

Asa yeyunal antiperistáltica de Rienhoff

A propósito de una observación

Dres.: Federico Gilardoni; Raúl Laviña Risso; José Suárez Meléndez y Ernesto Silva García

Se presenta una observación luego de resección esófago-gástrica por cáncer, donde se utilizó yeyuno antiperistáltico en la reconstrucción.

Se demostró en la evolución el carácter antifisiológico del procedimiento de Rienhoff.

La experimentación es concluyente al afirmar que la interposición de segmentos de intestino delgado en antiperistaltismo, se constituyen en obstáculo al tránsito digestivo.

Pese a la posición favorable de Goñi Moreno, y a los casos exitosos ocasionales; la revisión de Pories, el estudio de Orsoni y nuestra observación hacen notar el carácter peligroso del procedimiento.

INTRODUCCION

Rienhoff (7), en 1946, debido a los frecuentes fracasos de la "Y" de Roux-Herzen por isquemia, aconsejó el uso de un largo brazo de yeyuno antiperistáltico, mejor nutrido por la gruesa primera arteria yeyunal.

Pories (5), en 1960, revista el tema del asa yeyunal de Rienhoff, anotando el carácter peligroso del procedimiento.

Diez años más tarde, Orsoni (4), se ocupa del mismo capítulo, para obtener las mismas conclusiones y en el año 1974, Goñi Moreno (1), lo reactualiza, diciendo que el asa en antiperistaltismo, se adapta a su nueva función.

Comunicamos una observación nuestra, donde utilizamos asa yeyunal antiperistáltica, no tolerada, lográndose corregir en la reoperación, la dirección del peristaltismo y la tolerancia digestiva.

No existe información nacional sobre el tema, salvo una breve anotación nuestra (Dr. Gilardoni), en el Congreso Uruguayo de Cirugía de 1974., y el interés nuestro es demostrar el peligro o el carácter antifisiológico del procedimiento.

Trabajo del Servicio de Cirugía de la Mutualista Israelita del Uruguay.

OBSERVACION

I.I. Sexo F. 47 años. F. No. 17740. Mutua.

Diagnóstico clínico-radiológico: neoplasma gástrico ulcerado e infiltrante de 5 cms. de diámetro en pequeña curva, a 4 cms. del cardias.

El 12/7/72, se practica resección esófago-gástrica, por vía abdominal; se realiza anastomosis esófago-yeyunal término-subterminal (Fig. 1) con asa larga anisoperistáltica.

Se ascendió un asa muy larga, que ocupó la celda subfrénica izquierda; la anastomosis quedó en pleno mediastino. Yeyunostomía Marwedel de alimentación.

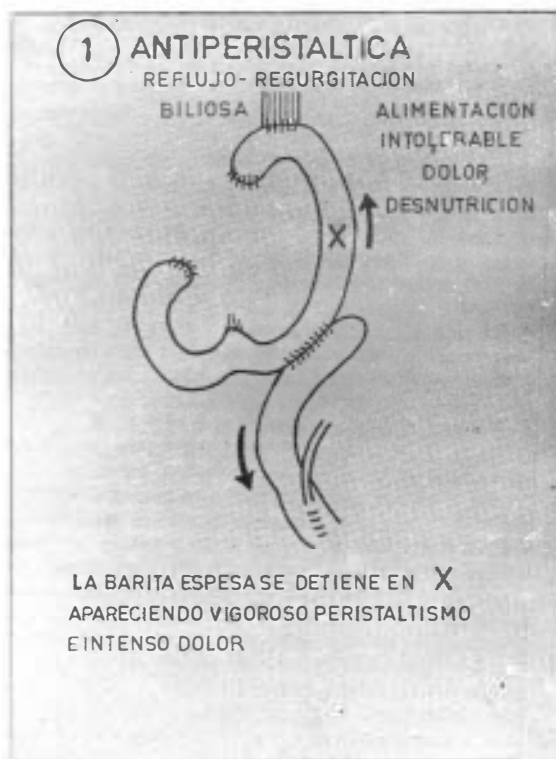


Fig. 1 - Esquema de la operación. Asa de Reinhoff montada.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 8 de Abril de 1981.

Cirujano M.S.P. Residente de Cirugía M.S.P.. Cirujano M.S.P. Radiólogo.

Dirección: Claudio Williman 542. Montevideo. (Dr. Federico Gilardoni).



Fig. 2. - Tránsito baritado mostrando la zona de estenosis.



Fig. 3. - Esquema de la solución quirúrgica dada.

Al restablecerse la vía oral, se queja de dolores cólicos intensos, regurgitaciones de líquido blanquecino y bilioso.

En el estudio radiológico (Fig. 2), hay excelente pasaje a yeyuno cuando ingiere bario líquido; el bario sólido despierta gran dolor e intenso peristaltismo ascendente cuando el medio de contraste llega a 10 cms. de la anastomosis.

