

NUEVA TÉCNICA PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS HERIDAS DE DUODENO

ARTICULO ORIGINAL

INFORME PRELIMINAR

Dr. Alí Peñaloza A.*

Dra. Jenny-Ann Benotto**

Dr. Aristides Colmenares**

Dr. Jonathan Pérez**

Dra. María Teresa Marbán**

Resumen

Las asas delgadas son el órgano más frecuentemente lesionado en los casos de heridas por arma de fuego. Cuando se asocia una lesión del duodeno la morbi-mortalidad aumenta notablemente. Por tal motivo se han propuesto diferentes técnicas para el tratamiento de las heridas penetrantes del duodeno. Nosotros proponemos utilizar, en todas las heridas del duodeno, salvo las que se asocian a lesión pancreática y/o lesión duodenal extensa, la siguiente técnica quirúrgica: Rafia de la lesión, Colocación de asa de Tall, Exclusión pilórica extraluminal, y Gastroenteroanastomosis. Esta técnica fue aplicada en 4 pacientes que ingresaron a la emergencia por herida por arma de fuego, presentando herida de duodeno sin lesión pancreática ni compromisos de grandes vasos. En éstos pacientes no se presentaron complicaciones, tales como: fístulas, abscesos intraabdominales, infección de la herida, fiebre, sangramiento ni sepsis. Se redujo el tiempo de hospitalización, y se inició dieta oral más precozmente, en relación a otros métodos descritos en la literatura, no hubo mortalidad, el tránsito intestinal por el duodeno se restableció al décimo día y los pacientes fueron dados de alta por la consulta a los 30 días de la intervención quirúrgica.

Palabras clave

Lesión Duodenal, exclusión pilórica, Gastroyeyunoanastomosis.

Abstract

The most frequent damage organ in abdominal gunshot wounds is the small bowel, where the duodenum play a special role. Duodenal lesions increase the morbidity and mortality of patients compared with other small bowel locations. Many repair surgical techniques are proposed in duodenal penetrating wounds, we present our previous experience in 4 duodenal gunshot penetrating wounds evaluated in the emergency room, no case had pancreatic or vascular lesions, let us perform primary closure the duodenal wound, jejunal loop approximation with separated coated vycril 000 suture to the duodenal rafia, extraluminal pyloric exclusion and gastroenteroanastomosis in all the 5 cases. We have no complications, hospital permanence was lower and diet start earlier, compared with other techniques described in literature.

Key words

Duodenal lesion, pyloric exclusion, gastroyeyunoanastomosis.

* Adjunto al Servicio de Cirugía del Hospital Luis Salazar Domínguez del IVSS. MASVC. Caracas, Venezuela.

** Médicos residentes asistenciales del Servicio de Cirugía del hospital Luis Salazar Domínguez del IVSS. Caracas, Venezuela.

Introducción

En Venezuela el órgano más frecuentemente lesionado por heridas por arma de fuego son las asas delgadas, luego el colón y el hígado⁽¹⁾. En los casos en que se asocia una lesión duodenal, la morbi-mortalidad aumenta aún más^(2-3,4), debido a la pobre irrigación de éste órgano y a su cercanía a estructuras vitales de la anatomía humana. Por tal motivo y debido a las numerosas complicaciones que se presentan en el post-operatorio de las heridas del duodeno, es que se han propuesto diferentes métodos para el tratamiento quirúrgico de dichas lesiones, como: reparación primaria con o sin exclusión pilórica + gastroenteroanastomosis, resección duodenal, diverticulización del duodeno y operación de whipple.^(5,6,7,8,9,10)

Por todas las razones antes expuestas, es por lo que proponemos realizar en todas las heridas penetrantes del duodeno (salvo en los casos en que exista compromiso pancreático y/o lesión extensa del duodeno), la siguiente técnica quirúrgica:

- 1 • Rafia de lesión duodenal en 2 planos.
- 2 • Colocación de asa de Tall
- 3 • Exclusión pilórica extraluminal
- 4 • Gastroenteroanastomosis.

Población y método

Esta técnica fue aplicada en 4 pacientes cuyas edades oscilaban entre los 18 y 30 años, con una media de 24 años, quienes consultaron a la emergencia del hospital Luis Salazar Domínguez del IVSS, entre los años 1992 a 1998, por herida por arma de fuego en abdomen, presentando como hallazgo común, herida penetrante en la segunda o tercera porción de] duodeno, sin lesión pancreática asociada, ni compromiso de grandes vasos, pero con lesión de otros órganos como: riñón, estómago (2 casos), vesícula biliar (1 caso), hígado y colon.

Técnica utilizada:

En éstos pacientes se realizó:

- 1 • Rafia primaria de la lesión duodenal: primer plano perforante total con material de sutura reabsorbible, crómico 2-0, surget continuo, y segundo plano seromuscular con seda 3-0, a puntos separados.
- 2 • Colocación de asa de Tall: la cuál consiste en fijar la serosa de un segmento de yeyuno a la serosa duodenal reparada, con seda 3-0 a puntos separados.
- 3 • Gastro-yeyunoanastomosis: Latero-lateral en 2 planos.
- 4 • Exclusión pilórica extraluminal: colocándose 4 puntos separados, con crómico 1-0 que abarca todo el espesor de] píloro.

En todos los pacientes se utilizó una cefalosporina de tercera generación y amoniglucósido como antibióticos, en el post-operatorio.

Se realizó estudio radiológico con contraste al décimo día post-operatorio, para verificar la restitución del tránsito intestinal del duodeno.

