



---

# YEYUNOSTOMÍAS

---

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS



8 DE ENERO DE 2021

DOCENTE: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

ALUMNA: NIDIA GABRIELA VALDEZ CALDERON

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 con trabertura 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 anti mesentérico 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 ir reabsorbible o tunelizarse a través de una sermiotomía como lo describiera Witzel o con un túnel cero muscular 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 revirtiendo 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 video asistida: se realiza colocando tres trócares: 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. 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 transversos 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 extracorpóreo 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 22-27 a través de un método por imágenes (TAC, ecografía) un asa intestinal que se punza percutáneamente previa insuflación del yeyuno por una sonda naso entérica. 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 peri catéter. En algunas ocasiones hemos utilizado el control fluoroscópico para recolocar yeyunostomías cuando el asa yeyunostomía.

Las complicaciones principales son:

- Las pérdidas peri-catéter, generalmente debidas a técnica inadecuada o a obstrucciones intestinales distales
- La diarrea; por lo general secundario a un problema dietético
- Extrusión
- Obstrucción

Las filtraciones deben ser rápidamente resueltas, pues si son hacia cavidad abdominal pueden provocar peritonitis localizadas o generalizadas y dermatitis periósticas.

El tipo de alimentación a administrar por la yeyunostomía debe cumplir ciertas condiciones de osmolaridad, temperatura y contaminación bacteriana, que si no se cumplen provocan serios cuadros de intolerancia con diarrea. El duodeno y el yeyuno toleran alimentación enteral continua, por lo que además del goteo con frascos, se puede usar una bomba de infusión y asegurar la administración de un volumen adecuado y disminuir la incidencia de intolerancias y complicaciones.

Los preparados a infundir deben estar en relación al calibre del catéter fundamentalmente por su contenido en fibras y las poliméricas.

Se debe ser muy prudente en la administración de medicación a través del catéter pues puede cristalizar y obturarlo.

Las sondas de alimentación yeyunal se asocian con una mayor incidencia de oclusión a causa de su pequeño diámetro, más frecuente en las de material siliconado.

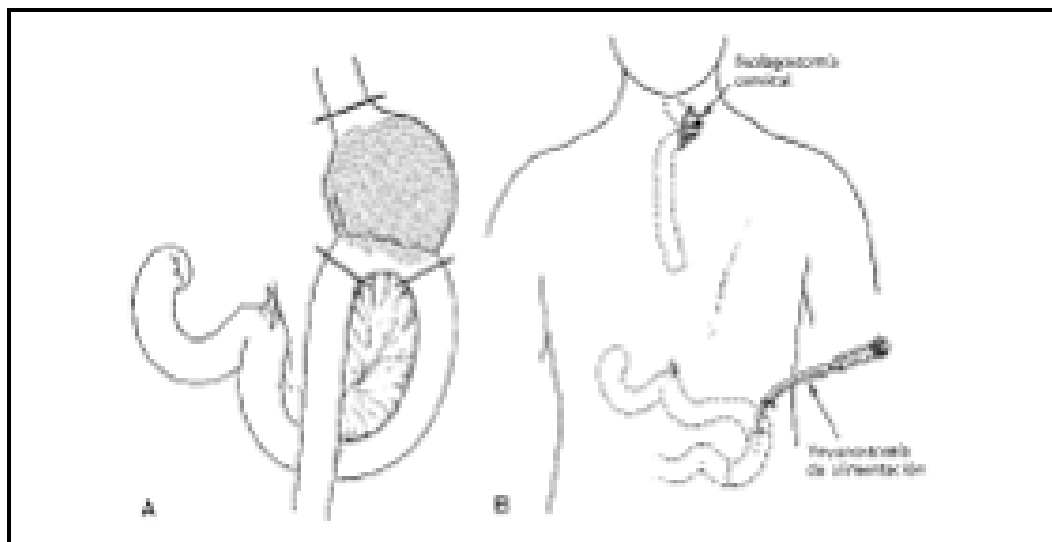
## CATÉTERES Y SU CUIDADO

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.

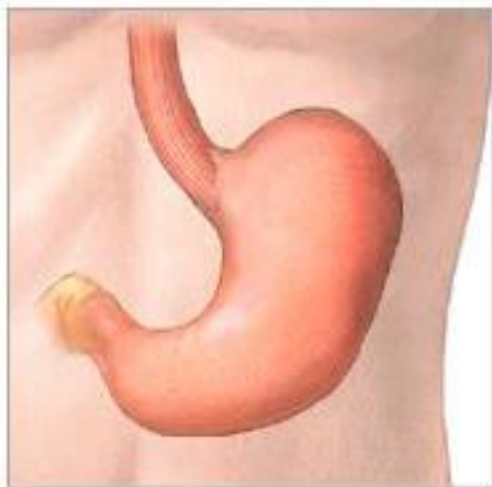
Cuidados: es recomendable limpiar con 10 a 20 CC. de agua tibia luego de cada uso y si se usa bomba continua hacerlo no menos de dos veces por día. Recambios: se deben tener ciertas precauciones: consolidación del trayecto

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.



*Fig. 1.—Necrosis de muñón gástrica. Esófagostomía y yeyunostomía.*

Antes



Después

