

Cartas al director



Duodenotomía de descarga

Sr. Director:

En el artículo publicado “Síndrome de Bouveret: diagnóstico preoperatorio por imagen”¹ se comenta el caso clínico de un paciente de 75 años, depauperado, con una insuficiencia renal crónica. Fue intervenido practicándosele una duodenotomía y extrayéndosele un cálculo de 10 cm de diámetro que había pasado al duodeno a través de una comunicación colecistoduodenal y producía allí una oclusión. En el postoperatorio presentó una fístula, a pesar de haber comprobado la estanqueidad de la sutura duodenal. Consideramos que una duodenotomía de descarga podría haber sido un gesto quirúrgico a añadir, que quizás hubiera evitado dicha fuga.

El ser ésta una técnica de utilidad contrastada en casos especiales, es lo que nos ha llevado a su publicación.

Se atribuye a Langenbuch haber empleado por primera vez en 1880 la duodenotomía, habiéndola usado con finalidad alimentaria. Neumann dejó colocado un catéter intraduodenal en un paciente al que no le pudo suturar una perforación en el año 1909². Welch, hacia 1950, empleó su técnica de duodenotomía de descarga, y en una de sus publicaciones comentó 10 casos tratados con éxito^{3,4}. En nuestro país tenemos que citar a Díez Cascón como introductor de la misma, sobre todo en la utilidad de alimentación^{5,6}.

Consideramos que son dos las indicaciones fundamentales de la duodenotomía de descarga:

1. Profiláctica de fugas: en los denominados duodenos “difíciles” tanto por razones locales como sistémicas, es decir, situaciones en las que las suturas no se hacen con garantías suficientes, existe tensión o isquemia, friabilidad de los tejidos (pacientes malnutridos, neoplásicos gastrectomizados^{7,8} tipo Billroth II con deficiente estado de cicatrización –muñones de riesgo– e inmunodeprimidos), grandes destrozos duodenales por traumatismos⁹, etcétera.

2. Terapéutica: en casos en los que la sutura duodenal no es factible; por ejemplo, en grandes perforaciones del órgano o cuando se ha producido una fuga¹⁰ o dehiscencia de sutura y no está bien drenada.

Lo que hace el drenaje intraluminal con catéter (denominación más correcta que la de “duodenotomía”) profiláctico es crear una comunicación estanca entre la luz duodenal y el exterior, conduciendo el contenido digestivo y evitando que en casos de dehiscencia de las suturas se vacíe en la cavidad abdominal, produciendo lesiones que pueden ser graves (peritonitis, abscesos, necrosis, fístulas, etc.). Al suprimir la tensión del tubo digestivo

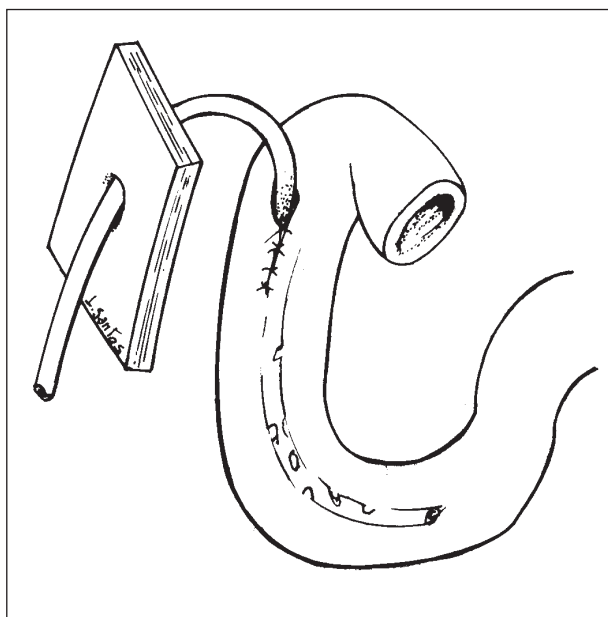


Fig. 1. Se observa la técnica de duodenotomía con la sonda.

(descarga), también soslaya la posibilidad del fallo de sutura. Es una válvula de seguridad, un recurso sencillo y eficaz.

La técnica de duodenotomía que empleamos, a una sonda de Foley que no tiene por qué ser muy gruesa, por ejemplo del calibre 18 (Ch), se le realizan varios orificios en una tramo no inferior a 8 cm a partir de la punta y se introduce a través de una brecha al comienzo de la segunda porción del duodeno (previamente a veces es necesario liberarla [maniobra de Kocher]). Se desliza el catéter hacia la parte más declive que es la segunda porción (si el paciente está en decúbito supino). Incluso a nosotros nos gusta pasar 2 o 3 cm del tubo hasta la tercera que, estando en posición ortostática, es la zona más declive. En el lugar correspondiente al globo realizamos otro orificio perforante hasta la luz de la sonda (fig. 1), para evitar que sea hinchado y dificulte el drenaje. Con una tunelización tipo Witzel se protege y fija el orificio de emergencia de la sonda por el ojal duodenal.

