

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Chifflet

## COLEDOCOSTOMIA TRANSHEPÁTICA (\*)

Dr. Raúl Praderi

Nos vamos a referir a un procedimiento de drenaje de la vía biliar principal, que creemos puede ser aplicado con ventajas en varias situaciones difíciles de esa cirugía.

Lo hemos llamado colédoco o hepaticostomía transhepática porque es un drenaje de estos canales a través del parénquima. Referiremos en primer término la técnica utilizada.

A través de la vía biliar principal pedicular cuya luz se encuentra abierta se introduce un Beniqué en dirección proximal.

Ese instrumento atraviesa casi siempre las estenosis ductales intrahepáticas cuando existen. Se lleva hacia arriba lo más alto posible dentro del árbol biliar. Una vez realizada esta maniobra se practica en la cara superior del hígado una pequeña hepaticostomía enfrente a la punta del Beniqué y se introduce el dedo a través del parénquima hasta tocarlo. Se realiza un movimiento con este instrumento dirigido por el dedo; rompiendo el árbol biliar y aflorando a la superficie por el orificio de la hepaticostomía referida. El extremo del Beniqué tiene una oliva en la punta, la cual es más afilada que lo habitual. Se coloca un tubo de goma o plástico en ese extremo atándolo con un hilo frente al cuello de la oliva.

Se pasa luego el conductor hacia atrás, sacando el tubo por el colédoco; queda así pasado a través del parénquima. Se practican orificios laterales en el tubo a nivel de la porción parenquimatosa o del segmento supraestrictural si es que se está operando una estenosis intrahepática de la vía biliar.

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la  $\frac{1}{2}$  hora previa el día 24 de mayo de 1961.

A esta manera de abrir el árbol hepático de adentro afuera le hemos llamado hepatostomía retrógrada.

Creemos que este procedimiento tiene muchas ventajas.

- a) Es similar al utilizado con éxito por los urólogos para drenar la pelvis renal a través del parénquima.
- b) Si se practica con un instrumento como el Beniqué, no provoca hemorragias, pues no rompe vasos importantes en el hígado.

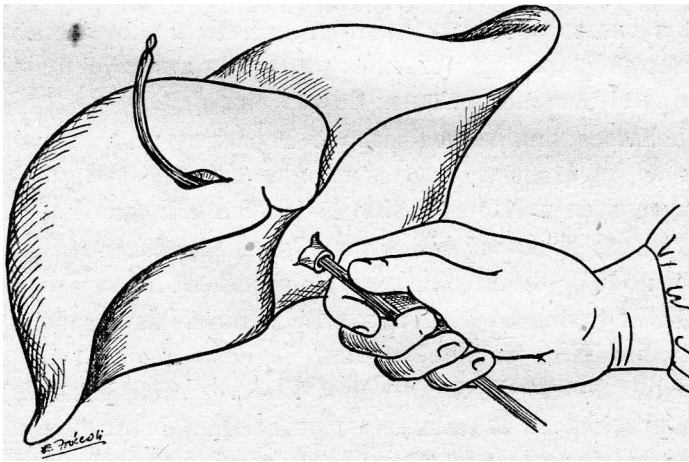


Fig. 1. — Se introduce el Beniqué a través del hígado.

- c) Drena con seguridad la porción hepática del árbol biliar.
- d) Pero reinyectando la bilis o pinzando el tubo derivan con seguridad este jugo hacia el intestino siempre que a él llegue el extremo de la tubuladura.

Esta técnica es aplicable a las situaciones que plantean problemas difíciles en la cirugía.

1º) La primera de ellas son las estenosis intrahepáticas del conducto hepático o sus ramas.

Ha sido demostrado por varios autores que los cánceres canaliculares hepáticos, matan no por crecimiento tumoral, sino por ictericia obstructiva progresiva. De tal manera que si se drena la bilis, aunque se deje el blastoma el pronóstico va a mejorar. Así lo demuestran las estadísticas de Altemeier y col. (1), Thorbj-

narson y col. (7) que colocan tubos a través de tumores obteniendo sobrevidas hasta de 5 años. No siempre es fácil introducir un tubo de abajo arriba a través de la estrechez. Esto se soluciona con el conductor metálico.

Hemos practicado esta operación hace 4 meses en una paciente con estenosis cicatrizal del hepático, consecutiva a la resección de un neoplasma del confluente biliar. Ha aumentado 10 kilos de peso y ha mejorado su ictericia.

