

Cambio incruento de drenajes biliares

Dres. RAUL PRADERI, CARLOS GOMEZ FOSSATI
y MILTON MAZZA *

Hay varias situaciones en cirugía biliar en que la permanencia de un tubo de Kehr en la vía biliar principal es absolutamente imprescindible.

Profesor Adjunto de Cirugía, Asistentes de Clínica Quirúrgica (Fac. Med. Montevideo).

Trabajo de la Seccional de Hígado y Vías Biliares de la Clínica Quirúrgica "B". Prof. Dr. Jorge Pradines. Hospital de Clínicas, Montevideo.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 2-V-1973.

La extracción precoz del mismo o su deslizamiento accidental obligan a reoperar para colocarlo nuevamente.

Esto se plantea cuando el tubo funciona como prótesis interna de una reconstrucción cabo a cabo de la vía biliar o de una estenosis neoplásica calibrada previamente. Si estos enfermos se abandonan a su suerte se produce invariablemente la reestenosis por progresión de la fibrosis o del tumor.

Las anastomosis biliodigestivas realizadas para tratar estenosis postoperatorias o neoplásicas se dejan calibradas por drenajes inter-

nos (52, 63). En el primer caso se aplica este procedimiento cuando los canales biliares tienen pequeño calibre ya sea porque no ha habido obstrucción previa (fístulas postoperatorias externas o internas del hepático) o porque la fibrosis del parénquima (cirrosis biliar (46) no permite la dilatación de los hepáticos.

En los cánceres de la vía biliar superior conviene calibrar las anastomosis biliodigestivas reconstructivas después de resección tumoral, o derivativas supratumorales (40, 41), porque en ambos casos es muy frecuente la estenosis de la neoboca por progresión o recidiva del tumor. También en estas dos situaciones la salida del drenaje determina la obturación precoz de la anastomosis, con el agravante de que esa vía biliar que ha estado conectada al tubo digestivo está contaminada. Su obstrucción provoca invariablemente una angiolitis que se suma a la ictericia, obligando a actuar al cirujano.

En los cánceres biliares altos retiramos el drenaje tutor sólo cuando hemos realizado derivaciones a distancia, en el hepático izquierdo o en el canal del segmento III y si no hay inminencia de invasión tumoral del confluente de los hepáticos. Huelga señalar que en las anastomosis biliodigestivas bajas (colédoco-duodenostomía) no dejamos tubos tutores y si lo hacemos los retiramos precozmente (colédoco o hepático-yeyunostomías pediculares con o sin duodeno-pancreatectomía).

CAMBIO DE DRENAJES BILIARES

Los drenajes biliares se pueden clasificar por su forma de salida en:

- a) Coledocostomías o hepaticostomías
 - transcísticas,
 - con tubo simple,
 - con tubo en T.
- b) Drenajes biliodigestivos a la Witzel
 - yeyunales,
 - gástricos,
 - duodenales (a la Voelcker).
- c) Drenajes transhepáticos.

El comportamiento es diferente:

a) Cuando un tubo de colédocostomía se sale es posible reemplazarlo con una sonda simple aprovechando el túnel constituido desde el orificio coledociano hasta la piel. Esta maniobra debe ser realizada inmediatamente pues en 24 horas el trayecto se colapsa y no es posible canalizarlo.

Desde luego, que esto depende del recorrido que hace el tubo de Kehr que conviene sea breve y rectilíneo. Nosotros siguiendo a Hess (23) sacamos el tubo perpendicular al colédoco contra la cisura izquierda y mediante una contrabertura parietal alta. Mazzariello (30, 31) ha desarrollado toda una técnica de manipulación coledociana por este túnel mediante instrumentos especiales para extracción incruenta de cálculos residuales, lo que logra con resultados asombrosos pero en parte por la brevedad del trayecto intraperitoneal de la sonda.

Los drenajes transcísticos no se pueden reponer por el pequeño calibre de este canal. También debemos recordar que por mejor que se fijen estos tubos al muñón, escapan con frecuencia a los pocos días del postoperatorio.

La coledocostomía incruenta iterativa permite drenar la bilis al exterior, si ello todavía es necesario para evitar una filtración peritoneal y sobre todo si quedó un obstáculo en la vía biliar inferior (papilitis, litiasis residual), que aumentó la presión por encima y el flujo por el tubo.

Por éste también es posible realizar colangiografías de control. Pero *no se puede volver a colocar un tubo de Kehr una vez retirado*, y por consiguiente como expresamos al principio menos posible aún es calibrar de nuevo un colédoco reconstruido por sutura terminoterminal o con las paredes infiltradas por un cáncer.

Los drenajes del hepático que calibran hacia abajo anastomosis hepaticoyeyunales o duodenales no pueden ser repuestos si se deslizan hacia afuera.

En el caso de que se pueda penetrar por la hepaticostomía con un nuevo tubo es probable que se dirija hacia el hepático izquierdo en vez de hacerlo abajo o adelante por la anastomosis.

b) Los drenajes a la Witzel transyeyunales, duodenales o gástricos tienen dos grandes inconvenientes:

—*se salen con facilidad* pues están orientados a favor del flujo biliar y del peristaltismo intestinal y *es absolutamente imposible reponerlos en el árbol biliar por maniobras incruentas*. Los transgástricos están orientados contra el peristaltismo pero igual que los anteriores con ellos lo único que se puede hacer sin abrir el vientre es volver a colocarlos en el estómago.

Para evitar el deslizamiento de los drenajes a la Witzel en las anastomosis biliodigestivas altas, se pueden fijar con un punto de catgut a la altura de la neoboca pero en 10 ó 15 días éste se suelta y el tubo queda libre.

Por esa razón los drenajes a la Witzel no se pueden dejar con seguridad mucho tiempo. El tubo en Y de Warren (63) desliza menos que los otros pero no está a salvo de estos inconvenientes.