Resultados

En éstos pacientes, no se presentaron complicaciones

centro médico

Dr. Alf Peñaloza A. • Dra. Jenny-Ann Benotto • Dr. Arístides Colmenares • Dr. Jonathan Pérez • Dra. María Teresa Marbán

inherentes a la técnica ni al tipo de lesión como: fistulas, abscesos intraabdominales, infección de la herida operatoria, fiebre, sangramiento, sepsis.

El tiempo de estadía hospitalaria varió entre 4 a 6 días.

El inicio de la dieta vía oral, fue al 3^{er} día del post-operatorio.

En todos los pacientes se evidenció la restitución del tránsito intestinal por el duodeno, al décimo día del post-operatorio, mediante estudio radiológico.

No tuvimos ningún caso de mortalidad.

El alta por la consulta se realizó a los 30 días de la intervención quirúrgica.

Discusión

A través de éste estudio queremos destacar las ventajas de la técnica que proponemos para las lesiones de duodenos, las cuales son:

1 • **Reducción del tiempo de hospitalización:** comparado con otros procedimientos, como rafia de la lesión con yeyunos-tomía o exclusión pilórica con duodenostomía, en los cuales la estadía hospitalaria promedio fue de 12 a 27 días. ^(11,12)

2 • **Disminución del riesgo a presentar fistulas duodenales:** En nuestra serie no se presentó ningún caso de fístula, sin embargo la literatura reporta que en los casos en que se realizó rafia duodenal (sin asa de Tall) + exclusión pilórica el porcentaje de fístula fue del 12%, y en los casos de rafia duodenal sin exclusión pilórica el porcentaje de fistulas fue del 43%. ^(13,14)

3 • **Tratamiento definitivo:** Al realizar el procedimiento quirúrgico que proponemos, resolvemos el problema de manera definitiva y en una sola intervención, obteniendo un tránsito normal por el duodeno en el décimo día del postoperatorio ⁽¹⁵⁾. Cuando se repara la lesión duodenal acompañándose de una eventual yeyunostomía o gastrostomía, esto conlleva a una probable segunda intervención, para la restitución del tránsito normal, aumentando la posibilidad de complicaciones.

4 • **Disminución de los costos:** Al haber menos días de hospitalización y al no ser necesaria una segunda intervención quirúrgica, se disminuyen las complicaciones, reduciéndose notablemente los costos.

El hecho de que el paciente presente otras lesiones asociadas como: herida de colon, riñón, vesícula, estómago, e hígado no contraindica el uso de éste procedimiento; por el contrario, recomendamos realizar ésta técnica, para evitar las complicaciones que aumentan la morbi-mortalidad, por el uso de otros procedimientos empleados en las heridas de duodeno.

Referencias bibliográficas

1. Henriquez, Rubén D; Méndez, José; Rodríguez M, Fernando; Viteri O, Josu. Heridas por arma de fuego, Unidad de Politraumatizados, Hospital Dr. Domingo Luciani IVSS. Caracas-Venezuela.
2. Richelme H; Benchimol D- Chazal M; Mouroux J; Traumas of the Duodenum. Ann Chir, 47:659-63, 1993.
3. Cuddington G; Rusnak CH; Cameron D; Carter J. Management of duodenal injuries. Can J Surg, 33:41-4, 1990
4. Burgess P; Fox JG; Taylor RM. Management of duodenal injuries by proximal T-tube drainage. Injury, 22:321-2, 1991.

5. McKenney MG- Nir L Levi DM- Martin L. Evaluation of minor penetrating duodenal injuries. Am Surg, 62:952-5, >W 1996.
6. Moneure M; Goins WA. Challenges in the management of pancreatic and duodenal injuries. J Natl Med Assoc, 85:767-72, 1993.
7. Nassoura ZE; Ivatury RR; Simon RJ; Kihitir T. Stahl WM. A prospective reappraisal of primary repair of penetrating duodenal injuries. Am Surg, 60:35-9, 1994.
8. Bugnon PY; Boulenger-Bugnon; Gautier-Benoit C. Traumatic rupture of the duodenum in adults. Clinicopathologic and therapeutic considerations. Apropos of 9 cases. J Chir 128: 30-3, 1991,
9. Verma GR. Wig JD; Khanna SK, Bose SM. Management of duodenal trauma. Trop Gastroenterol, 15:23-8, 1994.
10. Errougani A; Ameur A- Chkoff R; el AU A; Balafrej S. Duodenopancreatic injuries. Apropos of 30 cases, J Chir, 134(1): 9-13, JW 1997.
11. Shilyansky J; Pearl RH; Kreller M; Sena LM; Babyn PS. Diagnosis and management of duodenal injuries in children. J Pediatr Surg, 32:880-6, 1997.
12. Ginzburg E. Carrillo EH; Sosa JL, Hertz J; Nir 1; Martin LC. Pyloric exclusion in the management of duodenal trauma: is concomitant gastrectomy necessary? Am Surg, 63(11): 964-6 W11997.
13. Degiannis E- Krawczykowski D; Velmaos GC; Levy RD; Souter 1; Saadia R. Pyloric exclusion in severe penetrating injuries of the duodenum. World J Surg, 17:751-4, 1993.
14. Ginsberg DA- Stein JP- Grossfeld GD; Tarter T; Skinner DG. Traumatic pyeloduodenal fistula: a case report and review of the literature. Urology, 47:588-91, 1996.
15. Fang JF; Chen RJ; Lin BC. Controlled reopen suture technique for pyloric exclusion. J.Trauma, 45:593-6, 1998.

