

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Abel Chifflet

CANCER DEL CONFLUENTE HEPATO CISTICO. RESECCION Y DERIVACIONES SUCESIVAS CON SOBREVIDA DE 6 AÑOS (*)

Dr. Raúl Praderi

En 1945 Nario (20) comunicó a esta Sociedad que había resecado un cáncer de confluente hepático, colocando un tubo perdido de goma (en T) con una rama en cada hepático (derecho, izquierdo y común). La paciente vivió un año, muriendo sin ictericia.

En esa época existían muy pocas observaciones en la literatura de sobrevida postoperatoria en cánceres canaliculares biliares. En nuestro país la única publicada con más de dos años es la de Parodi y Delgado (22).

Relataremos la historia de una paciente que aún vive en buenas condiciones. La operamos por primera vez hace 6 años y dos meses. Lo curioso de su historia; por las raras situaciones que se nos plantearon sumado a los errores tácticos cometidos y al hecho de haber realizado en ella algunos procedimientos quirúrgicos originales, explican nuestra determinación de relatar la observación con cierto detalle.

HISTORIA

N. O. de P. Hospital de Clínicas, N° reg. 59.969.

Paciente de 26 años, sexo femenino, nulípara, sin antecedentes patológicos importantes que ingresa por cuadro doloroso de Hipocondrio derecho, con vesícula biliar palpable. Dispepsia reciente. Embarazo en curso de 2 meses, sin ictericia. La biligrafina muestra vía biliar principal normal, no se visualiza la vesícula.

1ª Operación. — Anestesia gral. 4/9/957.

Dr. R. Praderi. Dr. Ormaechea. Pte. Curuchet.

Incisión transversa. Hidrocolecisto a tensión, no hay cálculos, nódulo duro de 3 cm. de diámetro, algo por encima de la desembocadura del cístico, adherente a la cara derecha del colédoco. El cístico confluye en caño de escopeta un centímetro más abajo. Colecistectomía cortando por encima del nódulo. Coledocotomía, exploración instrumental del colédoco normal (fig. 1). Como el nódulo adhería al colédoco no lo resecamos pues hubiera sido necesario extirpar un fragmento de este canal. Se consideró remota la posibilidad de que

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 13 de noviembre de 1963.

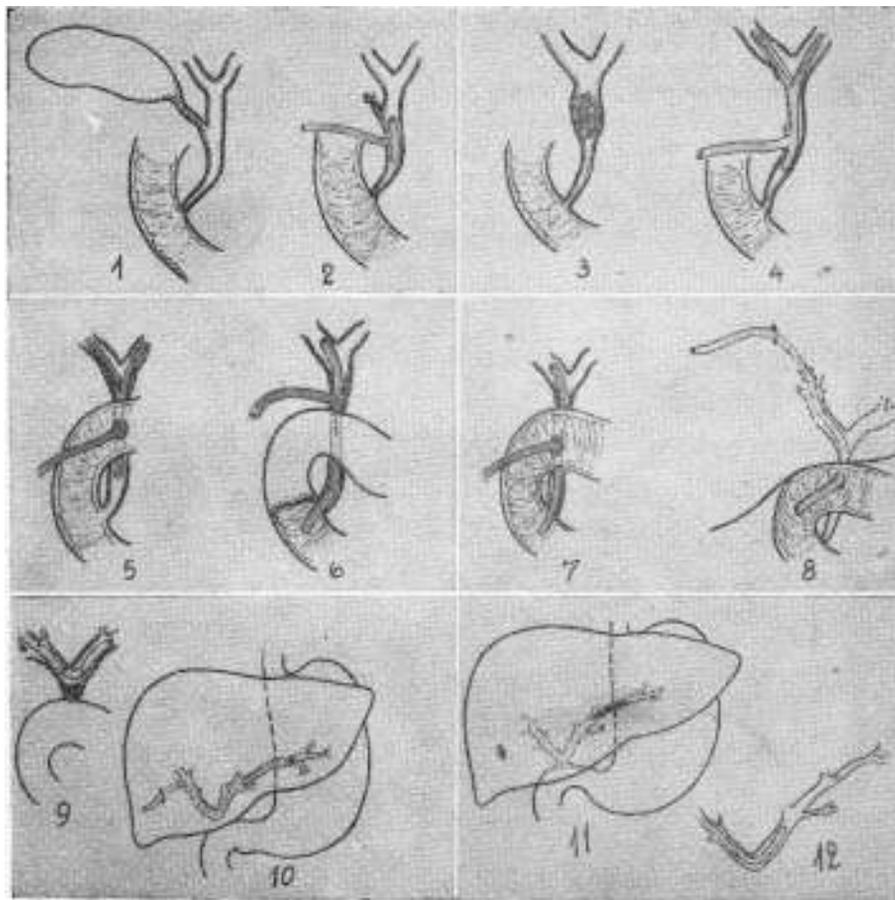


Fig. 1. — Lesión inicial. Fig. 2. — Después de la primera operación. Fig. 3. — Un año después: el tumor del confluente. Fig. 4. — Al terminar la 2ª operación. Fig. 5. — La fístula que se encontró en la 3ª operación. Fig. 6. — Al terminar la 3ª operación. Fig. 7. — La situación en la 4ª operación. Fig. 8. — Al terminar la 4ª operación. El tubo transhepático. Fig. 9. — Al cambiar el tubo este quedó en el hepático izquierdo. Fig. 10. — La anastomosis con el estómago y el drenaje transhepático. (5ª operación). Fig. 11. — La anastomosis obstruida con barro. Fig. 12. — La anastomosis desobstruida y el tubo de hepatostomía. Situación actual.

fuera un tumor maligno y por esa razón ni siquiera se biopsió (fig. 2). Se colocó un tubo de Kehr. La histología de la vesícula no mostró elementos de malignidad.

El post-operatorio cursó sin incidentes previa colangiografía en la que se veía una pequeña muesca a nivel del nódulo. Se retiró el drenaje dando de alta a la enferma.

El embarazo siguió su curso y 6 meses después de operada nació una niña. No tuvo ningún trastorno pero a fines de mayo de 1958 comenzó a notarse

ictérica reingresando el 14/6/58 con una ictericia fría que intermitente y dolorosa al principio (pasaba algo de bilis al duodeno) se hizo total luego.

Pensamos entonces que el nódulo cístico que no habíamos resecaado era un tumor cuyo crecimiento había invadido al colédoco. La operación lo confirmó.

Cáncer Primitivo del Cístico. — Es excepcional (²⁴), Stewart, Lieber y Morgan (³⁸) hicieron una revisión de la literatura sobre el tema hasta 1940. Encontraron 27 casos reportados como ejemplos de cáncer primario del cístico. Estos casos fueron divididos en 3 grupos.



