

De la Clínica Quirúrgica "A"

NEOPLASMA DEL CONFLUENTE BILIO CISTICO - RESECCION Y DERIVACION - DRENAJE DE SEGURIDAD POR EL HEPATICO IZQUIERDO (*)

Dres. Hernán Parodi y Bolívar Delgado

El interés de esta comunicación radica en varios hechos:

- 1º El diagnóstico precoz.
- 2º El éxito terapéutico.
- 3º La técnica empleada para el drenaje de seguridad.

Se trata de un paciente, J. de O. B., Nº 147.361, de 67 años de edad, de sexo masculino, jornalero, procedente del interior, que el 23/II/61, consulta por dispepsia e ictericia fría, anorexia, astenia y adelgazamiento. Al examen se le comprueba una hepatomegalia regular, indolora y de consistencia aumentada.

El proteinograma revela una gran insuficiencia hepatocítica y plantea la posibilidad de un neoplasma en causa.

El hepatograma traduce una ictericia sin signos de obstrucción con discreto toque hepatocítico.

Los estudios radiográficos no aclaran el problema.

El sondaje duodenal muestra el pasaje al duodeno de pequeñas cantidades de bilis.

Con fines diagnósticos se decide practicar una laparoscopia, la que se lleva a cabo el 26/III/61. Mostrando un hígado con éstasis biliar, con probable fibrosis. Se hace una punción biopsica sobre el lóbulo izquierdo. A continuación de estas maniobras el enfermo hace un cuadro agudo de vientre a predominio en el hipocondrio izquierdo. La radiología revela un ileo regional. Se hace el diagnóstico de peritonitis localizada, provocada por la punción y se interviene al paciente el 27/III/61.

Operación efectuada por el Dr. Delgado.

Incisión mediana supraumbilical. La exploración muestra: bilis en el peritoneo, hígado grande de éstasis, regular y de consistencia firme. A nivel del lóbulo izquierdo se ve una zona recubierta de exudado fibrinoso. El pedículo hepático muestra una vesícula llena tensa y sin cálculos. A nivel del confluente bilio-cístico se palpa un nódulo duro y fijo. Por encima el hepático se halla dilatado. Existen ganglios múltiples de las cadenas de las coronarias y hepática.

Se abre la vía biliar a nivel del nódulo y se ve que se trata de un proceso productivo y circunferencial que ocluye el confluente bilio-cístico. La exploración hacia arriba y abajo del nódulo no muestra otras alteraciones ni obs-

(*) Trabajo presentado en la media hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 24 de octubre de 1962.

táculos. Se coloca un tubo de Kehr en la vía biliar principal. Se hace una toma biopsica del nódulo y se extrae un ganglio para estudio.

El examen anátomo patológico N° 16.569 diagnostica un adenocarcinoma infiltrante con intensa reacción fibroesclerosa del conectivo, a nivel del nódulo y no muestra colonización neoplásica en los cortes gangliolares.

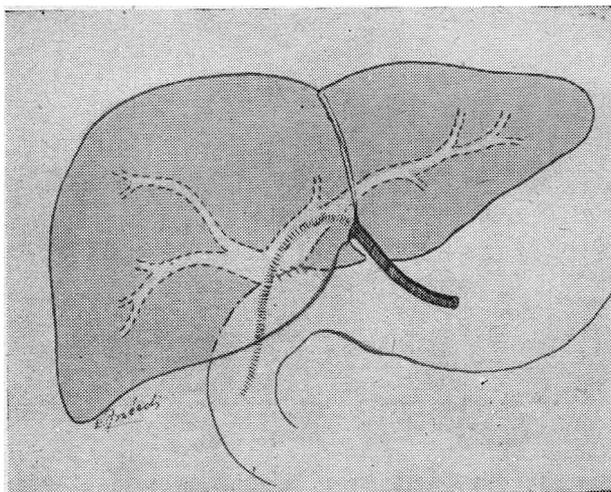
Buen post-operatorio. Se trata médicamente al paciente y se espera se recupere. Cuando ello ocurre, se reinterviene.

Operación, - 25/IV/61. Dr. Parodi, Dr. Delgado.

Incisión paramediana supraumbilical transrectal derecha.

La exploración muestra que no hay metástasis macroscópicas, viscerales, peritoneales, ni en ganglios alejados. Hay numerosos ganglios a nivel del pedículo hepático.

Se efectúa un descenso del ángulo derecho del colon, un decolamiento retroduodenopancreático y se aísla en blok el pedículo hepático.