Smirnov (59) y Popov (35) usan un procedimiento más efectivo que consiste en pasar una rienda de hilo desde el extremo superior del tubo por dentro del árbol biliar y transhepático luego hasta fuera del hígado para fijarlo.

d) Los tubos transhepáticos *se pueden cambiar siempre que el túnel se haya constituido y no esté angulado*. Del lado izquierdo es más fácil pues el trayecto intraperitoneal es más corto y directo. A derecha los tubos hacen un ángulo recto en la emergencia del hígado. La presión negativa del espacio interhepato-frénico derecho aspira la hepatostomía constituyendo a veces colecciones biliares subfrénicas. Por estas dos razones preferimos los drenajes transhepáticos izquierdos que describimos por primera vez en 1963 (39). Además colocamos el tubo transhepático dentro de un tubo grue-

so a la manera de Burlui (9) para evitar filtraciones al peritoneo.

Las hepatectomías externas cuando se practican con el hígado fijado a la pared abdominal se pueden reabrir mucho tiempo después e incluso se fistulizan espontáneamente si hay una hipertensión biliar por debajo.

Pero los tubos transhepáticos casi siempre hacen un trayecto intermediario por eso deben ser cambiados de inmediato antes que se cierre el túnel.

Cuando se cambian por maniobras incruentas el comportamiento del nuevo tubo varía según la disposición original del drenaje.

Los tubos transhepáticos simples transtumorales no se pueden reponer en su lugar, pues el extremo se detiene en el tumor. Quedan como hepatectomías externas supratumorales.

En un caso en que el tumor estaba por debajo del confluente de los hepáticos nos sucedió, al cambiar un tubo transhepático derecho, que se introdujo en el hepático izquierdo (38).

Con los tubos que pasaban por anastomosis biliodigestivas puede ocurrir algo parecido al tratar de cambiarlos si la neoboca tiene poco calibre. Sólo en las hepaticoyeyunostomías unilaterales derecha o izquierda, el tubo baja al yeyuno si no hay estenosis pues es el único camino que le queda.

Algo similar pudimos hacer en una hepaticogastrostomía izquierda estenosada que recalibramos con un tubo transhepático derecho que pasó el confluente hacia la izquierda (38).

Recalibrado con drenajes transhepáticos.

Como vemos los tubos transhepáticos son los únicos drenajes biliares que pueden ser cambiados en algunas oportunidades, pero no sistemáticamente, pues en algunos casos es necesario reoperar para colocar un nuevo drenaje.

La utilidad de estos tubos, la pudimos apreciar en cuatro enfermos que reoperamos para recalibrar anastomosis hepaticoyeyunales estenosadas, que se habían practicado antes para tratar obstrucciones del hepático.

A tres de ellos le habían seccionado el cólecodo en la operación inicial. El cuarto, había sido derivado por encima de un cáncer periaampular, inextirpable.

La técnica que describimos en 1968 es muy sencilla pero requiere realizar una laparotomía para abrir el yeyuno por debajo de la anastomosis, dilatarla, extraer los cálculos pigmentarios que se forman por encima e introducir un Beniqué para colocar un nuevo tubo transhepático.

Este procedimiento de recalibrado es más seguro que la dilatación que realiza Salem (54) colocando una sonda Pezzer con un tubo fino de lavado desde abajo. Porque si ésta se escapa se vuelve a la situación inicial. Se podría argumentar que los tubos transhepáticos simples se pueden deslizar hacia afuera, perdiendo la oportunidad de calibrar la anastomosis. Para evitarlo usamos desde 1962 tubos en T con una rama corta calzada en el hepático controlateral a la manera de Muñoz (34).

Drenajes transhepáticos dobles.

Para evitar el deslizamiento de los tubos introdujimos en 1964 (42) los drenajes transhepáticos dobles, derecho e izquierdo.

Estos penetran por un lóbulo hepático y salen por el otro describiendo un asa en el yeyuno anastomosado (tubos en gamma), o formando una Y con una rama yeyunal o una X constituida por dos tubos mantenidos por un hilo que entra por uno y sale por el otro, hacia afuera, cruzando de uno a otro a nivel del confluente por los orificios laterales. Al retirar el hilo los tubos quedan libres, pudiéndose extraer por separado.

Con tubos en Y y en gamma, mantuvimos calibradas las anastomosis durante muchos meses (hasta un año) en cuatro enfermos operados en 1964. Dos de ellos tenían estenosis benignas recidivadas. Viven aún con sus anastomosis biliodigestivas permeables.

Otra paciente, portadora de un cáncer del hepático sobrevivió más de un año a la operación. Al cuarto enfermo se le había practicado una duodenopancreatectomía cefálica por cáncer de papila un año antes (octubre de 1963). Se había estenosado la coledocoyeyunostomía tal vez por dejarle la vesícula biliar. Se practicó una colecistectomía y nueva anastomosis coledocoyeyunal calibrada con un tubo en gamma que se dejó varios meses. Lleva 10 años de operado y está libre del tumor (44).

CANCER DEL HEPATICO

Después de 13 años de experiencia (37, 43, 44, 48) con tubos transhepáticos hemos llegado a la conclusión que en los cánceres biliares altos, cualquiera sea el tratamiento que se realice conviene dejar intubadas las anastomosis biliodigestivas pues la recidiva es la regla. Revisando estadísticas recientes (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 12, 13, 15, 16, 21, 27, 29, 32, 35, 56, 58, 62, 64), se aprecia que los casos de curación son excepcionales. Cuando se obtienen, es mediante la exéresis del confluente (17, 25, 35) diseccionando la placa hiliar, o después de resear el lóbulo cuadrado para exponer mejor los canales, o incluyendo en la pieza de exéresis el lóbulo derecho o izquierdo si se trata de tumores de las ramas homónimas del hepático (10, 22, 26, 28, 32, 51, 53).

Operamos 11 pacientes portadores de cánceres del hepático superior (47), reseccionando el tumor en 6. De los 5 que sobrevivieron a esta operación, 2 llevan pocos meses de operados y los otros 3 recidivaron. De 6 cánceres del confluente hepatocístico que extirpamos los 5 sobrevivientes recidivaron en plazos variables, a veces bastante largos.

Se deduce que las resecciones fueron insuficientes o se trata de tumores que recidivan a nivel de los muñones hepáticos por cuya pared progresa el tumor. De modo que con cualquier tratamiento que se practique, la estenosis neoplásica de la anastomosis postresección o derivación, provoca una nueva ictericia siempre acompañada de angiolitis, pues esa vía biliar que comunicaba con el intestino ya está infectada. Frente a esta situación hay que reoperar. Para evitarlo, debemos dejar cali-

brada la anastomosis con tubos transhepáticos que no retiramos nunca.

