

Evolución alejada del montaje yeyunal con el procedimiento de Hivet-Warren

Dres. ALBERTO ESTEFAN, RAUL PRADERI, CARLOS GOMEZ FOSSATI,
MILTON MAZZA y VIDA PATIÑO *

Para impedir el reflujo digestivo biliar y sus complicaciones en las anastomosis bilioyeyunales, se han creado "segmentos intestinales diverticulares", entre los cuales los más utilizados son la clásica Y de Roux y el asa omega de Braun.

En 1962 Hivet (7) aplicó un procedimiento de derivación B.D. sobre asa "desfuncionalizada", basada en el principio de Rosanov (4) y Tomoda (12) para la reconstrucción del tránsito digestivo después de la gastrectomía total. Esta consiste en la realización de una doble ligadura en la rama aferente del asa de Braun, evitando así el tránsito digestivo hacia la vía biliar.

Warren (13) 4 años más tarde, efectúa una modificación al asa de Hivet: asa aferente corta con interrupción luminal a 8 cms. de la anastomosis al pie. Ambos procedimientos tienen de común la creación de un asa diverticular en omega "desfuncionalizada", que evita la sección del mesenterio y sus posibles complicaciones, al mismo tiempo que es de rápido y sencillo montaje.

Es motivo de este trabajo el análisis de: 1) El valor real de la interrupción luminal y la determinación de si se trata de un hecho definitivo o transitorio; 2) la frecuencia con que se constituye un saco ciego por encima de la ligadura y sus posibles complicaciones; 3) las ventajas, inconvenientes e indicaciones de este tipo de montaje.

MATERIAL Y METODOS

El asa desfuncionalizada utilizada fue la preconizada por Warren, pero efectuándose la interrupción luminal inmediatamente por encima de la anastomosis al pie, con lino grueso, seputada con puntos seroserosos cuidando de no cortar la mucosa.

El asa de H-W. se practicó en 33 enfermos sobre un total de 72 derivaciones B.D. altas. Las causas que las motivaron fueron: 25 cánceres de V.B. extrahepática; 4 lesiones iatrogénicas de V.P.B.; 1 compresión extrínseca de V.B.P. por adenopatías neoplásicas (cáncer de mama); y en 1 como primer tiempo de resección de cáncer cefalopancreático. En 10 enfermos se efectuó colecistoyeyunostomía y en 23 hepaticoyeyunostomía. En 1 caso adicional se la usó para la reconstrucción del tránsito después de una gastrectomía total.

Trabajo de la Seccional de Cirugía Hepato-biliar de la Clínica Quirúrgica "B". Prof. J. Pradines. Hospital de Clínicas, Montevideo.

* Residente de Cirugía; Prof. Adj. de Cirugía; Asistentes de Cirugía; Colaboradora no médico. Facultad de Medicina, Montevideo.

RESULTADOS

6 enfermos fueron reoperados encontrándose: 3 asas repermeabilizadas (5, 6 y 10 meses); 1 saco ciego entre la ligadura y la yeyunostomía (8 meses); 1 asa en buenas condiciones (2 meses). En el Archivo de Historias del Hospital de Clínicas de Montevideo se encontraron otras dos observaciones: una con peritonitis mortal por perforación a nivel del sitio de estrictura (10 días) y otra con un solo ciego (11 meses).

DISCUSION

Recanalización.— La recanalización del asa de Hivet Warren en la ligadura es frecuente en la evolución alejada de las mismas (5, 8). Bouquet (2) utilizando el asa de Warren en derivaciones B.D. en perros, observaron que todas estaban repermeabilizadas a los 3 meses. El estudio de nuestra casuística demuestra que de 33 asas H-W., 4 fueron reoperadas, de las cuales 3 estaban repermeabilizadas. No obstante esta cifra no es real, dado que en muchos enfermos su evolución no es conocida. Veintiséis veces se la utilizó en portadores de neoplasmas evolucionados que murieron antes del año. En nuestra experiencia la repermeabilización fue constatada a los 5, 6 y 10 meses, con una media de 7 meses. Se explica por mucoclasia y necrosis parietal por la ligadura y la habitual tendencia del intestino a aislar y eliminar todo cuerpo extraño hacia la luz. Ningún paciente de la serie tenía sintomatología que hiciera plantear esta contingencia; lo que puede ser explicado porque a pesar del tránsito del contenido intestinal frente a la anastomosis B.D. el reflujo digestivo biliar no produce manifestaciones por ser aquella de amplio calibre. Además el tránsito digestivo se sigue efectuando, por lo menos en parte, por la anastomosis al pie del asa.

