

Nuevas aplicaciones de la duodenotomía por la vía de Narciso Hernández

Dres. Raúl Praderi, Teodoro Navarro, Tabaré Cardoso, Winston Abascal, Alberto Beguiristain.

Se describen 3 nuevas indicaciones del abordaje de la segunda rodilla duodenal por vía transmesocólica propuesta por N. Hernández.

La primera fue propuesta por el Dr. Carlos Pera Madrazo de Córdoba para efectuar hepático-yeyunostomías en puente al duodeno con la técnica propuesta por Grassi y Longmire, en las estenosis benignas.

La segunda es la exploración intraduodenal de la primera porción; se usó para extraer un oblito.

La tercera es el abordaje inframesocólico transduodenal de viejas colédoco-duodenostomías para calibrar con tubos transhepáticos estenosis neoplásicas por tumores o ganglios.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Duodenum / Surgery.

SUMMARY: New applications of duodenotomy through Narciso Hernández' approach.

Description of three new indications of the approach to the second duodenal knee through the transmesocolic via propounded by N. Hernández. The first one was proposed by Dr. Carlos Pera Madrazo, of Córdoba (Argentina), to make an hepato-jejuno-stomy connecting same to the duodenum, using in case of benign is the intraduodenal inspection of the first section; it was used to remove an oblitum. The third one is the inframesocholic transduodenal approach to old choledoco-duodenostomies to calibrate by means of transhepatic tubes neoplastic stenosis caused by tumors or ganglia.

Presentado como Tema Libre al 35° Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, diciembre de 1984.

Prof. Director, Ex Asistente, Prof. Adjunto de Clínica Quirúrgica, Médico Auxiliar, Residente de Cirugía del M.S.P.

Dirección: Mones Roses 6435. Montevideo. (Dr. R. Praderi).

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

RÉSUMÉ: Nouvelles applications de la duodenotomie par la voie de Narciso Hernández

On décrit 3 nouvelles indications de l'abordage du deuxième genou duodénal, par voie transmésocolique, proposée par N. Hernandez. La première fut proposée par le Dr. Carlos Pera Madrazo de Cordoba, pour effectuer des hépatico-jéjunostomies en pont au duodénum, avec la technique proposée par Grassi et Longmire dans les sténoses bénignes. La deuxième est l'exploration intraduodénale de la première partie; elle a été utilisée pour extraire un oblité. La troisième, c'est l'abordage inframésocolique transduodénal des vieilles cholédocoduodénostomies, pour calibrer avec des tubes transhépatiques, les sténoses néoplasiques d'origine tumorale ou ganglionnaire.

Cuando Narciso Hernández describió en Córdoba (Argentina)^(9, 10) su técnica de abordaje de la segunda rodilla duodenal a través del área avascular del mesocolon transversal, estableció las indicaciones.

Estas eran:

- a) Papiloesfinterotomía transduodenal inframesocólica, en pacientes con pedículo hepático bloqueado.
- b) Duodenostomía en las oclusiones de tercera porción (hoy en día no utilizada).
- c) Acceso a los divertículos de esa porción para resección o invaginación.
- d) Abordaje del ángulo ántero-inferior de la cabeza del páncreas.

- e) Anastomosis látero-lateral o látero-terminal con yeyuno. Esta última indicación tiene aplicación en las derivaciones por cáncer de duodeno distal y en el trasplante del asa eferente de gastrectomías Billroth II (operación de Soupault Bucaille)⁽¹⁹⁾, de acuerdo a la modificación de Grassi⁽⁷⁾.

Nosotros vamos a agregar 3 indicaciones más a esta interesante vía.

En los pacientes a los que se les practicaron hepático-yeyunostomías por estenosis iatrogénicas, queda el duodeno sin bilis, pues ésta se vierte en el yeyuno, en el pie de la anastomosis diverticular.

Para evitar el riesgo de úlcera duodenal en estos casos, Grassi⁽⁶⁾ propuso y Longmire⁽¹¹⁾, realizó, un puente con yeyuno libre que anastomosan en la segunda porción del duodeno, expuesta por la maniobra de Kocher-Vautrin.

Algunos cirujanos españoles como Moreno González de Madrid^(13, 14) han utilizado esta vía supramesocólica para operar un buen número de enfermos. Pero el Dr. Pera Madrazo de Córdoba (España)⁽¹⁵⁾ utiliza la vía de Narciso Hernández para realizar la anastomosis yeyuno-duodenal. Ello es lógico, pues evita repetir la maniobra de Kocher-Vautrin, en esos enfermos que son casi siempre multioperados de vías biliares.

Es ésta pues la primera de las aplicaciones que agregamos y que no hemos utilizado.

Consideramos innecesaria la confección de puentes yeyunales que hemos aplicado solamente⁽¹⁶⁾, en casos de antiguos gastrectomizados Billroth II, sobre todo en aquellos que fueron operados por úlceras duodenales con importante hiperclorhidria.

Pero cuando se monta un asa yeyunal en un gastrectomizado Billroth II haciendo un puente con el hepático, es fácil efectuar la anastomosis con el muñón duodenal.