Pero los tubos también tienen su patología; los de goma se maceran y rompen, los de plástico se endurecen. Todos ellos si son dejados mucho tiempo adentro del hígado se incrustan de pigmento biliar, y terminan por obstruirse.

DRENAJES TRANSHEPATICOS EN SEDAL

Colocando drenajes transhepáticos pasados hacia abajo de las anastomosis del hepático con colédoco o con yeyuno y sacándolos a través de la pared de estos últimos y luego al exterior quedan en forma de sedal. Practicando orificios laterales en el sector hepático y yeyunal los tubos cumplen sus funciones de prótesis internas con una ventaja extra, que traccionando hacia afuera se pueden lavar en toda su longitud. Cuando se endurecen o incrustan de bilis, se cambian colocando un tubo nuevo limpio a remolque. Relataremos 5 observaciones de enfermos que operamos con esta técnica.

CASUISTICA

Caso 1.

D. G. de V. Sexo femenino, 57 años. Hospital de Clínicas. Operada de litiasis vesicular en el Interior, el 14-II-1963. Se le practicó una colecistectomía seccionando accidentalmente el conducto hepático común y una arteria pedicular que se ligó. Se reconstruyó el conducto en la misma operación sobre un tubo perdido de goma. En el postoperatorio hizo un cuadro febril con ictericia que mejoró con antibióticos. Fue enviada al Servicio del Prof Chifflet ingresando el 5-III-1964. No tenía ictericia pero las fosfatasa llegaban a 25 unidades Bodansky.

18-III-1964. *Segunda operación.*—Paramediana transrectal derecha — liberación de adherencias de hígado y falciforme a duodeno y diafragma. Atrofia del lóbulo derecho de hígado que tiene superficie mamelonada. Hipertrofia de lóbulo izquierdo que cubre al anterior. Fibrosis muy importante del pedículo hepático que se libera laboriosamente.

El conducto hepático común estaba estenosado y obstruido con barro biliar. El tubo perdido ocupaba el cabo distal frente al muñón del cístico. Se practicó reconstrucción del canal seccionado que fue muy laboriosa, por la brevedad del cabo proximal que se disecó a nivel de la placa hiliar y más arriba, en el espesor del parénquima. Se colocó un tubo de Kehr como tutor de la anastomosis sacándolo a través de una contrabertura inferior en el mismo canal. Cigarrillo subhepático. Cierre por planos. Evolucionó bien, bajaron las fosfatasa, se recuperó. Un mes después de operada se le salió el tubo de Kehr. Se trató de cateterizar con un tubo simple que penetró en la vía biliar y se dirigió hacia abajo. Como se supuso que se estenosaría la anastomosis se resolvió reintervenir.

4-V-1964. *Tercera operación.*—Incisión resecano cicatriz anterior y trayecto fisutuloso. Se decolan adherencias epiploicas. Se llega fácilmente hacia la vía biliar a la altura de la salida del tubo. Se cateteriza con Beniqué la vía biliar hacia abajo sin dificultad. Se cateteriza hacia arriba ensanchando el orificio y se entra ampliamente en el hepático izquierdo. Colan-

giografía por esta vía: se llena vía biliar baja con pasaje al duodeno. Se llena el árbol intrahepático y el canal hepático izquierdo. El derecho es corto y con pocas ramas. Lóbulo izquierdo de volumen aproximadamente normal. Lóbulo derecho chico, blando. Se hace biopsia de ambos lóbulos entre puntos hemostáticos de Catgut. Se coloca tubo de polivinilo transhepático en sedal con orificios laterales que sale por la cara superior de lóbulo izquierdo y por un orificio lateral del colédoco. Se coloca Gel-Foam con puntos de Catgut en el orificio de salida transhepático. Hemostasis satisfactoria. Se fija el tubo con un punto al borde de la coledocostomía. Cierre de la hepaticostomía sobre el tubo. Cigarrillo en espacio interhepatofrénico izquierdo y en fosa subhepática. Cierre.

El estudio histológico de las biopsias mostró elementos de *fibrosis hepática en el lóbulo derecho atrófico*, no así en el izquierdo. Las colangiografías mostraron una vía biliar permeable y buen pasaje al duodeno (Fig. 1).

La enferma fue dada de alta pero tres meses después hizo fiebre en varias oportunidades por lo cual se le cambió el tubo por otro más grueso fenestrado. Para ello, se unió a un extremo del drenaje y se traccionó hacia abajo para dejarlo en posición. Poco tiempo después la enferma hizo ictericia con elementos de obstrucción. Supusimos que el propio tubo tal vez obstruía el drenaje hacia abajo y lo cambiamos por un tubo de Kehr. La maniobra incruenta (como la anterior) se practicó uniendo una de las ramas cortas del tubo en T con el extremo inferior del tubo en sedal. Se traccionó hacia arriba desde el cabo hepático arrastrando el Kehr algo más arriba de su posición en el colédoco. Luego se traccionó hacia abajo para que la rama inferior del tubo en T (recortado previamente en canal) penetrara en el colédoco distal. Así quedó en posición como se ve en el dibujo (Fig. 1).

Lavando el árbol biliar, sumando corticoides y antibióticos al tratamiento aclaró rápidamente la ictericia. El extremo superior del tubo de Kehr que salía a través del hígado permitió hacer los lavados de la rama superior. La enferma recuperó peso y se encontraba perfectamente a los pocos días de operada. El tubo se dejó durante nueve meses más desplazándolo varias veces para lavar. Ha hecho algunos episodios de angiolitiasis que se yugulan en 24 horas con administración de cloramfenicol. Padece una hipertensión arterial severa, pero aunque tuvo una atrofia del lóbulo derecho no tiene ningún sufrimiento biliar importante. Lleva 9 años de operada. De acuerdo a nuestras investigaciones bibliográficas éste parece ser la primera observación de drenaje transhepático en sedal utilizado en una reconstrucción cabo a cabo de la vía biliar.

Comentario.