El diagnóstico puede presumirse, pero es el estudio radiológico contrastado el que lo confirma, siendo en general un hallazgo operatorio en una relaparotomía planeada para solución de otra patología (3 obs.).

Tratamiento.— En ausencia de manifestaciones clínicas de reflujo la recanalización, no tiene indicación quirúrgica. En aquellos con diagnóstico seguro, la solución será: transformación del asa de H-W. en asa diverticular ciega similar a la Y de Roux, con la diferencia que la anastomosis yeyunoyeyunal es laterolateral y que queda un saco ciego en el muñón del asa proximal.

Saco ciego.— Entre la anastomosis laterolateral al pie y la interrupción luminal puede constituirse en el asa aferente un saco ciego.

En su determinismo interviene: 1) distancia entre la anastomosis al pie y el sitio de estrictura; 2) errores en la confección del estoma; 3) la anastomosis laterolateral interfiere en la propulsión del contenido intestinal; 4) la és-

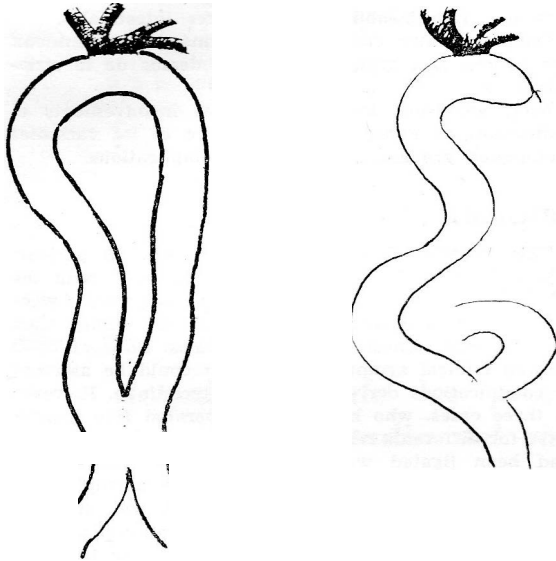


FIG. 1.— A. Izquierda asa de Braun que al ligar la rama aferente se transforma en un asa de Hivet. A la derecha asa de Roux.

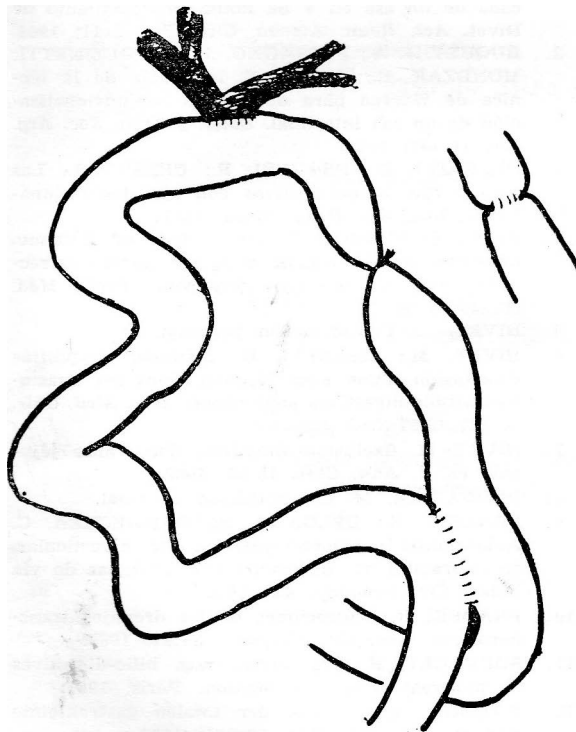


FIG. 2.— Asa asimétrica de Warren, arriba a derecha se muestra la peritonización de la ligadura.

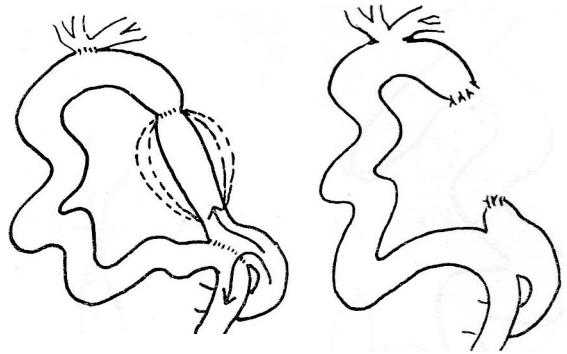


FIG. 3.— A la izquierda se explica la formación del asa ciega y a la derecha como queda el asa después de su resección.

tasis así creada tiende a elongar el extremo ciego del asa aferente más allá del estoma. Uno de los 4 reoperados presentaba un saco ciego voluminoso. En el Archivo del Hospital de Clínicas se encontró otro caso similar. Estos sacos pueden ser causa de complicaciones: perforación; obstrucción intestinal, hemorragia, disturbios metabólicos nutricionales. El diagnóstico es radiológico u operatorio; el tránsito dentro del saco.

