

**NOMBRE DEL CATEDRATICO: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ**

**NOMBRE DE LA ALUMNA: LAURA DILERY CRUZ DIAZ**

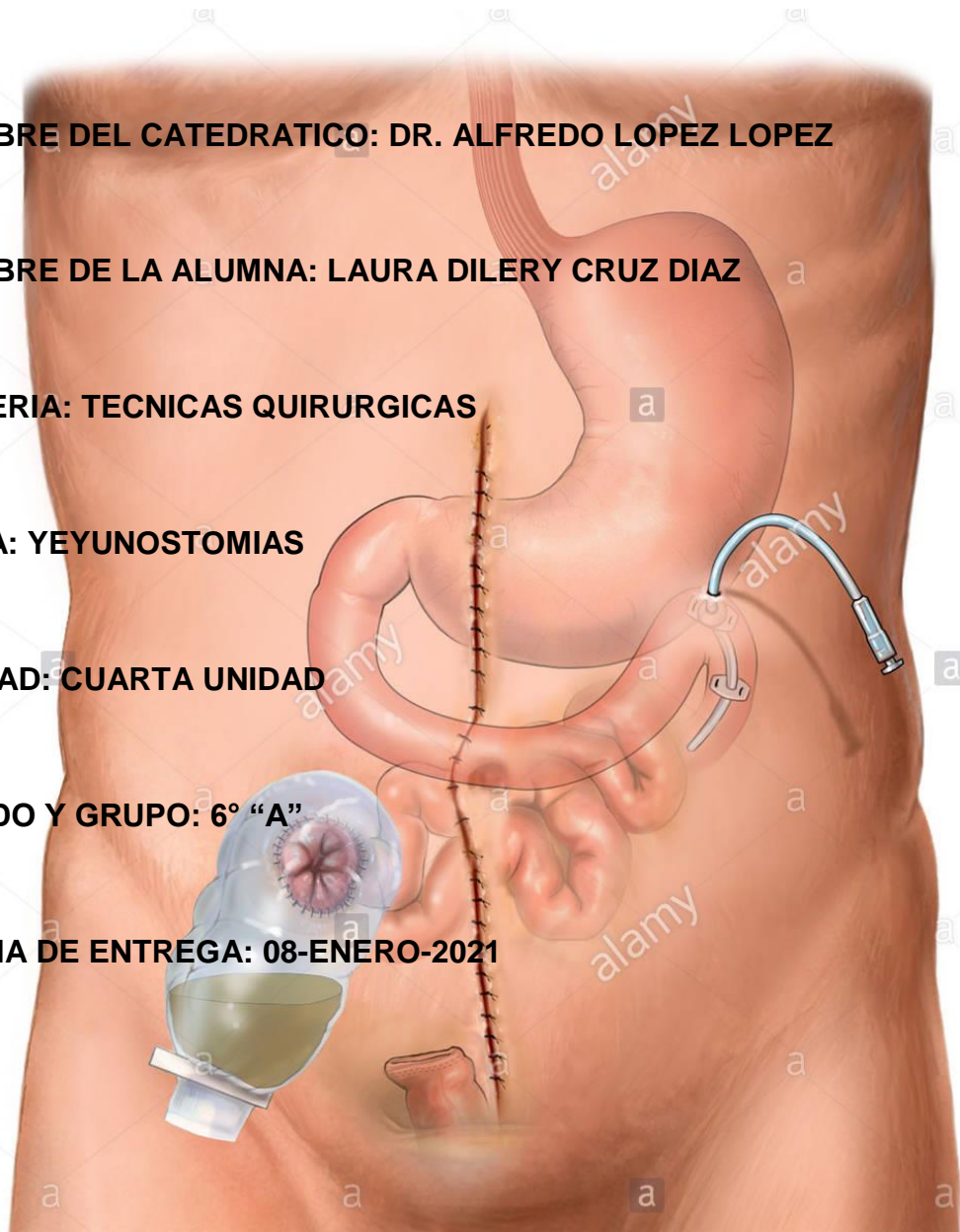
**MATERIA: TECNICAS QUIRURGICAS**

**TEMA: YEYUNOSTOMIAS**

**UNIDAD: CUARTA UNIDAD**

**GRADO Y GRUPO: 6° "A"**

**FECHA DE ENTREGA: 08-ENERO-2021**



## **INTRODUCCIÓN**

Consiste en la colocación de una sonda en la luz del yeyuno proximal, a unos 20 cm del ángulo de Treitz, con el propósito fundamental de suministrar nutrición. Son diversas las técnicas de yeyunostomía que están en uso: Witzel longitudinal, Witzel transverso, gastroyeyunostomía abierta, catéter-aguja, PEJ y laparoscópica.