Fig. 13. — Colangiografía intraoperatoria, la estenosis del hepático. (2ª operación).

En 14 de ellos había infiltración evidente de la vesícula lo cual admite la posibilidad de que fueran primitivos de ella. En otro grupo de 7 casos no había estudio histológico y no se aclaraba el estado de infiltración de la vesícula.

En otro de 5 casos, no había estudios histológicos de la vesícula.

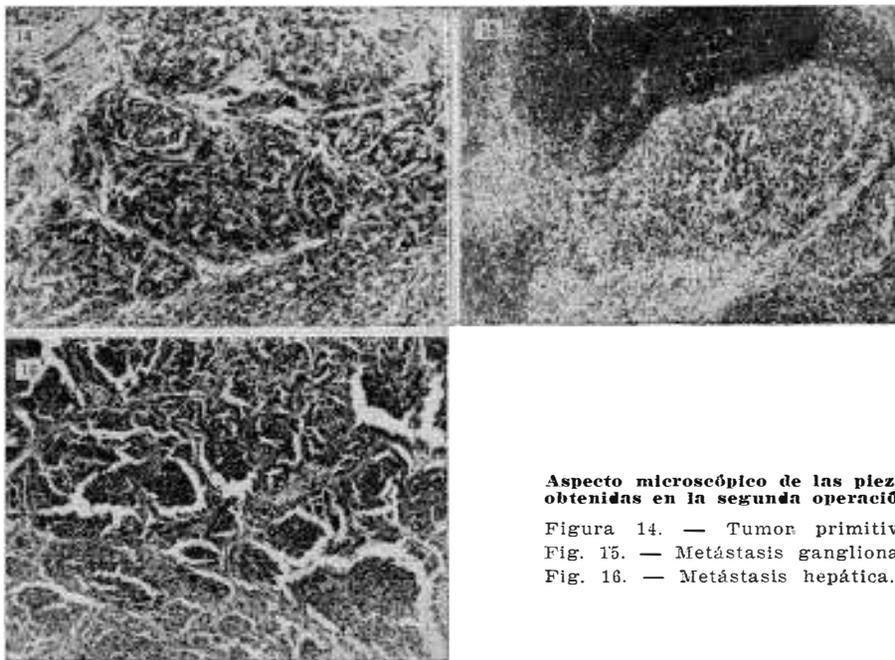
Finalmente en un caso de Shapiro y Lifvendahl (³⁵) en que la vesícula no se estudia, el tumor por su pequeñez era posiblemente primitivo.

Stewart y col. después de desautorizar parte de la literatura sobre

el tema insisten en que los cánceres de vesícula infiltran el cístico, colédoco y llegan hasta la ampolla.

También aceptan que los cánceres del confluyente hepatocístico se pueden originar en el cístico. Es decir, que en el segundo grupo hay posiblemente varios tumores primitivos de este conducto.

Farrar⁽⁷⁾ en 1951 hace una nueva revisión (incompleta) agregando un caso propio y analizando 4 de otros autores. Como hecho de interés de estos 5 pacientes uno sólo tenía litiasis biliar. Es decir que



Aspecto microscópico de las piezas obtenidas en la segunda operación.

Figura 14. — Tumor primitivo.

Fig. 15. — Metástasis ganglionar.

Fig. 16. — Metástasis hepática.

los tumores del cístico se comportan igual que los de los otros canales biliares sin relación de frecuencia con la litiasis.

Kuwayti y col.⁽¹³⁾ revisan en 1957 la estadística de la Clínica Mayo con un total de 8 casos. Sako⁽³³⁾ en el mismo año revisa nuevamente la literatura y encuentra 34 ejemplos publicados incluyendo la serie de Ransom⁽³²⁾ con 4 casos.

Rabinovitch y col.⁽³⁰⁾ agregan en 1960 dos casos de hallazgo histológico en císticos de colecistectomizados por litiasis.

Brown⁽³⁾ en 1961 describe 4 casos más, en 3 de ellos se practicó la colecistectomía por litiasis vesicular y no se pensó que los nódulos císticos fueran tumores tal como nos pasó a nosotros.

Pero en nuestra enferma no había cálculos por lo cual debimos sospechar con más firmeza que se trataba de un tumor.

Creemos que esta observación cumple los requerimientos de Stewart (38) porque se confirmó histológicamente que en la vesícula no había tumor. La primera operación demostró la normalidad del colédoco y la topografía cística del tumor. Si bien no se estudió histológicamente entonces, se hizo después cuando el tumor creció e in-



Fig. 17. — Colangiografía. Después de la 5ª operación, pasaje del tubo y contraste al estómago.

vadió el hepático demostrando como veremos enseguida que se trataba de un adenocarcinoma.

Nuestro primer error fue no extirpar el tumor, se debió resear la vesícula junto con un fragmento de hepático y de colédoco tal como lo describe Farrar (7) reconstruyendo luego la vía biliar cabo a cabo sobre un tubo. Si hubiéramos hecho eso tal vez habríamos curado a nuestra enferma definitivamente.

2ª Operación. — Anestesia gral. 28/6/58.

Dr. R. Praderi. Dr. M. Bossano. Pte. Dovat.

Incisión transversa de hipocondrio derecho prolongada luego por toracofrenolaparotomía derecha. Tumor de 3 cm. de diámetro, duro, infiltrando

la pared del hepático y el muñón del cístico (fig. 3). El hepático común es muy corto pues la confluencia de los hepáticos es baja, ambos están dilatados, hay un pequeño nódulo en cara superior de lóbulo izq. que se extirpa igual que un ganglio látero-coledociano derecho. Coledocotomía, viene bilis clara. Se pasa un beniqué hacia arriba con dificultad por la estenosis coledociana. Al retirarlo viene abundante bilis oscura. Colangiografía con tubo de Kehr. Stop en el confluente. Pasa el contraste hacia abajo. Nueva colangiografía pinzando el pedículo hepático por debajo de la coledocostomía. El contraste pasa hacia arriba mostrando la estenosis e imagen lacunar en el hepático (fig. 13). Se reseca el tumor usando un beniqué colocado sucesivamente en los hepáticos para no extirpar nada más que lo imprescindible de su pared. Se coloca un tubo de Kehr cuya rama superior se corta longitudinalmente en forma de tubo de Lahey introduciendo ambas mitades en los hepáticos derecho e izquierdo. Cierre de los canales biliares cuya pared anterior se ha resecado sobre el tubo (fig. 4). Gell-foam sobre el defecto. Cierre de diafragma, tórax y abdomen. Evoluciona bien y es dada de alta sin ictericia.

