

LA DEHISCENCIA DEL MUÑÓN DUODENAL PROFILAXIS MEDIANTE NUEVA TECNICA DE DRENAJE

Claudio Orlich Carranza*

Mario Barba Figueroa**

INTRODUCCION:

Hace algunos años fue presentado por uno de nosotros un trabajo sobre este tema en el cual se incluía un reporte sobre los primeros casos que fueron tratados por nosotros por medio de la técnica que al respecto hemos adoptado. En esta presentación no solamente queremos agregar un número mayor de casos, sino que también comunicar alguna de nuestra experiencia obtenida de un trabajo de investigación en perros, el cual fue elaborado para valorar la resistencia de la sutura del muñón duodenal sometido a distención neumática en diferentes días postoperatorio y a diferentes presiones. Ese trabajo sirvió como tesis de graduación para obtener el título de especialista en cirugía general por uno de nosotros (Dr. Barba) y que el otro tutorizó. Desde los inicios de la

cirugía gástrica, una de las complicaciones más temidas es la dehiscencia del muñón duodenal. Esto tiene especial gravedad si se ha cerrado el abdomen sin dejar drenaje. Debe hacerse hincapié en el hecho de que nunca ha ocasionado ningún perjuicio dejar uno o dos drenes en la región subhepática, después de realizar una gastrectomía parcial, especialmente si se ha practicado disección en la vecindad de la cabeza del páncreas. Si los drenes están en su sitio, la dehiscencia del duodeno se manifiesta entre el tercero y quinto días postoperatorios por la aparición de exudado teñido de bilis que pronto produce irritación de la piel circundante. La dehiscencia en términos generales se debe a causas particulares del mismo duodeno, de tipo inflamatorio, cicatricial con gran fibrosis, isquemia, etc. Agregado a estos factores siempre se ha pensado y creído que el aumento progresivo de la presión dentro del duodeno era una de las

RELACION PRESION RUPTURA/FECHA SACRIFICIO

PERRO No.	FECHA SACRIFICIO RUPTURA DUODENAL	PRESION RUPTURA DUODENAL
1	Poso. inmediato	10.5 Lb/Pulg ² (532 mm Hg)
2	Poso. inmediato	10.5 Lb/Pulg ² (532 mm Hg)
3	Primer día	12 Lb/Pulg ² (608 mm Hg)
4	Primer día	12.5 Lb/Pulg ² (633.3 mm Hg)
5	Segundo día	12 (698 mm Hg)
6	Segundo día	12 (608 mm Hg)
7	Tercer día	12 (608 mm Hg)
8	Tercer día	11 (557.3 mm Hg)
9	Cuarto día	11.5 (582.6 mm Hg)
10	Cuarto día	7 (354.6 mm Hg)
11	Quinto día	9 (456 mm Hg)
12	Quinto día	Falleció al tercer día suturas/ anastomosis íntegras

15 Lb/Pulg² = 760 mm Hg.

* Jefe Cirugía Uno, Hospital San Juan de Dios. Catedrático Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica.

** Asistente Servicio Emergencias Quirúrgicas, Hospital San Juan de Dios. Docente Ad Honorem Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica.

circunstancias que favorecía la catástrofe duodenal. Tal como se demuestra en la Tabla de Relación Presión Ruptura/Fecha Sacrificio que se adjunta, a las presiones a que fue sometida la sutura en los diferentes días postoperatorios de los perros utilizados en el trabajo antes mencionado, creemos que el aumento de la presión dentro del duodeno es un elemento de importancia muy relativa si la sutura fue hecha en tejidos no tan alterados y que permitieron llevarla a cabo en forma confiable. Es indudable que esta complicación se presenta generalmente en los pacientes operados por úlcera duodenal en los que se ha dejado un muñón de cierre difícil e inseguro. Se estima que este accidente ocurre en unas 2-3% de las resecciones gástricas por úlcera duodenal. Su mortalidad es alta; Avola & Ellis reportaron un 77% de mortalidad y Larsen & Foreman reportaron un 84% de mortalidad. Scott & Coll reportaron tres muertes en ocho casos para una mortalidad de 37%. Mc Kittrick, Moore & Warren reportaron que el 50% de mortalidad por gastrectomía se debió a dehiscencia del muñón duodenal. Muchas de estas catástrofes podrían evitarse o su gravedad disminuirse, observando ciertas precauciones.

