

# ANASTOMOSIS DUODENOYEYUNAL COMO RECURSO TÉCNICO EN CASO DE ISQUEMIA MESENTÉRICA SEGMENTARIA QUE AFECTA AL ÁNGULO DE TREITZ

M. Socas-Macías, H. Pérez-Vega, I. Alarcón-del Agua, A. Barranco-Moreno, S. Morales-Conde

Unidad de Innovación en CMI, Bariátrica y Esofagogástrica. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

## Resumen

Presentamos el caso clínico de un paciente con una hernia interna estrangulada, con afectación del ángulo de Treitz por la isquemia intestinal. Situación infrecuente, potencialmente letal y de difícil manejo ya que sus opciones técnicas de resolución son muy limitadas, siendo la anastomosis duodenoyeyunal, un recurso técnico a tener en cuenta en su exitosa resolución.

**Palabras clave:** obstrucción duodenal, duodenoyeyunostomía, obstrucción en asa cerrada, síndrome de arteria mesentérica superior.

## Abstract

We report the case of a patient with a strangulated internal hernia, with involvement of the ligament of Treitz as a consequence

of intestinal ischemia. This situation is rare, potentially lethal and difficult to manage as technical options available to solve it are very limited. Duodenojejunal anastomosis is a technical resource that should be considered for its successful resolution.

**Keywords:** duodenal obstruction, duodenojejunoscopy, closed loop obstruction, superior mesenteric artery syndrome.

## Descripción del caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 38 años, con antecedentes de seminoma intervenido hace 5 años, que requirió linfadenectomía periaórtica e interaortocava posterior en dos ocasiones, en seguimiento por parte de oncología y libre de enfermedad en los controles practicados hasta la fecha. Acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal acompañado de vómitos de 48 horas de evolución. A la exploración abdominal el paciente presenta abdomen discretamente distendido, con timpanismo franco a la percusión, y dolor a la palpación profunda con signos de irritación peritoneal. En la analítica practicada no se evidencian alteraciones relevantes (incluyendo PCR y CPK). La Rx de abdomen practicada tampoco muestra niveles de delgado. Ante la exploración clínica y los antecedentes del paciente se cataloga el cuadro de obstrucción intestinal e inician medidas conservadoras, y administran 100 ml de gastrografín con objeto de predecir la

### CORRESPONDENCIA

María Socas Macías  
mariasocasm@hotmial.com



**Figura 1**

RX de abdomen con gastrografín oral: Que pone de manifiesto stop a nivel del ángulo de Treitz , y nivel hidroaéreo distal al mismo.

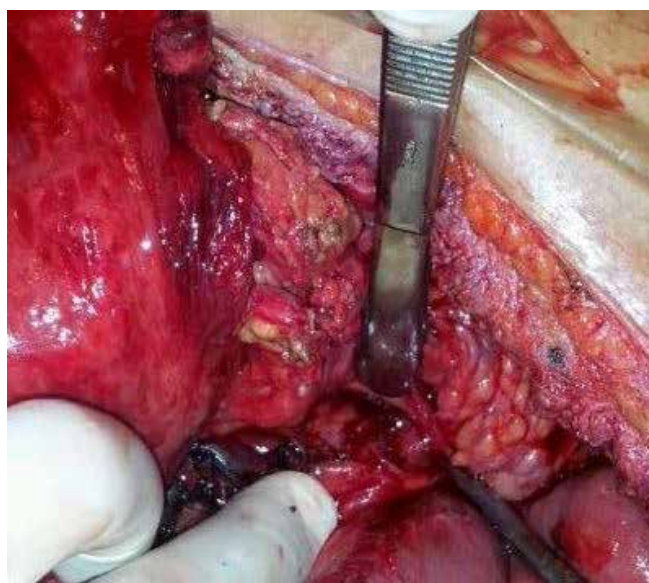
resolución del cuadro (Figura 1). Pero debido al empeoramiento del estado general que presenta el paciente decidimos practicar un TAC, que pone de manifiesto una distensión considerable del primer asa yeyunal inmediatamente tras su salida del Treitz, con



**Figura 2**

TAC abdomen c/c iv: Se aprecia la distensión del primer asa yeyunal con signos de isquemia secundaria, inmediatamente distal al ángulo de Treitz.

signos de sufrimiento de su pared, sin neumoperitoneo, líquido libre ni datos que sugieran recidiva de su enfermedad de base (Figura 2). Indicándose laparotomía exploradora urgente, que pone de manifiesto la presencia de una hernia interna estrangulada debida a brida anclada al retroperitoneo. Encontrándose afectación del primer asa yeyunal que se encuentra necrosada desde el Treitz hasta 1 metro de longitud. Dado la localización y etiología secundaria a estrangulación por brida, no a problema vascular subyacente, nos planteamos la resección del primer asa yeyunal, procediendo a su liberación del ángulo de treitz, en 1-2 cm hasta alcanzar pared intestinal viable, practicando la sección con EndoGIA® 60 púrpura a ese nivel y posterior refuerzo del muñón duodenal con Tachosil® (Figura 3). Posteriormente procedimos a disecar la tercera porción duodenal con vistas a realizar la reconstrucción a ese nivel, mediante anastomosis latero-lateral manual con puntos sueltos de monocryl 3/0, reforzada igualmente con Tachosil® (Figura 4). Quedando finalmente reconstruido el tránsito mediante anastomosis duodeno



**Figura 3**

Sección duodenal a nivel del Tritz.



