

CORRELATO.

ESTUDIO RADIOLOGICO DEL ASA AFERENTE

Dres. L. ZUBIAURRE y E. CAPANDEGUY

Nos referiremos exclusivamente, al estudio del asa aferente en la gastrectomía subtotal con anastomosis gastroyeyunal.

Se trata de un asunto que ha tomado especial interés estos últimos años, con motivo del estudio de los sufrimientos postgastrectomía.

Además del cuadro ya bien conocido en el postoperatorio inmediato de la obstrucción del asa aferente y del úlcus péptico, se ha insistido sobre la importancia de sus alteraciones en la explicación de sufrimientos en el postoperatorio alejado.

El síndrome de Dumping [del Campo (3, 4)], procesos orgánicos y funcionales de las vías biliares [Roux (11), Caroli (1), Lasala (6)], las aferentitis [Oviedo Bustos (10)], son algunos de los problemas en discusión con respecto a la patología del asa aferente.

El estudio radiológico standard proporciona habitualmente poca o ninguna información de este segmento. Corrientemente no se rellena por el medio de contraste, o sólo se consigue visualizar unos pocos centímetros del yeyuno aferente en las proximidades de la neoboca.

Estas circunstancias nos han inducido a hacer experiencia con un procedimiento preconizado por Lorber y Shay (7), en 1951, y cuyos primeros resultados son el motivo de esta comunicación.

LA TECNICA

Consiste en la introducción de una sonda de Miller Abbot con un balón en su extremidad, en el asa eferente. Se insufla

el balón hasta producir la oclusión del asa, lo que permite que el contraste ingerido después de provocar esa oclusión, refluya hacia el yeyuno aferente y duodeno (figs. 1 y 2).

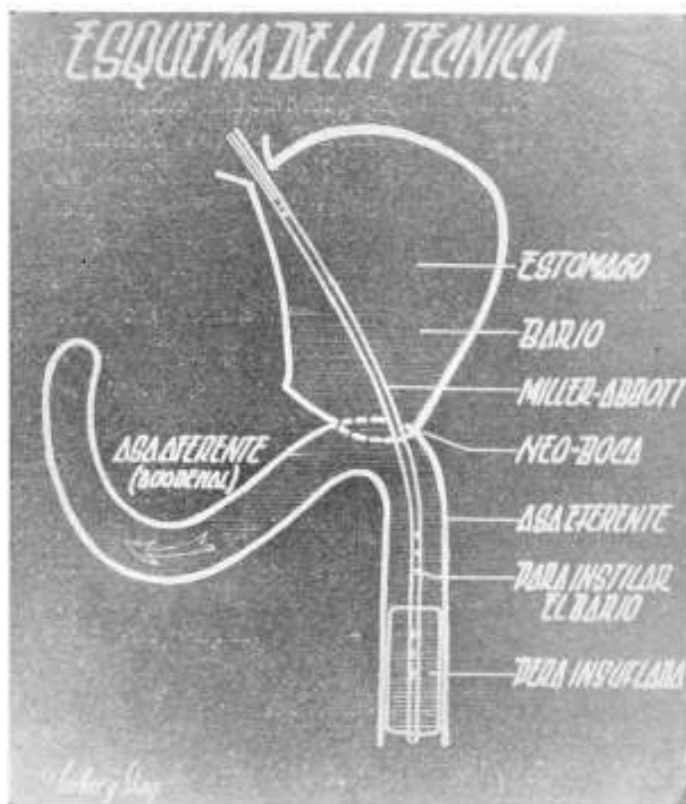


Fig. 1.—Sonda ubicada en el asa eferente.

Por excepción es posible introducir la sonda directamente en el asa aferente, siendo en este caso innecesaria la insuflación del balón y el contraste en vez de ingerirse se inyecta por la sonda.

Hemos estudiado 23 casos de esta manera, de los cuales una parte eran gastrectomizados que no presentaban síntomas y el resto sufriendos postgastrectomía en el postoperatorio alejado.

