

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Dr. Abel Chifflet

HEPATOASTOMIA LATEROLATERAL (*)

Dr. Raúl C. Praderi

En mayo de 1961 (6) presentamos a esta Sociedad un procedimiento para drenar la vía biliar principal a través del parénquima hepático que denominamos "Coledocostomía Transhepática".

Consiste en la colocación de tubos de goma a través del parénquima y árbol biliar, usando como conductor un Beniqué pasado desde el colédoco o hepático hacia arriba.

Hemos utilizado este procedimiento como drenaje transestrictural o de seguridad en anastomosis biliodigestivas en pacientes con tumores de vías biliares.

El año próximo comunicaremos con el Dr. Parodi varias ictericias neoplásticas supravaterianas operadas. Hoy hemos traído como nota previa una aplicación de este tipo de drenaje. El Dr. Parodi presentará después una modificación a nuestra técnica.

Cuando comenzamos a utilizar estos drenajes, como los pacientes sobrevivían, los tubos de goma colocados en el hígado durante meses, se maceraban u obstruían con grumos de bilis precipitada. Los tubos de polietileno tampoco sirven porque se quiebran, por eso ahora usamos polivinilo que no se macera ni se rompe.

En febrero de 1961 colocamos un drenaje transestrictural en una paciente a la cual habíamos resecado un tumor de la bifurcación hepática hace más de cuatro años (28/6/58).

Siete meses después el tubo de goma estaba macerado y obstruido por lo cual lo retiramos y colocamos otro desde afuera. Esta maniobra se hace con facilidad en la cama del enfermo, lo mismo que para cambiar los tubos de hepatostomía externa. El tubo penetró en el hígado a través del hepático derecho pero en vez de pasar por la estenosis eligió el camino más fácil y entró al hepático izquierdo. La enferma tenía además una gastroenterostomía bien tolerada. Por lo cual en vez de subirle otra asa yeyunal al hígado, resolvimos practicarle una hepatogastrostomía izquierda latero lateral. De esta manera no era necesario reseca parénquima, lo cual no era conveniente en esta paciente con un hígado algo insuficiente.

La intervención practicada el 13/6/1962 fue relativamente simple; liberamos el lóbulo izquierdo seccionando el pequeño epiplón y los ligamentos triangular izquierdo y falciforme. Después de expuestos

(*) Trabajo presentado en la $\frac{1}{2}$ hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 24 de octubre de 1962.

los pedículos arterial y venoso del lóbulo fue fácil encontrar el canal palpando el tubo que tenía adentro. Se practicó una incisión en la cara inferior paralela a la cisura a 2 cms. de esta. Descubierta el canal se abrió transversalmente. Se extrajo el tubo que usado de conductor permitió pasar una sonda Pezzer con múltiples orificios a través de los canales hepáticos hasta el otro lado. Se hizo la sutura del cráter hepático a la cara anterior del estómago (fig. 1) y del canal a la

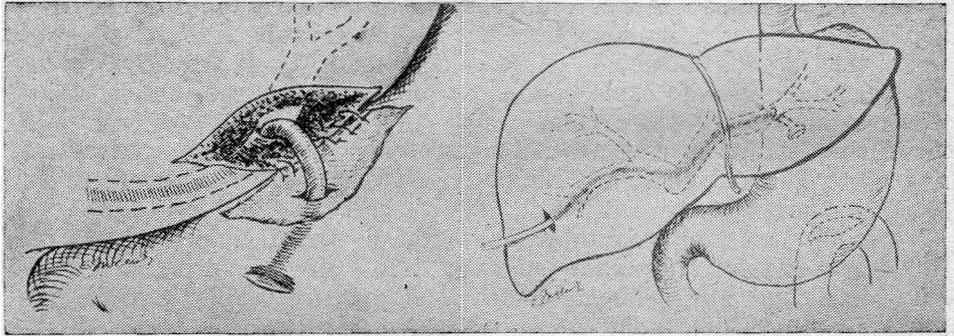


Fig. 1. — Detalle de la anastomosis.

