



**Universidad del sureste
Campus Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Escuela de Medicina Humana**



Título del trabajo:

**Resumen de procedimientos quirúrgicos
gastrointestinales**

Unidad IV

Nombre del alumno: Karla Zahori Bonilla Aguilar

Nombre de la asignatura: Técnicas quirúrgicas básicas

Semestre y grupo: 6° Semestre Grupo "A"

Nombre del profesor: Dr. Alfredo López López

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 05 de Junio de 2020.

Introducción

La cirugía gastrointestinal es una especialidad del Departamento de Cirugía, en donde se tienen en cuenta todas las patologías que involucren al esófago, estómago, duodeno, hígado y vías biliares, vesícula biliar, páncreas, intestino delgado y grueso.

El Servicio de Cirugía Gastrointestinal ofrece todas las técnicas y procedimientos quirúrgicos de vanguardia en el manejo de la patología del sistema digestivo tanto por vía abierta como por vía laparoscópica.

En patología quirúrgica digestiva nos encontramos fundamentalmente con tres signos guía: el dolor abdominal, las alteraciones del tránsito y el sangrado. En varias patologías podrá presentarse más de un signo guía. Siguiendo estos síntomas, describiremos las patologías más frecuentes mediante un esquema en el que se expondrá la clínica, la edad más frecuente de presentación, la forma adecuada de realizar un diagnóstico correcto con los posibles diagnósticos diferenciales, su tratamiento y en algunos casos las consideraciones especiales que cada patología merezca.

En el presente trabajo detallaremos tres cirugías de suma importancia: gastrostomía, colostomía y yeyunostomía, las patologías que requieren de ingreso a cirugía para la realización de dichas técnicas mencionadas con la descripción de cada una de ellas.

Indicaciones

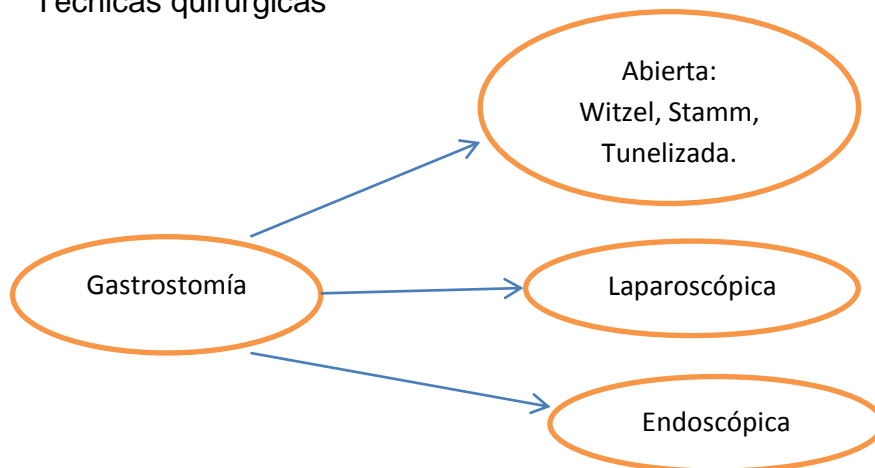
Definitiva: tumores orofaríngeos, o esofágicos irresecables o infranqueables endoscópicamente; temporales para asegurar alimentación enteral prolongada.

Gastrostomía

Fistula creada entre la luz del estómago y la pared abdominal anterior con el objeto de obtener el acceso a la luz gástrica.

Descompresión o de alimentación (mayores a 4 semanas).

Técnicas quirúrgicas



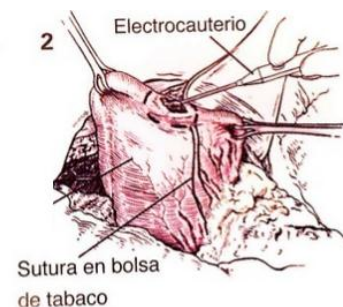
La técnica elegida deberá ser la más simple, rápida, cotinente y con menor morbilidad para el paciente.

Posición e instrumental: común para los tres métodos, paciente bajo anestesia general, en decúbito dorsal, LMSU un par de cm bajo xifoides.

Directa de Stamm

Fácil y rápida, riesgo de reflujo y de supuración de entrada de la sonda, inscisión supraumbilical sub xifoidea, 6cm aprox.

Técnica: se localiza el punto de entrada al estómago entre dos pinzas Babcock o Allis a nivel del 1/3 medio (verificando la movilidad gástrica).



Se realizara un jareta con material reabsorbible 4/0; incisión de musculatura con electrobisturí para hemostasia de vasos submucosos;

Apertura del orificio con pinzas Kelly e introducir sonda Pezzer (aplanada).

