

Saco ciego (blind pouch) y asa ciega (blind loop) yeyunales sintomáticos

En portadores de antiguas hepaticoyeyunostomías por lesiones yatrogénicas de vías biliares

Dres. Edgardo Ramos ¹, Daniel Montano ², Roberto Cilleruelo ³, Raúl Praderi ⁴

Resumen

El saco ciego yeyunal (blind pouch) se forma en el muñón distal del asa proximal cuando se efectúa una anastomosis láterolateral y ese extremo queda largo. Aparece tardíamente como en el caso operado 6 años antes que se relata. Los vómitos que evacuaban el saco una vez por semana se curaron al resecarlo. El asa ciega (blind loop) aparece cuando el cirujano al pretender montar un asa diverticular de Roux se equivoca y sube el asa proximal con peristaltismo ascendente. En el caso que relatamos el paciente hacía empujes postprandiales de colangitis porque refluían los alimentos al árbol biliar. Se pudo resolver cortando el asa equivocada porque tenía una gastrectomía Billroth II realizada años antes.

Palabras clave: Intestino
Hígado
Vías biliares

Summary

The blind pouch is formed in the distal stump of the proximal anse when a latero-lateral anastomosis is performed and that end remains too long. It is of late appearance as is the case of the patient who had been operated six years before. The vomiting that evacuated the pouch once a week ceased after resection. The blind loop appears when the surgeon makes a mistake when carrying out a Roux diverticular anse and uses the proximal anse with ascending peristaltism. In the case mentioned by the authors, the patient suffered from post-prandial cholangitis, as food refluxed to the biliar viae. This was solved by cutting the mistaken anse as the

patient had a Billroth II gastrectomy which had been performed years before.

Introducción

Es clásico señalar que luego de la realización de una anastomosis intestinal láterolateral, puede sobreenir una dilatación del extremo ciego de la misma, configurando un saco ciego (blind pouch). Uno de nosotros ya ha publicado errores de montaje de asas yeyunales diverticulares ⁽¹⁾ que pueden dar origen al síndrome de asa ciega (blind loop).

Al reunir los casos clínicos que ilustran ambas situaciones creímos conveniente hacer una revisión de la literatura que incluye también trabajos experimentales.

Definiciones

Las tomamos del trabajo de Botsford y Gazzaniga ⁽²⁾ quienes las definen así: saco ciego es la dilatación sacular del extremos proximal o ambos extremos (excepcional) ciegos de una anastomosis intestinal láterolateral; asa ciega es aquel segmento intestinal que siendo bypaseado por una enteroanastomosis actúa como reservorio del contenido intestinal estancado; nosotros agregamos que por error el montaje se hizo con el asa aferente que se dilata porque tiene peristaltismo ascendente.

Casos clínicos

M.C. de S. 56 años, sexo femenino, antecedente de colecistectomía por litiasis vesicular 15 años antes; se produjo una lesión yatrogénica de VBP con sección del colédoco, reparada por el cirujano actuante

Trabajo de la Clínica Quirúrgica «3» del Prof. Dr. Raúl Praderi. Facultad de Medicina de Montevideo. Hospital Maciel.

¹ Jefe de Residentes de Cirugía. ² Asistente de Clínica Quirúrgica. ³ Ex Residente de Cirugía. ⁴ Profesor de Clínica Quirúrgica.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 2 de octubre de 1991.

Correspondencia: Dr. Raúl C. Praderi.
Ing. L.P. Ponce 1337 ap. 502. CP 11300. Montevideo. Uruguay.

con una hepaticoduodenostomía que se estenosa al poco tiempo. Luego ictericia progresiva con xantelasmas palpebrales, en los pliegues de flexión y las manos, que se mantiene durante 6 años sin tratamiento, hasta que consulta a uno de nosotros (R.P.).

Se opera constatando estenosis del conducto hepático por lo cual se realiza una hepaticoyeyunostomía con la técnica de Hepp y nuestra asa diverticular calibrada por tubos transhepáticos en doble "O" que se dejan durante 40 días.

Excelente evolución postoperatoria con remisión del cuadro clínico y desaparición de los depósitos de colesterol.

Diez años después consulta por cuadro de instalación progresiva, consistente en dolor cólico abdominal y vómitos de 300 cc aproximadamente de bilis cada 6 u 8 días, después de los cuales retrocedía toda la sintomatología. Adelgazamiento discreto y anemia clínica moderada.