El procedimiento ha resultado inocuo y de fácil realización, requiriendo solamente en algunos casos, tiempo y paciencia. Puede tener las dificultades de toda intubación con sonda de

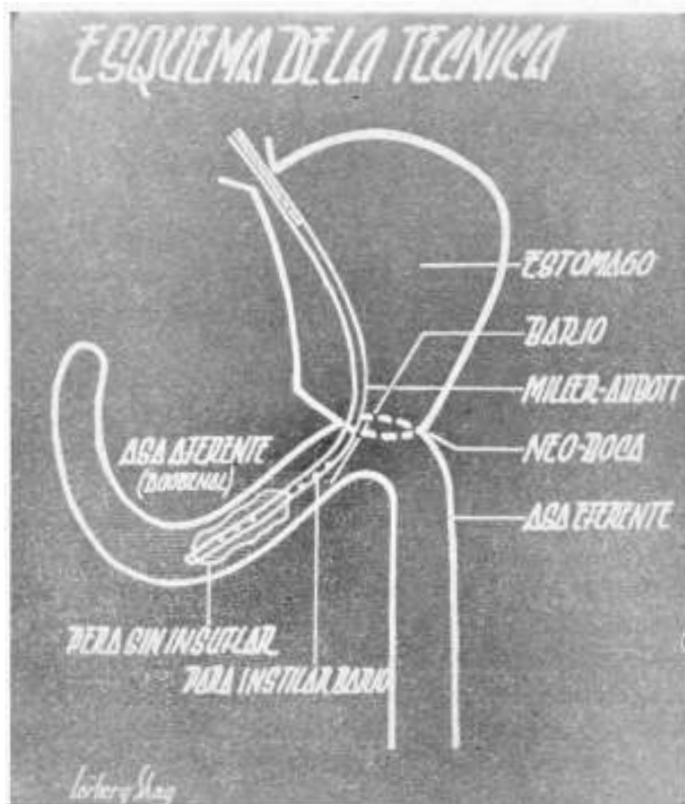


Fig. 2—Sonda colocada en el asa aferente.

Miller Abbott. El relleno retrógrado del asa aferente se obtiene en la mayor parte de los casos, cuando se ha adquirido experiencia en el manejo de la técnica y especialmente en provocar una buena oclusión del asa eferente, la que en algunos casos puede ser dificultosa, por la tendencia que tiene la extremidad de la sonda a retroceder e introducirse en el muñón gástrico.

ANATOMIA Y FISILOGIA RADIOLOGICA DEL ASA AFERENTE

El estudio de una serie de pacientes, que podemos considerar normales, pues eran gastrectomizados sin síntomas, nos ha permitido precisar algunos conceptos en lo referente al aspecto normal del asa aferente.

Es así que desde el punto de vista puramente morfológico, no puede decirse que hay un aspecto normal, sino distintas variantes morfológicas sin significación patológica.

Hay casos donde la morfología, calibre, longitud y mucosa, tanto del yeyuno aferente como del duodeno, son notoriamente normales (fig. 3). En otros pacientes, que tampoco presentan síntomas, la morfología radiológica podría hacer pensar en una alteración patológica importante.

Es el caso de las asas aferentes largas, a veces con ensanchamiento del calibre, pero que conservando una buena motilidad se rellenan y evacúan fácilmente. Morfológicamente se apartan de la normalidad, pero como sucede siempre en el gastrectomizado, un cuadro morfológico de uno de los segmentos, puede no tener ninguna repercusión cuando integra, como lo sostiene Chifflet (2), un sistema funcional bien coordinado, producto de la adaptación por la que el gastrectomizado debe pasar para llegar a la normalidad.

En el orden funcional, un hecho nos ha llamado la atención. Es la viva motilidad que tienen el yeyuno aferente y duodeno, tanto en el postoperatorio alejado como en el inmediato.

Se ha dicho que estos segmentos tienen una motilidad disminuída, como consecuencia de la enervación del duodeno, que resulta de la gastrectomía.

En nuestros casos tal hipermotilidad no ha sido confirmada. Tampoco en aquellos pacientes en los cuales hemos podido estudiar el asa aferente a los pocos días de la intervención, encontramos disminución de la motilidad. En dos enfermos a quienes se practicó gastrectomía y colecistectomía en el mismo acto operatorio, pudimos a expensas del tubo de drenaje transcístico, estudiar por colangiografía la morfología y funcionalidad del asa aferente, comprobando también en ambos que no había disminución de la motilidad.