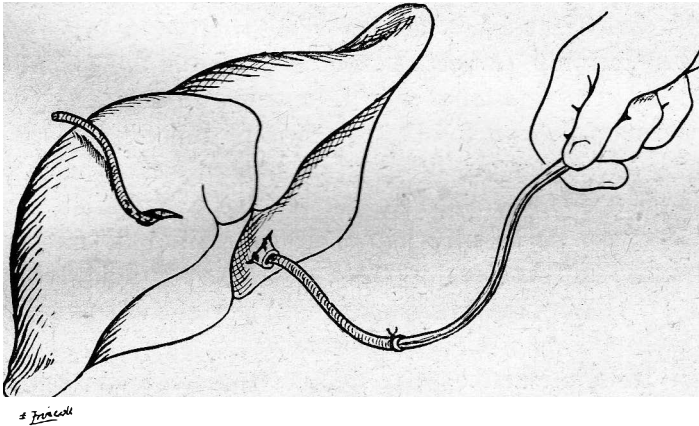


Fig. 2. — Se tracciona hacia abajo dejando el tubo colocado.

➤ 2º) Otra aplicación es utilizarlo como drenaje de seguridad después de las anastomosis biliodigestivas. Sobre todo después de resecciones de neoplasmas.

La tendencia reciente de muchos autores (3) Kirtley, (5) Lichtenstein, (5) Cosman y Porter (2), Wilson y Storer (8) es a colocar tubos a través de las derivaciones biliodigestivas, ya sean estas hepatoduodenostomías, hepatoyeyunostomías pediculares o con la técnica de Longmire.

Los tubos se sacan a la Witzel por el yeyuno. Evitan la estenosis de la anatomosis y dan un drenaje de seguridad al exterior durante el post-operatorio inmediato.

Aplicado en estas intervenciones el drenaje transhepático permite la derivación sin los riesgos de una fístula yeyunal en el orificio por el que sale el tubo del intestino. En los casos de

anastomosis biliodigestivas, después de resección de tumores hepáticos o coledocianos, las recidivas en la sutura se harían sobre el tubo que seguirá funcionando y en último caso si fuera colapsado actuará como drenaje al exterior.

En la clínica del Profesor Chifflet ha sido utilizado este drenaje en un neoplasma de colédoco resecado y derivado por hepato-duodenostomía; el paciente ya aclaró su ictericia.

En las estenosis no neoplásicas se podrá usar de la misma manera para evitar la reestenosis de la anastomosis y para drenar el árbol biliar hacia afuera y degravitar el intestino anastomosado durante el post-operatorio inmediato. Se combate así una de las complicaciones más frecuentes de esta cirugía que es la falla de sutura con fístula o peritonitis biliar.

3º) En la cirugía de exéresis pancreática existen además, las complicaciones provocadas por el jugo pancreático en las suturas. Por eso, se ha utilizado el drenaje biliar al exterior y algunos autores franceses y japoneses han colocado tubos en el hepático y el Wirsung sacándolos luego por el estómago y la boca, durante el post-operatorio inmediato.

Un drenaje transhepático del asa anastomosada solucionaría este problema.

Hemos revisado la bibliografía no encontrando referencias a este procedimiento de hepatostomía, es decir, de abrir el árbol biliar de adentro hacia afuera.

En el libro de Lasala (4), y el de Olivier (6) se hace referencia a tubos colocados por hepatostomías hasta los gruesos canales biliares, pero en ningún caso llegando al colédoco; pasando una estenosis o llegando al intestino delgado a través de una anastomosis biliodigestiva.

#### BIBLIOGRAFIA

1. ALTEMEIER W., GALL E., ZINNINGER M., HOXWORTH P. — Sclerosing Carcinoma of the Major Intrahepatic Bile Ducts. A.M.A. Archives of Surgery. 75:450-1957.
2. COSMAN B., JORTER M. — Estrechez benigna de los conductos biliares. Anales de Cirugía 8:811-1960.

**BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY**

3. KIRTLEY J. — Hepatocolangiyeunostomía. Roux en Y. — Anales de Cirugía 7:143-1960.
4. LASALA A., VAZQUEZ M. — Hepatostomía. López y Etchegoyen. Bs. As. 1950.
5. LICHTENSTEIN M. — Advances in Surgery of the Biliary Tract. The Surgical Clinics of North America. Vol. 39-5:1369-1959.
6. OLIVER C. Chirurgie des voies biliaires. Masson. París. 1961.
7. THORBJARNARSON B. — Carcinoma of the Intrahepatic Bile Ducts. A.M.A. Archives of Surgery. 77:908-1958.
8. WILSON H., STORER E. — Strictures of the Bile Ductus. Archives of Surgery 82:171-1961.