Se esqueletiza la arteria hepática, se liga y secciona la gastroduodenal, y se rebate la hepática hacia la izquierda.

Se disecciona y libera la vena porta.

Se aísla el hepático común en su origen y el colédoco en su sector intra-pancreático. Se reseca el hepatocolédoco, desde su origen hasta la zona de penetración duodenal, y la vesícula (es decir, se efectuó una hepaticocolédoco-colecistectomía), con todos los tejidos que los rodean, ambiente célula linfocitaria y nervioso (es decir, la vaina pedicular). Se hace cierre del cabo inferior del colédoco.

Al seccionar los tejidos peribiliares en la parte inferior se cortó una arteria de trayecto retrocoledociano, que era una hepática derecha de origen en la mesentérica superior y a destino en el lóbulo derecho del hígado. Esta sección arterial no tuvo repercusión inmediata (cambio de color a nivel del hígado) ni mediata; como lo demostró la evolución posterior.

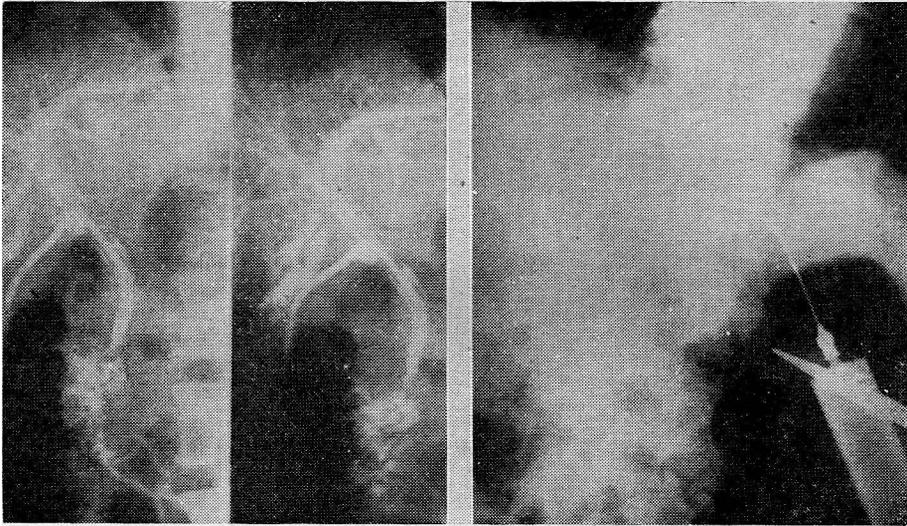
Se peritonizó el lecho vesicular.

El restablecimiento del tránsito biliar se iba a efectuar por una hepaticoduodenostomía, pero teníamos que asegurarnos que no se produjera una este-

nosis de la anastómosis. Como no quedaba sitio para colocar un tubo en la vía biliar resolvimos efectuar un drenaje transhepático, que nos cubriera de los riesgos de estrechez y que al mismo tiempo efectuara el drenaje al exterior si ocurriera una falla de sutura.

Practicamos una cisurotomía izquierda cuidadosa, ligando los pequeños vasos que la atraviesan. Descubrimos así el hepático izquierdo a nivel de la zona del recesus portal de Rex.

Introdujimos en forma retrógrada, desde el hepático común seccionado, hasta el hepático izquierdo descubierto, una sonda Beniqué.



Abrimos el hepático izquierdo exteriorizando el Beniqué, a cuyo extremo atamos un tubo de goma calibre 18, al que previamente le efectuamos una serie de orificios laterales que tenían por objeto permitir el pasaje de la bilis de otros conductores colaterales. Este tubo de caucho lo sacamos por la sección del hepático.

Hicimos una hepático duodenostomía término lateral en dos planos a la altura del genu duodenal superior. Hicimos entonces pasar el tubo a través de la anastómosis hacia el duodeno.

Fijamos el tubo a nivel de la cisura hepática izquierda la que cerramos de inmediato.

Cierre de la pared por planos.

El examen anatómico patológico efectuado en la pieza operatoria Nº 16.745 mostró: Vesícula, colecistitis crónica.

Hepatocolédoco: adenocarcinoma, coledocitis crónica.

Las secciones operatorias se hicieron en tejido sano.

Ganglios sin colonización neoplásica.

La evolución fue lenta, recuperándose el paciente de su estado general. La herida drena persistentemente líquido sero purulento, hasta que el 14/VI/61, se reinterviene.

Incisión sobre cicatriz operatoria anterior.

Se encuentra debajo de la pared un cuerpo extraño que se quita drenándose el espacio que ocupaba. Cierre de la herida.