Se traccionan los hilos para fijar la sonda y se realiza una segunda jareta con el fin de invaginar el cono gástrico. Se realiza la exteriorización de la sonda a través de la contraincisión transrectal izquierda (1cm).

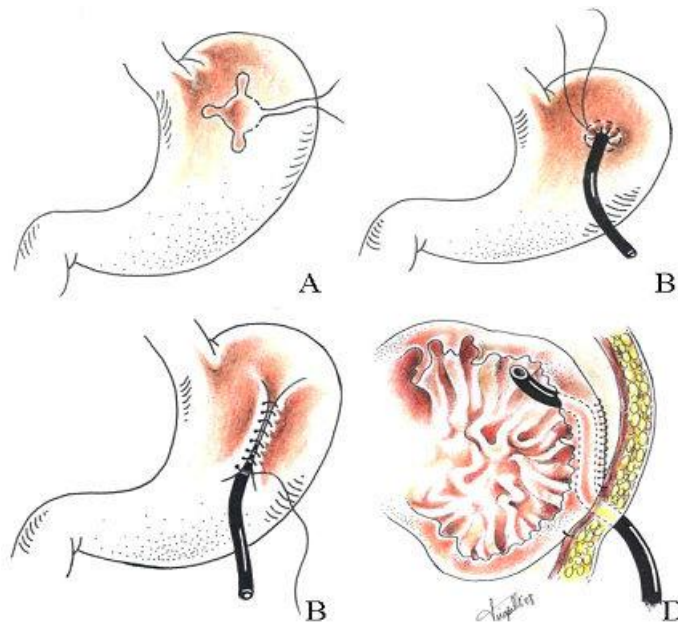
Se realiza una incisión cutánea aperturando aponeurosis, atravesando musculo recto anterior con pinzas Kelly.

Se fijara la pared gástrica periestomal al peritoneo parietal por 2- 4 puntos cardinales con material reabsorbible 4/0.

Se comprobara hermeticidad mediante inyección de agua. Se fijara la piel con hilo no reabsorbible.

Gastrostomía de Witzel

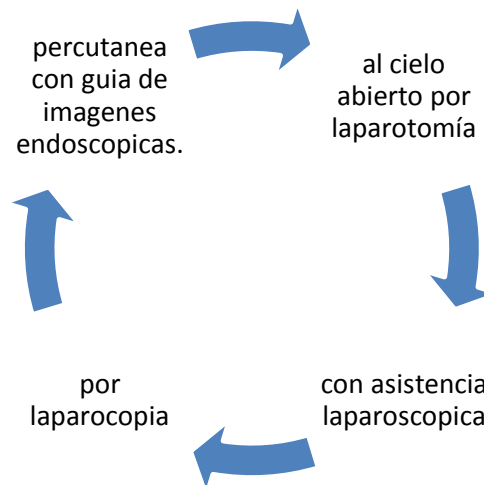
Es una gastrostomía con invaginación de la sonda, los primeros pasos son similares, se realiza una tunelización 10cm sobre la cara anterior gástrica.



Yeyunostomias

Todo orificio efectuado en el yeyuno con criterio de alimentación, hoy se puede acceder a colocar una sonda de alimentación en el yeyuno a través del estómago. Sin embargo esta vía para uso prolongado de la alimentación enteral no parece ser mejor que la yeyunostomía directa. Para utilizar esta vía es necesario que el estómago esté sano anatómicamente

La colocación de un tubo puede realizarse:



TÉCNICAS:

A CIELO ABIERTO POR LAPAROTOMÍA

Se puede abordar por una incisión mediana, transrectal izquierda, transversal u oblicua. Siempre es importante prever la contrabertura para exteriorizar la sonda.

Existen dos grandes tipos:

- Laterales
- Terminales

Las yeyunostomías laterales son las más frecuentemente usadas a través de la introducción directa de la sonda o tunelizándola a la manera de Witzel. La exteriorización directa de la sonda no es deseable ya que no es continente y la filtración peri catéter es de difícil control. En ambos casos, por laparotomía o con

asistencia laparoscópica se debe individualizar la primera asa yeyunal y entre 25 y 30 cm. del asa fija se debe efectuar una enterotomía en el borde antimesentérico e introducir el catéter, preferentemente de 8 o 10 French. El calibre de la sonda debe ser el adecuado para permitir el pasaje del alimento sin taparse y que ésta no reste luzal intestino. La enterotomía debe ser mínima y cerrarse con una jareta de material irreabsorbible o tunelizarse a través de una seromiotomía como lo describiera Witzel o con un túnel seromuscular de entre 5 y 10 cm. de longitud

El asa debe fijarse al peritoneo parietal en una longitud entre 5 y 10 cm. para evitar vólvulos y oclusiones. Los catéteres siempre deben exteriorizarse por contrabertura. Las yeyunostomías terminales son demás difícil confección, conllevan anastomosis, con sus riesgos, pero son funcionalmente más adecuadas. Están indicadas cuando son definitivas. Pueden ser en Y de Roux o en Omega. En ambos casos se debe elegir, también, un asa que se encuentre entre 25 y 30 cm. del ángulo duodeno yeyunal. En la yeyunostomía en Y la entero-entero anastomosis debe hacerse entre 30 y 40 cm. y el asa se puede exteriorizar como fístula mucosa o evirtiendo la mucosa en un asa en gárgola.

