

UTILIZACION DE LA VESICULA BILIAR COMO CANAL DE DERIVACION INTERNA EN UN CASO DE OBSTRUCCION NEOPLASICA DE LA V. BILIAR PRINCIPAL (*)

Dr. Friederich Giuric

Consideraciones previas

Trabajando desde 1955, bajo la orientación y aliento del Prof. E. Palma, en los variadísimos problemas que a diario presenta la cirugía biliar y por ende la bilio-pancreática, nuestra atención y desvelos se han polarizado últimamente hacia algunos aspectos realmente apasionantes de esta cirugía, uno de los cuales traemos hoy a consideración de esta Sociedad.

Me refiero específicamente al problema de las derivaciones internas del árbol biliar, que tuviera como última expresión técnica la notable comunicación del Dr. W. P. Longmire en la American Surgical Association en St. Louis, el 21 de abril de 1949 (Cátedra de Cirugía de la Universidad de Los Angeles, California), previas las comunicaciones primarias de W. P. Longmire y M. C. Stanford, en *Surgery* 24-246, 1948.

Esta técnica ha sido utilizada con muy buenos resultados en nuestro Servicio especialmente en neoplasmas invadiendo la vía biliar extra-hepática.

Sin dejar de reconocer sus extraordinarias virtudes, consideramos que: necesita sacrificar parénquima hepático y en la cual, la anastomosis del canal izquierdo al intestino, es engorrosa y de difícil ejecución.

Por otra parte, viviendo en una clínica en la que tanto los injertos como los trasplantes vasculares son cosa de todos los días, su técnica y su oportunidad de utilización forman parte de nuestro hábito quirúrgico.

Es quizá por ello, que se nos ocurrió tan lógico el utilizar la vesícula biliar como canal de derivación, que no le dimos importancia.

La investigación bibliográfica, revelándonos la rareza del método,

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 5 de junio de 1963.

unidas a la facilidad y sencillez de su ejecución, nos impulsaron a efectuar esta presentación.

Métodos de derivación actuales

No nos referiremos a los drenajes externos transitorios o permanentes de necesidad, sino a los métodos de derivación interna actualmente en boga.

Con el fin de esquematizar claramente, debemos separar netamente dos grupos diferentes, a saber;

a) No existe vesícula biliar

En estas condiciones, que son las más frecuentes, en muchos países (EE. UU.) llega al 65% de los casos, el problema de la derivación interna, se encuentra ligado o es consecuencia directa de un acto quirúrgico anterior.

La anatomía regional se encuentra totalmente alterada. No hay vesícula biliar y la vía biliar extra-hepática está destruida en una mayor o menor extensión. Tres métodos son actualmente elección, y los expondremos sucintamente, en el orden preferencial a nuestro juicio.

1) *Coledoco-duodenostomias.* — Anastomosis coledoco duodenal de las más diversas formas o técnicas de las que preferimos, por su sencillez y la constancia de sus resultados, la latero-lateral.

2) *El método preconizado por Catell.* — Reconstrucción de la vía biliar, utilizando el cabo proximal hepático y el distal o colédoco intra-pancreático que generalmente se encuentra indemne. Necesita una gran movilización duodeno pancreática y debe hacerse sobre tubo de Kerh con exteriorización a distancia de la sutura.

3) *Método de Allen.* — Hepático-yeyunostomía término-terminal con sutura mucoso-mucosa sobre tubo.

Consideramos a este método como una mejora del método de Hoag, modificado por Cole. La experiencia de nuestro Servicio nos ha demostrado que fácilmente se desarrollan a nivel de la sutura anastomótica cicatrices retráctiles estenonantes, lo que nos ha llevado a realizar la sutura hepático-yeyunal en forma término-lateral con lo cual los resultados han sido inmejorables.

Método de Longmire. — O colangio-yeyunostomía intra-hepática. Consiste en la búsqueda de un grueso canal izquierdo, por resección del lóbulo izquierdo, susceptible de anastomosarse con un asa intestinal yeyunal. Esta técnica utilizada en repetidas oportunidades en nuestro Servicio, ha permitido la restitución del tránsito biliar en enfermos

con invasiones globales del árbol biliar extra-hepático de origen neoplásico, fuera de toda otra posibilidad quirúrgica.

b) Existe vesícula biliar

Cuando existe vesícula biliar y su continuidad con el árbol biliar está conservada, se recurre a intervenciones de derivación interna que utilizan la anastomosis del fondo de esta con un órgano del tractus gastro intestinal, estómago, duodeno, yeyuno.