Para el descenso de los sólidos la paciente se ayuda con líquidos.

Fue imposible una alimentación regular por vía oral, que no fue tolerada por la paciente, continuándose con alimentación yeyunal hasta el día 9/9/72, en que se reopera, pesando 36.500 K.

En la reoperación se aprovecha el cabo yeyunal ciego, con peristaltismo descendente que emerge del hiatus esofágico, anastomosándose a asa omega con anastomosis en el pie a la Braun, interrumpiéndose con ligaduras, el peristaltismo como lo muestra el esquema. (Fig. 3).

Buena evolución posterior, empezando a alimentarse sin ningún problema por vía oral con alimentación sólida. (Fig. 4).

Fallece 4 meses después, por el progreso de una carcinomatosis peritoneal.

COMENTARIOS

En el año 1946, Rienhoff (7), publica tres observaciones, en las que realiza reconstrucción esofagoyeyunal.



Fig. 4. - Tránsito baritado de control.

Uno de los pacientes, corresponde a una acalasia de esófago (cardias). Realiza una primera plastia ineficaz del cardias, que exige una reintervención que consta de dos tiempos: el primer tiempo, abdominal, con movilización de un asa yeyunal seccionando la segunda, tercera y cuarta arterias yeyunales. El segundo tiempo lo realiza 9 días después, por vía torácica izquierda, donde realiza una anastomosis esófago-yeyunal debajo del arco de la aorta, con buena evolución posterior.

En los comentarios sobre las observaciones, el autor dice: "la preservación de la primera rama de la mesentérica superior, es de la mayor importancia para mantener una adecuada vascularización al asa movilizada del yeyuno. La primera rama es la más grande y disminuye el tamaño de las siguientes, a medida que uno desciende. Para obtener el beneficio derivado de la preservación de este vaso, la sección del yeyuno, es realizada bien abajo, a 30 ó 40 cms. del ligamento de Treitz".

"La peristalsis no interfiere con la función satisfactoria del asa".

"Cuando el intestino se eleva a la manera de Roux, el aporte sanguíneo al asa es dependiente de la circulación menos vigorosa de las ramas caudales, más pequeñas de la mesentérica superior".

En el año 1896, Mall (3), realiza el primer estudio experimental, donde se pone en evidencia, que la interposición de segmentos de asa en antiperistaltismo actúa interrumpiendo el tránsito intestinal. Los perros que sobrevivieron a la peritonitis, mueren por obstrucción de delgado, demostrándose, que los segmentos colocados en antiperistaltismo, siguen contrayéndose en su dirección habitual, creando un verdadero obstáculo al tránsito intestinal.

Hammer y col. (2), demostraron que la resección de el 80% del intestino delgado, resultaba en la muerte de los perros por inanición. Pero si simultáneamente, se colocaba un asa de 5 cms. de largo en antiperistalsis, ocurría una marcada dilatación del estómago, duodeno y yeyuno restante, con un enlentecimiento del tránsito intestinal. No sólo todos los perros sobrevivieron con este procedimiento, sino que mantuvieron su peso y tenían deposiciones normales.

Pories (5), revisa el tema en 1960, a raíz de una observación personal comentando otros 12 casos.

Su observación corresponde a un paciente de 70 años, al cual se le realiza una resección de esófago por cáncer. En la reconstrucción se lleva yeyuno (45 cms.), que según el autor, sólo podía llegar al cuello en posición antiperistáltica. La alimentación resulta imposible, con regurgitación de bilis; el paciente muere, luego de las complicaciones ocasionadas por la aspiración de un vómito.

El análisis de los 13 casos revela que: sólo 3 fueron exitosos; otros 5 fueron fracasos y los restantes 5, entendemos que no son válidos para el análisis, dado que la muerte ocurrió en el postoperatorio inmediato, e impidió ver los resultados del procedimiento.

Entre los casos catalogados como fracaso, se destacan los de Tuffier (11), y Syring (10). El primero en 1907, operó un paciente portador de un cáncer de esófago. Llevó un asa con peristaltismo ascendente por vía subcutánea, a las proximidades del cuello. Por el orificio de la yeyunostomía próximo al cuello

se observaba como refluían los comprimidos introducidos en ese neo-esófago por una sonda.

Años más tarde, Syring (10) en un paciente con estenosis esofágica por causticos, realiza una esofagoplastia con yeyuno antiperistáltico. En el postoperatorio inmediato su paciente comienza a regurgitar casi 2 litros de bilis diarios por su fístula cervical. Reopera al paciente, desconectando el asa yeyunal del duodeno, pero continúa la regurgitación del contenido gástrico.

