

## ***Anastomosis hepatocolecisto digestivas***

Dres. RAUL PRADERI, CARLOS GOMEZ FOSATTI, ROMEU MACHADO,  
CARLOS ITUÑO, VLADIMIR GUICHEFF, NICOLAS DAVIDENKO  
y WASHINGTON LIARD \*

En cirugía biliar existen procedimientos poco comunes que tienen indicación en la terapéutica de las ictericias neoplásicas. Uno de ellos (12) es disponer la vesícula biliar como puente entre los hepáticos y el tubo digestivo. Esta operación no se utiliza más en las estenosis benignas del colédoco como hicieron Desjardins (4) y Carter (1). Pero puede ser útil en cánceres muy avanzados en los que el pedículo hepático está congelado por el tumor, y el hepático izquierdo es difícil de abordar o está también infiltrado. En este caso es a veces posible conectar el hepático derecho con la vesícula a través de su lecho.

Existe una segunda situación cuando está comprometida la desembocadura del cístico, y se quiere derivar por la vesícula. La solución es reimplantarla más arriba en el hepático haciendo una especie de neocístico.

### **MATERIAL Y METODOS**

Hemos utilizado puentes vesiculares en siete pacientes portadores de ictericias neoplásicas graves.

Estas operaciones se aplican en las dos situaciones anatómicas antes señaladas.

#### **A) PEDICULO HEPATICO CONGELADO, HILIO INABORDABLE, CISURA IZQUIERDA DE EXPOSICION DIFICIL O INCONVENIENTE. METASTASIS HEPATICAS.**

Se pueden tentar aquí, dos derivaciones sencillas: la hepaticostomía izquierda externa o hepaticogastrostomía mediata sobre tubo y la hepaticostomía externa derecha simple o transvesicular (7).

#### **Anastomosis hepatovesicular. Hepaticostomía (Kehr-Kolsky) (10, 11, 17).**

Se abre la cara inferior de la vesícula que está excluida, y a través de su cara superior se penetra en el hígado con bisturí eléctrico o disección roma. Se hace hemostasis con coa-

gulación o mechado. Viene bilis de los canales derechos. Se puede colocar un tubo de Kehr con ramas transversales cortas que se abren como anzuelos en el hígado (Fig. 1-b). Si sangra dejamos mechado el hígado. Kolsky (10) detenía la hemorragia con un balón insuflable.

Si se consigue una buena hemostasis del cráter hepático, se puede realizar una operación más ambiciosa anastomosando la vesícula al tubo digestivo: yeyuno, estómago o muñón duodenal de gastrectomía.

#### **Hepatocolecisto yeyunostomía (derecha) (Kehr-Kolsky) (10, 11, 17).**

CASO 1.—Mujer, 52 años. Ictericia por cáncer periampular. Operación (C.I.). Tumor inextirpable. Invasión visceral y ganglionar. Pedículo congelado. Vesícula sana. Hepaticostomía transvesicular y anastomosis colecistoyeyunal sobre asa de Braun. Aclara. Obito a los 8 meses con carcinomatosis hepática.

CASO 2.—Mujer, 50 años. Colectomía izquierda por cáncer 2 años antes ictericia. Operación (R.M.). Metástasis ganglionares y hepáticas. Hepaticostomía transvesicular y colecistoyeyunostomía laterolateral. Aclaró la ictericia. Falleció a los 3 meses con carcinomatosis.

CASO 3.—Hombre, 63 años. Ictericia fría. Operación (R.M.). Cáncer pedicular total. Bacinete invadido por el tumor, fondo vesicular sano. Hepaticocolecistoyeyunostomía sobre asa de Hivet. Alta. Se perdió el Follow-up después de 40 días.

Si existe un muñón duodenal viable se puede utilizar haciendo una:

#### **Hepatocolecistoduodenostomía (derecha) Lateroterminal.**

CASO 4.—Varón, 63 años. Un año antes gastrectomía Bilioth II por cáncer antral. Aneurisma de aorta abdominal que no se trató. Ictericia fría con vesícula palpable. Operación (W.L. y R.P.). Tumor que invade el pedículo y rodea al aneurisma. Tubo transhepático transvesicular con orificios laterales (colecistostomía transhepática). Se anastomosa el bacinete al muñón duodenal. Drenó bilis y falleció a los 35 días de operado aunque aclaró bastante la ictericia. El drenaje fue poco efectivo porque el trayecto hepático del tubo era corto.

