

TECNICA QUIRURGICA

~Variaciones y errores de montaje en las asas yeyunales diverticulares

Dres. Gustavo A. Bogliaccini, Raúl Praderi y Teodoro Navarro

Se presentan varios errores en el montaje de asas yeyunales diverticulares. Señalando la diferencia entre el error advertido y las consecuencias que para el paciente trae, la inadvertencia del mismo. Se hace una revisión histórica sumaria de los diferentes tipos de montaje.

Clínica Quirúrgica "3"
(Director Prof. Dr. Raúl Praderi)
Hospital Maciel. Fac. de Medicina
Montevideo

SUMMARY VARIATIONS AND ERRORS IN THE PERFORMANCE OF EXCLUDED JEJUNAL LOOPS

Some errors in the performance of excluded jejunal loops are presented. Difference between of being aware of the error or not and its consequences for the patient are pointed out. A brief historical revision of different jejunal loops is done.

RÉSUMÉ VARIATIONS ET ERREURS DE MONTAGE DANS LES ANSES JEJUNALES EXCLUES

On présente quelques erreurs de montage dans les anses jéjunales exclues. Signalant la différence entre l'erreur et les conséquences que peut souffrir le patient a consequence de son inadvertence. On fait une révision historique sumaire des différents types de montage.

PALABRAS CLAVES (Key Words, Mots Clés): MEDLARS: Jaundice, Diagnosis

INTRODUCCION

Con el fin de evitar el reflujo digestivo al árbol biliar, luego de confeccionada una anastomosis biliodigestiva, ya a comienzos del siglo se comenzó a utilizar asas diverticulares.

Maragliano en 1903 (6) había utilizado un asa de Braun para confeccionar una colecistoenterostomía.

Presentado como Tema Libre al 32o. Congreso Uruguayo de Cirugía. Carmelo. 25 al 28 de Noviembre de 1981. Prof. Adjunto, Prof. Titular y Asistente Interino de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Juan Paullier 1276/601. Montevideo. (Dr. G. Bogliaccini).

El asa diverticular que Roux describiera en 1896 fue utilizada por vez primera en Cirugía Biliar por Monprofit en 1904 (8), practicando una colecistoyeyunostomía en una mujer de 36 años con un neoplasma periampular. La paciente falleció en el postoperatorio. En 1909 Dahl, realizaba una hepaticoyeyunostomía en Y como procedimiento de derivación biliar interna, lo que había sido propuesto por Monprofit, en forma teórica, en el Congreso Francés de Cirugía de 1908, con el propósito de evitar la infección ascendente (6).

El asa en Y de Roux que es una excelente solución técnica para evitar el reflujo digestivo biliar por su ductilidad, adolece de algunos inconvenientes: demanda mayor tiempo operatorio y es necesario manipular el meso, con el consiguiente riesgo de isquemia, siendo una operación laboriosa en pacientes obesos (4) y que por su asimetría, se pueden cometer errores al confeccionarla (11).

En cambio las asas simétricas son más sencillas de montar. De ellas el asa de Braun es la más simple y fácil de realizar (3), adolece de dos defectos fundamentales, es poco detransitante y utiliza mucho intestino. Las asas de Hivet y de Warren (11), variación de la anterior, se basan en el cierre por ligadura o puntos transfixiantes del asa aferente, siendo la de Warren asimétrica pues el sector aferente es más corto.

Como se demostrara previamente, estas asas tienen dos inconvenientes principales: la repermeabilización y el síndrome del asa ciega (5), la primera desvirtúa su utilidad sobretudo en el asa de Warren y la segunda con la posibilidad de complicaciones mecánicas e infecciosas. La modificación impuesta al asa de Hivet-Warren por uno de nosotros (R.P.) con sección del asa aferente inmediatamente por encima de la anastomosis al pie, evita esos inconvenientes. Presentando con la Y de Roux sólo una pequeña diferencia anatómica, el tipo de anastomosis al pie, siendo más fácil y rápida de preparar pues ésta es latero-lateral.