El estudio histológico del tumor (los estudios histológicos fueron hechos por los Dres. Casinelli, Aguiar y Posada) mostró que se trataba de un adenocarcinoma (fig. 14) igual que el ganglio (fig. 15) y el nódulo metastásico hepático (fig. 16).

La paciente se recuperó rápidamente aumentando 8 kilos de peso. 9 meses después de operada hizo una ictericia leve que desapareció haciendo lavados profusos por el tubo. Se repitió esta situación en varias oportunidades y en julio de 1960 como la enferma sobrevivía y el tubo estaba macerado y obstruido por barro biliar decidimos operarla para tratar su ictericia. Llevaba dos años desde la resección.

Cáncer del Confluente Hepato-Cístico. Smith y col. (36) en una revisión reciente (1962) de la literatura analizan 287 casos de carcinoma de cístico entre ellos 20 previos a Stewart (38) y no citados por este y 98 posteriores, algunos citados por Sako (33).

Entre los 287 sólo 59 se pueden aceptar como localizados exclusivamente en el cístico. En 215 había infiltración del hepático y colédoco y en 2 de hepático solamente.

Quiere decir que un gran porcentaje de los tumores del confluente son de origen cístico, como el de nuestra paciente.

Entre las observaciones publicadas en nuestro país los casos de Brito Foresti (2), Prat (29), Parodi (22), y Nario (21) eran propios del confluente y se pudieron originar en cualquier canal. En cambio el caso de Loubejac (18) era un cáncer de vesícula invadiendo la vía biliar principal.

Los cánceres de vías biliares si son operados en etapas precoces pueden ser resecados restableciendo el drenaje biliar. El genio evolutivo de estos tumores no es previsible y por esa razón se deben derivar en caso de no ser posible una exéresis cancerológica. Así lo prueban las sobrevividas de 3 y 6 años después de resección (Thorbjarnarson 40) y de 6 años después de derivación (Goldemberg 9).

3ª Operación. — Anestesia gral. 16/7/960.

Dr. R. Praderi. Dr. Díaz D. Zart.

Incisión paramediana transrectal derecha, liberación de adherencias de

hígado, duodeno y epiplón. Hígado verde, cirrótico con nódulos, uno de los cuales se reseca para estudio. Se sigue el trayecto del tubo hasta que se observa con sorpresa que se introduce en el duodeno. Se abre este ampliamente encontrando que se ha constituido una fístula colédocoduodenal por la cual penetra la rama horizontal del Kehr al duodeno saliendo luego al exterior (fig. 5).

Se retira el tubo que está obstruido por barro biliar y macerado y se explora hacia arriba. Al pasar un explorador viene bilis blanca lechosa y coágulos, material que se guarda para estudio.

Se cateteriza con dificultad el colédoco distal. La cabeza del páncreas está engrosada, se pasa con dificultad la papila, colocando un tubo de Cattell con una rama transpapilar y otra hacia arriba (fig. 6) a través de la estenosis que suponemos constituida en la antigua área de resección del tumor.

Como el duodeno ha sido muy manipulado y suturado en dos lugares distintos previendo la constitución de una fístula duodenal externa se hace una gastroenterostomía transmesocólica posterior para desfuncionalizarlo. El orificio coledociano se sutura sobre el tubo de Cattell.

El estudio histológico del material coledociano y la biopsia de un nódulo hepático no mostraron elementos neoplásicos, pero este último tenía importantes elementos de cirrosis biliar.

En el postoperatorio el tubo drenó abundante bilis blanca primero y líquido duodenal después, mejorando la ictericia al establecerse un abundante drenaje biliar de buen color. Al 5º día se establece una fístula duodenal por el orificio de drenaje pero al tener aspirado el duodeno por el tubo de Cattell reinyectando el líquido por la sonda gástrica se consiguió cerrarla en pocos días gracias a la gastroenterostomía practicada antes.

Se inicia tratamiento con cortisona, mejora la ictericia, la bilis es concentrada, se alimenta bien.

Teníamos la aparición de un ulcus péptico (gastroenterostomía, drenaje biliar al exterior y corticoides).

No nos animamos a pinzar el tubo de Cattell por temor a la fístula duodenal. Por esa razón le damos por boca la bilis que drena hacia afuera. Finalmente comenzamos a pinzar el tubo y la ictericia cede recuperándose totalmente.

Fístula Colédoco - Duodenal

No conocemos referencias a este mecanismo de formación de fístula sobre tubo de Kehr. Hemos solamente operado fístulas de este tipo en litiasis coledociana perforada en duodeno o ulcus duodenal perforado en colédoco. Chizzola (5) en su tesis sobre el tema no hace referencia a esta patogenia. No hemos revisado bibliografía sobre este aspecto pero creemos que se trata de una situación excepcional.

Cateterismo Intramoral

Cuando un tumor de vías biliares no es resecable por difusión o por su topografía intrahepática se puede colocar un tubo de Kehr trans-tumoral que saliendo hacia abajo permite el pasaje de bilis a través del tumor e impide que estenose totalmente la vía biliar. Este procedimiento ha sido utilizado con éxito por Altmeier (1) en un caso que sobrevivió 5 años y medio. Otros autores Thorbjarnarson (39),

Longmire (17), Rains (31), etc. han tenido también buenos resultados con este procedimiento.

En nuestra enferma calibramos la estenosis con un nuevo tubo pues el anterior estaba obstruido, pero pese a ello a los seis meses se volvió a obstruir reapareciendo la ictericia con cifras muy altas de fosfatasas, por esa razón la reoperamos.

4ª Operación. — Anestesia gral. 6/2/961.

Dr. R. Praderi. Dr. Lucas.

Se entra por la misma incisión paramediana, liberación de adherencias, de colon a hígado. No hay evidencia de recidiva neoplásica ni en el hígado ni en el peritoneo. El duodeno adhiere a la cara inferior del hígado. Se libera. El tubo de Kehr penetra en el duodeno, se abre éste transversalmente, constatando la existencia de una fístula colédoco-duodenal a través de la cual sale el tubo igual que en la intervención anterior (fig. 4). Se extrae el tubo de Kehr y se pasa un beniqué hacia arriba encontrando el mismo resalto y la misma estenosis que en la operación anterior. Al retirar el explorador vienen grumos y tejido de granulación que se guardan para biopsia. Se considera que el tubo de Kehr estaba por debajo de la estenosis y es muy difícil pasarla con otro tubo de goma por eso se introduce profundamente un Beniqué.

