	Bueno - Adelgazo 2 meses antes de morir
III	3 meses	Desnutrición - Escaras	Desmejoramiento progresivo Arterioesclerosis
IV	4 días	T. E. P. masivo	
V	1 año y 4 meses	Viven	Muy bueno
VI	60 días		Bueno

Sin reflujo  
 Recup. peso



FIG. 3.— Control Radiológico postoperatorio

### CONTROL RADIOLOGICO

Lo efectuamos en los enfermos de sobrevida prolongada, y en ellos pudo apreciarse el buen funcionamiento de las anastomosis y la ausencia de reflujo esofágico.

### RESUME

#### Reconstruction oesophago - jejunaie après gastrectomie totale selon technique de Nakayama modifié

On présente l'expérience du Service de Post - gradués de l'Hospital Pasteur de Montevideo correspondante au montage oesophago - jéjunal post - gastrectomie totale.

On a fait 6 interventions en 2 ans. Le 75 % a toléré l'opération sans complications, avec une survie de 4 à 16 mois.

Le réflux gastro - oesophagique n'a pas apparu dans aucun cas.

### SUMMARY

#### Esophagojejunal Reconstruction Following Total Gastrectomy with Nakayama's Modified Technique

Post - Graduate Clinic (Pasteur Hospital - Montevideo) experience in total esophago - jejunal post - gastrectomy, covering a 2 - year period and 6 cases, is described. 75 % of patients tolerated this type of surgery with no complications and survival ranged from 4 to 16 months.

In no case was there gastro - esophageal reflux.

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CENDAN J. Gastrectomía total con reemplazo. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 129, 1961.
2. CENDAN J. Restablecimiento de la continuidad digestiva. *Cir Uruguay*, 44: 336, 1974.
3. NAKAYAMA K. Evaluation of the various operative methods for total gastrectomy. *Surgery*, 40: 488, 1956.
4. PRADERI R. Yeyunostomía para alimentación después de la gastrectomía total. *Cir Uruguay*, 47: 80, 1977.
5. RINALDI B, CARRIQUIRI L y PRADERI R. Procedimientos de seguridad en la gastrectomía total. *Cir Uruguay*, 45: 192, 1975.
6. SATO. Montevideo. Hospital de Clínicas. Diciembre 1975 (Conferencia inédita).