Las úlceras duodenales de cara posterior, penetrantes tienen un área llena de edema, fibrosis y proceso adherencial. La remoción de una lesión de estas no solamente es peligrosa por la posibilidad de daño al coledoco o al páncreas, sino que el propio cierre del muñón duodenal puede ser extremadamente difícil. Puede presentarse durante la difícil disección lesiones penetrantes al páncreas con daño a sus conductos excretores ó el trauma puede ser de tal severidad que dé lugar a una pancreatitis local o difusa con digestión de las suturas en el muñón duodenal, o por sí misma poner en peligro la vida del paciente. Es por esto que en algunas ocasiones es innecesario extirpar úlceras duodenales de pared posterior, tratándolas por exclusión. En nuestro Servicio hemos revisado y practicado varias técnicas como las de Graham & Nissen que disecan solamente un muñón duodenal fácil y la de Welch que diseca el muñón duodenal difícil y al cerrarlo deja un tubo ó catéter en el duodeno, con una sutura en bolsa de tabaco. El tubo es colocado por una contraincisión y conectado a un frasco colocado en el suelo para obtener drenaje por gravedad. La técnica que presentamos en el primer trabajo no ha sido variada. En algunos casos hemos empleado una sonda de Folley del número 16 y en otros un tubo de polietileno delgado que obtenemos de los equipos para transfundir soluciones parenterales, sin transfixar como lo hace Welch. Cuando se usó la sonda de Folley fue inflado el balón con 5 cms de suero, en los casos en que se empleó el tubo de polietileno éste fue introducido en una extensión de 5 cms. en el duodeno. Las paredes del duodeno se suturaron alrededor del tubo de drenaje de la mejor manera posible y se recubrió con un manguito de epiplón. Se dejan drenajes por contraincisión lateral derecha a la altura del duodeno. La sonda o tubo de drenaje es conectada a otro tubo largo de polietileno el cual se adopta a un soporte o "gigante" tal como se hace con los tubos de presión venosa central estando el "O" a la altura del duodeno. Cuando el paciente se levanta de su

cama para caminar se desprende el tubo de polietileno del soporte y se fija al hombro derecho del paciente. En nuestro reporte inicial hicimos la presentación de cuatro casos, estando convencidos de la bondad del método continuamos usándolo cada vez que la condición del duodeno lo amerite. En la actualidad podemos agregar ocho nuevos casos para hacer un total de doce. La evolución en todos ellos fue enteramente satisfactorio, la morbilidad y la mortalidad fue de cero.

De acuerdo al menaje que hemos adoptado la succión nasogástrica no fue empleada en el postoperatorio. La usamos en el preoperatorio de los casos con estenosis pilórica y gran dilatación gástrica, para mejorar las condiciones locales. Si bien es cierto que la alimentación parenteral total ha llevado a un plano secundario la vía oral y la hemos usado en nuestros últimos casos, el inicio de la vía oral no solamente mejora la condición emocional del paciente sino que acorta la estancia hospitalaria. En nuestros pacientes hemos reiniciado la vía oral alrededor del quinto día postoperatorio con la administración de líquidos, pasando a la dieta blanda en el séptimo u octavo día. El tubo o la sonda usado en el duodeno han sido retirados en el día catorce del postoperatorio, no habiéndose presentado en ningún caso fístula duodenal. La forma misma en que se coloca el drenaje del duodeno, su posición vertical semejante a la de una presión venosa central y la no succión mecánica o por gravedad, han hecho que el desequilibrio hidroelectrolítico en nuestros pacientes sea mínima y su manejo postoperatorio bastante más fácil que en aquellos casos en que se ha presentado y su magnitud sea importante, bien sea por el drenaje clásico del duodeno o la dehiscencia del mismo. El promedio de estancia hospitalaria en estos pacientes, ha sido de 16 días, lo cual no es mucho mayor que el que se observa en una resección gástrica sin drenaje del duodeno y sin complicaciones. Hemos tenido oportunidad de emplear este método en dos pacientes con dehiscencia postoperatoria del muñón duodenal. En la reintervención se drenó el duodeno por el método descrito. El resultado fue muy satisfactorio.

RESUMEN:

Se revisa nuevamente una técnica de drenaje para el muñón duodenal en aquellos pacientes sometidos a resección gástrica en los cuales el cierre fue difícil. La técnica fundamentalmente consiste en evitar la succión o drenaje del duodeno por medios mecánicos o acción de la gravedad. Se presentan doce casos con resultados muy satisfactorios, sin morbi/mortalidad.

BIBLIOGRAFIA

1. *Harkins & Nymus. "Duodenal Stump Blowout". Surgery of the stomach and duodenum. Pages 650-651; 666-668. Surgical techniques with duodenal stump. Pages 667-669 & 671.*

2. Lippert & Coleman. "Duodenostomy in gastric resection for duodenal ulcer". *American Journal Surgery* 95: 781. 1958.
3. Maypeld, R.C. Abrowson, P.D. "The use of catheter duodenostomy in subtotal gastrectomy". *American Journal Surgery* 90: 998. 1955.
4. Prestley J. T. et al. "Techniques for management of duodenal stump in certain cases of partial gastrectomy for duodenal ulcer". *American Journal of Surgery* 82: 163, 1950.
5. Selbert C. Pearson et al. "The use of catheter duodenostomy in gastric resection for duodenal ulcer". *American Journal of Surgery*. Vol. 106, Tomo 1, Pages 1, 194. 1963.
6. Welch & Rad Key. "Method of management of duodenal stump after gastrectomy". *Surgery Gynecologist and Obst.* 98: 376. 1954.