

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

DOCENTE: DR ALFREDO LOPEZ LOPEZ.

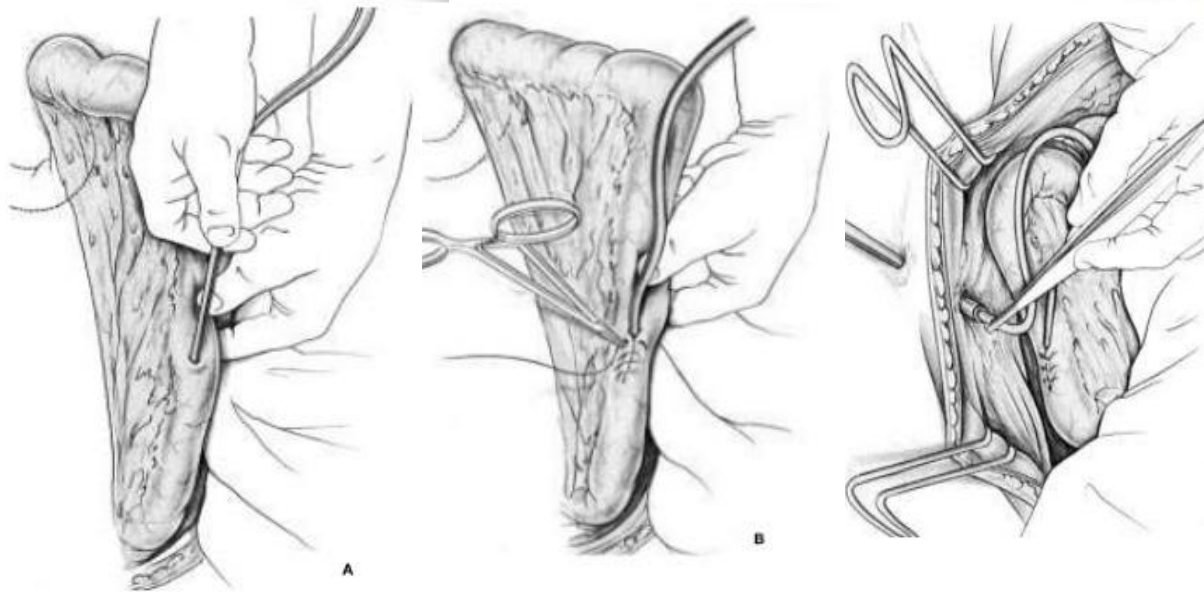
ASIGNATURA: TECNICAS QUIRURGICAS BASICAS.

TEMA: YEYUNOSTOMIAS.

ALUMNO: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

SEXTO SEMESTRE.

CUARTA UNIDAD.



TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.

YEYUNOSTOMIAS

La yeyunostomía quirúrgica se realiza habitualmente en los pacientes sometidos a cirugía gastrointestinal alta para permitir la NE en el postoperatorio inmediato.

Las indicaciones para emplazar un tubo de alimentación en el yeyuno son varias, siendo la más común la imposibilidad de usar con seguridad el tubo digestivo superior como vía de alimentación.

Lógicamente es requisito indispensable tener un funcionamiento intestinal adecuado. Una sonda de alimentación puede ubicarse en el yeyuno en diferentes circunstancias: como único procedimiento o como complemento de una cirugía mayor.

Las indicaciones como procedimiento único son:

- Obstrucciones esofágicas, gástricas o duodenales benignas o malignas; donde no existe posibilidad de usar el estómago como vía de soporte nutricional.
- Previo a una cirugía mayor o a tratamientos radio/quimioterápicos donde no sea aconsejable usar el estómago.
- Fístula digestiva anastomótica del tubo digestivo superior y que se desee sortear la misma (fístula esófago-gástrica, esófago-yeyunal, del muñón duodenal o post duodenopancreatectomía)
- Gastroparesia.

Como complemento de una cirugía mayor tiene sus indicaciones en aquellos pacientes que pueden presentar complicaciones en la reconstrucción del tránsito digestivo como en una esófago-gastrectomía, una gastrectomía total o una duodenopancreatectomía.

También en cirugías para tratar trauma duodeno-pancreático o pancreatitis aguda o crónica severa²⁵ y en todos aquellos casos donde el cirujano desee comenzar una alimentación enteral precoz luego de una cirugía del tubo digestivo superior.

1. Cáncer de cabeza y cuello
2. Trastornos mecánicos o motores oro faríngeos. Disfagia
3. Cáncer de esófago

4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
5. Esofagitis radiógena
6. Estenosis esofágica
7. Trastornos motores del esófago
8. Cáncer gástrico
9. Trastornos de la motilidad gástrica
10. Trastornos del tracto de salida gástrico
11. Cáncer de páncreas o pancreatitis
12. Traumatismos
13. Enfermedades degenerativas
14. Paraplejias
15. Desordenes neuromusculares

Yeyunostomías e indicaciones.