Si el cístico se encuentra obliterado, se practica una colecistectomía, derivando la bilis por el método más apropiado del grupo A.

Caso que motiva la comunicación actual.

El día 23 de febrero de 1960 ingresa a la Clínica Quirúrgica "F" del Hospital de Clínicas, enviada del servicio de Urología del mismo Hospital, la enferma E. P. R. de C. N° de registro 48.898.

Motivo de ingreso. — Cuadro doloroso permanente en barra de semi-ventre superior.

Enfermedad actual. — Desde hace 1½ años dolores epigástricos continuados al comienzo de poca intensidad, con exacerbaciones y que han ido aumentando paulatinamente. Hace 10 días se irradian en barra con gran intensidad, continuos y con exacerbaciones. En los últimos 4 días vómitos de líquido inodoro e insípido. El dolor no la deja dormir. Irradiación lumbar. Constipada hace 5 días. Adelgazamiento 12 kilos en 2 meses.

Antecedentes personales. — 10 hijos, 8 sanos, 2 fallecidos de enfermedades de la infancia. Esposo sano.

Ha estado internada en 4 oportunidades en el Servicio de Urología. La primera el 17 de junio de 1957; la segunda el 17 de julio de 1958; la tercera el 30 de octubre de 1958 y la cuarta el 22 de setiembre de 1959, por dolores lumbares a repetición y hematurias. En su tercer ingreso individualizada una hematuria renal derecha repitiéndose no obstante otra hematuria que motivó su 4º ingreso.

Examen. — Lúcida, apirética, adelgazada, pálida.

Buco faringe. — Lengua húmeda, saburral. Faltan piezas dentarias.

Cuello. — s/p.

Pleuro pulmonar. — s/p.

Cardio vascular. — Taquicardia 110 p. m. regular. P. A. 18/9. Tonos cardíacos normales.

Abdomen. — Blando depresible, discretamente doloroso, se moviliza bien activamente y con la respiración.

Palpación. — F. I. I. cuerda cólica izquierda palpable sensible. Tumorción redondeada dura que se pierde hacia la pelvis.

H. D. — Hígado aumentado de tamaño, irregular con nódulos duros que deforman su borde, se moviliza bien con la respiración.

F. L. — Normal a izquierda. Vacía a derecha.

T. Genital. — V. y V. de múltipara, útero en A. V. F., miomatoso. Flujo fétido.

T. Rectal. Ampolla con dos escibalos pequeños pétreos. No se llega a palpar recto alto. Se palpa el polo inferior de la F. de FII.

En resumen. — Nefrectomizada en setiembre de 1958 por hematuria recidivante, sin causa demostrable. Nuevas hematurias y dolores lumbares izquierdos tratados con antirreumáticos (fenil butazona) sin mejoría. Desde hace 18 meses dolores epigástricos que aumentan hasta tomar en barra el semiabdomen superior, anorexia adelgazamiento y constipación marcadas. Sin melenas.

Estado general regular; pálida; abdomen distendido.

Hepatomegalía nodular. Sensible a la presión.

A los 14 días del ingreso se instala una ictericia que aumenta veloz y continuamente.

Exámenes de laboratorio

- 7/3/1960 Sangre: Volumen globular 35%. Glóbulos blancos 6.100. N. Segmentados 86%. Eosinófilos 1%. Basófilos 1%. Monocitos 2%. Linfocitos 10%.
- 9/3/1960 Funcional Hepático: Bilirrubinemia 0.50. Colesterol. Total 2.08. Proteinemia 8.15. Fosf. alcalinas 34.5. Fósforo Total inorg. 3.5. Timol enturbiamiento 60. Floculación. Hanger ++.
- 12/3/1960 Orina: Densidad 1014. Reacción ácida. Cloruros 4.20. Albúmina indicios. Glucosa trazas. Pigm. Biliares no. Urobilina. Positiva +. C. Cetónicos. Células planas. Regular cantidad de pideitos. Bacterias.
- 14/3/1960 Protrombina 75%.
- 15/3/1960 Urea en Suero 0.30.
- 16/3/1960 Wassermam. Kanh etc. negativas.
- 21/3/1960 T. Sangría 4 m'. T. Coagulación 7'. Retracción del coágulo, buena.