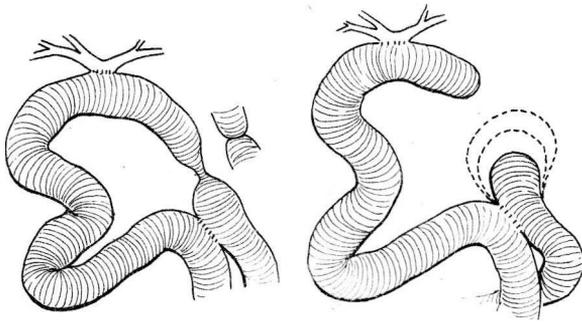


Fig. 1 Complicaciones de las asas de Hivet-Warren. a) recanalización. b) saco ciego.

OBJETIVOS

El objetivo de esta comunicación es señalar algunos de los errores posibles de ser cometidos al montar un asa. Siendo su conocimiento fundamental para evitarlos o al menos para su corrección quirúrgica. Ellos nos ponen frente a situaciones tácticas muy variadas, dependiendo en forma fundamental de que el error sea advertido o pase desapercibido en el acto operatorio. En esta última situación, el paciente podrá consultar por diarrea y fenómenos disabsortivos, oclusión intestinal y/o colangitis.

ANÁLISIS

Del estudio de varios casos que nos fueran referidos y de la bibliografía consultada, surgen diferentes tipos de error:

1) *de longitud*. Las asas pueden ser demasiado largas, sobretudo las simétricas, quedando un sector importante del delgado sin capacidad de absorción, o muy cortas, siendo causa de colangitis ascendente (7, 11) pues no evitan el reflujo. En esta situación quedan los pacientes en los cuales se ha producido la recanalización de un Warren, como hemos tenido la oportunidad de ver en varias oportunidades.

2) *de montaje*. En esta situación, el error más grave es montar el asa invertida, es decir que por sección o ligadura de la rama eferente o por tomar en forma equivocada el cabo proximal del yeyuno por el distal, se anastomosa un asa diverticular con peristaltismo a la vía biliar (11). Con ello se consigue inyectar los alimentos directamente en esta última. Esto provoca colangitis por reflujo y dilatación del sector superior del yeyuno cuando es un asa única, formándose un saco ciego en común con la vía biliar cuando es un asa doble.

Este accidente nos deja frente a dos situaciones, a saber:

a) el error es advertido y entonces se soluciona en el mismo acto quirúrgico con la confección de un puente yeyunal. Es decir que queda montada un asa yeyunal entre la vía biliar y el estómago o duodeno como en el siguiente caso:

73a. hombre, neoplasma de la vía biliar baja irrecusable. Al montar el asa diverticular, se realiza la sección equivocada del asa eferente, lo que es advertido. Se realiza entonces la sección del asa aferente dejando la anastomosis al pie, y se confecciona con el sector de yeyuno así autonomizado un puente entre la vía biliar supratumoral y el estómago. Buena sobrevida. (9)