**Figura 4**

Anastomosis duodenoyeyunal a la tercera porción del duodeno.

yeyunal manual, colocándose yeyunostomía de alimentación distal a la misma, para garantizar la nutrición enteral en caso de fallo anastomótica. El postoperatorio del paciente cursó sin incidencias, administrándose nutrición enteral a través de la yeyunostomía desde el primer día postoperatorio. Siendo dado de alta a los 8 días de la intervención, con yeyunostomía cerrada, y programada su retirada 15 días después de forma ambulatoria.

## Discusión

Es bien conocido que la principal causa de obstrucción intestinal en pacientes operados es la presencia de bridas. Siendo su manejo inicial habitualmente conservador con una elevada tasa de éxito. Sin embargo, la presencia de una obstrucción intestinal en asa cerrada secundaria a las mismas, es una categoría relativamente infrecuente de obstrucción de intestino delgado, y que asocia un riesgo elevado de isquemia intestinal<sup>1</sup>. En estos casos es fundamental un elevado índice de sospecha, para su diagnóstico y resolución precoz, mediante la simple reducción del contenido herniado sin necesidad de resección intestinal asociada del asa herniada. En este contexto, la realización de un TC abdominal juega un papel fundamental, siendo la mejor modalidad para el diagnóstico<sup>2</sup>. En caso de diagnóstico tardío con isquemia asociada, es mandatoria una resección intestinal, cuya reconstrucción posterior dependerá de la localización y longitud del asa afectada<sup>3-6</sup>. De tal manera que en caso de necrosis adyacente al ángulo de Treitz, una vez resecada el asa afecta, hay que considerar el recurso técnico de realizar una anastomosis del extremo proximal del yeyuno a la tercera porción duodenal, simulando el tipo de anastomosis realizada en caso de síndrome de Wilkie (síndrome de arteria mesentérica superior), con obstrucción duodenal secundaria a la compresión por la arteria mesentérica superior<sup>7-9</sup>. Aunque al abordaje laparoscópico es una opción a considerar en caso de cirugía reglada, no suele ser factible en caso de urgencias, sobre todo cuando la isquemia intestinal ya está establecida<sup>6</sup>.

Por tanto la anastomosis duodeno yeyunal a la tercera porción del duodeno es un recurso técnico fundamental a considerar en pacientes con necrosis intestinal segmentaria que afecta a la cuarta porción duodenal adyacente al ángulo de Treitz, con vistas a realizar una reconstrucción lo más fisiológica posible del tránsito intestinal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Boncompain G, Baulieux J, Neidhardt J, Caillot JL, Peix JL, Salord F, et al. Massive small bowel resection. Apropos of 27 cases. *Chirurgie*. 1991; 117(1): 28-35; discussion 35-6.
2. Thomas AD, Rocker MD, Morris-Stiff G, Lewis MH. Gastro-colonic anastomosis-a viable option in extensive small bowel infarction. *Ann R Coll Surg Engl*. 2006; 88(1): 26.
3. Motomura T, Takahashi I, Noguchi S, Ochi T, Kajiwara Y, Mano Y, et al. Successful surgical management for duodenum obstruction in a 66 year-old woman previously undiagnosed intestinal malrotation. *Fukuoka Igaku Zasshi*. 2013; 104 (12): 569-74.
4. Arcerito M, Margulies DR, Frykman PK. Duodenal necrosis secondary to a closed-loop bowel obstruction with novel reconstruction. *J Pediatr Surg*. 2012; 47(2):394-6.
5. Son TN, Liem NT, Kien HH. Laparoscopic Simple Oblique Duodenoduodenostomy in Management of Congenital Duodenal Obstruction in Children. *J Laparoendosc Adv Surg Tech*. 2015; 25(2): 163-6.
6. Elsayes KM, Menias CO, Smullen TL, Platt JF. Closed-loop small-bowel obstruction: diagnostic patterns by multidetector computed tomography. *J Comput Assist Tomogr*. 2007; 31(5):697-701.
7. Suhani, Aggarwal L, Ali S, Jhaketiya A, Thomas S. Short and hypertrophic ligament of treitz: a rare cause of superior mesenteric artery syndrome. *J Clin Diagn Res*. 2014; 8(10): ND03-4.
8. Okugawa Y, Inoue M, Uchida K, Kawamoto A, Koike Y, Yasuda H, et al. Superior mesenteric artery syndrome in an infant: case report and literature review. *J Pediatr Surg*. 2007; 42(10): E5-8.
9. Le Moigne F, Lambolely JL, Vitry T, Stoltz A, Galoo E, Salamand P, et al. Superior mesenteric artery syndrome: a rare etiology of upper intestinal obstruction in adults. *Gastroenterol Clin Biol*. 2010; 34(6-7): 403-6.