Dado el antecedente de anastomosis intestinal láterolateral, nuestro diagnóstico clínico presuntivo fue de saco ciego yeyunal. Para confirmarlo solicitamos un esófagogastroduodeno del cual destacamos en el tránsito de delgado: a partir del ángulo de Treitz todo el yeyuno proximal se encuentra a la derecha, observándose un asa yeyunal paralela del lóbulo derecho del hígado, rápido pasaje del radiofármaco al yeyuno, con persistencia en las asas proximales aun 4 horas después de la inyección, pero con buena eliminación a intestino.

En los exámenes de laboratorio se corroboró la anemia que fue hipocrómica microcítica.

Se reoperó el 6.9.89. Se identificaron los cuatro extremos de la anastomosis y un saco ciego de 123 x 8 cm en el extremo del asa proximal, que se reseccó, cerrando el yeyuno en dos planos. La evolución postoperatoria fue excelente y actualmente está asintomática.

El patólogo informó mucosa con sectores de atrofia, con folículos linfoides dispersos y edema de la capa muscular y de la subserosa.

C.C. 52 años, sexo masculino, con antecedente de gastrectomía tipo Billroth II por úlcera.

Durante una colecistectomía practicada en el interior del país por una colecistitis aguda, se secciona la VBP que es reparada con una hepaticoyeyunostomía en Y de Roux. Postoperatorio tormentoso, con fiebre e ictericia persistente. Es enviado a uno de nosotros (R.P.) luego de varios episodios de colangitis, con un curioso cuadro consistente en sudoración, fiebre y distensión dolorosa abdominal postprandial inmediata.

La intervención mostró un asa en Y de Roux montada al revés, con el sector proximal anastomosado a la vía biliar.

El asa equívoca se seccionó autonomizándola, ego se anastomosaron los muñones yeyunales

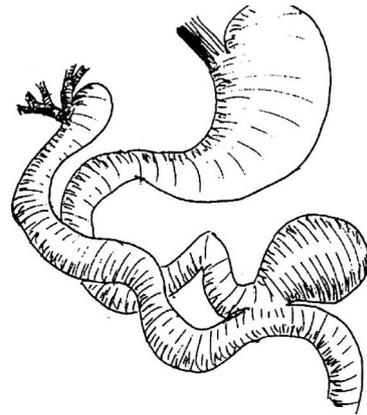


Figura 1. Aspecto del saco ciego que se formó en el primer caso

restableciendo la continuidad intestinal. Se efectuó un puente yeyunal con el asa anastomosada a la vía biliar en posición antiperistáltica, que se suturó a 10 cm con el asa aferente de la gastroenteroanastomosis, que por suerte era larga y precólica. Se colocó un tubo transhepático transanastomótico por el cual se realizó colangiografía intraoperatoria que mostró la vía biliar indemne y buen funcionamiento de la anastomosis biliodigestiva.

Aclaró la ictericia y curó la colangitis.

Comentario

Compartimos con Le Vine y colaboradores ⁽³⁾ la dificultad existente para determinar la frecuencia con que los sacos ciegos producen síntomas.

Algunos de nosotros en 1973 ⁽⁴⁾ observamos en autopsias de pacientes portadores de derivaciones biliodigestivas con el asa de Hivet-Warren, el desarrollo de sacos ciegos que permanecían asintomáticos. Esto nos llevó a modificar el procedimiento, cortando el asa aferente cerca de la anastomosis láterolateral evitando esta complicación postoperatoria al igual que el desarrollo de repermeabilización del asa.

En nuestra casuística de más de 400 derivaciones biliodigestivas, empleando el asa diverticular que propusieramos ⁽⁵⁾, hemos tenido solamente este caso de saco ciego sintomático.

Destacamos el largo período de tiempo transcurrido entre la realización de la anastomosis y el desarrollo del saco, hecho constante en todas las publicaciones al respecto.

El dolor cólico abdominal expresa la lucha contra el obstáculo que representa el fondo del saco que

se distiende, situación favorecida por la dirección del peristaltismo.

Los vómitos biliosos periódicos se explican como válvula de escape en el límite de la distensión sacular.

Adelgazamiento y anemia son dos elementos frecuentes en la presentación clínica de esta entidad.

Nuestro diagnóstico clínico se basó en el antecedente quirúrgico y la sintomatología. La radiología contrastada fue el pilar paraclínico, mostrando la formación sacular. El colecentellograma aportó elementos funcionales y morfológicos de la derivación biliodigestiva y de la anastomosis intestinal látero-lateral.

En la operación optamos por una de las posibilidades quirúrgicas, la resección del saco, a nuestro entender un procedimiento de baja morbilidad y buen resultado. Es muy importante no realizar una resección muy económica, que haga persistir la situación preoperatoria, ni tan amplia, que el cierre del yeyuno pueda invaginarse en la anastomosis látero-lateral y ser causa de oclusión intestinal.