Colostomía

Una colostomía cambia la forma en que funciona el cuerpo para permitir que pueda eliminar las heces fecales. Algunas enfermedades del colon y el recto son tratadas al crear una salida para las heces y el gas antes que lleguen al recto. Una colostomía es tal procedimiento. (La palabra colostomía viene de las palabras colon y estoma, estoma significando boca o abertura). Cuando se presentan ciertas condiciones en el intestino bajo, puede ser necesario darle a esa porción un descanso. Esto se hace al prevenir que lleguen las heces a dicha porción. Para llevar esto a cabo, se realiza un colostomía temporera para dejar que ocurra la curación. Dependiendo del proceso de curación, esto puede tomar algunas semanas, meses, o hasta años. Eventualmente, se revierte la colostomía temporera (se quita) y se restablecen las evacuaciones normales. Cuando la porción terminal del colon o el recto se enferma, se hace necesario la realización de una colostomía permanente. Esta porción debe ser retirada completamente o

dejada a descansar temporalmente. Tal tipo de colostomía proporciona una salida para las heces que no será cerrada en el futuro. Donde La localización de la colostomía en el abdomen depende de la parte del colon que se utiliza para realizarla. La enfermera de ostomía o el cirujano determinarán el sitio adecuado para tu estoma. La apariencia del estoma depende de qué tipo de colostomía realiza el cirujano y de diferencias individuales en el cuerpo. Si bien el estoma podrá ser muy grande inicialmente, disminuirá de tamaño gradualmente hasta obtener su tamaño final en 6-8 semanas.

Tipos de colostomías

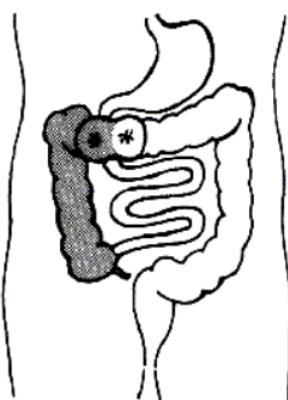
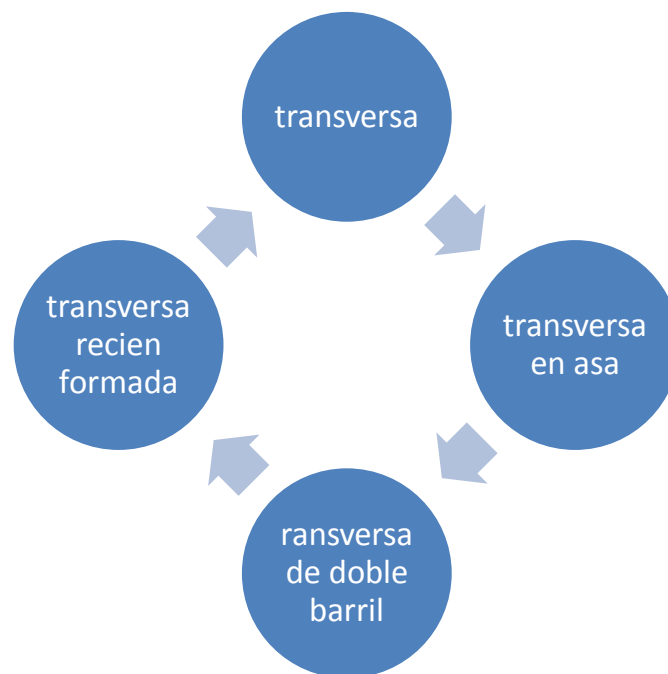


Figura 2

Colostomía transversa en asa

■ Porción activa del colon
□ Porción inactiva del colon

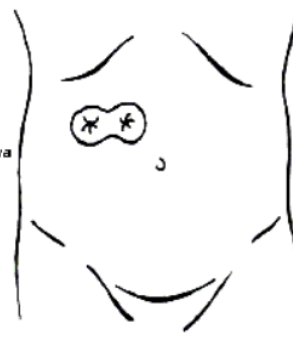


Figura 3

Colostomía transversa en asa