En realidad es otra operación que fue descrita por López Gibert⁽¹²⁾ 4 años antes de que Grassi⁽⁸⁾ planeara su técnica.

Hemos comunicado nuestra experiencia con los puentes yeyunales⁽¹⁸⁾.

También hemos utilizado en una decena de casos el abordaje de Hernández para efectuar papi-lotomías y en una oportunidad para desenclavar una prótesis perdida transtumoral transpapilar de la pared del duodeno.

En nuestro país Delgado⁽⁵⁾ en 1975 comunicó las primeras experiencias con este abordaje que ha tenido suficiente difusión, Narciso Hernández que es un distinguido cirujano biliar, es ampliamente conocido en nuestro medio.

CASUÍSTICA

VARIACIONES TÉCNICAS. El motivo de esta comunicación es agregar 2 aplicaciones más a la recientemente señalada, pero antes queremos destacar que no es ésta vía transmesocólica la única manera de acceder a la segunda porción del duodeno inframesocólica.

Cuando se resecan tumores del duodeno distal, se realiza la sección del músculo de Treitz y el decolamiento de la cuarta porción de izquierda a derecha, igual que cuando se va a efectuar una duodenopancreatectomía cefálica.

Esta maniobra permite efectuar la anastomosis duodeno-yeyunal en la segunda rodilla, pasando el yeyuno por delante del mesenterio.

En realidad, en los viejos libros de Cirugía, desde Clairmont⁽³⁾ ha sido bien descrita por Bergeret⁽¹⁾ y Fruchaud⁽⁶⁾ en Francia y por Chifflet⁽⁴⁾ y Pi-quinela⁽¹⁶⁾ en nuestro país.

Esta maniobra puede terminarse con la movilización de todo el colon derecho, descrita perfectamente por Descomps en el cadáver y aplicada a la cirugía pancreática por Catell⁽²⁾.

La hemos utilizado para abordar la segunda rodilla en enfermos con mesocolon grasosos, en indicaciones similares a la técnica de Hernández, pero de abajo-arriba y de izquierda-derecha, sin movilizar el ángulo del colon.

Investigación intraluminal del duodeno supramesocólico

Paciente de 18 años, sexo femenino, operada en el Interior por litiasis vesicular. Durante la colecistectomía se produce una lesión coledociana inadvertida que provoca una ictericia postoperatoria. Es reintervenida 20 días después por otro cirujano de la misma localidad. Se constata una sección total del colédoco practicando colédoco-duodenostomía término-lateral. La ictericia aclara pero cursa el postoperatorio inmediato y alejado con fiebre persistente y anorexia.

A los 2 meses de operada la paciente está caquética, con fiebre vespertina, vómitos ocasionales y se alimenta muy mal. Es enviada a nuestra Clínica.

Al ingreso se constata una taquicardia persistente y fiebre vespertina de hasta 39° C. Los internistas tratan de descartar por hemocultivos la presencia de una endocarditis.

En el examen abdominal encontramos una gruesa hepatomegalia que sumada a sus antecedentes nos induce en el diagnóstico de pyleflebitis.

La arteriografía selectiva del tronco celiaco con mesentéricaografía de retorno, confirma la ausencia de tinción de la vena esplénica, y la permeabilidad del tronco portal.

Con el diagnóstico de trombosis de la vena esplénica, ratificado por la presencia de várices esofágicas no sangrantes, se decide la intervención.

OPERACION: 3/8/82. Anestesia general. Incisión mediana supraumbilical. La exploración muestra trombosis de la vena esplénica y esplenomegalia. La primera rodilla del duodeno es adherente a la cara inferior del hígado y parece estar aumentada de tamaño la cabeza del páncreas. Se efectúa esplenectomía y resección de la porción distal de la vena esplénica. Se liga la arteria esplénica, a la izquierda de la arteria de Wolf from.

Evidentemente no es conveniente tocar el duodeno suprame-socólico pues la enferma está sin ictericia, pero no nos conformamos con no explorar la primera porción del duodeno. Por lo cual efectuamos el abordaje de Narciso Hernández, introduciendo un dedo al cual resecamos el índice del guante, tocamos el duodeno, llegando a la primera porción. Apreciamos allí una sensación de tejido por lo cual introdujimos una pinza de Foerster hacia arriba por la duodenotomía. Extrajimos con ella una mecha de gasa con olor fétido que ocupaba una cavidad yuxtaduodenal y se estaba fistulizando en la luz. El oblitó era seguramente el causante de la trombosis esplénica y la fiebre prolongada. Postoperatorio sin incidentes, desapareció la fiebre. La recuperación fue excelente y aumentó rápidamente de peso.

Calibrado ascendente de viejas colédoco-duodenostomías. La colédoco-duodenostomía es un procedimiento utilizado con tanta frecuencia por litiasis biliar, que a veces aparecen portadores de esta derivación, con otras patologías. Ese fue el caso de nuestro primer enfermo.