Esta enferma sufrió una herida de la arteria hepática derecha que provocó la fibrosis y atrofia de ese lóbulo. Este tipo de lesión se asocia a menudo a la sección del hepático o es provocada durante la reintervención cuando se busca el muñón superior. La sección del hepático en esta enferma era muy alta y la confluencia de los canales también. Como existía un cabo inferior de buen calibre, contra nuestra costumbre hicimos una reconstrucción terminoterminal sobre tubo en T a la manera de Catell. Se produjo una de las complicaciones más comunes de esta técnica: el tubo se salió. Teníamos que colocar un tubo tutor más seguro, por eso se nos ocurrió utilizar un drenaje en sedal.

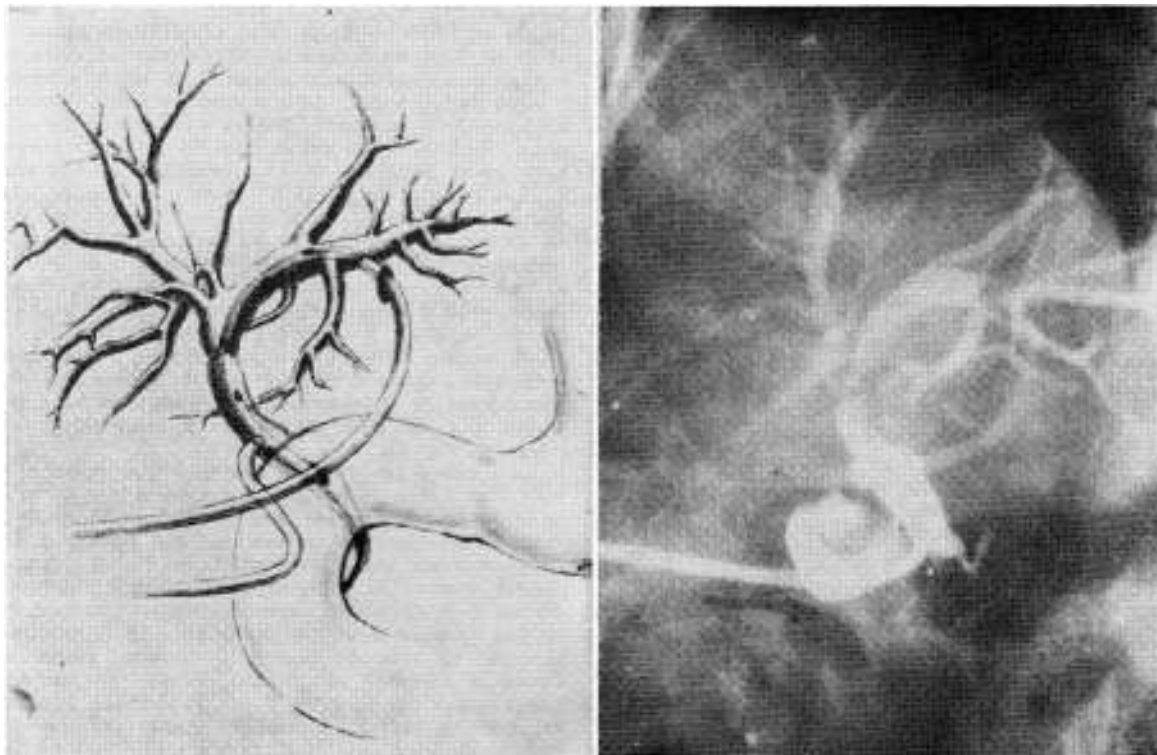


FIG. 1.—Reconstrucción terminoterminal de vía biliar, calibrada por un tubo transhepático en sedal. Esquema explicativo y colangiografía postoperatoria del caso 1.

Caso 2.

Corresponde a una observación que fue presentada el año pasado a esta Sociedad y ha sido publicada (50). Se trataba de una enferma portadora de una colangitis esclerosante primaria de diez años de evolución a la cual se le habían practicado diversas operaciones: colecistectomía, coledocoduodenostomía y finalmente se le había abordado el hepático con gran dificultad dejando un drenaje a la Voelcker pasado por la coledocoduodenostomía. Este se salió poco después.

En la reoperación a través de una duodenotomía pudimos pasar con un Beniqué por la anastomosis y forzando la estenosis de los hepáticos, dilatarla pasando un tubo transhepático que sacamos en sedal a través del píloro y el estómago a la Witzel. La ictericia aclaró bastante y la enferma que tiene una cirrosis biliar se encuentra sin prurito.

Comentario.

El drenaje transhepático parece ser la única solución paliativa para esta enfermedad, felizmente tan poco común en nuestro medio. A esta enferma le cambiamos el tubo cada tres meses en la Policlínica. No conocemos ninguna otra observación de intubación transhepática en la colangitis esclerosante.

Caso 3.

W. M. Sexo masculino, 55 años. Sanatorio Nº 2 C.A.S.M.U.

Consulta por ictericia fría progresiva sin vesícula palpable, con todas las características de un cáncer

biliar. Es operado en seguida con ese diagnóstico por el Dr. Ruiz Liard.

22-IX-972. Primera operación.—Paramediana transrectal derecha. Vesícula vacía. Colédoco fino, tumor del hepático. Coledocotomía y calibrado del tumor con dos tubos transhepáticos simples, derecho e izquierdo cuyos extremos inferiores quedaron por debajo de la coledocotomía (Fig. 2). Se practican orificios laterales y se sutura el colédoco. La evolución postoperatoria fue excelente estableciéndose un drenaje biliar abundante por ambos tubos que comenzó a aclarar la ictericia.

Conociendo el interés de uno de nosotros (R. P.) por este tipo de patología fuimos llamados para reoperarlo y tratar de resear el tumor.

16-XI-972. Segunda operación.—Se entra por la misma incisión previa liberación de adherencias. Se llega a la coledocostomía reseando toda la vía biliar extrahepática incluyendo el confluente de los hepáticos que se aborda por la placa hilar. El tumor infiltra un centímetro del hepático izquierdo pero avanza mucho en el derecho. Se corta en zona sospechosa de éste a 3 cms. del confluente. Se reconstruye el tránsito mediante dos hepaticoyunostomías independientes (derecha e izquierda) sobre un asa de Warren modificada. Ambas anastomosis se calibran con nuevos tubos transhepáticos bilaterales pasados por los mismos túneles que los anteriores. Los tubos transhepáticos se atan entre sí bajo el hígado. Se sacan juntos a la Witzel por el yeyuno y una contrabertura abdominal lateral (Fig. 2).