Radiología

- 7/3/1960 Placa simple abdomen. No se observa nada anormal (J. R. Polero).
- 2/3/1960 Colecistografía. Vesícula no visible. Repetir con doble dosis fraccionada (J. R. Polero).
- 8/3/1960 Sondeo minutado. Prueba de evacuación vesicular negativa, dolorosa. Hipertonía duodeno oddiana. Bilis A. normal. J. Varela.
- 16/3/1960 Laparoscopia. Hígado: a la derecha del ligamento suspensor se ve una lengüeta engrosada que desborda apenas el reborde costal. Lóbulo izquierdo aumentado de volumen, es abombado y saliente en epigastrio levantado por su cara inferior, da la impresión de que es empujado por una masa posterior. Superficie hepática lisa y brillante gris rojiza consistencia blanda y elástica. V. B. grande, de aspecto normal, desbordando el borde anterior. Estómago muy distendido, bajo, apenas visible y lig. suspensor s/p. Epiplón de aspecto normal. Adherente a nivel de la cicatriz. Peritoneo no se observan nódulos neoplásicos. No ascitis.

Resumen — Hígado de aspecto normal. Esplenomegalía. ¿Tumoración pancreática? Aconsejamos laparotomía exploradora.

OPERACION

Se opera el día 22 de marzo de 1960. Con diagnóstico de ictericia obstructiva por probable neo de páncreas con el objeto de hacer un balance lesional y dado el estado general malo de la paciente, intentar una derivación

biliar interna ya que es casi seguro que la lesión es inextirpable y aún siéndolo la enferma no se encuentra en condiciones de tolerar una gran intervención.

Cirujano Dr. F. Guria. 1er. Ayudante Pte. Agrello. 2º Ayud. Pte. Abadie. Anestesia General. Anestesiista Dr. Silveira.

Incisión mediana. Supra e infra umbilical. Abierto el peritoneo que es normal, se aprecia de inmediato un hígado de color y consistencia normales, cuyo lóbulo izquierdo se encuentra levantado por una gruesa tumoración. Estómago s/p.

Gruesa tumoración pancreática que engloba parte del cuerpo y la cabeza del órgano y sobre la cual cabalgando se tienden el píloro y la porción duodenal. Esta masa invade arriba y a la derecha por el pedículo hepático englobando el colédoco inferior hasta $1\frac{1}{2}$ cms. del confluente cístico coledociano.

Vesícula grande a no mucha tensión, pared de aspecto normal sin cálculos, coledoco y hepático dilatados con un diámetro de unos 2 cms. La gruesa tumoración pancreática esta íntimamente fijada al plano posterior. (Fig.1).

En este momento el balance lesional nos deja como única chance a ofrecer a esta enferma la derivación biliar interna.

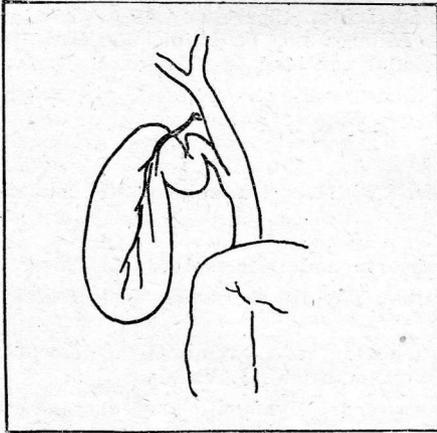


Fig. 1

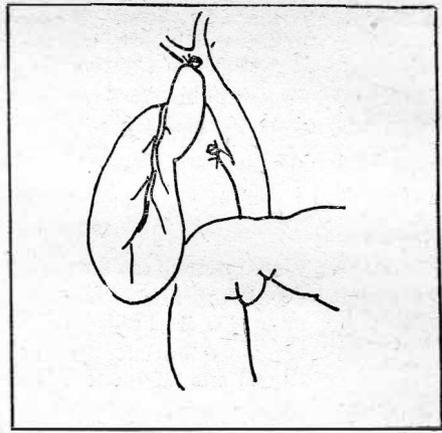


Fig. 2

Se practica una colecistotomía fundica que da salida a bilis negra espesa, no viene bilis coledociana. Por lo cual suponemos que la desembocadura inferior del cístico debe estar englobada en la masa tumoral.

Practicar una hepático-yeyunostomía es imposible. Además se trata de una enferma de mesenterio corto cuyo yeyuno tampoco puede ser llevado al hepático y el mal estado general no nos seduce como para someterla a un Longmire. En consecuencia decidimos utilizar su vesícula como canal de derivación, para lo cual liberamos el bacinete vesicular que es grande y acochado, con adherencias laxas al colédoco. Individualizamos al cístico que se aísla revelándose como normal. Seccionamos el meso cisto hasta la arteria cística y ligamos el cístico a 1 cm. del colédoco y 2ª ligadura al ras de la vesícula.