Tratamiento.— Consiste en su resección, constituyéndose un asa diverticular similar al caso anterior. Para evitar su formación aconsejamos realizar la ligadura cerca de la yeyunoyeunostomía.

Perforación.— La técnica de la ligadura del asa debe ser cuidadosa evitando la isquemia parietal, que puede condicionar una complicación grave: la peritonitis por perforación.

CONCLUSIONES

A) *Ventajas del asa de H-W.*: 1) Rapidez y sencillez en el montaje; 2) Evita la sección del mesentérico y con ello la posibilidad de necrosis intestinal (13); 3) Impide, por lo menos durante varios meses (7 aprox.), el reflujo digestivo biliar; 4) Evita la fístula digestiva secundaria a una dehiscencia de la anastomosis B.D.; la fístula será solamente biliar; 5) Ahorro de 40 cm. de yeyuno al circuito intestinal, en el caso del asa de Warren.

B) *Inconvenientes*: 1) Recanalización alejada en un porcentaje alejado de casos, con la posibilidad de reflujo y sus complicaciones; 2) Posibilidad de constitución alejada de un saco ciego y sus complicaciones; 3) La necrosis y perforación a nivel del sitio de estrictura es debida a un error técnico en la confección.

C) *Indicaciones*: Ante la evidencia de la ineficacia de un procedimiento, por lo menos en un porcentaje elevado, programado como terapéutica para largo plazo o definitiva, sus indicaciones son: 1) Derivaciones B.D. en patología neoplásica, en donde la sobrevida a esperar es breve, en donde lo que se busca es efectuar un procedimiento rápido y exento de

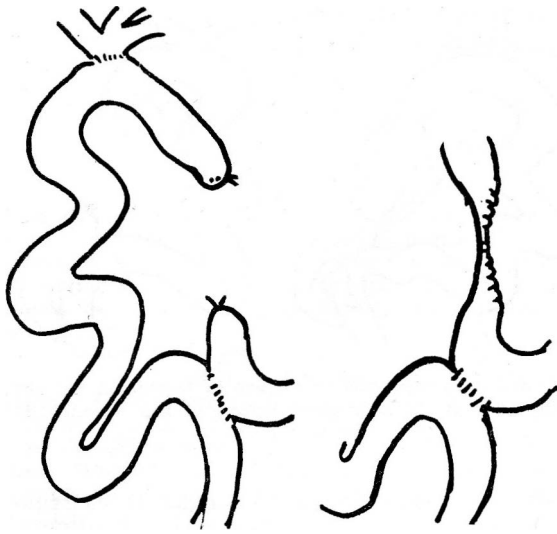


FIG. 4.—Variantes técnicas para impedir la recanalización y la formación de un saco ciego. A izquierda nuestro método, a derecha el de Tomoda.

riesgos; 2) Como solución de necesidad en algún caso de obstrucción biliar de naturaleza benigna.

En todos los demás casos la elección debe recaer sobre la clásica Y de Roux, que preferimos al asa de Braun.

D) *Modificaciones a la técnica.*—Debido a la elevada frecuencia de recanalizaciones, planteamos una modificación en la técnica de interrupción luminal, a utilizar en aquellos casos en que el asa es montada como solución definitiva. Consiste en la sección total del intestino y cierre de ambos cabos por separado, método más sencillo y seguro que la interrupción preconstituida por Tomoda (12). En todos los casos, y cualquiera sea la indicación, la interrupción del tránsito debe efectuarse inmediatamente por encima (2-3 cms.) de la anastomosis al pie, con lo que se evita la constitución del saco ciego.

RESUMEN

Se presenta la experiencia realizada en 33 pacientes a los que se les efectuaron anastomosis bilioyeyunales altas con asa de Hivet Warren. De ellos 28 tenían cánceres obstructivos de las vías biliares y 5 estenosis o fístulas benignas. Ninguno tuvo sintomatología clínica imputable a complicaciones de esa técnica.