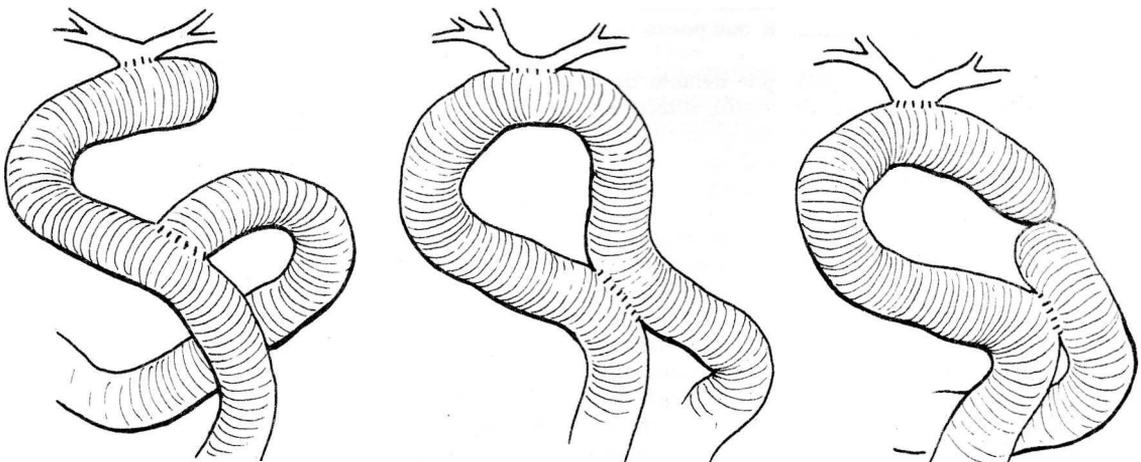


Fig. 2. Complicación por asa corta.

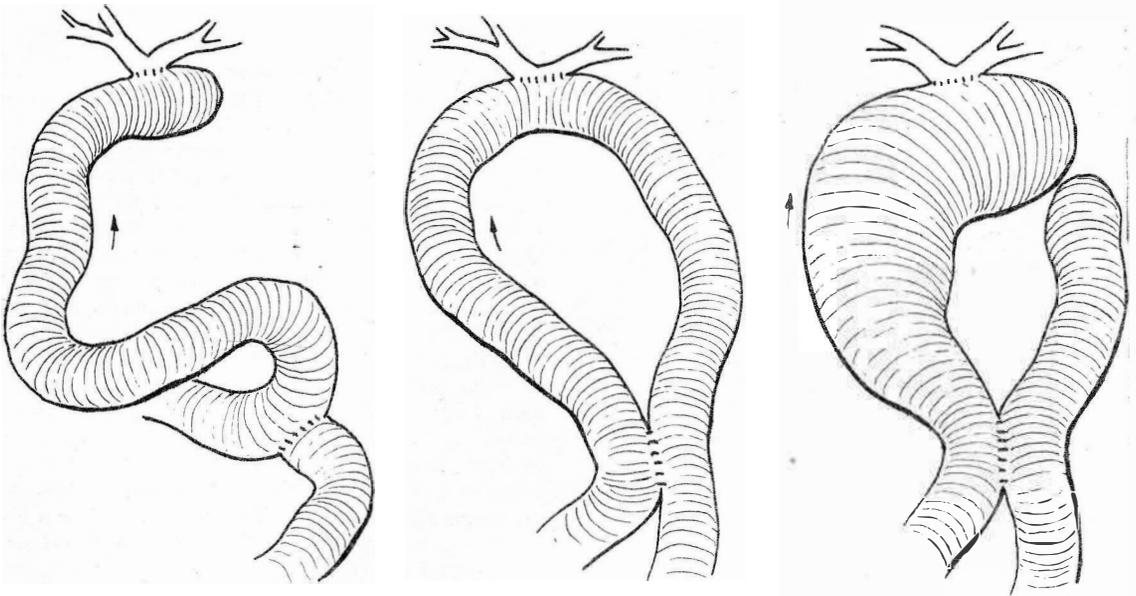


Fig. 3. Complicación por asa invertida.

El error permanece inadvertido, en este caso el paciente consulta por sintomatología de colangitis de gravedad diversa, como en el siguiente caso:

52a. hombre, gastrectomizado, que durante una colecistectomía en agudo le seccionan la vía biliar principal. Se repara con una hepaticoyeyunostomía con una Y de Roux. Es enviado con sepsis e ictericia, relatando además sensación de distensión dolorosa postprandial inmediata. La intervención mostró un asa en Y de Roux invertida, con el sector proximal anastomosado a la vía biliar. Se le practicó un puente yeyunal con los primeros 8 cm. de yeyuno en posición antiperistáltica unida al asa aferente de la gastrectomía en forma latero-lateral. El paciente fallece de T.E.P. al 40o. día de postoperatorio. El error de montaje también inadvertido, puede ser causa de oclusión, lo que puede verse en circunstancias distintas:

- cuando se deja el mesenterio por delante de la anastomosis al pie, con la compresión subsiguiente del yeyuno proximal. Este caso se corrigió con una gastroenterostomía situada distalmente con respecto a la anastomosis al pie. Está bien y bajo control.
- la rotación sobre su eje del asa ascendida con la consiguiente rotación (7) y oclusión del asa proximal:

Caso clínico: 37a. hombre, colecistectomizado, herida de V.B.P. y ligadura de arteria hepática der. Reconstrucción con hepaticoyeyunostomía con asa en Y de Roux. Consulta por ictericia, oclusión y absceso peritoneal. Se solucionó con una yeyunoyeyunostomía látero-lateral ubicada distalmente puesto que el asa era corta, 30 cm. Está bien a los 6 años.

la oclusión puede ser provocada por la rotación completa del yeyuno proximal al confeccionar

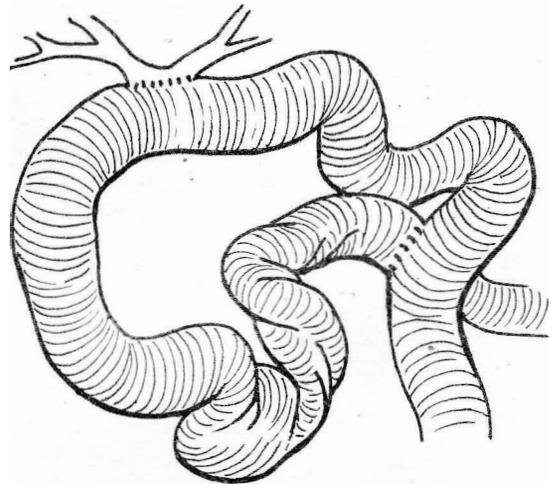


Fig. 4. Complicación por asa rotada o torcida.

la anastomosis con la vía biliar, como en un caso de Warren (11).

por último se puede producir una oclusión intestinal, debida a hernia interna, en el espacio libre que queda detrás del asa montada, sea pre o transmesocolónica (7).

3) *por asa equívoca*. También y en la misma forma en que se realiza una gastroileostomía inadvertida (10), puede montarse un asa con el ileon distal, lo que es causa de diarrea persistente. Bismuth (1) nos comunicó un caso en que al montaje de un asa ileal se le sumaba la inversión de la misma. La corrección obligó a desmontar el asa y la anastomosis bilio-digestiva.