Mejora rápidamente.

El 17/VI/61. Se retira el tubo de drenaje (a los 52 días), de colocado. No queda fistula biliar externa.

Continúa su mejoría y es dado de alta el 5/VII/61.

Actualmente, 18 meses después, el paciente se halla bien, desempeñando sus tareas habituales de tropero.

CONCLUSIONES

Esta observación nos permite consignar varios hechos:

1º Que gracias a un accidente, por una laparoscopia y punción hepática, se pudo diagnosticar precozmente un neoplasma en sus primeras etapas, localizado en la vía biliar principal.

2º El éxito terapéutico, buena sobrevida, 18 meses, hasta el momento actual en excelentes condiciones de salud (el paciente trabaja efectuando tareas rudas, tropero). Esto sugiere, igualmente, que en otros casos, que el neoplasma de la vía biliar principal, es más maligno por su topografía y diagnóstico tardío, que por su propia biología y evolución. A esto agregamos que una buena y amplia resección, más una derivación correcta, puede pretender con lógica obtener un éxito terapéutico satisfactorio.

3º La técnica empleada para asegurar la permeabilidad de la anastomosis hepático duodenal, es una modificación de la descripta por el Dr. Raúl Praderi, como drenaje transhepático por transficción del parénquima.

Creemos que dicha maniobra es ciega, al atravesar el parénquima desde la vía biliar al exterior, porque ello implica un riesgo de hemorragia por lesión de elementos vasculares que corren junto a los biliares, y ello ha ocurrido.

En lugar de atravesar el parénquima preferimos ir a buscar la vía biliar anatómicamente a través de una cisura. En este caso hicimos una cisurotomía izquierda para descubrir el hepático izquierdo a la altura del recesus portal de Rex. Descubierta el canal biliar es sencillo colocar un tubo con la finalidad que se desee o efectuar una anastomosis si es necesario. De este modo sistematizado, los riesgos de hemorragia y de secuestación parenquimatosa son mínimos.

Aparte de la documentación numérica de los registros clínico y anatomopatológico, adjuntamos: una placa de control colangiográfico después de efectuada la primer operación, en ella se ve la falta de relleno que corresponde al sitio donde asentaba el tumor canceroso.

2º Un esquema de la técnica efectuada, con el tubo de drenaje pasando por la zona de la anastomosis hepático duodenal y saliendo por el hepático izquierdo y la cisura homónima.

3º Una placa colangiográfica de control postoperatorio de la segunda operación, en la que se ve el tubo y la vía biliar opacificada, y el rápido pasaje al duodeno de la sustancia de contraste.

Dr. Raúl Praderi. — Era simplemente para decir que estos drenajes transhepáticos cada día nos resultan más cómodos. Y nos parecen más seguros que los drenajes a la Witzel o los drenajes a través del duodeno. Estos pacientes corren muy a menudo el riesgo de arrancarse los tubos que quedan hacia abajo, y el de fistulizarse el tubo digestivo. Además los tubos transhepáticos tienen la ventaja de ser siempre supraestructurales. En los casos, por ejemplo, de persistencia de drenajes, la recidiva neoplásica o las reestenosis, permiten transformar lo que era el drenaje de una anastómosis en un drenaje supraestructural de un árbol biliar obstruido. Ahora, después que el Dr. Parodi utilizó este procedimiento, llegamos a la conclusión, y lo hemos hecho operando otros enfermos, de que en general conviene hacer un drenaje hacia la derecha cuando se opera una estenosis o un hígado secundario en el que se quiere un drenaje rápido y simple a través del parénquima. Cuando se puede, la exposición anatómica del hepático izquierdo en la cisura constituye un procedimiento más prolijo, más limpio, y más seguro, aunque un poco más laborioso de drenaje. Pero, en algunos casos, como por ejemplo una enferma que operamos hoy mismo con el Dr. Bolívar Delgado, es necesario hacer el drenaje transhepático obligadamente. Se trataba de una estenosis quirúrgica por sección del hepático, en la cual tuvimos que abordar el hepático izquierdo por encima de la placa hilar para hacer una anastómosis del hepático izquierdo y derecho con un asa yeyunal. Queríamos dejar un drenaje de seguridad, y el hepático izquierdo ya lo estábamos utilizando para anastomosar con el tubo digestivo. Entonces colocamos un tubo transhepático a través de la punta del lóbulo izquierdo, sacando un tubo en forma de Y metido en el yeyuno, en el hepático derecho y a través del hepático izquierdo por el parénquima hacia el exterior.