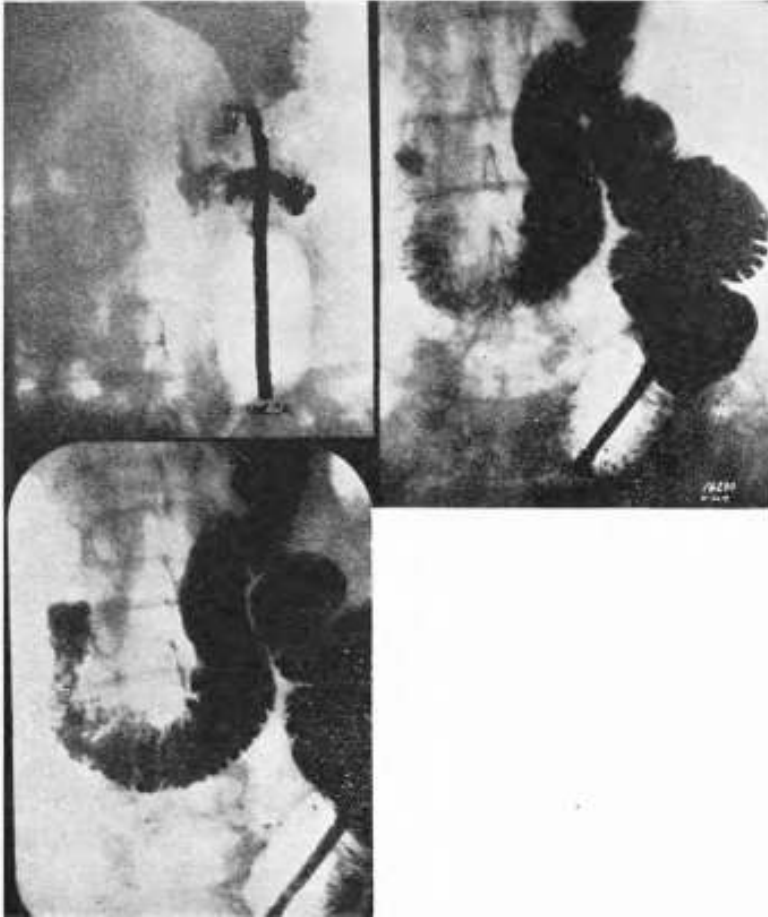


Fig. 3.—Asa aferente normal.

Miqueo (9), en casos en los que ha hecho el drenaje del muñón duodenal, ha realizado estudio radiológico del asa aferente, con contraste introducido por la sonda y ha llegado a conclusiones similares.

Debe también destacarse que es precisamente el duodeno el segmento de mayor motilidad. Cuando se ocluye el asa eferente por el balón de la sonda de Miller-Abbott, y se intenta refluir el contraste hacia el asa aferente, la mayor dificultad



Fig. 4.— Se visualiza el yeyuno aferente, duodeno, incluyendo bulbo y probablemente parte del antro.

está en obtener el relleno del yeyuno aferente hasta el ángulo duodenoyeyunal. Una vez llegado el contraste a este lugar la motilidad muy activa del duodeno rápidamente lo transporta hasta la parte alta de la segunda porción. La evacuación también se realiza rápidamente hacia el muñón gástrico, contribuyendo a ello principalmente las contracciones del duodeno.

LA PATOLOGIA DEL ASA AFERENTE

La obstrucción del asa aferente, en el postoperatorio inmediato es una entidad bien conocida, cuyo diagnóstico se basa

fundamentalmente en el cuadro clínico, pues la radiología solo aporta como datos complementarios la existencia de gas o nivel líquido en la topografía del asa aferente, y la permeabilidad del asa eferente evidenciada por la presencia de gases en el intestino en la radiografía simple y el fácil pasaje desde el muñón gástrico hacia el yeyuno eferente en el estudio contrastado. Eventualmente se agrega a estos signos el desplazamiento hacia la izquierda de la neoboca.

Exceptuando esta entidad y el ulcus péptico, la patología del asa aferente ha sido objeto de discusión.