En cuanto al segundo caso, parecía una operación de cirugía experimental para provocar colangitis.

Uno de nosotros había diseñado hace mucho tiempo todos los posibles errores de montaje de asas yeyunales, pero como la realidad supera la ficción y es a veces imprevisible, no nos dimos cuenta cuando hicimos los dibujos correspondientes, que el asa ciega tendería a dilatarse.

El cuadro clínico era típico y fácilmente previsible por la inyección de alimentos en el hígado que provoca el asa ciega.

Daba lástima desmontar una hepaticoyeyunostomía bien hecha y permeable como lo demostró la colangiografía intraoperatoria. Por ello utilizamos un segmento de 10 cm del asa yeyunal con peristaltismo invertido, que anastomosamos al asa aferente del Billroth II. Si no hubiera tenido la gastrectomía, había que anastomosarle el asa equívoca en forma terminolateral al duodeno.

Evidentemente es fácil equivocarse al montar asas diverticulares, más aun cuanto mayor complejidad tenga el asa. Hemos visto muchos errores que han sido señalados en trabajos de nuestra clínica (4-6).

Discusión

De la revisión bibliográfica (2,3,7-10) destacamos que el saco ciego puede ser asintomático (hallazgo de autopsias o en reintervenciones quirúrgicas) o sintomático; presentándose con dolor cólico abdominal, distensión, vómitos, anemia y alteraciones nutricionales. Las formas complicadas pueden manifestarse como oclusión intestinal, enterorragia y perforación con peritonitis.

El diagnóstico preoperatorio está basado en el antecedente de anastomosis intestinal látero-lateral, la sintomatología clínica y los estudios radiológicos.

Los trabajos experimentales de Cannon y Murphy (1907) son la base de los conocimientos etiológicos; ellos señalan la dirección del peristaltismo, el tono intestinal, cambios neuromusculares e hipertrofia de fibras nerviosas. Agregamos dos factores en base a nuestra experiencia: longitud del extremo ciego proximal de la anastomosis y tiempo prolongado de evolución postoperatoria.

El tratamiento quirúrgico está condicionado por la gravedad de la sintomatología y la posibilidad de complicaciones. Las opciones tácticas son: resección del saco ciego exclusivamente o resección de la anastomosis látero-lateral y realización de una nueva anastomosis término-terminal.

Conclusiones

El saco ciego es una complicación postoperatoria que ocurre con una frecuencia difícil de determinar. A propósito del caso presentado, teniendo en cuenta que es el único en una serie superior a las 400 derivaciones biliodigestivas, concluimos que no invalida la utilización de nuestra asa diverticular en mérito a su fácil confección y baja morbilidad.

El asa ciega ocurre por un error de montaje generalmente inadvertido, con sintomatología clínica precoz, representando muchas veces una situación de difícil solución quirúrgica.

Bibliografía

1. Bogliaccini G, Praderi R, Navarro T. Variaciones y errores de montaje en las asas yeyunales diverticulares. *Cir Uruguay* 1983; 53 (5): 366-9.
2. Botsford TW, Gazzaniga AB. Blind pouch Syndrome. A complication of side-to-side intestinal anastomosis. *Am J Surg* 1967; 113: 486-90.
3. Le Vine M, Katz I, Lampros PJ. Blind pouch formation secondary to side-to-side intestinal anastomosis. *Am J Roentgenol* 1963; 89: 706-19.
4. Praderi R, Estefan A, Gómez Fossati C, Mazza M. Derivations bilio-jejunaes sur anses exclues. Modifications techniques du procede de Hivet Warren. *Lyon Chir* 1973; 69 (6): 459-60.
5. Estefan A, Cardozo T, Baldizan J, Olmedo M, Di Donna B, Acosta F. Resultados obtenidos con el asa diverticular de Praderi en anastomosis biliodigestivas. *Cir Uruguay* 1986; 56 (1): 50-2.
6. Estefan A, Praderi R, Gómez Fossati C, Mazza M, Patiño V. Evolución alejada del montaje yeyunal con el procedimiento de Hivet-Warren. *Cir Uruguay* 1973; 43 (2): 126-8.
7. Heiftz CJ, Senturia HR. Blind intestinal pouches resulting from lateral anastomosis. *Surgery* 1950; 27: 673-87.
8. Pollock LH. Blind pouch formation following lateral anastomosis. *Arch Surg* 1958; 76: 536-41.
9. Pearse HE. Experimental chronic intestinal obstruction from blind loops. *Surg Gynecol Obstet* 1934; 59: 726-34.
10. Mc Eachern CG, Wilson RB, Sullivan RB. Symptomatic blind segment of intestine following side-to-side anastomosis of intestine. *Arch Surg* 1957; 74: 273.