En los casos excepcionales referidos en la indicación terapéutica, introducimos la sonda a través del propio orificio duodenal intentando cerrarlo en lo posible sobre el tubo con una “bolsa de tabaco” o puntos de sutura. Consideramos que es obligado colocar al lado del catéter un drenaje blando tipo Penrose, por si existe alguna fuga en torno al mismo, para que la evacue y si no es productivo, al segundo o tercer día (si la duodenotomía drena adecuadamente) se retira. Para todas estas suturas usamos material de reabsorción lenta.

No creemos que sea necesario fijar el duodeno intubado a la pared abdominal. Consideramos, como otros autores, que se puede extraer el catéter simplemente, como se hace con los tubos en T de Kehr. Tras fijar la sonda a la piel con una sutura de seda en el punto de transfixión, donde se extrae por una contraabertura, no recordamos ninguna complicación inherente a la misma y tampoco

alarga el acto quirúrgico especialmente en el tiempo. Nuestra experiencia al respecto es francamente positiva.

La duodenotomía a través del catéter, complementada con un drenaje al lado del mismo tipo Penrose o similar, es una solución ideal para las situaciones que hemos referido; pero si por alguna circunstancia no se coloca la duodenotomía, a lo que no se debe renunciar es al simple drenaje, ya que éste supone una tabla de salvación en esas circunstancias, aunque tiene menos garantías que si va acompañado de la sonda intraluminal. Otra ventaja de la duodenotomía de descarga es que tras cumplir su misión puede servir para alimentación, aventajando a la yeyunostomía al permitir aprovechar un mayor tramo digestivo.

A los 12-14 días de la colocación, si no existe alguna contraindicación (malnutrición, inmunosupresión) y se confirma el buen paso digestivo inferior, puede ser retirada. Previamente, se puede dejar un día o dos pinzada para que el tránsito descendente se normalice, se forme mejor el trayecto fistuloso con el exterior y se evite el ex-polio del contenido duodenal.

Algunos autores han empleado en estas circunstancias otros tipos de drenajes intraluminales como el tubo en T de Kehr o la sonda de Pezzer, que son otras opciones. Si se usa el tubo en T, la rama distal debe estar multiperforada y ser de un grosor similar al de la sonda de Foley. El inconveniente mayor que le vemos es que las ramas distales de los tubos de que se dispone no son lo suficientemente largas para alcanzar la zona declive. Cuando se emplee la sonda de Pezzer, creemos que es mejor suprimir el capuchón o fragmentarlo⁷ para evitar que produzca lesiones por decúbito o que al retirar la sonda agrande el orificio duodenal.

Agradecimientos

Al Dr. Diego Gómez Sánchez (cirujano del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona) y al Prof. Luis Santos Gutiérrez (profesor de Anatomía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca). Autorizado por el Jefe del Servicio de Cirugía, Prof. A. Gómez Alonso.

**I. Oliva, L.M. González, M.C. Esteban,
I. Silva y L. Hernández**

Servicio de Cirugía.
Hospital Clínico Universitario de Salamanca

Bibliografía

1. Blanco González FJ, Artigas Martín JM, Fuertes Fernández MI, Hernando Almudí E, García Calleja JL, Del Río Marco F. Síndrome de Bouveret: diagnóstico preoperatorio por imagen. *Cir Esp* 2000; 67: 619-620.
2. Neumann A. Zur verwertung der netzplastik bei der behandlung des perforierten magen und duodenalgeschwüst. *Deutsch Z Chir* 1909; 100: 298-305.
3. Welch CE. Treatment of accute masive gastrointestinal hemorrhage. *JAMA* 1949; 141: 1113-1118.
4. Welch CE, Rodkey GV. A method of management of duodenal stump after gastrectomy. *Surg Gynecol Obstet* 1954; 98: 376-379.
5. Díez Cascón A, Bastida Vila JF, Blanes Barcia R. Duodenotomía de alimentación. *Med Clin* 1973; 61: 147-150.
6. Díez Cascón A, Ayguavives Garnica I. Duodenotomía distal modificada de alimentación. *Acta Chir Catal* 1981; 2: 489-492.
7. Prigouris S, Michas P. Duodenostomy. *Am J Surg* 1997; 138: 698-702.
8. Hampson LG. Gastrectomía parcial. En: Nora PF, editor. *Cirugía general. Principios y técnicas*. Barcelona: Salvat, 1975; 388-400.
9. Shilyansky J, Pearl RH, Kreller M, Sena LM, Babyn PS. Diagnosis and management of duodenal injuries in children. *J Pediatr Surg* 1997; 32: 880-886.
10. Chung MA, Wanebo HJ. Asistencia y tratamiento quirúrgico de las fístulas gástricas y duodenales. *Sur Clin North Am* (ed. esp.) 1996; 4: 1161-1170.