Desarrollado el bacinete vesicular, su extremidad llega con holgura al confluente de ambos hepáticos. (Fig. 1).

Se practica una primera hilera de puntos uniendo la sero-muscular vesicular a la serosa del hepático. Sección longitudinal de 2 cms. y lo mismo del bacinete vesicular. Se coloca una sonda de Kehr multifenestrada a través del orificio del hepático de manera que cada uno de sus brazos cortos penetre en uno de los hepáticos unos 3 cms. El brazo largo se pasa por la vesícula a través de la abertura del bacinete y de la colecistotomía fundica. (Fig. 3).

Se completa una anastomosis latero lateral amplia de unos 2 cm. en dos planos con seda 4-0 entre bacinete vesicular y parte más alta del hepático común con puntos separados unos 2 cms. entre sí cuidando la perfecta adaptación de ambas mucosas. Dejando al hígado volver a su lugar, se observa que este mantiene la sutura sin tensión y que la vesícula se va llenando paulatinamente en forma perfecta. Se elige un asa yeyunal situada a unos 70 cms. del ángulo duodeno yeyunal y se practica una anastomosis antecólica término lateral entre fondo vesicular y el yeyuno, de manera tal que el tubo

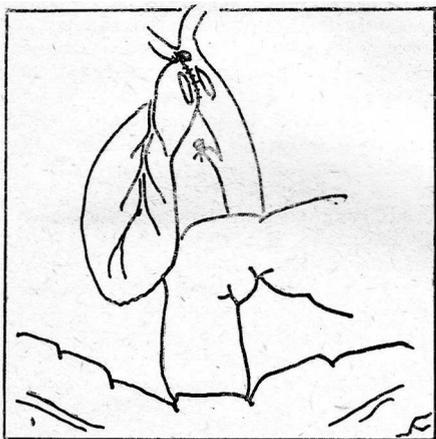


Fig. 3

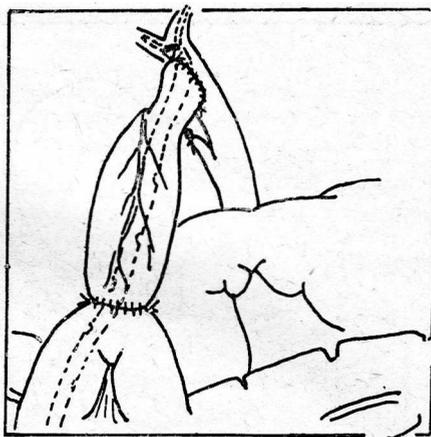


Fig. 4

de Kehr queda con su extremo perdido en la porción distal del asa, practicándose esta anastomosis con la misma técnica y material que la anterior. (Fig. 4).

La observación minuciosa de las zonas anastomósicas durante largos minutos no demuestra la menor permeación a nivel de las bocas. Cierre de la laparotomía en planos con catgut en peritoneo. Lino en la línea blanca y piel.

No se dejan drenajes. Duración total de la intervención 1 h. 40'.

Post operatorio inmediato. — Sale de la mesa operatoria con pulso 132 P.A. 135/7. A las 14 horas pulso 120 P.A. 14/7. A las 16 horas pulso 116 P.A. 16/8. Transfusión 450 cc. Suero 1 litro IV.

Post operatorio mediato.

- 23/3/960 Sub-febril, lengua húmeda, abdomen libre, dolores discretos, sin vómitos.
- 24/3/960 Apirética, lengua húmeda y roja, abdomen distendido, timpánico indoloro, sin dolores, sin vómitos.
- 25/3/960 Sub-febril, ha movilizado su intestino, está muy aliviada.

- 30/3/1960 Sub-febril, discretos dolores abdominales, neta disnea, disminución de su ictericia. No ha movilizado su intestino desde hace 2 días. Abdomen timpánico, submacidez de flancos. Absceso glúteo derecho que se incide.
- 4/4/1960 Apirexia. Estado general desmejorado, abdomen indoloro distendido y timpánico. Submacidez de flancos. Se levanta y camina bien, tolera bien la alimentación. Se quitan puntos. Herida en perfectas condiciones. Anictérica.
- 6/4/1960 Alta, pasa a domicilio. Se seguirá en policlínica.
- 14/7/1960 Fallece en caquexia. Sin ictericia.