Se practica una hepatorstomía en cara anterior de hígado y se perfora hasta allí en el Beniqué rompiendo los canales biliares y pasando a través del parénquima al exterior. Viene abundante bilis blanca. Se coloca un tubo de goma en la punta del Beniqué y se pasa usando éste como tractor hacia el duodeno. Se fenestra el tubo de goma y se deja haciendo el siguiente recorrido, duodeno desde el ángulo duodeno-yeyunal pasa por la fístula colédoco-duodenal, sube por el colédoco y hepático y sale por la hepatorstomía externa (fig. 8) al exterior a través de la pared abdominal.

Es así un drenaje biliar transestrictural y también de duodeno.

Cierre de duodeno en dos planos, catgut lino, mecha fina en la hepatorstomía, cierre de pared abdominal con puntos totales y punto de apoyo con tanza de nylon.

En el postoperatorio cursó sin incidentes drenando abundante bilis por la hepatorstomía, la herida cicatrizó y la ictericia aclaró. Se hizo nuevamente tratamiento con corticoides. A los 3 meses de operada la enferma había aumentado 7 kilos de peso. El tubo lo pinzábamos obteniendo así el pasaje de la bilis supraestrictural hacia el duodeno.

Colédoco o Hepaticostomía Transhepática

Este procedimiento se nos ocurrió recordando el seguido por Peterson y Krippaehne (23) para localizar el cabo proximal de la vía biliar seccionada, descubriendo un canal periférico por hepatorstomía e introduciendo un explorador desde afuera hacia el confluente. Por qué no hacer a la inversa? como cuando se drena la pelvis renal a través del parénquima perforándolo desde adentro. Pasar a través de un tumor de la vía biliar intrahepática con un tubo de goma desde abajo es difícil como nos sucedió en la tercera operación. Pero con un instrumento metálico de punta roma es mucho más fácil. Rompiendo el canal biliar en una parte en que haya poco espesor de parénquima se sale fácilmente al exterior, allí se introduce la punta del beniqué (que tiene forma de oliva) en el extremo del tubo, se ata firmemente y se tracciona hacia abajo llevando el tubo hasta la por-

cion infraestructural del tumor. Los orificios laterales permiten que la bilis fluya al exterior en el postoperatorio inmediato drenando además el duodeno suturado (por segunda vez en este caso) disminuyendo así la presión en su interior.

Después de algunos días al pinzar el tubo la bilis pasa para abajo. Creemos que la aplicación de este procedimiento en las estenosis neoplásicas es original y le llamamos entonces colédoco o hepaticostomía transhepática y a la manera de perforar el hígado desde adentro hepatostomía retrógrada (25).

Poco tiempo después de publicarlo encontramos un trabajo experimental (Grindlay) (11) drenando el colédoco de perro con un tubo transhepático pasado usando un explorador como conductor. Pero el tubo se ata al mango del conductor que se pasa totalmente hacia afuera. Un cirujano mejicano, Muñoz, (19) utilizó este procedimiento para pasar tubos transhepáticos que dejaba como tutores de anastomosis biliodigestivas. Sacaba los tubos a través del lóbulo derecho del hígado y el tórax.

Muñoz operaba enfermos con estenosis benignas de vías biliares y agregó una innovación importante que hemos adoptado luego, el uso de tubos en T. Estos tienen la ventaja de calibrar ambos hepáticos y no salirse fácilmente.

Hemos aplicado con excelente resultado la técnica de este autor usando tubos en T en anastomosis biliodigestivas por estenosis benignas o malignas (27-28) con la diferencia que sacamos generalmente los tubos por el hepático izquierdo a veces saliendo por la cisura (modificación de Parodi) (22) y que seguimos usando el beniqué como conductor y tractor.

Leger (16) ha modificado nuestro Beniqué con oliva haciendo una rosca en su extremo y colocando un pequeño tornillo en la punta del tubo a dejar.

La enferma pasó bien un año al cabo del cual reapareció la ictericia. El tubo que lavaba diariamente se obstruyó y se lo sacamos para cambiarlo a través del orificio externo.

Colocamos un nuevo tubo limpio pero lógicamente éste no se dirigió a la estenosis del hepático sino a través del confluente hacia el hepático izquierdo.

De esta manera se transformó en una hepatostomía externa (fig. 9). La ictericia se mantenía en cifras bajas, pero no ya por mecanismo de obstrucción, sino correspondiendo a una cirrosis biliar. Hecho confirmado por el estudio histológico de la operación anterior y por una biopsia hepática por punción practicada después.

La enferma reingresa en enero de 1962, con una hemorragia digestiva y por el túnel de hepatostomía. Como consecuencia de su fístula biliar externa, tenía una hipoprotrombinemia con cifras de 10%. La hemorragia que fue importante (se hicieron tres litros de sangre) cesó al retirar el tubo de la hepatostomía, haciendo además tratamiento intensivo con vitamina K y bilis concentrada por boca.

Pocos días después, siendo la crisis sanguínea normal, nos animamos a colocar de nuevo un tubo en el orificio cutáneo de la hepastomía obteniendo nuevamente abundante cantidad de bilis, que repusimos por vía oral.

La paciente había tenido metrorragias y al hacerle un examen genital, constatamos con gran sorpresa que estaba embarazada de dos meses. Se discutió la indicación de una evacuación uterina, que nos resolvimos finalmente a efectuar, por las razones que después explicaremos. La enferma, a la cual obligábamos a beber su propia bilis, nos pedía que le practicáramos una nueva intervención para evitar el drenaje biliar externo. A esta altura de las circunstancias, es fácil comprender que la paciente si bien no conoce la etiología neoplásica de su enfermedad, comprendía perfectamente los riesgos de un embarazo y de la fístula biliar externa.

Hepatosomía Externa

El drenaje de la vía biliar intrahepática directamente al exterior, es conocido desde hace mucho tiempo. Con el advenimiento de nuevas técnicas quirúrgicas de reconstrucción y derivación biliodigestiva, fue abandonado; hasta que Finochietto⁽⁸⁾ y Lasala⁽¹⁴⁾ lo utilizaron con éxito en la Argentina y también Nario⁽²¹⁾ y Chifflet en nuestro país. El uso de la colangiografía transhepática (Carter y Saypol)⁽⁴⁾ permitió en muchas oportunidades dejar un tubo de polietileno en los canales biliares para degravitar el hígado en las ictericias obstructivas graves (Leger 15). Pero evidentemente ésta es sólo una solución de emergencia o paliativa en los cánceres inoperables. Nos permitió mejorar a nuestra enferma.

Hemorragia por trastorno de coagulación

Pero ya vemos como hizo una de las complicaciones de la fístula biliar externa: la hemorragia por hipoprotrombinemia.