Pero aquí utilizamos un procedimiento nuevo: la intubación de la anastomosis, lo que nos hizo pensar en la posibilidad de calibrarla con uno o varios tubos transhepaticocolecistoduodenales o yeyunales en sedal que se aprecia en la figura 1-c. Estos tubos se pueden cambiar

\* Profesor Adjunto y Asistentes de Clínica Quirúrgica. Fac. Med. Montevideo.

Trabajo de la Seccional de Cirugía Hepatobiliar de la Clínica Quirúrgica "B" del Prof. J. Pradines. Hosp. de Clínicas. Montevideo.

Este trabajo obtuvo el Premio Hoechst al Forum del 24 Congreso Uruguayo de Cirugía conjuntamente con el anterior. 3 de diciembre de 1973.

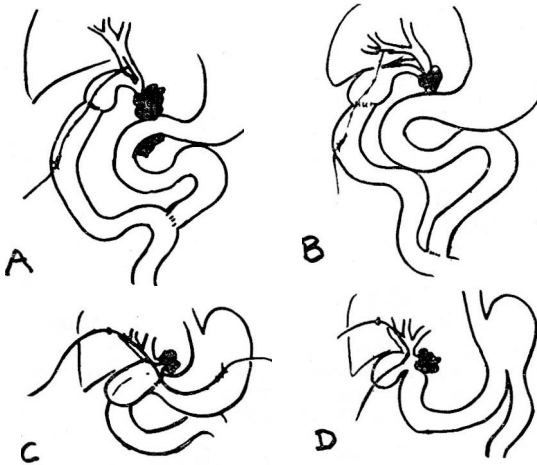


FIG. 1.— A. Anastomosis hepaticocolicoduodenal pedicular calibrada por tubo de Kehr transanastomótico sacado a la Witzel. B. Idem derecha, calibrada por tubo de Kehr con ramas intrahepáticas. C. Anastomosis hepaticocolicoduodenal calibrada por tubo transhepaticocolicoduodenal en sedal. D. Anastomosis hepaticocolicoduodenal calibrada por tubo transhepático en sedal transanastomótico.

a remolque sin necesidad de reintervención quirúrgica (14).

El muñón duodenal de gastrectomía Bilroth II tiene la ventaja de ser un asa diverticular y por consiguiente sin reflujo de alimentos.

**Hepaticocolicostomía (derecha) a cielo abierto. (Smith) (16, 8, 18)**

Este autor libera la vesícula del lecho y punciona en el mismo con una jeringa hasta obtener bilis de un grueso canal. Lo expone y abre anastomosándolo a la cara superior del colecisto que luego reimplanta en su fosa. No hemos utilizado esta técnica que parece tentadora.

**B) CANCER PERIAMPULAR INEXTIRPABLE. CÍSTICO INFILTRADO. VESÍCULA UTILIZABLE. PEQUEÑO SECTOR DEL HEPÁTICO PERMEABLE PERO PROFUNDO.**

En estos casos es fácil fijar el bacinete con cuatro puntos al hepático común, dejando por dentro de la anastomosis un tubo de Kehr que se saca por el yeyuno anastomosado a su vez a la vesícula.

**Hepaticocolicostomía yeyunostomía pedicular (Fig. A-1).**

Kehr (10) y Pribram (2) reimplantaban el cístico sobre el hepático. Nosotros unimos estos canales sobre un tubo de Kehr para hacer más segura la sutura. Algo parecido hicieron Desjardins (4) y en nuestro país Giuria (6) que interponían la vesícula entre hepático y duodeno (laterolateral).

Caso 5.— Varón, 83 años. Ictericia verdínica. Operación (N.D. y R.P.). Cáncer de cabeza de páncreas infiltrando duodeno. Hepaticocolicostomía y gastroenterostomía sobre asa de Warren. Fallece al 6º día de un postoperatorio normal. No se hizo autopsia.

Caso 6.— Mujer, 58 años. Ictericia de 3 meses de evolución. Operación (C.G.F. y R.P.). Cáncer de cabeza de páncreas. Ganglios celiacos y pediculares, inextirpable. Hepaticocolicostomía sobre tubo de Kehr transanastomótico (Fig. 2) y (Warren). Se retira el tubo a los tres meses. Fallece a los 5 meses en caquexia, sin ictericia.

Esta operación se puede realizar cuando una colecistostomía queda desfuncionalizada porque el cáncer infiltró el cístico. Basta con volcar el bacinete sobre el hepático y anastomosarlos entre sí. Este tipo de anastomosis se puede hacer con el muñón duodenal de gastrectomías Bilroth II, sin desplazar este órgano hasta el hepático.