Resumiendo. En esta enferma se ha practicado una intervención de derivación bilio-intestinal haciendo un trasplante de bacinete vesicular al hepá-

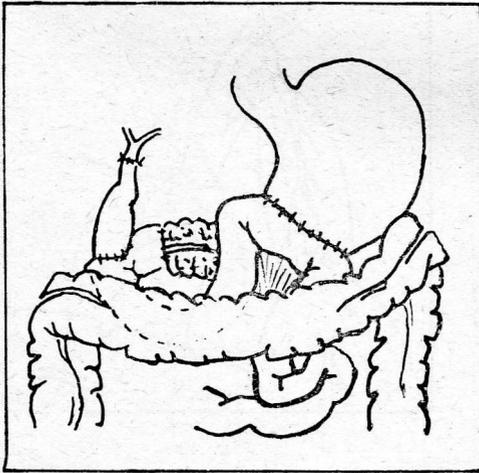


Fig. 5

tico común y anastomosando el fondo del órgano en el yeyuno. O mejor aún se ha practicado una derivación hepático-intestinal por medio de un trasplante vesicular. Tipo Desjardins modificado.

Indicaciones. — En su estado actual, esta técnica tiene aplicación pues, fundamentalmente, en dos situaciones.

1) Como terapéutica paliativa en las obstrucciones neoplásicas de la vía biliar no pasibles de tratamiento quirúrgico radical y siempre que existan como condiciones fundamentales un hepático libre y una vesícula sin invasión y con luz permeable.

2) Obstrucción inflamatoria de los conductos hepático y colédoco (Graham). Entidad patológica rara pero netamente individualizable para quien la haya visto alguna vez.

Afección que por lo demás deja indemne a la V.B. razón fundamental por la cual proponemos la derivación por trasplante vesicular.

El trasplante de sustitución utilizando la vía biliar para reconstrucción del tránsito biliar en la cirugía radical del sistema bilio pancreático.

Esto que acabamos de presentar a Vds. y que constituye quizás una técnica de excepción o incluso de poca aplicación práctica, trae sin embargo conexa, la utilización de sus principios básicos, en otra cirugía, ya no paliativa, como en casi todos los casos de aplicación de la técnica anterior, sino radical en que puede y debe formar parte como un tiempo fundamental en las técnicas que pretendan ser curativas, de las lesiones neoplásicas de páncreas.

¿Y porqué decimos que puede y debe ser un tiempo fundamental de estas técnicas?

No vamos a extendernos en los conceptos de la cirugía cancerológica.

Pero, demostrado que el cáncer de la cabeza del páncreas se propaga: 1º) por vía linfática, a los ganglios regionales; 2º) por las linfáticas periportales a lo largo de la vena porta y 3º) que además invade estructuras parietales del colédoco; —linfáticos perineurales— es necesario saber que en muchos casos hay que ir al sacrificio de estas estructuras y luego realizar los tiempos de reparación a que estas mutilaciones obligan.

En el primer aspecto cualquiera de las técnicas modernas: Hunt, Whipple. Poth y Child, basadas en netos principios fisiológicos y sobre todo estas dos últimas cumplen con todos los requisitos.

El tiempo descripto por Dermott y publicado en Anales de cirugía Vol. II N° 12 pág. 123 diciembre de 1962 indicando la posibilidad de reseca la vena porta estableciendo una fistula de Eck con la mesentérica superior y que incluso podría ser complementada actualmente con injertos venosos, da cuenta perfectamente del 2º punto, ampliando las posibilidades de la buena limpieza ganglionar posterior.

El tercer elemento que poco se ha tenido en cuenta es el que proponemos tratar correctamente con el transplante de sustitución de la vía biliar principal por la vesícula biliar.

Para ello contamos con un cúmulo de circunstancias favorables.

- a) Rara coexistencia del neo de cabeza de páncreas con la litiasis vesicular.
- b) Invasión vesicular tardía.
- c) Anatómicamente un órgano, con una arteria importante nutricia, que puede ser conservada incluso movilizándolo todo el órgano y desprendiéndolo del lecho vesicular si fuera necesario.

Por todas estas razones, nos proponemos en el primer caso favorable, utilizar estos conceptos que hoy exponemos ante Vds. complementando así la técnica de Child que es la que personalmente nos satisface más. (Fig. 5).

R E S U M E N

1º) Se presenta un caso de transplante de derivación de la vía biliar para restablecer el tránsito bilio intestinal en una neoplasia inextirpable de la cabeza de páncreas con ictericia obstructiva, exponiendo la técnica de movilización y anastomosis.

2º) Se plantean las posibilidades de la utilización de la vía biliar como transplante de sustitución en la cirugía radical del cáncer de la cabeza de páncreas, dando sus fundamentos fisio patológicos y planteando sus posibilidades técnicas.