En una segunda reintervención se pretende denervar al asa por sección del mesenterio yeyunal, pero continúa con la regurgitaciones y el paciente muere por complicaciones pleuropulmonares por aspiración de vómitos.

Entre los casos con éxito, se citan los de Miller, el cual utilizando dicho procedimiento obtuvo sobrevivencia de un paciente operado por neoplasma de esófago con sobrevivencia de 12 años; otro también con la misma patología con sobrevivencia de 2 años, que luego muere por recurrencia de la enfermedad.

Las conclusiones de Pories (5), están dadas en el título de su trabajo: "El peligro del reemplazo esofágico con asa antiperistáltica de yeyuno" y cita luego una comunicación personal del propio Rienhoff, el cual no recomendaba su procedimiento actualmente. (año 1960).

Orsoni (4), en 1969, analiza este capítulo, agregando a las observaciones de Pories, el caso de Roth (9), que se trata de una observación exitosa de esofagoplastia retroesternal con yeyuno en un paciente portador de una estenosis esofágica que evoluciona favorablemente.

Sin embargo Orsoni proscribió el uso de asa en antiperistaltismo para reconstrucción esófago-yeyunal.

Más recientemente, Goñi Morino (1), al comentar sobre la variante de Rienhoff dice: "El que resulte antiperistáltica no tiene mayor importancia pues con el tiempo se adapta a su nueva función", y cuando se refiere a la "Y" de Roux: "queda así constituida una "Y" con brazo isoperistáltico que es una de sus ventajas, aunque no de gran importancia práctica".

En nuestra paciente se llevó en forma inadvertida un asa anisoperistáltica, realizándose una anastomosis esófago-yeyunal término-sub-terminal, (ver Fig. 1), situada en pleno mediastino.

El meso del yeyuno era muy amplio y laxo y la sección yeyunal había sido, realizada a gran distancia del ángulo duodeno yeyunal, como se realiza en la "Y" de Rienhoff.

La paciente no toleró el procedimiento, cursando con permanentes regurgitaciones biliares. En las RX se notan las vigorosas contracciones del asa yeyunal cuando se administra el bario sólido; esto coincidía con intenso dolor. En la reoperación se anastomosó el asa con peristaltismo descendente al cabo ciego de yeyuno que emergía del mediastino.

La mejoría de la paciente fue espectacular, al tolerar por primera vez la alimentación sólida sin trastornos.

Fue una demostración experimental del carácter antifisiológico del procedimiento primario.

SUMMARY

Rienhoff's Antiperistaltic Jejunal Interposition. Observation of one case.

An observation after esophageal-gastric resection for cancer followed by an antiperistaltic jejunal interposition, is presented. The antiphysiological nature of Rienhoff's procedure was demonstrated by the evolution. Experimentation is conclusive and shows that the interposition of portions of the small intestine in an antiperistaltic way; constitutes an obstacle to the normal digestive transit. In spite of Goñi-Moreno's point of view favoring the procedure and some occasional successful cases; Orsoni's reports and our own observation denote the dangerous nature of the procedure.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. GONI MORENO, I.: Experiencias de Quirófano. Librería Ed. Universitaria. Oscar Macchi, Pag.: 211. B.A. 1974.
2. HAMMER, J.M. (citado por Pories): The effect of antiperistaltic bowel segments on intestinal emptying time. *A.M.A. Arch. Surg.* 79: 537, 1959.
3. MALL, F. (citado por Pories): Reversal of the intestine. *John Hopkins Hosp. Rep.* 1: 93, 1896.
4. ORSONI, P.: Oesophagoplasties. *Ed. Maloine. Paris VI.* Pag: 94, 1969.
5. PORIES, W.J.; GERLE, R.; SHERMAN, Ch. and HINSHAW, R.: The danger of esophageal replacement with antiperistaltic loops of small bowel. *Ann. Surg.* 156: 68, 1962.
6. REYNOLDS, J.; YOUNG, J.P.: The use of the Roux "Y" in extending the operability of carcinoma of the stomach and of the lower end of the esophagus. *Surgery* 24: 246, 1948.
7. RIENHOFF, W.F.: Intrathoracic esophagoyeyunos-tomy for lesions of the upper third of the esophagus. *Southern Med.* 39: 928, 1946.
8. ROBERSON, R. and SARJEANT, T.R.: Reconstruction of esophagus. *J. Thorac. Surg.* 20: 689, 1950.
9. ROTH, M.: Beitrag zur frage der retroesternalen extrapleuralew osophagoplastik. *Zentr. F. Chir.* 80: 829, 1955.
10. SYRING, (citado por Pories)
11. TUFFIER, M.: A propos de l'anastomose gastro-oesophagienne par anse intestinale dans les retrecissements de l'oesophage (Opertation de Roux). *B.M Soc. Chirg.* 55: 727, 1929.