Fig. 2. — Situación del tubo trans-hepático.

pared gástrica, dejando el pabellón de la sonda en el estómago (fig. 2).

No hubo incidentes postoperatorios. Según la posición de la enferma drenaba el líquido gástrico hacia afuera o la bilis hacia el estómago. (Se puede decir que era una gastrostomía transhepática).

La colangiografía (fig. 3) practicada muestra los canales biliares no dilatados, el estómago y un asa de la gastroenterostomía.

El tubo se sacó a los 22 días de operada. La enferma es tratada con corticoides, por su fibrosis hepática y con sales biliares (FELICUR - SCHERING) para evitar la precipitación de pigmento biliar en la anastomosis, tiene materias coloreadas y orinas claras, persistiendo una subictericia con colesterol y fosfatasa bajas por su lesión hepatocítica.

COMENTARIO

No hemos encontrado referencias bibliográficas a este tipo de derivación. GOHRBANDT ⁽³⁾ practicó la anastomosis de ramas del hepático izquierdo con el estómago sobre tubos perdidos o tubos de Kehr que sacaba al exterior. En una publicación reciente este autor ⁽⁴⁾ y otros ⁽⁵⁾ declararon que es muy difícil cateterizar canales y terminan haciendo un cráter en el hígado que abocan al estómago.

Los autores franceses basados en los estudios anatómicos de COUINAUD han practicado derivaciones biliodigestivas con el yeyuno sin resección hepática (SOUPAULT - 7) o resecando solamente un segmento (COUINAUD - 1). Según GOINARD y PELISSIER (2),

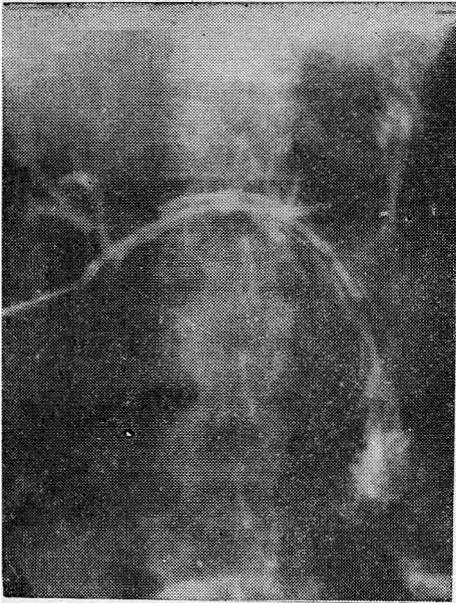


Fig. 3. — Colangiografía post-operatoria.

SANTY practicó la anastomosis de una rama del hepático izquierdo con el estómago, (operación de GOHRBANDT).

Tampoco encontramos referencias a tubos de drenaje pasados desde el exterior por los dos hepáticos hasta el estómago.

CONCLUSION

Creemos que este procedimiento puede tener aplicación en algunos casos de estenosis del hepático común en los que es imposible entrar por el hilio pues tiene además la ventaja de que no se reseca parénquima.

BIBLIOGRAFIA

- 1) COUINAUD, C. — Les derivations biliaires intrahepatiques. La Tunisie medicale 37:303, 1959.
- 2) GOINARD, P., PELISSIER, G. — Therapeutique chirurgicale des icteres par rétention. Masson, 1959 Paris.
- 3) GOHRBANDT, E. — Anastomosen intrahepatischer gallengänge mit dem magen und darm kanal. Arch. Klin. Chir. 179:665, 1934.
- 4) GOHRBANDT, E. — Direkte verbindungen zwischen leber und magen darm kanal. Langenbeck's. Arc. Klin. Chir. 276:639, 1953.
- 5) KALTERNEKKER, J., MAKLARI, L. — Unsere erfahrungen bei hepato gastrostomien nach. Gohrbandt. Zbl. Chir 88:517, 1960.
- 6) PRADERI, R. — Coledocostomía transhepática. Bol. Soc. Cir. del Uruguay. 32:237, 1961.
- 7) SOUPAULT, R. — Les anastomoses bilio - digestives et pancréato - digestives. Masson, 1961 Paris.