El fundamento de la nutrición enteral precoz en el postoperatorio, desde que en 1973 Delany et al' justificaran su aplicación en cirugía mayor gastrointestinal, basándose en que el intestino delgado conserva gran parte de su capacidad absorbiva y de motilidad, es que la atonía postoperatoria se limita al estómago y el intestino delgado. Desde entonces su uso es cada vez más frecuente.

## **INDICACIONES**

Se indica de forma sistemática en cirugía gastrointestinal alta en pacientes tributarios de nutrición enteral que presentan resección esofágica con plastia gástrica o colónica, gastrectomía total y biliopancreática. La yeyunostomía permite iniciar la alimentación enteral en las primeras 24 h del postoperatorio, sobre todo en pacientes con alto riesgo de complicaciones (fuga anastomótica, retardo en la cicatrización), ventilación postoperatoria prolongada, politraumatismo, malnutrición preexistente, gastroparesia (diabetes), obstrucción postpilórica y traumatismo craneal, y pacientes subsidiarios de quimioterapia y radioterapia.

## **CONTRAINDICACIONES**

Las contraindicaciones pueden ser: *a)* locales: enfermedad inflamatoria intestinal, peritonitis plástica y enteritis rádica, por el riesgo potencial de enterólisis durante la adhesiólisis y el peligro de fístula enterocutánea, y *b)* sistémicas: inmunosupresión severa, por el riesgo de fascitis necrotizante, coagulopatía por la posibilidad de un hematoma en la pared intestinal y obstrucción y ascitis, debido al riesgo de fugas e infección.

## TECNICA

La yeyunostomía es una técnica de fácil ejecución, pero no está exenta de complicaciones, de ahí la importancia de una adecuada elección del punto de inserción en el borde antimesentérico del asa (15 a 20 cm del ángulo de Treitz), de fácil aposición a la pared abdominal. La fijación de la sonda o catéter debe ser exhaustiva; luego se debe realizar una bolsa de tabaco y una correcta tunelización subseromuscular del trayecto antirreflujo (catéter fino) o seromuscular (Witzel) en una extensión aproximada de 5 a 7 cm, exteriorizando la sonda a través de una contraabertura en la pared abdominal y, para evitar vólvulo del intestino delgado periestomal, fugas de nutrientes y contenido intestinal y desplazamiento del catéter.

La técnica de yeyunostomía con catéter fino (7 a 9 Fr) es simple, segura y no alarga sensiblemente el tiempo quirúrgico. Consiste en la elección del punto de punción abdominal para el catéter en el tercio medio de una línea que une el reborde costal izquierdo, en la línea medioclavicular, con el ombligo, perforar la pared abdominal muy oblicuamente (ángulo aproximado de 45°) con la cánula de 6-7 cm hendida sin obturador para prevenir la acodadura de su entrada en el peritoneo. Se inserta la sonda yeyunal a través de la cánula hacia el interior del abdomen y se retira la cánula abriéndola en abanico según se va extrayendo. Se elige el asa yeyunal y la tunelización (igual que la técnica de Witzel). Desde la posición del primer cirujano se procede a la punción subseromuscular o submucosa, paralela al eje axial, en el borde libre del segmento yeyunal, con la cánula en una extensión de 9-11 cm (mecanismo antirreflujo) con el obturador como parcialmente retirado. Se extrae éste y se inserta el catéter en una longitud de unos 15-20 cm en dirección caudal (más allá de cualquier anastomosis distal a su inserción), y se retira posteriormente la cánula. Se realiza el cierre en bolsa de tabaco en torno al catéter del orificio seroso del túnel parietal yeyunal con sutura reabsorbible y se completa la fijación del intestino al peritoneo parietal con una corona de puntos de sutura reabsorbible periféricamente al lugar de penetración

del catéter en el peritoneo parietal y anclaje al peritoneo parietal del asa suspendida en una extensión aproximada de 5 cm.

Esta técnica es una vía segura y efectiva, con menos complicaciones que otro tipo de yeyunostomías, excepto para la salida accidental del catéter y la rotura, que es más frecuente con esta técnica.

La yeyunostomía en "Y" de Roux se ha utilizado en muy pocos casos. Se trata de crear un asa en "Y" de Roux a partir del yeyuno proximal y la exteriorización del extremo libre como un estoma, confeccionando un acceso permanente al intestino delgado, a través del cual podemos introducir intermitentemente una sonda de nutrición. Brintnall et al<sup>43</sup> describen hasta un 15% de prolapso del estoma y un 6% de pérdidas de bilis y líquido pancreático.

## **COMPLICACIONES**

Puede producirse salida accidental del catéter (fijación deficiente), obstrucción del catéter, fuga a la cavidad peritoneal (nutrición y contenido intestinal), hernia interna, vólvulo intestinal, fístula intestinal enterocutánea, isquemia y necrosis intestinal, absceso parietal, distensión abdominal y diarrea/estreñimiento.

## **BIBLIOGRAFIA:**

[Vías de acceso quirúrgico en nutrición enteral | Cirugía Española \(elsevier.es\)](#)