

Aplicaciones de los drenajes transhepáticos *

Dr. RAUL PRADERI

Los consocios leerán en el número de marzo del *British Journal of Surgery* (22), un artículo de Rodney Smith sobre intubación transhepática en las hepatoyeyunostomías.

Como describimos el procedimiento ante esta Sociedad en 1961 y lo hemos utilizado desde entonces, hemos creído conveniente hacer ciertas puntualizaciones bibliográficas que este autor ignora, pues hemos publicado algunas variaciones de esta técnica en otros lugares.

La *hepatostomía externa* fue utilizada por primera vez por Kocher (7) en 1907. Abandonada varias veces fue utilizada por Babcock (1), Finochietto (4), y en nuestro país por Nario (12) y Chifflet (3).

Con el advenimiento de la colangiografía transparietohepática [Carter y Saypol (2)] se utilizó nuevamente, dejando los tubos de polietileno por los que se había inyectado el contraste como drenajes biliares externos [Leger (9)].

Hepatostomía retrógrada.— Fue utilizada experimentalmente en 1953 por Grindlay, Eberle y Walters (6) en el perro con un tubo de simple pasado desde el colédoco al exterior por el árbol biliar y perforando el parénquima.

Fue aplicada al hombre por primera vez por Quijano (21) en Méjico. Este autor operó dos estenosis traumáticas en 1954 y 55, colocando un tubo de Kehr intrayeyunal, pasando luego la rama larga del tubo a través de una hepatoyeyunostomía láterolateral y el hepático derecho hacia afuera. Usaba un conductor metálico al que ataba el tubo por detrás. Pasaba primero el conductor y luego arrastraba la goma desde adentro del hígado hacia afuera, saliendo por la superficie del lóbulo derecho.

En otra publicación, Muñoz (11) modificó la técnica colocando una de las ramas cortas del tubo T en el hepático izquierdo y la otra en el yeyuno; sacando la rama larga a través del hígado y la pared abdominal en vez del diafragma como Quijano. Operaba también estenosis no neoplásicas.

Sin conocer estos trabajos, nosotros (16) en 1961 comenzamos a usar drenajes transhepáticos pasando un Béniqué que perforaba el hígado desde adentro. Colocábamos en el extremo un tubo atado y lo arrastrábamos hacia la vía biliar, de afuera adentro, usando el Béniqué como tractor. Fuimos los primeros en utilizar el hepático izquierdo.

Drenaje transhepático transtumoral.— Aplicamos el drenaje transhepático (16) por primera vez a la cirugía de los neoplasmas biliares, pasándolo a través de una estenosis postresección de un tumor, en una enferma que aún vive (19). El Dr. Delgado poco tiempo después colocó un tubo transtumoral transhepático en una enferma con un neoplasma inextirpable del hepático. Sobrevivió 10 meses (18).

Drenaje transhepático derecho en las anastomosis izquierdas.— Lo utilizamos por primera vez en una hepatogastrostomía, comunicándolo a esta Sociedad en 1962 (17).

Drenaje cisural izquierdo transanastomótico.— Parodi y Delgado (15), también en 1963 comunicaron aquí este procedimiento que consiste en sacar el drenaje transhepático tutor a través de la cisura izquierda descubriendo allí el canal.

Drenajes transhepáticos izquierdos en anastomosis biliodigestivas por estenosis traumáticas.— En 1962 colocamos por primera vez un tubo T transhepático izquierdo en una paciente con una fístula externa del confluente hepático, a la cual se le había seccionado la vía biliar.

La hepatoyeyunostomía calibrada durante un año con el tubo quedó permeable y la paciente se encuentra perfectamente

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

Presentado en la media hora previa de la sesión del 22 de abril de 1964 de la Sociedad de Cirugía.

bien sin ictericia ni angiocolitis. Fue presentada el año pasado al Congreso Brasileño de Cirugía (20).

Smith (22), sin conocer aparentemente las publicaciones de Quijano, Muñoz y nosotros, utiliza también el hepático izquierdo, pero usa una pinza como tractor en lugar de Béniqué.

Recalibrado de anastomosis biliodigestivas y cateterismo transhepático.— Cuando una derivación hepaticoyeyunal se obstruye, si no hay fibrosis importante de la sutura, se puede explorar y dilatar a través de un orificio practicado en el yeyuno por debajo de la anastomosis. En ese caso, después de lavar el árbol biliar, se puede colocar un tubo transhepático. Así hicimos por primera vez en una enferma que operamos con el Dr. Ormaechea, obteniendo el recalibrado de la sutura y su permeabilidad al sacar el tubo a los seis meses. Este procedimiento que usamos hace más de un año, lo describe ahora el Dr. Smith. Lo presentamos el año pasado en el Congreso Brasileño de Cirugía y está publicado (20).

Rehepatostomía externa y lavado desobstruyendo anastomosis biliodigestivas.— Cuando una anastomosis que se obstruye ha tenido un tubo transhepático de tutor, pero éste se ha retirado, se puede reabrir la hepatostomía [como describe Lasala (8)] y lavando el barro biliar por ella desobstruir la anastomosis. No es entonces necesario operar al enfermo. El año pasado referimos el procedimiento en esta Sociedad (19).

Resección del lóbulo cuadrado para abordar el confluente hepático.— Este procedimiento, utilizado por primera vez por Parodi (18), tampoco lo hemos encontrado referido en la literatura. En los tumores pediculares permite abordar la vía biliar supraestenótica para practicar una derivación paliativa.

Drenaje transhepático doble derecho e izquierdo.— Esta operación, que planeábamos hace poco (18) y que propone también Smith (22), la realizamos por primera vez hace pocos días con el Dr. Valls, en una enferma con una hepatoduodenostomía estenosada.