El postoperatorio no tuvo incidentes, la ictericia aclaró totalmente.

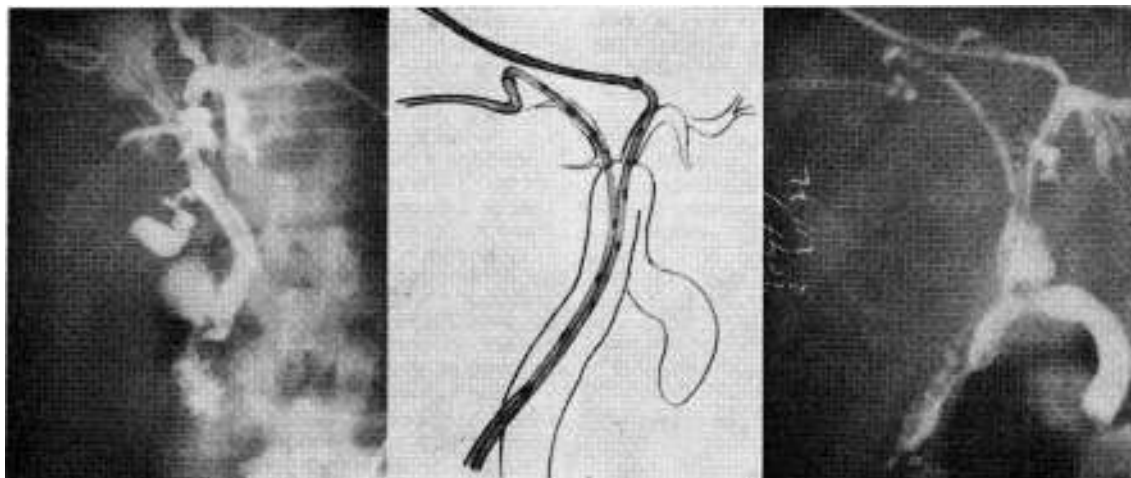


Fig. 2.—Cáncer de hepático derecho (caso 3). En la figura de la izquierda, se ve el tumor calibrado por dos tubos transhepáticos transtumorales, derecho e izquierdo. La colangiografía fue obtenida después de la primera operación. En la figura del centro, se representa la hepaticoyeyunostomía, después de resear el tumor con toda la vía biliar extrahepática. Se ven los dos tubos en sedal. La colangiografía de la derecha, sobre la cual se calcó el esquema, fue obtenida después de la segunda operación. Se ven ambos tubos transhepáticos y el asa de Warren.

El estudio histológico mostró que se trataba de un adenocarcinoma y que la sección del hepático derecho se había realizado en una zona infiltrada de la pared. Tres meses después se colocan nuevos tubos a remolque pues los primeros se habían endurecido. El enfermo se ha reintegrado a sus tareas habituales y se encuentra perfectamente como se puede apreciar. Lleva los tubos unidos entre sí en forma de dos asas y diariamente se le realiza un lavado con suero para los mismos. Las colangiografías operatorias muestran el relleno completo del hepático izquierdo pero no así del derecho pues posiblemente el tumor infiltra los orificios de desembocadura de algunos colaterales.

Comentario.

Hemos aplicado aquí el procedimiento descrito por Goetze en 1951 en casi todos sus detalles: como el montaje yeyunal en asa diverticular (él usaba asas de Roux); las ligaduras sobre el tubo para marcar la entrada y salida, y la conexión de ambos extremos entre sí en el exterior del vientre. Goetze (18) fue en realidad el que describió la técnica de intubación transhepática antes que Muñoz (34), nosotros (37) y Smith (60). En un trabajo póstumo su colaborador Schwabe (19) publica seis observaciones tratadas por Goetze hasta 1959. El la llamaba "Diahepatische Dauer Drainage".

Rehabilitamos aquí a este autor cuyas publicaciones ignorábamos no sólo nosotros sino todos los autores que se han ocupado de intubación transhepática.

Saypol y Kurian (57) en 1969 creen describir la intubación en sedal. Heydenrich (24) el mismo año, Braash (6) y Terblanche (61) en 1973 caen en el mismo error e incluso atribuyen la paternidad de la intubación transhepática a Smith (51) que la publicó 13 años después de Goetze (18), y dos después de no-

sotros. Prescinden todos ellos de la bibliografía española, francesa y alemana, con la enérgica desaprobación del Dr. Iván Goñi Moreno de Buenos Aires, que lo ha señalado en varias oportunidades (14, 20).

En cirugía biliar es imposible soslayar la obra de los cirujanos alemanes y franceses que crearon casi todas las técnicas operatorias. Creemos que la divulgación de estas prioridades que hemos realizado, pronto se hará evidente.

En el paciente que nos ocupa combinamos la técnica de Goetze con la nuestra de doble intubación, obteniendo el mismo resultado que los autores sudafricanos, aunque ellos utilizan tubos de un solo lado para calibrar tumores.

Caso 4.

N. O. Sexo masculino, 72 años. Sanatorio Nº 2. C.A.S.M.U.

También consulta por una clara ictericia neoplásica siendo internado enseguida.

Operación: 30-XI-972.— Transversa de hipocondrio derecho, se encuentra un cáncer del confluente de los hepáticos que posiblemente se inició en el izquierdo que está más infiltrado. Se realiza la exéresis de toda la vía biliar extrahepática incluyendo el confluente y 4 cms. del hepático izquierdo. Hepaticoyeyunostomía bilateral sobre asa de Warren modificada calibrada por dos tubos transhepáticos en sedal. Postoperatorio excelente. Desaparece la ictericia. Se hace cambio incruento de tubos en marzo de este año. Se encuentra ahora muy bien a 6 meses de la operación.

Comentario.

Este paciente es muy parecido al anterior pero el tumor era más limitado. Tal vez se podía haber realizado una operación más ambiciosa incluyendo en la exéresis a todo el lóbulo izquierdo como han hecho con éxito Misti-

lis (32), Haynes (22), Cady (10) y Kelly (26). Rohner (53), Quattlebaum (51) y Klippel (28) han aplicado el mismo principio a los cánceres del hepático derecho, haciendo hepatectomías derechas.