La enferma sangró por el tubo digestivo, (hematemesis y melenas), por el túnel de hepatosomía, y tuvo también hemorragias genitales y epíxtasis. La multiplicidad por sí sola, hubiera bastado para demostrar el trastorno de crisis, que en un cirrótico, puede producirse por muchos factores, que van desde el aumento de la fibrinólisis hasta la hipoprotrombinemia, sumándose en este último caso, la avitaminosis K, provocada por la ictericia.

Además muchos de estos enfermos sangran por hipertensión portal, provocada por la cirrosis o por la compresión neoplásica del tronco de la porta.

La obstrucción total del hepático descarta la posibilidad de que la hemorragia digestiva fuera por hemobilia, es decir, por pasaje de sangre de los hepáticos al tubo digestivo.

Cirrosis y Embarazo

La cirrosis fue confirmada histológicamente en varias oportunidades; de allí nuestro desconcierto al encontrarnos con un emba-

razo uterino que es excepcional en estas enfermas. No hemos revisado literatura al respecto, pero la experiencia de los consultantes en Ginecología (Prof. Crottogini) y Gastroenterología (Prof. Adj. Arcos Pérez), nos confirmaron la rareza de esta situación (*).

Planteado el problema de la evacuación uterina, se consideró: desde el punto de vista del feto, que éste podría ser pseudo hermafrodita, dado el tratamiento prolongado con corticoides que llevaba la madre, a la cual, por otra parte, no pensábamos suspendérselo. A su vez, el hecho de que el embarazo cursara en una madre cirrótica e ictérica podría provocar pigmentaciones en los núcleos extrapiramidales del feto con el consiguiente trastorno neurológico.

En cuanto a la madre con un síndrome hemorrágico apenas dominado, con su cirrosis y una hepatostomía externa, evidentemente no iba a sobrevivir al embarazo. Además queríamos operarla y no podíamos correr el riesgo de una hemorragia por aborto, en el postoperatorio.

Planeamos entonces operarla nuevamente, pero no ya por vía pedicular, sino actuar sobre el hepático izq., que sin querer habíamos canalizado nuevamente a través de su hepatostomía. Como la enferma tenía una gastroenterostomía funcionante, pensamos que lo mejor y más sencillo sería practicar una anastomosis entre el hepático izq. y el estómago (operación de Longmire-Dogliotti) tal vez sin necesidad de reseca parénquima, pues el tubo nos iba a servir para encontrar el hepático izq. así fue.

5ª Operación. — Anestesia gral. 13/6/962

Dr. R. Praderi, Dr. Fregerio, Pte. J. Chifflet.

Incisión mediana supraumbilical desde el xifoides oblicua hacia abajo a la derecha incluyendo la eventración paraumbilical que existe allí. Liberación de la adherencia de epiplón al estómago y estómago a hígado. Hígado grande, cirrótico pero no muy duro. Pequeño nódulo de 5 mms. de diámetro en cara superior de lóbulo izq. que se reseca para biopsia. Se envía también otro pequeño nódulo incluido en el ligamento falciforme. No se libera el duodeno que adhiere a cara inferior del hígado, se palpa desde lejos la cabeza del páncreas que está algo indurada y el área de fibrosis pedicular que no ha cambiado desde la última operación. Existen algunos ganglios blandos a nivel de la coronaria. Se libera el lóbulo izquierdo del hígado seccionando el ligamento triangular izq. La arteria hepática izq. proviene de la arteria coronaria. Se disecciona hasta su penetración en el hígado. Se disecciona también la rama izq. de la porta. Se identifica el hepático izq. que tiene el tubo en su interior (fig. 9). Se bascula hacia la derecha el lóbulo izq. del hígado y se practica una incisión transversal de 5 cm. de cara inf. de lóbulo izq. a 5 cm. de la cisura. Se expone por allí el conducto hepático izq. Se abre longitudinalmente, aparece el tubo que se tracciona. Se ata al extremo del viejo tubo una sonda Pezzer con el pabellón recortado casi totalmente y orificios laterales en los 10 cm. vecinos al pabellón.

Traccionando del tubo viejo desde afuera del abdomen se pasa la sonda Pezzer hasta afuera. Anastomosis del hepático izq. látero-lateral con la cara an-

(*) El Prof. Adj. Arcos Pérez nos asesoró en el estudio y tratamiento de esta enferma en toda su evolución.

terior del estómago sobre la sonda Pezzer, cuyo pabellón queda en el estómago. es decir, que se practica una operación de Longmire Dogliotti modificada pues no se hace hepatectomía izq. Las suturas se hacen en dos planos sero-seroso con puntos separados de lino, desde el cráter hepático al estómago y total con puntos separados de gastergut, entre el canal biliar y el estómago.

El tubo queda penetrando por el parénquima a través de la vieja contra-abertura pasa por el hepático der. y luego el izq. y tiene el pabellón en el estómago. Es como una gastrostomía que pasa a través del hígado (fig. 10).

Ligadura y sección de las trompas. Cierre de pared por planos, catgut, nylon y puntos totales.

El estudio histológico del nódulo hepático resecaado mostró metástasis carcinomatosas implantadas en una cirrosis biliar. La paciente evolucionó muy bien, funcionando perfectamente el drenaje biliar. Luego se pinzó el tubo, pasando toda la bilis al estómago. La colangiografía mostró el pasaje del contraste al estómago (fig. 17). A los 23 días se retiró el tubo trans-hepático. Dos meses después de operada la ictericia había desaparecido casi totalmente (bilirrubinas total 1.18).

Hepato - Gastrostomía Izquierda Látero - Lateral

La anastomosis de los canales biliares izquierdos con el estómago fue propuesta y realizada por Gohrbandt⁽¹⁰⁾ que unía sólo ramas del hepático izquierdo o simplemente un cráter del parénquima. Santy⁽³⁴⁾ anastomosó un canal biliar derecho que encontró por casualidad, al estómago.

Dogliotti realizó la anastomosis del hepático izquierdo al estómago después de resecaar parte de ese lóbulo como hacia Longmire para unir al yeyuno.

Couinaud⁽⁵⁾, Hepp⁽¹²⁾, Soupault⁽³⁷⁾ anastomosan el hepático izquierdo al yeyuno sin resecaar todo el lóbulo pues abordan el canal por hepatotomía cisural izquierda o resecaando el segmento III.

La intervención que practicamos creemos no haya sido hecha de esta manera: usando el tronco del hepático izquierdo sin resecaar parénquima para hacer la anastomosis con el estómago. Le hemos llamado hepatogastrostomía látero-lateral⁽²⁶⁾.