**Hepaticocolicostomía pedicular lateroterminal**

Caso 7.— Varón, 73 años. Gastrectomía Bilroth II ensanchada por cáncer de antro 1 año antes (13). Ictericia fría, operación (R.P. y N.D.). Adenopatías pediculares. Se expone el hepático en la placa hiliar y se punciona obteniendo bilis blanca. Se ofrece un tubo de drenaje. Colecistoduodenostomía lateroterminal sobre un tubo de Kehr duodenal. En el postoperatorio, fistula del hepático por la que drenan 300 cc de bilis diaria que se reintegran por la duodenostomía. A los 3 meses ya sin ictericia, hace una oclusión del asa aferente de la gastrectomía. Se preparaba para reoperar, cuando fallece. Se hubiera podido hacer una hepaticocolicostoduodenostomía (Fig. 1-D).

En pacientes muy graves en que se hace una hepaticostomía externa pues se considera

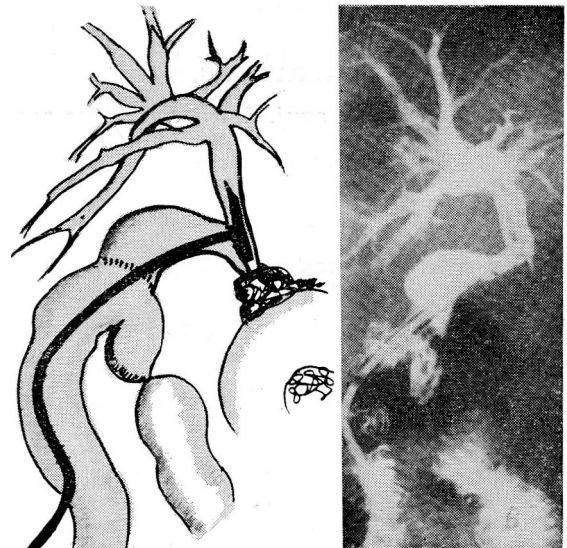


FIG. 2.— Anastomosis hepaticocolicostomía (caso 6) sobre tubo de Kehr: A. Esquemas. B. Colangiografía postoperatoria.

demasiado operacion una derivación bilioyeyunal, se puede conectar el tubo de drenaje al estómago, constituyendo así una hepaticogastrostomía mediata (15). Queda un sector de tubo en el peritoneo. La vesícula biliar se puede utilizar para envolver este trozo de tubo haciendo un puente entre estómago e hígado.

#### Hepatocolecisto gastrostomía (Champeau) (2, 3, 5).

Este autor la utilizó cuando se obstruyó el cístico de una colecistogastrostomía.

Caso 8.—Mujer, 66 años. Antecedentes de hidatidosis pulmonar y cáncer de piel. Caquexia e ictericia. Operación (R.P. y V.G.). Cáncer periampular. Carcinomatosis peritoneal. Picolecisto litiasico. Q. hidático yuxta cavo. Síndrome de Budd-Chiari. Hepatocolecisto gastrostomía calibrada con tubo en sedal transhepatocolecistogástrico (Fig. 1-C). Aclara la ictericia. Trombosis venosa femoroiliaca izquierda, tromboectomía iliaca. Fallece en caquexia a los 47 días de operada.

#### CONCLUSIONES

Vemos aquí que en casos muy graves el recurso de utilizar la vesícula como puente puede resolver la situación permitiendo hacer una derivación biliodigestiva con poco riesgo quirúrgico. Desde luego que se trata de situaciones poco comunes en pacientes sin posibilidades curativas.

#### RESUMEN

Se relatan 7 observaciones de anastomosis hepatocolecisto digestivas realizadas en 5 portadores de cánceres biliares inextirpables, y 2 pacientes con ictericias por metástasis ganglionares de tumores digestivos (Colon y estómago). Esta operación constituye un recurso de necesidad para anastomosar el árbol biliar intrahepático a la vesícula y ésta al tubo digestivo en los pedículos hepáticos congelados. En los cánceres pediculares inferiores que obstruyen el cístico, una anastomosis hepaticovesicular sobre un tubo de Kehr permite pasar la bilis a la vesícula, para desde allí derivarla al yeyuno, estómago o duodeno.