En las hepatectomías izquierdas la exéresis canalicular puede incluir todo el hepático derecho pero en este caso hay que anastomosar por separado el canal de los segmentos 6 y 7, el paramediano derecho y algún canalículo del lóbulo de Spiegel como hizo Kelly (26). Estas anastomosis múltiples se facilitan mediante la intubación transhepática de todos los conductos por separado.

Caso 5.

M. A. de B. Sexo femenino, 52 años, Sanatorio Evangélico.

El año pasado fue colecistectomizada por litiasis. En la operación se encontró un pequeño tumor del cístico cabalgando sobre el hepático. Se resecó con un fragmento de vía biliar principal, la que se reconstruyó sobre un tubo de Kehr. Este se deslizó al poco tiempo constituyéndose una fístula biliar externa con una cavidad intermediaria. Se estableció una ictericia por lo cual nos fue dirigida para operar.

5-III-973. Segunda operación.—Transversa de hiopcondrio derecho. Siembra neoplásica subhepática. Metástasis en lóbulo cuadrado. La vía biliar principal en la que está implantada la fístula está totalmente infiltrada por el tumor. Siendo imposible la exéresis, realizamos una operación paliativa simple colocando dos tubos transhepáticos derecho e izquierdo por la fístula; cuyos extremos inferiores pasamos por el estómago sacándolos a la Witzel. Los tubos hacen un trayecto intraperitoneal entre el colédoco y el estómago, pero en ese lugar no están fenestrados. La enferma lleva poco tiempo de operada pero la ictericia ha aclarado. Los tubos están pinzados y por ellos pasa la bilis del hígado al estómago.

Comentario

Confeccionamos aquí una hepaticogastrostomía mediata con tubos transhepatogástricos en sedal o si se quiere hicimos una hepaticostomía transgástrica (48).

Los orificios del sector gástrico en estos casos conviene practicarlos varios días después de la intervención y asegurarse de su posición con una colangiografía. Esta técnica que describimos el año pasado (49) será presentada a esta Sociedad con más detalles en el correr del año.

CONCLUSIONES

Los tubos transhepáticos en sedal permiten el cambio incruento resolviendo definitivamente el problema del calibrado permanente de las anastomosis biliodigestivas con riesgo de estenosis. La técnica de implantación es simple pues es la combinación de las dos formas del drenaje utilizadas en las anastomosis biliodigestivas altas hasta ahora: transhepáticos y a la Witzel. El cambio de tubo es una maniobra sencilla que se puede realizar con anestesia general o simplemente sin anestesia. Lo hemos hecho en la Policlínica Externa.

Creemos que este tipo de drenaje es de indicación obligatoria en los cánceres de los hepáticos cualquiera que sea la técnica utilizada: resección y reconstrucción, derivación supratumoral o calibrado. Utilizándolo se evitan las reintervenciones para cambiar los tubos. Recordemos que a la enferma con mayor sobrevivida que tratamos por cáncer del hepático la operamos 7 veces. Aunque el paciente está condenado a llevar los tubos que entran y salen del hígado por el resto de su vida, ésta se prolonga evidentemente y no se transforma en una sucesión de operaciones paliativas. Si el tumor no recidiva, cosa ésta excepcional será una satisfacción para el enfermo y el cirujano poder retirar el drenaje.

La experiencia reciente de los cirujanos sudfricanos (24, 61) con esta técnica aún sin resecar el tumor, ratifica estos conceptos. Las nuevas operaciones de exéresis hepática (lóbulo cuadrado, izquierdo o derecho) para extirpar más ampliamente los tumores del hepático serán más fáciles utilizando tubos transhepáticos para hacer la reconstrucción canalicular.

En el tratamiento de la colangitis esclerosante la intubación transhepática de la vía biliar es la única técnica con algún porvenir pues la inextensibilidad de los canales hace inoperantes las anastomosis biliodigestivas puras. Es curioso que en los países donde esta afección es tan común como en Estados Unidos, no se haya difundido el procedimiento.

En cuanto a la aplicación de los tubos en sedal el tratamiento de las estenosis biliares benignas consideramos que en general no es necesaria.

En ellas practicamos hepaticoyeyunostomías amplias a la manera de los franceses con un tubo transhepático izquierdo en T con una pequeña rama en el hepático derecho, para evitar que se deslice hacia afuera. En 18 casos hemos obtenido excelentes resultados; sólo en la obstrucción aquí relatada debimos utilizarlo porque habíamos hecho una reconstrucción terminoterminal del colédoco. Tal vez utilizaríamos esta técnica para recalibrar una anastomosis hepaticoyeyunal estenosada.

RESUMEN

Los tubos transhepáticos en sedal son drenajes transhepáticos que se pasan a través de las anastomosis bilio-digestivas saliendo del yeyuno a la Witzel.

Como los dos extremos de los tubos salen al exterior es posible cambiarlos cuando se obstruyen o endurecen, sin necesidad de reintervenir al paciente. Se aconsejan especialmente en el tratamiento de los cánceres biliares altos en los cuales es común la recidiva y estenosis subsiguiente de las anastomosis.

Estos enfermos quedan intubados definitivamente cambiándose los drenajes cada tres o cuatro meses con maniobras incruentas. Los tubos en sedal tienen también indicación absoluta en el tratamiento de las colangitis esclerosantes, no así en las estenosis benignas de vías biliares que se resuelven generalmente con un tubo transhepático izquierdo en T.

RÉSUMÉ

Les dains transépatisques en séton sont des drainages transhépatiques que l'on passe à travers les anastomoses bilio-digestives avec sortie du jéjunum à la Witzel.

Comme les deux extrémités des drains sont extérieures, il est possible de changer les drains, quand ils sont bouchés ou durcis, sans avoir à procéder à une nouvelle intervention. Ils sont particulièrement indiqués dans le traitement des cancers biliaires hauts où la récidive, accompagnée de sténose des anastomoses, est fréquente.