El drenaje de seguridad a través del hepático izquierdo, confluyente y derecho al exterior, tampoco creemos haya sido utilizado.

Diez meses después de operada se reprodujo la ictericia; conseguimos reabrirle el orificio de la vieja hepatostomía y dilatándolo con una laminaria, comenzó a drenar bilis espontáneamente.

Nuevamente le colocamos un tubo de polivinilo obteniendo un buen drenaje biliar externo.

La colangiografía practicada entonces demostró la obstrucción de la anastomosis hepatogástrica (fig. 11). Iniciamos entonces lavados profusos del árbol biliar que sumados al tratamiento oral con sales biliares permitieron desobstruir la anastomosis, como se confirmó en una nueva colangiografía (*).

Practicamos luego una coledococlisís con bilis de la propia enferma que recogimos en el estómago con una sonda.

(*) La mayoría de los estudios radiológicos fueron practicados por los Dres. Curuchet y Zeiter de Carlevaro).

Aunque la anastomosis está permeable resolvimos dejarle el tubo para lavar el hígado y drenar hacia afuera en caso de hipertensión biliar (fig. 12).

La enferma se ha estudiado observando que cuando duerme en decúbito izq. el tubo no drena, cosa que sucede en el decúbito derecho. Persiste un tinte icterico, pese a que tiene materias coloreadas, pero creemos que se explica por su cirrosis biliar.

También ha observado que el tinte de sus conjuntivas se hace más evidente en los períodos premenstruales y que mejora con el reposo.

Ustedes la pueden ver aquí en muy buenas condiciones, trabaja todo el día en los quehaceres domésticos, tiene excelente apetito y duerme perfectamente.

Desobstrucción Incruenta de la Anastomosis Bilio - Digestiva

Cometimos el error en esta enferma de retirar el tubo tutor a los 23 días. Por esa razón tal vez no se mantuvo el calibre de la anastomosis precipitando la bilis por encima.

Felizmente pudimos reabrir la hepatostomía y canalizar de nuevo el árbol biliar, este hecho ya anotado por Lasala (¹⁴) nos permitió lavar el hepático izquierdo desobstruyendo el orificio. Es ésta otra de las ventajas de los drenajes transhepáticos que eventualmente pueden volver a ser utilizados permitiendo el acceso a la vía biliar supraestenótica. Por otra parte en varios pacientes hemos cambiado los tubos (pues los de goma se maceran e incrustan). Esta maniobra la hacemos en la cama del enfermo sin dificultades.

SUMARIO

1) Se relata la historia de una paciente portadora de un neoplasma de cístico que luego infiltró el confluente siendo resecado hace más de 5 años.

2) Se hace referencia a varias complicaciones que aparecieron en distintas etapas de la evolución: fistula colédoco-duodenal sobre tubo de Kehr, hemorragia por hipoprotrombinemia, cirrosis y embarazo, etc.

3) Se describen varios procedimientos quirúrgicos utilizados en ella, tres de los cuales no hemos visto referidos: coledocotomía transhepática, transestenótica; hepatogastrostomía izquierda látero-lateral con tubo tutor transhepático y desobstrucción de anastomosis bilio-digestiva por rehepatostomía y lavado.

4) Destacamos finalmente que se trata de uno de los neoplasmas de vías biliares de mayor sobrevida publicados en la literatura (6 años y 2 meses).

Raúl C. Praderi
Canelones 2531 ap. 6
Montevideo

BIBLIOGRAFIA

1. ALTMEIER, W; GALL, E. ZINNINGER, M.; HOXWORT, B. — Sclerosis carcinoma of the major intrahepatic bile ducts. A. M. A. Arch. Surg. 75:450-1957.
2. BRITO FORESTI, J.; REYES, J.; ZITO, P. — Neoplasma primitivo del confluente hepatocístico. Arch. Urug. Med. Cir. Esp. 19:477-1941.
3. BROWN, D.; STRANG, R.; GORDON, J.; HENDRY, E. — Primary carcinoma of the extrahepatic bile-ducts. Brit. Jour. Surg. 49:22-1961.
4. CARTER, F.; SAYPOL, G. — Transabdominal cholangiography. J.A.M.A. 148:253-1952.
5. COUINAUD, C. — Les derivations biliaires intrahepatiques Tunisie Med. 37:303-1959.
6. CHIZZOLA, M. — Consideraciones sobre las fistulas biliodigestivas espontáneas. Tesis Montevideo 1959.
7. FARRAR, D. — Carcinoma of the cystic duct. Brit. Jour, Surg. 39:183-1951.
8. FINOCCHIETTO, R. — Hepatostomía. Prensa Med. Arg. 4:4-1947.
9. GOLDEMBERG, T. — Carcinoma of the biliary tract. Am. J. Surg. 86:292-1953.
10. GOHRBANDT, E. — Anastomosen intrahepatischer gallengänge mit den magen und darm kanal. Arch. Klin. Chir. 179:665-1934.
11. GRINDLAY, J.; EBERLE, J.; WALTERS, W. — Technique for external drainage of the biliary tract which leaves ducts intact. Arch. Surg. 67:889-1953.
12. HEPP, J. — Place des hepatectomies dans les anastomoses bilio-digestives intrahepatiques. Rev. Int. Hep. 10:1005-1960.
13. KUWAYTI, K; BAGGENSTOSS, A; STAUFFER, M.; PRIESTLEY, J. — Carcinoma of the mayor intrahepatic and the extrahepatic bile ducts. S. G. O. 104;357-1957.
14. LASALA, A.; VAZQUEZ, M. — Hepatostomía. López Etchegoyen. Bs. As. 1950.
15. LEGER, L.; ZARA, M.; ARVAY. — Cholangiographie et drainage biliaire par ponction transhepatique. Presse Med. 60:636-1952.
16. LEGER, L. — Comunicación personal.
17. LONGMIRE, W. en discusión de WHITE, R. — Carcinoma of the larger bile ducts exclusive of the papilla of vater. Ann Surg. 149:762-1952.
18. LOUBEJAC, A., ZITO, P. — Cáncer de la vesícula biliar y del confluente hepatocístico. Arch. Urug. Med. Cir. Esp. 28:286-1946.
19. MUÑOZ, R. — Reconstrucción de las vías biliares, anastomosis bilio-intestinal con inserción transhepática de una sonda en T. Rev. Invest. Clín. (México) 11:217-1959.
20. NARIO, C. Cáncer del confluente biliar. Bol. Soc. Cir. Urug. 26:323, 1945.
21. NARIO, C. Cáncer total de las vías biliares extrahepáticas. La hepatostomía. Bol. Soc. Cir. Urug. 26:428-1945.
22. PARODI, H., DELGADO, B. — Neoplasma del confluente biliocístico. Resección y derivación. Drenaje de seguridad por el hepático izquierdo. Bol. Soc. Cir. Urug. 34:515-1963.
23. PETERSON, C., KRIPPAEHNE, W. — Reparation of biliary tract. Ann, Surg. 149:515-1959.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