Paciente de sexo masculino de 68 años, portador de una antigua C-D que consulta por ictericia obstructiva progresiva, con hepatomegalia y prurito intenso. Se practica colangiografía transparietohepática que muestra una estenosis neoplásica pedicular. En esa época (1968) no existían los modernos métodos de imagenología. Fue operado por nosotros en el Hospital de Clínicas, encontrando un pedículo hepático inabordable. Teniendo en cuenta la existencia de la C.D. accedimos a la luz duodenal por la vía de Hernández, pasando un histerómetro a través de la estenosis, el cual nos permitió calibrarla con un tubo transhepático transtumoral simple, con un extremo duodenal. Conseguimos aclarar la ictericia del paciente pero no se hizo biopsia. Falleció después de 2 meses de operado.

COMENTARIO

Otro caso parecido fue tratado por nosotros. Ha sido publicado en 1973⁽¹⁷⁾. Se trataba de una colangitis esclerosante a la cual por error táctico, desconociendo esta afección le habían efectuado varios años antes una C.D.: en esta enferma que fue el primer caso de C.E.P. publicado en nuestro país, abordamos la segunda rodilla del duodeno por vía látero-mesentérica izquierda, pero podríamos haber usado la de Hernández. Igual que en el caso anterior, colocamos un tubo transhepático a través de las estenosis intrahepáticas derechas pasando por la C.D. y sacándola en sedal por una gastrostomía. Creemos que esta nueva indicación de uso de la vía de Hernández puede tener aplicación en el recalibrado de anti-guas C.D.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BERGERET. — Traitement de la stase duodénale chronique. Rev. Chir. 70: 118, 1951.
2. CATELL R.B., BRAASCH J.W. — A Technique for Exposure of the Third and Fourth Portions of the Duodenum. Surg. Gynecol. Obstet. 111: 379, 1960.
3. CLAIRMONT P. — n Über die Mobilisierung des Duodenum. — Zb. Chir. 110: 234, 1918.
4. CHIFFLET A. — La exploración operatoria en la tercera porción del duodeno. Bol. Soc. Cir. Urug. 22: 533, 1951.
5. DELGADO B., PUIG R., LIARD W., CARDOSO T., VOELKER R. — Abordaje inframesocólico de la papila duodenal. Cir. Urug. 45: 149, 1975.
6. FRUCHAUD H. — Les etapes de la mobilisation du duodenum. Mem. Acad. Chir. 82: 820, 1956.
7. GRASSI G., FIVOLI E. — Costizione della gastro-digiunostomia e trasposizione duodenale sottomesocolica dell'ansa efferente nella "dumping syndrome". Chir. Gastroenterol. 2: 225, 1968.
8. GRASSI G., BENEDETTI VALENTINI S. — Bilio-digestive anastomosis. Chir. Gastroenterol. 5: 77, 1971.
9. HERNANDEZ N.A. — Papileosfinterotomía por vía inframesocólica. Indicaciones y técnica. Rev. Méd. Córdoba, 12: 1, 1967.
10. HERNANDEZ N.A. — Papileosfinterotomía por vía inframesocólica. Indicaciones y técnica. Día Méd. Argent. 45: 212, 1973.
11. LONGMIRE W. — The diverse causes of biliary obstruction and their remedies. Curr. Probl. Surg. 14: 5, 1977.
12. LOPEZ GIBERT J. — Interposición de un asa yeyunal excluida entre colédoco y duodeno para tratamiento de una estenosis de la vía biliar post-gastrectomía. Cir. Ginecol. Urol. 18: 128, 1964.
13. MORENO GONZALEZ E., HEBRERO SANMARTIN J., MORENO AZCOITA M., BELDA SERNA A. — Reconstruction of the Biliary Tract using Biliary-Duodenal Interposition of a Defunctionalized Jejunal Limb. Surg. Gynecol. Obstet. 150: 680, 1980.
14. MORENO GONZALEZ E., GARCIA BLANCH G., GARCIA GARCIA I., CALLEJA KEMPIN J., HIDALGO PASCUAL M. — Biliary and pancreatoduodenal diversion by means of an isolated jejunal loop. Br. J. Surg. 69: 254, 1982.
15. PERA MADRAZO C. — Comunicación Personal. Córdoba, 1983.
16. PIQUINELA J. — Cirugía del duodeno. Congreso Uruguayo de Cirugía, 13°. Montevideo, 1: 7, 1962.
17. PRADERI R., ESTEFAN A., ZITO M., SARROCA C., PUIG R., SANTERO E., CHIOSSONI M., DE STEFANIS E. — Colangitis esclerosante primaria. Intubación transhepática de la vía biliar. Cir. Urug. 43: 511, 1973.
18. POMI J., HARRETCH M., ESTEFAN A., GOMEZ FOSSATI C., GARCIA CAPURRO R., PRADERI R. — Puentes yeyunales en anastomosis bilio-digestivas. Cir. Urug. 48: 54, 1978.
19. SOUPAULT R., BUCAILLE M. — La transplantation de l'anse efférente au duodenum. Opération correctrice de certaines gastrectomies subtotaes. Rev. Chir. 74: 181, 1955.