Para algunos, hay también en el postoperatorio alejado, obstrucciones crónicas e intermitentes que son causa de sufrimientos y especialmente del síndrome de Dumping precoz [del Campo (4)].

Otros creen de importancia la existencia de aferentitis, es decir, procesos inflamatorios que se expresan por estasis y dilatación.

En cuanto al muñón duodenal, si bien es opinión bastante generalizada que allí no existe patología en el postoperatorio alejado, algunos consideran que son alteraciones patológicas del duodeno, repercutiendo especialmente sobre las vías biliares, las que explican ciertos sufrimientos alejados del gastrectomizado.

En el orden funcional sigue siendo objeto de discusión la significación patológica que puedan tener el reflujo del contenido gástrico hacia el asa aferente y el reflujo biliar hacia el estómago.

A ambos algunos los consideran patológicos y otros piensan lo contrario, sosteniendo que resultan beneficiosos, pues colocan al gastrectomizado en condiciones más próximas a las fisiológicas del no operado.

Todos estos problemas son vías de trabajo interesantes, que justifican continuar la investigación, con métodos de estudio como el que estamos utilizando, que hasta el momento es quizá el único que permite obtener documentos objetivos sobre el asa aferente.

Nuestra experiencia es todavía muy reducida, pero creemos haber observado algunos hechos de interés, que significan un pequeño aporte en la dilucidación de estos problemas.

LAS ALTERACIONES MECANICAS

En dos casos pudimos diagnosticar con el procedimiento de la intubación, obstrucciones crónicas del asa aferente. Una de ellas situada a nivel del ángulo duodenoyeyunal y producida por bridas, fue confirmada en la reintervención.

Se hizo liberación de las adherencias y yeyuno-yeyunostomía, lo que suprimió los sufrimientos digestivos del enfermo. El otro caso, con un aspecto radiológico bastante típico no tiene control.

LOS PROCESOS INFLAMATORIOS

Es éste un capítulo donde resulta difícil obtener conclusiones firmes. La radiología rara vez está en condiciones de afirmar que existe un proceso inflamatorio del yeyuno aferente y duodeno.

De los casos estudiados, hay uno que puede considerarse de interés. Se trataba de una enferma a quien se le practicó gastrectomía y colecistectomía en el mismo acto operatorio.

La colangiografía intravenosa, con el test funcional de la morfina, mostró una alteración funcional biliar y un espasmo evidente de la segunda porción duodenal. El estudio del asa aferente, con el método de intubación permitió observar una gran hipermotilidad duodenal, como puede observarse en los procesos de duodenitis.

No hemos observado ningún caso de las aferentitis señalados por algunos autores, donde existe estasis y dilatación importante sólo por alteración dinámica del duodeno.

LAS ALTERACIONES FUNCIONALES

En este capítulo hemos estudiado algunos enfermos que presentaban regurgitaciones o vómitos biliosos y síndromes de Dumping.

En el primer grupo, es de interés consignar en que en algunos de ellos la única anormalidad radiológica comprobada, fue una

gran hipermotilidad del duodeno y yeyuno aferente. Seguramente el síndrome clínico está explicado por una llegada intempestiva de la bilis, al muñón gástrico.

Esta comprobación tiene su valor, pues en estos casos habitualmente se piensa en dilatación y estasis del asa aferente.

En los casos de síndrome de Dumping, que fueron estudiados, las comprobaciones que merecen señalarse fueron las siguientes:

1^o) En ningún caso la distensión mecánica del asa eferente, producida por el balón insuflado, reprodujo el síndrome de Dumping.

2^o) En un caso, la ingestión de suero glucosado hipertónico, creó el típico síndrome de Dumping, con las mismas características del que habitualmente tenía el enfermo.

Esta comprobación es coincidente con las de Machella (8) y Fisher (5).

3^o) En otro caso de Dumping, el hecho llamativo fue la gran hipermotilidad yeyunoileal que por su intensidad impidió realizar una buena oclusión del asa eferente llegando el medio de contraste en pocos minutos al ciego.

Son todos hechos ya conocidos y que corrobora lo sostenido por muchos autores de que la patogenia del Dumping no es única sino múltiple.

