

Exclusión pilórica y gastroyeyuno anastomosis en omega de Braun: Una opción más para el manejo de perforación duodenal compleja

José Asz Sigall,* Karla Alejandra Santos Jasso*

RESUMEN

La exclusión pilórica es una técnica que brinda buenos resultados para el manejo de perforaciones duodenales complejas, pero la gastroyeyuno anastomosis simple produce estancamiento del alimento en el asa aferente y reflujo biliar muy importante. Para evitar estos problemas se han descrito técnicas como la gastroyeyuno anastomosis con yeyunoyeyuno anastomosis en omega de Braun o en Y de Roux. Presentamos un caso de perforación duodenal asociada a síndrome antifosfolípidos que fue manejado exitosamente con exclusión pilórica y omega de Braun.

Palabras clave: Exclusión pilórica, perforación duodenal, síndrome antifosfolípidos, omega de Braun, pediatría.

ABSTRACT

Pyloric exclusion is a surgical technique used with good results for the treatment of complex duodenal perforations, but a simple gastrojejunostomy produces stasis in the afferent loop and severe biliary reflux. To avoid these problems, some surgical techniques such as the Braun's omega or the Roux-en-Y gastrojejunostomy with jejunoyejunostomy, have been described. We report a case of duodenal perforation caused by the antiphospholipid syndrome that was successfully managed with pyloric exclusion and a Braun omega.

Key words: Pyloric exclusion, duodenal perforation, antiphospholipid syndrome, Braun omega, pediatrics.

INTRODUCCIÓN

En 1892, Braun describió la anastomosis yeyunoyeyunal entre las asas aferente y eferente justo distal a la gastroyeyuno anastomosis para desviar el alimento del asa aferente y disminuir el vómito biliar.¹ La exclusión pilórica es una de las técnicas que se utilizan para manejo de la perforación duodenal compleja.² Presentamos un caso de perforación duodenal compleja causada por síndrome antifosfolípidos que fue tratada exitosamente mediante exclusión pilórica con gastroyeyuno anastomosis en omega de Braun.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 14 años con antecedente de dolor epigástrico urente crónico de cinco meses de evolución, el cual se agravaba con la ingesta de alimentos y mejoraba con el vómito. Se acompañaba de plenitud gástrica postprandial y pérdida de peso. Ingresó a nuestra institución con cuadro de tres días de evolución caracterizado por dolor abdominal intenso generalizado, mal estado general y abdomen agudo. Se realizó laparotomía exploradora con la cual se encontró necrosis y perforación compleja del bulbo duodenal que abarcaba alrededor del 40% de su circunferencia. Se realizó cierre primario de la perforación reforzada con parche de omento, exclusión pilórica con material absorbible, gastroyeyuno anastomosis en omega de Braun, gastrostomía y drenaje externo periduodenal (*Figura 1*). Los niveles séricos de gastrina resultaron normales. Durante su recuperación, al paciente se le diagnosticó síndrome antifosfolípidos,

* Departamento de Cirugía General, Instituto Nacional de Pediatría.

Recibido para publicación: 27/10/09. Aceptado: 05/02/10.

Correspondencia: Dr. José Asz Sigall

Instituto Nacional de Pediatría. Departamento de Cirugía Pediátrica. Insurgentes-Cuicuilco, 04530 México, D.F. Tel: 1084-0900, ext. 1297

para el cual recibe tratamiento hasta el momento. Su evolución ha sido satisfactoria y a dos años de seguimiento se encuentra asintomático. La endoscopia de control a dos años muestra permeabilidad de la anastomosis gastroyeyunal y del píloro, así como gastritis leve. El duodeno se observa de características normales. El reporte histopatológico de biopsias gástricas informó gastritis crónica leve con aislamiento de *Helicobacter pylori*, para el cual recibió tratamiento. La serie esofagogastroduodenal (SEGD) muestra paso preferencial del medio de contraste a través de la gastroyeyuno anastomosis y píloro permeable. No se logra observar la yeyunoyeyuno anastomosis distal (Figura 2). La impedanciometría esofágica muestra reflujo ácido gastroesofágico importante con índice

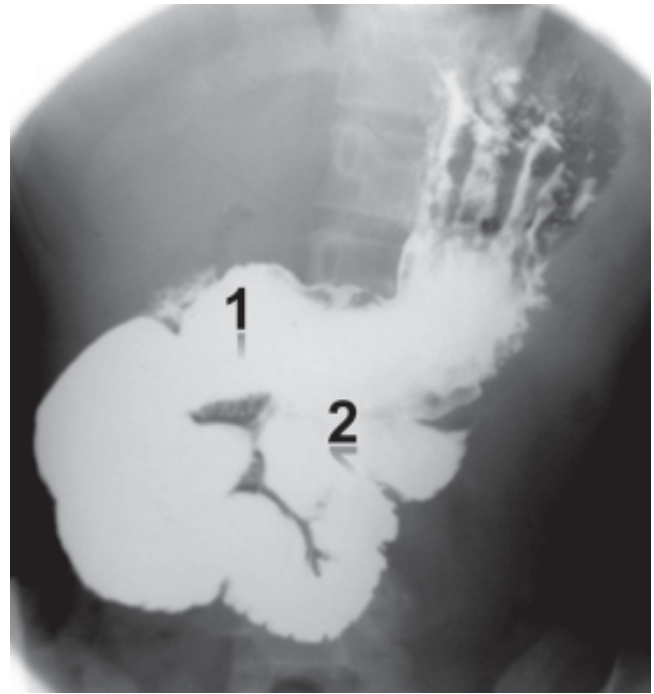


Figura 2. Serie esofagogastroduodenal. Muestra permeabilidad pilórica y permeabilidad de la gastroyeyuno anastomosis.

compuesto de Boix-Ochoa de 115, por lo que continúa con tratamiento a base de ranitidina y cisaprida.

