



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**“YEYUNOSTOMIAS”**

**ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ  
CELAYA**

**SEMESTRE: 6**

**DOCENTE: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ**

**ASIGNATURA: TECNICAS QUIRURGICAS**

**TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS,  
NOVIEMBRE 2020**

## YEYUNOSTOMIAS

La yeyunostomía clásicamente se ha definido como 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.

La manipulación del intestino delgado en sus porciones yeyunal e ileal tienen una complejidad menor, son muy sensibles en irrigación y en movilidad, debido a que la extensión se puede trabajar con un margen de error elevado en cuanto a la longitud, la movilidad es amplia si el mesenterio es laxo.

La colocación de un tubo de yeyunostomía puede realizarse:

1. A cielo abierto por laparotomía
2. Con asistencia laparoscópica
3. Por laparoscopia
4. Percutánea con guía por imágenes o endoscópica.

### Vías de acceso

Las incisiones que, comúnmente, se emplean son la laparotomía media supraumbilical y la transversal pararrectal izquierda; ambas de fácil ejecución con anestesia local infiltrativa.

Para la yeyunostomía se prefiere la pararrectal izquierda transversal, que facilita la localización del asa fija que es el primer paso.

La incisión transversal pararrectal izquierda, las fibras de los músculos anchos del abdomen se separan con una pinza de Kelly. Al penetrar en la cavidad peritoneal se reconoce al estómago por el color blanco rosado y el marcado grosor de sus paredes. Al tirar de estas se comprueba, también, una gran elasticidad. Estos detalles son importantes cuando se trabaja en un campo reducido. El colon tiene un color blanco mate y se aprecian fácilmente las cintillas o tenias. Después de reconocer el estómago, se escoge el lugar del cuerpo, cercano a la gran curvatura, para introducir la sonda.

Es imperativo diferenciar el colon. Una vez que se identifica el intestino delgado se tira, suavemente, de un asa que se debe buscar debajo del colon transversal, a la izquierda de la línea media, junto a la columna lumbar, lo más cerca posible del asa fija

## 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 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 transverso con pinza de Foerster. Individualizado el ángulo de Treitz, se exterioriza

por un incisión mínima el asa de yeyuno conveniente para realizar la yeyunostomía a lo Stamm o Witzel con cateter; 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 laparotómica; en general se utilizan cuatro puntos tractores. Luego se realiza la punción percutánea del asa, y bajo guía de alambre se introduce el cateter 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 transversal 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 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 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

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