En cuanto al reflujo en el asa aferente del contenido gástrico, en el cual, desde luego, deben excluirse los producidos por obstrucciones del asa eferente, es poco frecuente y consideramos que no tiene valor patológico, cuando, como ya lo hemos señalado, la buena motilidad de ese segmento, permite su rápida evacuación.

Es patológico cuando existe estasis y dilatación, y entonces lo importante no es el reflujo mismo sino la causa que lo produce, debiendo buscarse, en primer término, el obstáculo mecánico en el asa eferente.

EL ESTUDIO DEL MUÑON DUODENAL

La principal indicación en el postoperatorio alejado son los casos de gastrectomía y exclusión.

Es en ellos, precisamente, en los que Lorber y Shay utilizaron principalmente el procedimiento de la intubación.

En nuestros casos, hay una observación de un sufrimiento postgastrectomía de varios años, cuya causa no había sido descubierta por los estudios radiológicos corrientes.

Con la intubación, pudimos comprobar que a este enfermo, en la intervención no se le había resecaado el bulbo duodenal, píloro y probablemente parte del antro, lo que explicaba sus sufrimientos al persistir esa zona reflexógena y éxito-secretora. Este caso aún no tiene control operatorio.

INDICACIONES DEL METODO DE LA INTUBACION

Aunque este trabajo está destinado al estudio del asa aferente, debemos señalar que dada la excelente visualización que con él se puede obtener, tanto de la zona de la neoboca, como de las asas aferente y eferente, se justifica utilizarlo en todos aquellos casos donde clínicamente hay un sufrimiento postgastrectomía y el estudio radiológico standard ha sido negativo.

SUMARIO Y CONCLUSIONES

1) Se analizan los resultados obtenidos en el estudio de 23 casos de gastropilorectomía con anastomosis gastroyeyunal, hecho con sonda de Miller-Abbott, con el objeto de visualizar el asa aferente.

2) Se señalan algunos datos referentes a la anatomía y fisiología radiológica del asa aferente, así como distintos aspectos de su patología.

3) Se destaca la importancia del estudio con intubación en todos los casos de sufrimiento postgastrectomía en los cuales el examen standard es negativo.

BIBLIOGRAFIA

1. CAROLI, J.—Les icteres de la gastrectomie. "Arch. Mal. App. Dig. Nutr.", 39: 1057-1085, Nov. 1950.
- CHIFFLET, A.—Patología inmediata del operado gástrico. En el libro "Patología del estómago operado", pág. 225, Buenos Aires, 1953.

3. DEL CAMPO, J. C.—El duodeno de los gastrectomizados. El síndrome postprandial precoz. "Anales de la Clén. Méd. A", 1945-1950, V. 31-51.
4. DEL CAMPO, J. C.; COMAS, E. J. y OUTEDA, E.—El síndrome de Dumping. "Bol. de la Soc. de Cir. del Uruguay", XXI: 449-460, 1950.
5. FISHER, J.; TAYLOR, W. and CANNON, J.—The Dumping syndrome; correlations between its experimental production and clinical incidence. "Surg. Gin. and Obst.", 559-565, 100-V-1955.
- 5 bis. JORDAN, G. L. and HOUSTON, T.—The afferent loop syndrome. "Surgery", 38: 1027, 1955.
6. LASALA, A. G.—Patología orgánica y funcional del operado gástrico. En el libro "Patología del estómago operado", pág. 381, Buenos Aires, 1953.
7. LORBER, S. H. and SHAY, H.—Afferent loops studies after subtotal gastric resection. "Am. Journ. Med. Sc.", X, 1951.
8. MACHELLA, T.—Experience with the Dumping syndrome. Post-Graduate Gastro-Enterology Boekus, 1950.
9. MIQUEO, M.—Comunicación personal.
10. OVIEDO BUSTOS, J. M.—Citado por A. Aguirre y A. Maggi en el libro "Patología del estómago operado", págs. 66-242, Buenos Aires, 1953.
11. ROUX, G.—Síndrome del asa aferente de los gastrectomizados. "Lyon Chirurgical", 45: 773, 1950.
12. ZUBIAURRE, L.—Radiología del estómago operado. En el libro "Patología del estómago operado", pág. 69, Buenos Aires, 1953.