

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"MÁRTIRES DEL 9 DE ABRIL"
SAGUA LA GRANDE, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

SUTURA EN MONOPLANO, EXTRAMUCOSA, DISCONTINUA, CON BORDES INVERTIDOS, EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES GASTRODUODENALES

Por:

Dr. José Miguel Pérez Morales¹ y Dr. Humberto Pérez Cuéllar²

1. Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar. ISCM-VC. Hospital Docente "Mártires del 9 de Abril". Sagua La Grande, Villa Clara. e-mail: mmorales@capiro.vcl.sld.cu
2. Especialista de I Grado en Cirugía. Asistente. ISCM-VC. Hospital Docente "Mártires del 9 de Abril". Sagua La Grande, Villa Clara. e-mail: pc@undosos.vcl.sld.cu

Descriptores DeCS:

TECNICAS DE SUTURA
ANASTOMOSIS QUIRURGICA
ENFERMEDADES
GASTROINTESTINALES/cirugía

Subject headings:

SUTURE TECHNIQUES
ANASTOMOSIS, SURGICAL
GASTROINTESTINAL DISEASES/surgery

El estómago y el duodeno constituyen dos segmentos del tubo digestivo, donde pueden aparecer varias enfermedades u otras afecciones que necesitan para su curación de tratamiento quirúrgico; son estos: resecciones o enterotomías, los que necesariamente conducen a enterorrafias, anastomosis, cierre de un extremo o ambos. A principios del siglo XIX, se realizaron las primeras suturas intestinales por Jobert y Leubert¹, y desde entonces ha permanecido la interrogante sobre cuál es el mejor método para realizarlas y cómo se reduce al mínimo la dehiscencia de sutura. Hemos aplicado la sutura en monopolano, extramucosa, discontinua, con bordes invertidos (SIMEDI) desde 1982 hasta el 2004, a 191 pacientes con enfermedades o lesiones a nivel de estómago y duodeno que requirieron tratamiento quirúrgico; estas se distribuyeron de la siguiente forma:

Enfermedades	Pacientes
Úlcus péptico duodenal	128
Úlcera gástrica	28
Cáncer gástrico	22
Lesión traumática	8
Tumor gástrico benigno	5

En cada grupo, se analizó la técnica empleada y las complicaciones dependientes de la SIMEDI. En los pacientes con úlcus duodenal, se realizaron 54 vaguectomías con piloroplastias, 42 antrectomías, y el tránsito se restableció de la siguiente manera:

- a) Gastroyeyunostomía en asa transmesocólica a 26 pacientes, y en 15 de estos se complementó con yeyuno-yeyunostomía laterolateral.

- b) Gastroyeyunostomía de Roux en Y a 16 pacientes.
- c) Gastroyeyunostomía sin resección antral a 32 pacientes; en 16 de estos, se completó la técnica con yeyuno-yeyunostomía laterolateral.

Dos pacientes presentaron complicaciones dependientes de la SIMEDI: uno, dehiscencia de sutura a nivel de la gastroyeyunostomía, y el otro presentó estenosis de la gastroyeyunostomía en la variante de Roux en Y; es decir, el 1,5 % de los operados por úlcus duodenal presentaron complicaciones dependientes de la técnica quirúrgica. Varios autores²⁻⁴ han informado buenos resultados con el uso de la SIMEDI en las anastomosis gastroyeyunales. Eggeton⁵ y Onell⁶ señalan que el grosor de la pared gástrica facilita la realización de esta técnica. Fueron operados 28 pacientes con el diagnóstico de úlcus gástrico, mediante las siguientes técnicas:

Técnicas	Pacientes
A- Resección cuneiforme y gastrorrafia	12
B- Antrectomía y gastroyeyunostomía	10
C- Antrectomía y gastroyeyunostomía de Roux en Y	6

No hubo complicaciones dependientes de la técnica quirúrgica. Varios autores^{7,8} informan resultados similares.

Se operaron 22 pacientes con el diagnóstico de cáncer gástrico, a los que se realizaron los procedimientos siguientes:

a) Gastroyeyunostomía con yeyuno-yeyunostomía	14
b) Esofagogastrostomía	5

A los tres pacientes restantes se les realizó gastrectomía total con esofagoyeyunostomía. Un paciente presentó dehiscencia de sutura a nivel de la esofagogastroanastomosis; fue reintervenido, se rehizo la sutura con igual técnica y evolucionó bien. Weber⁹, en 30 pacientes, informó dos con dehiscencia de sutura. Fueron operados ocho pacientes con lesión traumática del estómago y cinco por tumores benignos a ese nivel. A todos se les realizó gastrorrafia y no se presentaron complicaciones. Felig¹⁰ considera muy útil esta técnica para las suturas gástricas. De los 188 pacientes en quienes se aplicó la SIMEDI por padecer enfermedades gastroduodenales, solo en tres se produjeron complicaciones dependientes del procedimiento (1,55%), lo que evidencia la eficacia del método.

Referencias bibliográficas

1. Halsted WS. Circular suture of the intestine. An experimental study. Am J Med Sci. 1987;94:436-61.
2. Martling PS. An study of single layer gastric anastomosis. Am J Surg. 2003;122(11):422-6.
3. Wein HR. Evaluation of the single layer in gastrojejunal anastomosis. Dig Surg. 2001;19(1):57-62.
4. Kristinson J, Ustad M. Single layer anastomosis after gastric resection. Scan J Gastroenterol. 2004;38(2):302-7.
5. Naganisky H. Single layer of gastrointestinal anastomosis suture. Eur J Surg. 2002;5:18-22.
6. Onil S. Single layer suture for gastrointestinal anastomosis. Magy Seb. 2005;56:64-8.
7. Devan S. Single layer anastomosis after gastric resection. Surg Clin. 2001;175:39-42.
8. Demartines N. The single layer suture in gastric surgery. Eur J Surg. 2002;160:240-8.
9. Weber JC. The single layer gastric anastomosis. Am J Surg. 2001;182(6):96-9.
10. Shull DB. Single gastrointestinal anastomosis: a prospective study. Br J Surg. 2004;78:593-8.