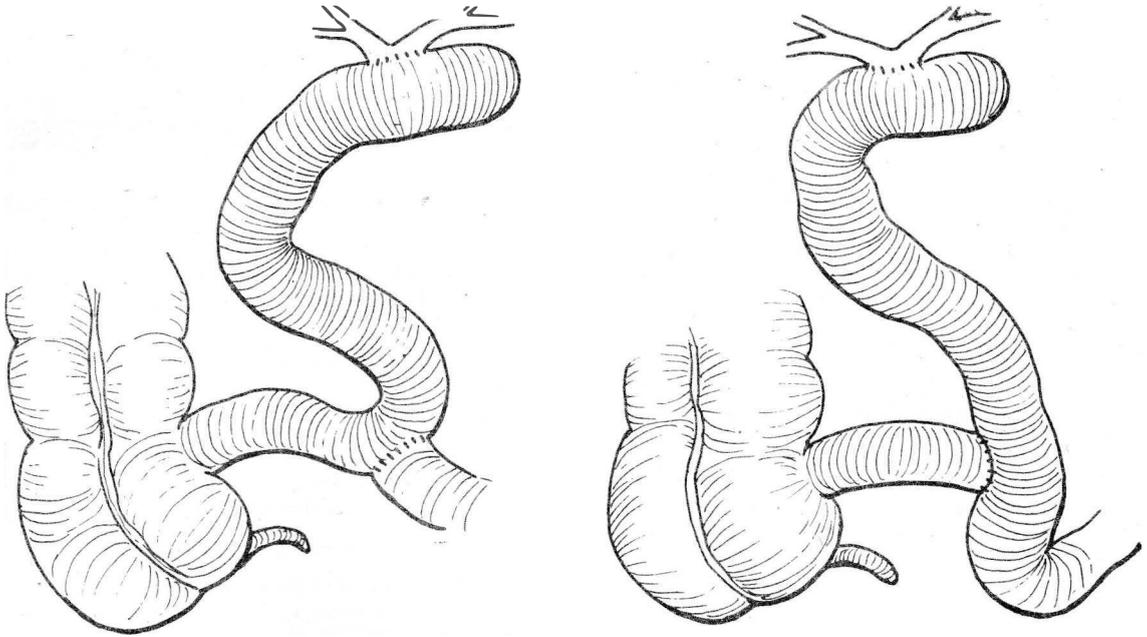


Fig. 5. Complicación por asa equívoca.

DISCUSION

El uso de la hepaticoyeyunostomía en asa diverticular es el procedimiento de elección en la corrección de diversas situaciones patológicas que asientan en el árbol biliar. Como generalmente se trata de lesiones graves y progresivas es difícil sacar conclusiones correctas sobre su efectividad (2). Condición previa a dicho análisis es la realización de una técnica quirúrgica adecuada que asegure un correcto funcionamiento de la anastomosis bilio-digestiva.

En este trabajo hemos mostrado algunos errores en el montaje de estas asas, que dan lugar a serias complicaciones, determinando en oportunidades aún un desenlace fatal.

Como se señalara previamente la evolución dependerá fundamentalmente de que el error sea advertido. En este caso se podrá realizar algún tipo de corrección intraoperatoria como ser un puente yeyunal, etc. Si el error es inadvertido el paciente consultará por sintomatología de gravedad diversa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BISMUTH, H. Comunicación personal.
 2. BISMUTH, H., FRANCO, D., CORLETTE, M., and

HEPP, J. Long term results of Roux en Y hepaticojejunostomy. *Surg. Gynecol. Obstet.* 146:161, 1978.
 3. CATTELL, R.B. and WARREN, K.W. *Surgery of the pancreas.* Philadelphia, Saunders, 1953. p. 301.
 4. DELGADO, B., PRADERI, R. y CRESPO, L. Las anastomosis bibliodigestivas con asa desfuncionalizada. *Aspectos técnicos.* *Cir. Urug.* 37:96, 1967.
 5. ESTEFAN, A., PRADERI, R., GOMEZ FOSSATI, C., MAZZA, M. y P-TIÑO, V. Evolución alejada del montaje yeyunal con el procedimiento de Hívet-Warren. *Cir. Urug.* 43:126, 1973.
 6. HARTMANN, H. *Chirurgie des voies biliaires.* Paris. Masson et Cie. 1923.
 7. LATASTE, J. et DOCQUIER, J.C. Les anastomoses bibliodigestives extrahépatiques dans les affections non tumorales. *Résultats et indications.* *J. Chir.* 92:313, 1966.
 8. MONPROFIT, A. Une nouvelle méthode de cholécystentérostomie. La cholécystentérostomie en Y. 170. *Congrés Français de Chirurgie.* Paris, 1904. p. 199
 9. POMI, J., HARRETICHE, M., ESTEFAN, A., GOMEZ FOSSATI, C., GARCIA CAPURRO, R. y PRADERI, R. Puentes yeyunales en anastomosis bilio-digestivas. *Cir. Urug.* 48:54, 1978.
 10. RAMOS de OLIVEIRA, M. Gastroileostomía inadvertida. Tesis. Sao Paulo. 1953.
 11. WARREN, K.W. Modificación de la técnica de Roux en Y. *Clin. Quir. Norte Am.* 45:611, 1965.