Pero en 3 casos que por diversas circunstancias fueron reintervenidos después de 5 meses, se encontraron repermeabilizadas las ramas aferentes que habían sido ligadas. En otro se había formado un voluminoso saco ciego asintomático por encima de la estrictura.

Se analizan las ventajas, inconvenientes e indicaciones del asa de Hivet-Warren, y las variantes técnicas para impedir sus complicaciones.

RÉSUMÉ

Nous présentons les expériences effectuées sur 33 patients qui ont été soumis à des anastomoses bilio-

jéjunales hautes avec anse de Hivet-Warren. Vingt-huit d'entre eux présentaient des cancers obstructifs des voies biliaires et cinq des sténoses ou fistules bénignes. Chez aucun il n'y eut de symptomatologie clinique imputable à des complications inhérentes à cette technique. Mais dans 3 cas qui, pour des raisons diverses, furent réopérés cinq mois plus tard, on constata une répermeabilité des ligatures intestinales.

Dans un autre cas il s'était formé un volumineux sac bouché non symptomatique en dessus de la stricture.

Nous analysons les avantages, les inconvénients et indications de l'anse de Hivet-Warren et les variantes techniques propres à éviter des complications.

SUMMARY

This experiment was carried out with 33 patients who underwent high biliojejunal anastomosis with the Hivet-Warren loop. Twenty-eight of these patients were suffering from obstructive cancers in the biliary tract and five had stenosis or benign fistulas. None of them showed clinical symptomatology that could be ascribed to complications derived from this technique. However in three cases, who had to be reoperated five months later for different reasons the afferent branches which had been ligated were found to have been repermeabilized. In another patient, a large asymptomatic blind pouch had been formed above the stricture. The paper analyzes the advantages, inconvenients and indications of the Hivet-Warren loop and the technical variations for preventing complications.

BIBLIOGRAFIA

1. BOTTO, J.; TARLOVSKY, M. Exclusión simplificada de un asa en Y de Roux. Procedimiento de Hivet. *Act. Reun. Ateneo. Clín. Esp.* 1:11; 1966.
2. BUQUET, J. A.; PASSAGNO, J. H.; POLZINETTI; MONDZAK, E.; YOIRIS, E. Ineficacia de la técnica de Warren para obtener la desfuncionalización de un asa intestinal. *Bolet. y Trab. Soc. Arg. Cir.* 11:447; 1971.
3. DELGADO, R.; PRADERI, R.; CRESPO, L. Las anastomosis bilio-digestivas con asa desfuncionalizada. *Rev. Cir. Urug.* 37:96; 1967.
4. HEPP, J.; PERNOD, R. Le prodédé de Rosanov. Conservación du transit duodénal après gastrectomie par interposition yeyunale. *Pres. Méd.* 66:649; 1958.
5. HIVET, M. Comunicación personal.
6. HIVET, M.; ISSERLIS, G. Méthode simplifiée d'exclusion d'une anse jéjunale dans les anastomoses bilio-digestives pour cancer. *Rev. Med. Chir.* 36:127; 1967.
7. HIVET, M. Exclusion simplifiée d'une anse jéjunale en Y. *Ann. Chir.* 16:59; 1962.
8. MERCADIER, M. Comunicación personal.
9. PRADERI, R.; DELGADO, B.; ORMAECHEA, C. Anastomosis hepatoentéricas en asa diverticular, en el tratamiento de las lesiones benignas de vía biliar. *Cir. Uruguay.* 43: 1972.
10. PRADERI R. Aplicaciones de los drenajes transhepáticos. *Rev. Cir. Uruguay.* 35:21; 1965.
11. SOUPAULT, R. Les anastomoses bilio-digestives et pancreatodigestives. *Masson.* París, 1961.
12. TOMODA, M. Technik der totalen gastrektomie mit ersatzmagen. *Chir.* 23:264; 1952.
13. WARREN, K. Modification of the Roux en Y. procedure. *Surg. Clin. North Amer.* 45:611; 1965.

R A D I O L O G I A

23º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

***Actualización de los procedimientos radiológicos para
el estudio del sistema venoso portal***

MESA REDONDA

COORDINADOR:

Dr. ERNESTO SILVA GARCIA

Esplenoportografía.

Dr. Ernesto Silva García.

Umbilicoportografía.

Dres. Nicolás Davidenko y Marys A. Casanova.

Arteriografía del tronco celiaco.

Dr. Ernesto Silva García.

Oleohepatografía.

Dres. Nicolás Davidenko, Ernesto Silva García, Marys Casanova, Isaac Rivero, Q. F. Amanda Vallone.