#### RÉSUMÉ

Présentation de 7 observations d'anastomoses hépatocolécyste idigestives pratiquées sur 5 porteurs de cancers biliaires inextirpables et sur 2 patients atteints d'ictères par métastases ganglionnaires de tumeurs digestives (côlon et estomac). Cette opération constitue un recours de nécessité pour anastomoser l'arbre biliaire intra-hépatique à la vésicule et celle-ci au tube digestif dans les pédicules hépatiques congelés. Dans les cancers pédiculaires inférieurs qui obstruent le cystique, une anastomose hépatico-vésiculaire sur un tube de Kehr permet le passage de la bile à la vésicule et de là, par dérivation, au jéjunum, à l'estomac ou au duodénum.

#### SUMMARY

Case material consists of 7 cases of hepatocholecysto digestive anastomosis performed in 5 patients with inoperable biliary cancers and 2 patients with jaundice

caused by ganglionic metastases of digestive tumors (colon and stomach). This operation is resorted to in cases of necessity in order to anastomose intrahepatic biliary tree to gall bladder and the latter to the digestive tube in frozen hepatic pedicles. In lower pedicular cancers obstructing cystic duct, hepatovesicular anastomosis on Kehr's tube allows for bile flow into gall bladder from which it is derived to jejunum, stomach and duodenum.

#### BIBLIOGRAFIA

1. CARTER, R., MARRAFFINO, B. Hepatocholecystenterostomy for relief of jaundice in obliteration of hepatic ducts. *Am. J. Surg.*, 64: 217, 1944.
2. CHAMPEAU, M., PINEAU, P. Consideration nouvelles sur la vesicule, material de plastie. *Arch. Mal. App. Dig.*, 47: 1263, 1968.
3. CHAMPEAU, M., PINEAU, J., LEGER, P. Chirurgie du foie et des voies biliaires. Paris. *Flamm.*, 1966.
4. DESJARDINS, A. Indications opératoires dans les angiocholites. *Paris. Chir.*, 1: 14, 1912.
5. FUTURIAN, E., SHUBIN, B. Anatomico-topograficheskoia obosnovania dostopa K. Pravomu vnutripechenochnomu protoku i jolanguijolechistogastrostomii. *Kirurgija*, 39: 37, 1963.
6. GIURIA, F. Utilización de la vesícula biliar como canal de derivación interna en un caso de obstrucción neoplásica de la vía biliar principal. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 34: 324, 1963.
7. GOINARD, P., PELISSER. Therapeutique chirurgicale des ictères par rétention. Paris. *Masson*, 1959.
8. GROSDIDIER, J., RICHAUME, B., BOISSEL, P. Dérivation biliaire atypique: L'anastomose hépatovésiculaire. *J. Chir.*, 105: 569, 1973.
9. HEPP, J. La place de l'anastomose bilio-biliaire en recade cystique dans le traitement palatif des cancers duodeno-pancreatiques. *Entretiens de Bichat (Chirurgie)*: 129, 1959.
10. KEHR, H. Technik der gallenstein operationen. München. *Lehmann's*. 1905.
11. LASALA, A., VAZQUEZ, M. Hepatostomía. Buenos Aires. *López y Etchegoyen*, 1950.
12. PRADERI, R., PARODI, H., DELGADO, B. Tratamiento de las obstrucciones neoplásicas de la vía biliar suprapancreática. *An. Fac. Med. Montevideo*, 49: 221, 1964.
13. PRADERI, R. Ictericas obstructivas extra-hepáticas secundarias a tumores no biliares. Symposium Internacional de Actualización en Cirugía de Hígado, Vías Biliares y Páncreas. La Plata, 1972. Rep. Argentina (inédito).
14. PRADERI, R., GOMEZ FOSSATI, C., MAZZA, M. Cambio incruento de drenajes biliares. *Cir. Urug.*, 44: 10, 1974.
15. PRADERI, R., MAZZA, M., GOMEZ FOSSATI, C., ESTEFAN, A., DAVIDENKO, N. Hepaticostomía transgástrica. A propósito de sus diferencias con las hepaticogastrostomías de Gohrbandt y Dogliotti. *Cir. Urug.*, 44: 77, 1974.
16. SMITH, R., SHERLOCK, SH. Surgery of the gall bladder and bile ducts. London 1964 Butterworths.
17. VELASCO SUAREZ, C. La operación de Kolski. Hepatocolecistostomía. *Pren. Méd. Argent.*, 33: 1813, 1946.
18. WHELTON, M., PETRELLI, M., GEORGE, PH., YOUNG, W., SHERLOCK, SH. Carcinoma of the junction of the Main Hepatic Ducts. *Quart. J. Med.*, 38: 211, 1961.