Ces dains sont conservés en permanence par les malades et on les change tous les trois ou quatre mois sans provoquer de perte de sang. Les drains en séton sont aussi absolument indiqués dans le traitement des angiocholites sclérosantes, mais non dans les sténoses bénignes des voies biliaires pour lesquelles on emploie d'habitude un drain transhépatique bauche en T.

SUMMARY

Transhepatic 4-tubes are transhepatic drainages passing through bilio-digestive anastomosis from jejunum to Witzel.

Since both ends of tube are exterior it is possible to change them when they become obstructed or hardened, without re-operating patient. They are specially suitable for treatment of high biliary cancers in which recurrency and stricture following anastomosis, are frequent.

These patients are definitively intubated and drainages are changed every three to four months by painless manouvres. 4-tubes are also absolutely indicated in treatment of sclerosing cholangitis, but not in benign stricture of biliary tract which are generally solved by left transhepatic T-tubes.

BIBLIOGRAFIA

- ALDRETE, J. Malignant Neoplasms of the Extrahepatic Bile Ducts. *Am. Surg.*, 37: 613, 1971.
- BEAL, S., DYER, G. and STEPHENSON, H. Disappointments in the management of patients with malignacy of pancreas duodenum, and common Bile Duct. *Arch. Surg.*, 101: 461, 1970.
- BERTRAND, L., PRIOTON, J., MICHEL, M. et CIURANA, A. Cancer du confluent Biliaire supérieur dit du hile. *Rev. Inter. Hepat.*, 19: 543, 1969.
- BISMUTH, H. et MARTIN, E. Les tumeurs des voies Biliaires. *Rev. Prat.*, 21: 131, 1971.
- BRAASH, J., WARREN, K. and KUNE, G. Malignant Neoplasms of the Bile Ducts. *Surg. Clin. N. Amer.* 47: 627, 1967.
- BRAASCH, J., WHITCOMB, F., WATKINS, E., MAGUIRE, R. and KHAZEI, A. Segmental obstruction of the Bile Duct. *Surg. Gynec. Obst.*, 134: 975, 1972.
- BROWN, D., STRONG, J. and HENDRY, E. Primary carcinoma of the Extrahepatic Bile Ducts. *Brit. J. Surg.*, 49: 122, 1961.
- BURCKART, T. and LOEW, D. Das Karzinom del Gallen Blase und der Gallenwege. *Brun's Beitr. Klin. Chir.*, 214: 314, 1967.
- BURLUI, D., MANESCU, C., CONSTANTINESCO, C., POPESCU, R. et STRUTENSKI, T. Intubation canalaire transhépatique dans la chirurgie de l'hépatododque. *Ann. Chir.*, 21: 1271, 1967.
- CADY, B. Complicated problems in cancer management. *Surg. Clin. North. Am.*, 48: 679, 1968.
- DEN BESTIN, L. and LIECHTY, R. Cancer of the Biliary Tree. *Am. J. Surg.*, 109, 587, 1965.
- EL-DOMEIRI, A. Carcinoma of the extrahepatic Bile Ducts. *Ann. Surg.*, 169: 525, 1969.
- ERICSSON, F. and POZO, R. Carcinoma of the extrahepatic Bile Ducts. *Acta. Chir. Scand.* 135: 523, 1969.
- ETALA, E., GOÑI MORENO, I., MAINETTI, J., REY, A y Z9BALETA, D. Cáncer de hígado y de vías biliares. *Día Médico*, 41: 577, 1969.
- FERRIS, D. and STERLING, W. Surgery of the biliary tract. Carcinoma of extrahepatic Bile Ducts. *Surg. Clin. North. Am.*, 47: 861, 1967.
- FORSTER, E., LAMPERT, M. ADLOFF, M., NOU-ZHA, E., CINQUALBRE, J. et WEILL. Tumeurs primitives de la voie biliaire principale. *J. Chir.*, 104: 551, 1972.
- GLENN, F. and HAYS, M. The Scope of Radical Surgery in the Treatment of Malignant Tumors of the Extrahepatic Biliary Tract. *Surg. Gynec. Obst.*, 99: 529, 1954.
- GOETZE, O. Die Transhepatische Dauer Drainage bei der Hohen Gallengangsstenose. *Arch. Klin. Chir.*, 270: 97, 1951.
- GOETZE, O. and SCHWABE, H. Alte und neue Operationen der Hohen Gallengangsstenosen und del Diahepatische (Transhepatische) Dauer drainage. *Brun's Beitr. Klin. Chir.* 198: 413, 1959.
- GOÑI MORENO, I. en MAGALDI, P. y HESS, W. Actualizaciones en Cirugía Bilio-Pancreática. G. Fernández, 1971. Buenos Aires, pag. 390.
- HAM MACKENZIE, P. Primary Carcinoma of the Extra Hepatic Bile Ducts. *Surg Gynec. Obst.*, 118: 977, 1964.
- HAYNES, C., GINGRICH, C. and FHORDUGHMAN, J. Carcinoma of the Bile Ducts. *Am. Surg.*, 30: 578, 1964.
- HESS, W. Die Erkrankungen der Gallenwege und des Pankreas. *Georg. Thieme. Stuttgart*, 1961.
- HEYDENRYCH, J., VAN ZIJL, F. and VAN ZYL, J. Transhepatic intubation of the common Bile Duct for inoperable obstruction. Experience with 20 cases. *J. Surg. Oncol.*, 1: 63, 1969.
- HOLLENDER, F., GILLET, M. et WEIS, A. Les cancers primitifs de la voie biliaire. *Arch. Mal. App. Dig.*, 57: 245, 1968.
- KELLY, K. Succesful resection of adenocarcinoma of junction of right, left and common Hepatic Biliary Ducts. *Mayo. Clin. Proc.*, 47: 48, 1972.
- KLATSKIN, G. Adenocarcinoma of the hepatic duct at its bifurcation within the porta hepatis. *Am. J. Med.*, 38: 241, 1965.
- KLIPPEL, A. and SHAW, R. Carcinoma of the common Bile Duct: Report of a case of successful, resection. *Arch. Surg.*, 104: 102, 1972.
- LAMY, J., MICHOT, T., BRICOT, N., SARLES, J. et RODDE, J. Tumeurs malignes de la voie Biliaire Principale. *Ann. Chir.*, 19: 1035, 1965.