Colocamos un tubo transhepático fenestrado que penetra por el conducto hepático derecho, hace un asa en el duodeno y sale por el hepático izquierdo. De esta manera podemos lavar ampliamente el tubo y la

vía biliar de ambos lados. Le hemos llamado tubo en lambda por la forma que adquiere el asa transanastomótica.

Hemos pensado también que los drenajes largos transhepáticos pueden ser útiles en otras situaciones, por ejemplo:

Drenaje transhepático de seguridad en la duodenopancreatectomía cefálica.— Lo proponíamos en 1961 (16); permitiría la aspiración del asa anastomosada a la vía biliar y al Wirsung, evitando la peritonitis biliar y pancreática que es la principal causa de mortalidad en esta operación.

Doble drenaje transhepático en Y (18), sería muy útil cuando es necesario anastomosar por separado o en el confluente hepático, pues permite el drenaje y lavado de ambos canales derecho e izquierdo.

Drenaje transhepático en la litiasis intrahepática (litiasis china).— Los autores orientales (10) y norteamericanos (5) han utilizado tubos de Kehr que colocan en las hepatostomías externas por las cuales extraen los cálculos intrahepáticos. Creemos que sería más simple usar tubos de Kehr coledocianos con una rama larga transhepática saliendo por la hepatostomía, como propone Smith (22).

SUMARIO

Se enumeran varios procedimientos de drenaje biliar descritos por el autor y otros cirujanos de la Clínica del Prof. Chifflet (Dres. Parodi y Delgado).

Son ellos: la hepatostomía retrógrada con Béniqué, los drenajes transhepáticos transtumorales, los drenajes transhepáticos izquierdos, el recalibrado de anastomosis biliodigestivas y cateterismo transhepático ulterior, la resección del lóbulo cuadrado para abordar el confluente y los drenajes transhepáticos dobles derecho e izquierdo.

SUMMARY

Different procedures for biliary drainage, described by the author and surgeons of Prof. A. Chifflet's Surgical Clinic (Dr. H. Parodi, Dr. B. Delgado) are referred.

They are: retrograde hepatostomy with Béniqué, left transhepatic intubation, transhepatic transtumoral bouginage; recanalization of bilio-digestive anastomosis and posterior transhepatic intubation; resection of the quadrate lobe as a route to the biliary confluent; transhepatic intubation for the right and left ducts simultaneously.

BIBLIOGRAFIA

1. Babcock, W.: Drainage of the exteriorized liver (external hepatostomy). *Surgery*, 5: 925, 1942.
2. Carter, R. and Saypol, G.: Transabdominal cholangiography. *J. A. M. A.*, 148: 253, 1952.
3. Chifflet, A.; Ormaechea, C. y Varela, R.: Síndromes vesiculares agudos en las hidatidosis hepática. *2º Congreso Uruguayo de Cirugía*, 152, 1951.
4. Finochietto, R.: Hepatostomía. *Prensa Méd. Arg.*, 4: 4, 1947.
5. Glenn, F. and Moody, F.: Intrahepatic calculi. *Ann. Surg.*, 153: 711, 1961.
6. Grindlay, J.; Eberle, J. and Walters, W.: Technique for external drainage of the biliary tract which leaves ductus intact. *Arch. Surg.*, 67: 289, 1953.
7. Kocher, T.: *Chirurgische operations Lehre*. Jena, 1907.
8. Lasala, A. y Vázquez, M.: *Hepatostomía*. López & Etchegoyen, Buenos Aires, 1950.
9. Leger, L.; Zara, M. et Arvay: Cholangiographie et drainage biliaire par ponction transhépatique. *Presse Méd.*, 60: 636, 1952.
10. Maki, T.; Sato, T. and Yamaguchi, I.: Treatment of intrahepatic gallstones. *Arch. Surg.*, 88: 260, 1964.
11. Muñoz, R.: Reconstrucción de las vías biliares, anastomosis biliointestinal con inserción transhepática de una sonda en T. *Rev. Invest. Clín. (Méjico)*, 11: 217, 1959.
12. Nario, C.: Cáncer total de las vías biliares extrahepáticas. La hepatostomía. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 16: 428, 1945.
13. Patel, J.: Hépaticostomie transhépatique (resumen de 16). *Presse Méd.*, 71: 290, 1963.
14. Patel, J.: Technique de calibre des anastomoses biliodigestives intrahepatiques (resumen de 20). *Presse Méd.*, 72: 384, 1964.
15. Parodi, H. y Delgado, B.: Neoplasma del confluente biliocístico. Resección y derivación. Drenaje de seguridad por el hepático izquierdo. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 34: 4, 1963.
16. Praderi, R.: Coledocostomía transhepática. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 32: 237, 1961.
17. Praderi, R.: Hepatogastrostomía látero-lateral. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 33: 495, 1962.
18. Praderi, R.; Parodi, H. y Delgado, B.: Tratamiento de las obstrucciones neoplásicas de la vía biliar suprapancreática. *An. Fac. Med. Montevideo*, 49: Nº 1-2, 1964.
19. Praderi, R.: Cáncer del confluente hepaticístico. Resección y derivaciones sucesivas con sobrevida de 6 años. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 34: 442, 1963.
20. Praderi, R.: El drenaje biliar externo e interno por el hepático izquierdo. *Rev. Ass. Med. Bras.*, 9: 401, 1963.
21. Quijano, M. y Campuzano, M.: La estenosis cicatrizal del colédoco. *Rev. Invest. Clín. (Méjico)*, 9: 87, 1957.
22. Smith, R.: Hepaticojejunostomy with transhepatic intubation. *Brit. J. of Surg.*, 51: 186, 1964.