La colocación de un tubo de yeyunostomía puede realizarse:

1. a cielo abierto por laparotomía.
2. con asistencia laparoscópica.
3. por laparoscopía.
4. percutánea con guía por imágenes o endoscópica.

TÉCNICAS:

1. 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 luz al 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 de más 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. La técnica en omega requiere una entero-entero anastomosis latero-lateral con una exclusión del asa aferente a lo Rosanov

2. CON ASISTENCIA LAPAROSCÓPICA

Yeyunostomía videoasistida: se realiza colocando tres trocares: uno infraumbilical para la óptica y dos en sendos flancos como canales de trabajo. Con el paciente en posición de Fowler, se lleva hacia cefálico el colon y mesocolon transversos con pinza de Foerster. Individualizado el ángulo de Treitz, se exterioriza por una incisión mínima el asa de yeyuno conveniente para realizar la yeyunostomía a lo Stamm o Witzel con catéter; se reintroduce fijándola al peritoneo parietal.

3. POR LAPAROSCOPIA Esta técnica puede realizarse empleando sujetadores en T para anclar y retraer el yeyuno, una vez seleccionada el asa tal como se describió en la técnica laparotomía; en general se utilizan cuatro puntos tractores. Luego se realiza la punción percutánea del asa, y bajo guía de alambre se introduce el catéter yeyunal. En la técnica totalmente laparoscópica Allen J. W. y colab. 2 describen aparte del trocar umbilical, para la óptica de 30°, dos trocares; en hipocondrio

derecho uno y en fosa ilíaca izquierda el otro, que permiten, en posición de Trendelenburg, rebatir el colon transverso hacia cefálico, individualizar el asa fija, elegir el asa a fijar con puntos en T o puntos laparoscópicos, al peritoneo parietal e introducir el catéter por método de Seldinger. Nguyen N. T. y colab. describen la técnica percutánea con control laparoscópico con tres trócares en posición similar a la anterior. A 30 cm. del ligamento de Treitz se sutura el yeyuno en hipocondrio izquierdo usando Endostitch, se realiza una incisión de 2 mm. sobre la pexia y se coloca una aguja introductora en la luz intestinal; luego bajo guía de alambre se introduce el catéter de yeyunostomía. Con un punto intracorpóreo se fija el asa a la pared anterior abdominal, y se coloca distalmente a 4 cm otro punto para prevenir un potencial vólvulo.

4. PERCUTÁNEA CON GUÍA POR IMÁGENES O ENDOSCÓPICA

Yeyunostomía percutánea con guía imagenológica: en casos seleccionados, la vía percutánea puede transformarse en la de elección. Para realizarla debe individualizarse el asa y tener acceso a la pared yeyunal sin interposición de otras vísceras. Se ha descrito localizar a través de un método por imágenes (TAC, ecografía) un asa intestinal que se punza percutáneamente previa insuflación del yeyuno por una sonda nasointestinal. Se realiza habitualmente la pexia con puntos percutáneos. Es importante tener en cuenta la angulación y dirección de la aguja en el sitio de punción. Es un método difícil, no en tiempo real (TAC) por lo que es muy poco utilizado. La fijación del asa yeyunal debe estar marcada con clips hemostáticos de titanio, en lo posible distribuidos en forma de cola de cometa a fin de localizar no solo el sitio de punción sino también la dirección del asa eferente. Esta técnica tiene un éxito del 87%, con 12% de complicaciones, la más frecuente pérdida pericatéter. En algunas ocasiones hemos utilizado el control fluoroscópico para recolocar yeyunostomías cuando el asa intestinal se encuentra adherida al peritoneo parietal. Yeyunostomía percutánea con control endoscópico: este procedimiento se realiza en pacientes con antecedente de cirugía esófago-gástrica; consiste en la introducción del endoscopio hasta localizar el asa intestinal adecuada. La cual se insufla hasta adosarla al peritoneo parietal anterior y por transiluminación

se localiza el sitio de punción. Se la fija con puntos percutáneos y bajo control endoscópico, por método de Seldinger se introduce el catéter de yeyunostomía.

CATÉTERES Y SU CUIDADO

Materiales: los catéteres que se utilizan tienen entre 8 y 12 French de diámetro, deben de preferencia tener marcas radio opacas para conocer su ubicación. Deben tener lastre en la punta para favorecer su progresión; pueden ser de polivinilo o siliconas, siendo este último más flexible con mejor tolerancia para el paciente, pero con mayor índice de obturación.

Cuidados: es recomendable limpiar con 10 a 20 cc. de agua tibia luego de cada uso y si se usa bomba continua hacerlo no menos de dos veces por día.

Recambios: se deben tener ciertas precauciones: consolidación del trayecto cutáneo-mucoso; la necesidad de un equipo de fluoroscopia para su control; realizar el recambio bajo guía de alambre blando con sumo cuidado para evitar perforaciones.

BIBLIOGRAFIA: FERNÁNDEZ MARTY A y VITCOPP G - Yeyunostomías. Cirugía Digestiva, F. Galindo, www.sacd.org.ar, 2009; II-243, pág. 1-7