30. MAZZARIELLO, R. La extracción incruenta de cálculos biliares, residuales. *E. Martínez*, 1968. Buenos Aires.
31. MAZZARIELLO, R. Removal of residual Biliary tract calculi without reoperation. *Surgery*, 67: 566, 1970.
32. MISTILIS, S. and SCHIFF, L. A case of jaundice due to unilateral Hepatic duct obstruction with relief after Hepatic Lobectomy. *Gut*, 4: 13, 1963.
33. MOUCHET, A., MARQUANT, J., GARCIN, J., GUIVARC'H, M. et PILLARD J. Les cancers de la voie biliaire principale à l'exclusion des tumeurs de la papille. *Ann. Chir.*, 22: 303, 1968.
34. MUÑOZ, R. Reconstrucción de las vías biliares: anastomosis biliointestinal con inserción transhepática de una sonda en T. *Rev. Invest. Clin.*, 11: 217, 1959.
35. POILLEUX, J., VIVIER, J., MOINET, Ch., LAGADE, B. et HIVET, M. Les cancers de la voie biliaire principale pédiculaire. *Ann. Chir.*, 25: 491, 1971.
36. POPOV, D. La utilización de tubos de policlorovinilo en Cirugía Biliar. (Ruso). *Vest. Khir. Grekov.*, 84: 31, 1960.
37. PRADERI, R. Coledocostomía Transhepática. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 32: 237, 1961.
38. PRADERI, R. Hepatogastrostomía Laterolateral. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 33: 495, 1962.
39. PRADERI, R. El drenaje biliar externo o interno por el hepático izquierdo. *Rev. Ass. Med. Bras.* 9: 401, 1963.
40. PRADERI, R. Cáncer del confluente hepatocístico resección y derivaciones sucesivas con sobrevida de 6 años. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 34: 442, 1963.
41. PRADERI, R., PARODI, H. y DELGADO, B. Tratamiento de las obstrucciones Neoplásicas de la vía biliar suprapancreática. *An. Fac. Med. Mvdeo.*, 49: 221, 1964.
42. PRADERI, R. Tubos transhepáticos dobles. Tesis. Montevideo, 1964.
43. PRADERI, R. Aplicaciones de los drenajes transhepáticos. *Rev. Cir. Urug.*, 35: 21, 1965.
44. PRADERI, R. Lesiones por el acto operatorio en la colecistectomía. *Pren. Med. Arg.*, 1989, 1965.
45. PRADERI, R., ORMAECHEA, C. y DELGADO, B. Aspiración Transhepática del asa diverticular en la duodenopancreatostomía cefálica. *Rev. Cir. Urug.*, 36: 154, 1966.
46. PRADERI, R. Tratamiento de las heridas de las vías biliares y sus secuelas. 199 *Cong. Urug. de Cir.*, 2: 141, 1968.
47. PRADERI, R. Obstrucción neoplásica de los hepáticos. *Rev. Arg. Cirug.* 20: 115, 1971.
48. PRADERI, R., DELGADO, B. y ORMAECHEA, C. Derivaciones hepatoentéricas con asas diverticulares en el tratamiento de afecciones biliares no tumorales. *Cir. Urug.*, 42: 371, 1972.
49. PRADERI, R., DAVIDENKO, N., GOMEZ-FOSSATI, C., MAZZA, M., ESTEFAN, A. y PATIÑO, V. Drenajes transgástricos. *Cir. Urug.*, 43: 554, 1973.
50. PRADERI, R., ESTEFAN, A. y ZITO, M. Colangitis esclerosante primaria. Intubación transhepática de la vía biliar. *Cir. Urug.*, 43: 511, 1973.
51. QUATTLEBAUM, J. and QUATTLEBAUM, J. Malignant obstruction of the mayor Hepatic Ducts. *Ann. Surg.*, 161: 976, 1965.
52. REMINE, W. and FERRIS, D. Surgery for Biliary Strictures. *Surg. Clin. N. Amer.*, 47: 877, 1967.
43. ROHNER, A. Hepatectomie Droite elargie pour tumeur de la convergences des sténoses cicatricielles des voies biliaires. *Ann. Chir.*, 23: 499, 1969.
54. SELEMBIER, Y. Dilatation et drainage trans-anastomotique dans les réinterventions pour récidive après cure chirurgicale des sténoses cicatricielles des voies biliaires. *Ann. Chir.*, 23: 499, 1969.
55. SALEMBIER, Y. Indications operatoires et resultats de 92 cancers des voies biliaires. *Ann. Chir.*, 26: 161, 1972.
56. SAPISOCHIN, E. y GINCHBERG, J. Carcinomas primitivos del conducto hepático. *Prensa Med. Arg.* 54: 585, 1967.
57. SAYPOL, G. and KURIAN, G. A technique of repair of stricture of the Bile Ducts. *Surg. Gynec. Obst.*, 128: 1071, 1969.
58. SCARABELLI, L., COLOMBO, P. et MANTELLINI, E. Sui tumori maligni primitivi dei dotti biliari a livello iliare. *Minerva Chir.*, 23: 387, 1968.
59. SMIRNOV, E. Drenaje oculto permanente en cirugía biliar. (Ruso). *Vest. Khir. Grekov.*, 81: 33, 1957.
60. SMITH, R. Hepaticocystostomy with transhepatic intubations: A technique for high strictures of the hepatic ducts. *Brit. J. Surg.*, 51: 186, 1964.
61. TERBLANCHE, J., SAUNDERS, S. and LOUW, J. Prolonged Palliation in carcinoma of the Main Hepatic Duct Junction. *Surgery*, 71: 720, 1972.
62. VAN HEERDEN, J., JUDD, G. and DOCKERTY, M. Carcinoma of the Extrahepatic Bile Ducts. *Am. J. Surg.*, 113: 49, 1967.
63. WARREN, K., MOUNTAIN, J. y MIDDELL, A. Management of strictures of the Biliary Tract. *Surg. Clin. North. Am.* 51: 711, 1971.
64. WHELTON, M., PETRELLI, M., GEORGE, PH., YOUNG, W. and SHERLOCK, SH. Carcinoma at the junction of the Main Hepatic Ducts. *Quart. Jour. Med.* 38: 211, 1969.