24. PRADERI, R. — Etiopatogenia de la colecistopatía obstructiva. Tesis. Montevideo 1959.
25. PRADERI, R. — Coledocostomía transhepática. Bol. Soc. Cir. Urug. 32:237-1961. Hépatocostomie transhépatique (Resumen por Patel) Presse Med. 71:290-1963.
26. PRADERI, R. — Hepatogastrostomía látero-lateral. Bol. Soc. Cir. Urug. 33:495-1962.
27. PRADERI, R. — El drenaje biliar externo e interno por el hepático izquierdo. Rev. Ass. Med. Bras. 9:1963 (en prensa).
28. PRADERI, R., PARODI, H., DELGADO, B. — Tratamiento quirúrgico de las obstrucciones neoplásicas de la vía biliar suprapancreática. An. Fac. Med. Montevideo. (en prensa 1964).
29. PRAT, D. — Dos casos de cáncer de las vías biliares principales. An. Fac. Med. Montevideo 8:291-1923.
30. RABINOVITCH, J., ARLEN, M., GRAYZEL D., ROBERTS, M., RABINOVITCH, J. PH. — Primary cancer of the cystic duct. A.M.A. Arch. Surg. 80:424-1960.
31. RAINS, A. — Biliary obstruction in the region of the porta hepatis. Ann. Roy Coll. Surg. Engl. 24:69-1959.
32. RANSOM, H. — Carcinoma of the pancreas and extrahepatic biliary ducts. Am. J. Surg. 40:205-1922.
- 33) SAKO, K., SEITZINGER, G., GARSIDE, E. — Carcinoma of the extrahepatic bile ducts. Surgery 41:416-1957.
34. SANTY, P. — Ictere chronique par neoplasme du carrefour. Anastomose d'une branche de l'hepatique avec l'estomac. Lyon Chir. 45:744-1950.
35. SHAPIRO, P., LIFVENDAHL, R. — Tumors of the extrahepatic bile ducts. Ann. Surg. 94: 61-1931.
36. SMITH, V., FELDMAN, M., GARDNER, C. — Neoplasms of the cystic and hepatic ducts. Am. J. Digest. Diseases 7:808-1962.
- 37) SOUPAULT, R. — Les anastomoses bilio-digestives et pancreato-digestives. Masson. Paris 1961.
38. STEWART, H., LIEBER, M., MORGAN, D. — Carcinoma of the extrahepatic bile ducts. Arch. Surg. 41:662-1940.
39. THORBJARNARSON, B. — Carcinoma of the intrahepatic bile ducts. A.M.A. Arch. Surg. 77:908-1958.
40. THORBJARNARSON, B. — Carcinoma of the bile ducts. Cancer 12:708,

Dr. Rafael García Capurro: Yo felicito al Dr. Praderi por la constancia que ha tenido, al ver que en un caso que prácticamente estaba perdido, ha podido conseguir una sobrevida muy satisfactoria que evidentemente la enferma está disfrutando.

Prof. Del Campo: Lo voy a felicitar al Dr. Praderi igualmente como lo ha felicitado el Dr. García Capurro por este caso que es un caso excepcional. Y felicitarlo por que lo haya hecho con la esperanza siempre de ir adelante, des-preocupándose un poco del concepto filosófico del cáncer, del predeterminismo y creyendo que el cirujano puede hacer algo. El problema del cáncer de las vías biliares es extremadamente dificultoso para resolver. El Dr. Praderi lo ha dicho perfectamente bien. En cuanto el cáncer toma cierta entidad tiene dos cosas difíciles de tratar. Por una parte la propagación ganglionar que no sé exactamente

como la hizo él, pero que en general se hace limitándola a la zona retropancreática, no yendo a los espacios lumbo aórticos como tiene que irse. Pero principalmente por el hecho de que muy a menudo asienta en una zona en que contacta con la vena porta y con la arteria hepática. Y ese contacto hace que la operación por más radical que sea, deja zonas que probablemente ya están contaminadas. Además muy a menudo, en el momento en que se hace la intervención ya hay siembra hepática producida por el cáncer y esa siembra hepática se pone de manifiesto rápidamente. En estos últimos tiempos nosotros hemos tenido que tratar 4 cánceres de la vía biliar principal. En 2 de ellos hicimos resección con restablecimiento de la continuidad, uniendo el cabo superior con el cabo inferior, el cabo del hepático con el cabo del colédoco. Uno de ellos vivió un poco menos de 2 años y su muerte se produjo rápidamente, con un hígado grande, nodular, en más o menos alrededor de 15 días. El otro fue seguido de muerte operatoria. Los otros 2 casos que tratamos son interesantes dentro del punto de vista que sostiene el Dr. Praderi. En uno que vivió también casi 2 años, el tratamiento, que se pudo hacer, fue exclusivamente la intubación del trayecto hecha desde abajo, es decir haciendo pasar el tubo de Kehr desde el colédoco y haciéndolo atravesar la zona tumoral. Ese enfermo fue tratado por primera vez por el Dr. Comas y fue tratado 2 o 3 veces más por mí. El tratamiento que uno hacía era lo que podría llamarse el cambio de sonda, que no es difícil en esos casos, es bastante sencillo. Uno extrae la sonda y llega al orificio del colédoco, se guía con el dedo, para cateterizar el hepático, se llega hasta la zona dilatada y se coloca, el tubo en su interior. En el otro también se hizo la intubación del hepático tumoral y aún cuando la enferma murió a los 2 meses, se puede decir que fue un éxito de la intubación, porque la enferma vino pocos días antes, pero muy pocos días (5 o 6) antes de fallecer, a pedir que le retiraran el tubo porque estaba perfectamente bien y sin ictericia. Es decir, murió de su generalización neoplásica que ya no existía en el hígado en la intervención. La 2ª cosa que quiero insistir es el interés creciente que va teniendo en la patología biliar el segmento que se llama suprahepático y que ha abordado muy bien el Dr. Praderi. Prácticamente se puede decir que del año 30 a la fecha, el adelanto más grande en técnica de vías biliares es el dominio de esa zona suprahepática. No es que los cirujanos no llegaran a esa zona suprahepática. Los cirujanos de otra época llegaban a esa zona suprahepática. Si se ven las figuras por ejemplo de las estenosis biliares de clínicas europeas y americanas, se ve perfectamente bien que los cirujanos han excavado el hígado frente a la bifurcación del hepático. Para que esta excavación del hígado frente a la bifurcación del hepático, llegando a la bifurcación del hepático, pudiera hacerse sin lesionar la arteria hepática, los cirujanos recurren a lo que debe recurrirse, es decir a la descubierta de la arteria hepática, cuando es hepática común, seguir la bifurcación, dejar la hepática izquierda a un lado y entonces recorrer lo que podría ser la hepática derecha, y trabajar en la horca de las dos hepáticas. Por otra parte, en un diapositivo que yo les podría mostrar, porque es muy interesante, Goette en el año 1930, en el tratamiento de las estenosis de las vías biliares aborda este segmento como lo preconiza Champeau mucho tiempo después basado en los estudios anatómicos de Couinaud. Es decir, aprovechando la poca vascularización de la línea de separación del hemihígado derecho con el hemihígado izquierdo. Y corta directamente allí hasta encontrar un canal biliar. Pero el Dr. Praderi ha agregado algo más. Recuerdo que una vez el Dr. Praderi me preguntó si yo tenía algún conocimiento bibliográfico al respecto. Algo sabía que yo conocía de eso, pero no sabía exactamente qué. Y lo que había era que algún cirujano, después lo recordé, algún cirujano que tenía que introducir un tubo y mantenerlo dentro del hígado, lo fijaba por transfixión transhepática. Eso era lo único que conocía que no lo pude recordar en ese momento. Yo creo que la técnica que sigue el Dr. Praderi de no hacer salir el tubo