DISCUSIÓN

Existen informes aislados de necrosis y perforación duodenal asociados a vasculitis, pero no asociados a síndrome antifosfolípidos. Aunque la exclusión pilórica es una técnica que brinda buenos resultados en el manejo de perforaciones duodenales complejas, la gastroyeyuno anastomosis simple produce estancamiento del alimento en el asa aferente con reflujo biliar muy importante y vómitos de características biliares. Para evitar estos problemas, se han descrito técnicas como la omega de Braun¹ o la Y de Roux. Esta última, a pesar de ser la más utilizada, altera significativamente la motilidad del segmento intestinal utilizado y puede producir el llamado «síndrome de estasis de Roux».³⁻⁵ La omega de Braun no tiene este problema y se puede cerrar a nivel del asa aferente para producir una Y de Roux funcional «sin corte del intesti-

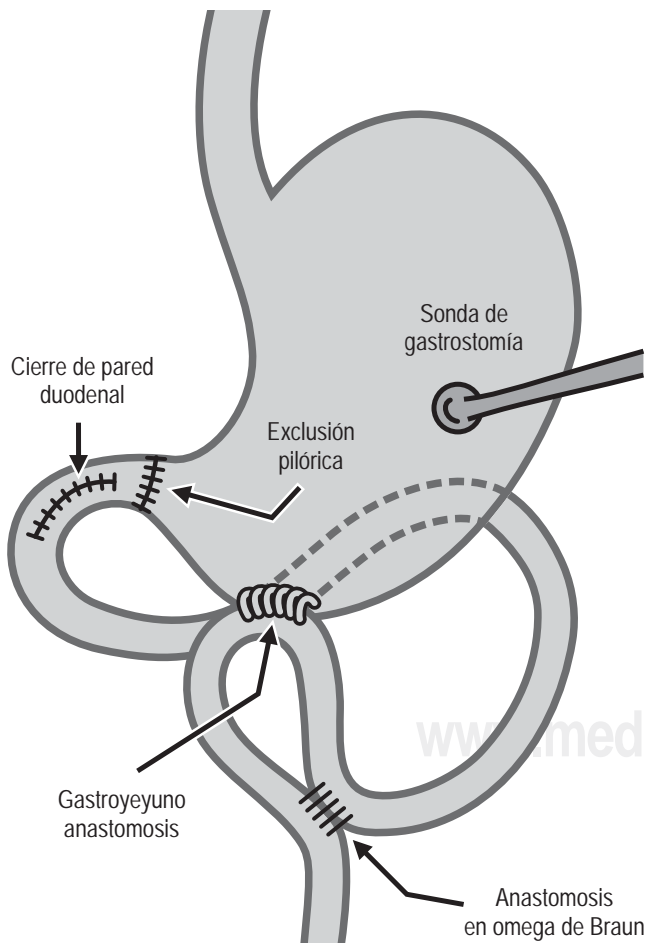


Figura 1. Gastroyeyuno anastomosis en omega de Braun y exclusión pilórica.

no». ^{4,5} En este caso se realizó una exclusión pilórica con gastroyeyuno anastomosis y yeyunoyeyuno anastomosis en omega de Braun. El paciente se encuentra asintomático. La endoscopia muestra gastritis asociada a *Helicobacter pylori* y la impedanciometría muestra que existe reflujo gastroesofágico ácido, por lo que deberá recibir manejo médico a largo plazo. Esta operación fue ideada para disminuir el reflujo biliar y la probabilidad de presentar el síndrome de asa aferente y gastritis alcalina severa con vómito biliar, objetivos que hasta el momento se han cumplido satisfactoriamente en nuestro paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Braun H. Ueber die Gastro-enterostomie and Gleichzeitig Ausgefuehrte. Arch Klin Chir 1893; 45: 361.
2. Mello Filho AR, Martins JL, Marinho VR, Martins ECS. Use of pyloric exclusion with a double jejunostomy in the treatment of a serious duodenal lesion in a child. Pediatr Surg Int 2003; 19: 122-123.
3. Vogel SB, Drane WE, Woodward ER. Clinical and radionuclide evaluation of bile diversion by Braun enteroenterostomy: Prevention and treatment of alkaline reflux gastritis. Ann Surg 1994; 219: 458-466.
4. Noh SM. Improvement of the Roux limb function using a new type of «uncut Roux» limb. Am J Surg 2000; 180: 37-40.
5. Noh SM, Jeong HY, Cho JS et al. New type of reconstruction method after subtotal gastrectomy (Noh's operation). World J Surg 2003; 27: 562-566.