por uno de los hepáticos atravesando el hígado, es un adelanto, un punto de técnica muy interesante, muy importante y que puede resolvernos más de una de estas situaciones. Como un hecho que puedo señalar, interesante, es el siguiente, que esta región suprahiliar que actualmente abordamos con relativa facilidad, decolando la cápsula de Glisson que nos lleva directamente a la bifurcación de los hepáticos; en una forma anatómica y sencilla esa técnica de Hepp y Couinaud nos facilita enormemente la solución del problema. Yo acabo de ver lo que podríamos decir la ignorancia de esta técnica en algunos medios, en medios que no son los nuestros. Y acabo de verlo precisamente en el Congreso del American College of Surgeons. En ese Congreso, Longmire II, presenta una película con el tratamiento de las estenosis de las vías biliares. Y en una película perfectamente bien presentada explicada por el presente, muestra el tratamiento por la reconstitución cabo a cabo, cuando se puede hacer la unión del hepático con el colédoco, el restablecimiento por la anastomosis biliodigestiva hepático duodenal o hepático yeyunal dentro del pedículo hepático y luego la operación de Longmire típica, previa resección del lóbulo izquierdo. Pero se olvida y deja en el tintero completamente esta técnica que debe atribuirse, de acuerdo con los datos que yo tengo a los estudios anatómicos de Couinaud y a la realización operatoria de Hepps. Vuelvo a repetir mis felicitaciones que por otra parte no las necesita porque se pasea orgulloso con la enferma por aquí, por la Sociedad de Cirugía, desafiando a ver quien tiene otro caso igual.

Dr. Raúl Praderi: Voy a agradecer en primer término las palabras del Dr. García Capurro al cual le mostré la técnica no sé si él recuerda, hace unos cuantos años. Y voy a agradecer muy especialmente las palabras del Prof. Del Campo que dan para conversar mucho rato. Pero sobre todo quiero referirme a dos cosas: 1º que en 1963 un enfermo se muera porque tiene un canal obstruido es un descrédito muy grande para la cirugía y hay que buscar de todas maneras la solución. Es un problema técnico puro. Ese problema técnico puro ha sido solucionado de muchas maneras. Como decía el Prof. Del Campo recién, hay que actuar en el confluente hepático en un lugar que ha sido estudiado anatómicamente por Couinaud de manera perfecta. Pero como decía él mismo, no son novedades, porque al fin y al cabo penetrar en el espesor del parénquima hepático, llámese placa hilar o no, a buscar los canales es una cosa que muchos cirujanos lo habían hecho antes. El hecho nuevo es que los trabajos de Couinaud y las observaciones hechas por Hepp Soupalt, y otros autores, han permitido el abordaje anatómico de los canales en el confluente o en el hepático izquierdo. De acuerdo también con el Prof. Del Campo creo que el Longmire una operación de necesidad a hacer solamente en determinados casos, un poco ha pasado de moda porque los mismos Norteamericanos, Soupault y otros autores abordan el hepático izquierdo sacando segmentos, o de repente sin sacar nada por la cisura izquierda. El procedimiento que decía el Dr. Del Campo de abordaje del pedículo hepático en el confluente lo hemos usado en varias oportunidades. El Dr. Parodi en la Clínica del Prof. Chifflet también lo ha hecho y entre los dos tenemos varias sobrevidas de neoplasmas de vías biliares. Uno de 2 años y medio, otro de 2 años y pico, otra con una operación al año y pico, y uno o dos más de meses. Hemos utilizado también ese procedimiento en la reconstrucción de la vía biliar después de las estenosis operatorias. Llevamos 4 enfermos en esa situación, a los cuales hemos drenado por el hepático izquierdo, usando no sólo tubos simples sino también tubos en "T". Es decir que estos procedimientos de abordaje no son técnicamente difíciles y permiten el drenaje biliar o el acceso a un canal biliar que es la primera condición para hacer una anastomosis biliodigestiva. El 2º problema que es el drenaje de seguridad lo solucionamos mediante un tubo que sale transanastomótico. Pero lo que queremos

destacar al respecto de lo que decía el Prof. Del Campo es que la canalización o la colocación de tubos transtumorales es un recurso que debe ser utilizado en enfermos que no deben ser abandonados. El tubo transtumoral que nosotros colocamos, sacándolo a través del parénquima hepático nos permite pasar la bilis hacia el intestino. Como el tubo está fenestrado, la bilis de la porción supraestritural pasa la estenosis y llega al tubo digestivo. Y el enfermo no tiene hemorragia por hipoprotrombinemia y le llega su bilis al tubo digestivo. Cuando el tumor llega a obstruirnos el tubo totalmente, tenemos el recurso de sacarlo y poner otro. Se cambia perfectamente, y tener un drenaje hepático, por hepatostomía externa que al fin, sustituyendo la bilis con obleas, o dándosela por boca, le permite una sobrevida sin prurito y durante más tiempo. O sea que la canalización con el tubo transhepático que utilizamos posee la ventaja de dejar un tubo que une las porciones supra e infraestritural y sale por arriba, no por abajo, de la estenosis. Nada más.