

## Aspiración transhepática del asa diverticular en la duodenopancreatectomía cefálica \*

Dres. RAUL PRADERI, CARLOS ORMAECHEA  
y BOLIVAR DELGADO

La duodenopancreatectomía cefálica es una intervención de riesgo importante. Pero el perfeccionamiento de los procedimientos quirúrgicos, con anastomosis más correctas ha permitido disminuir su mortalidad y morbilidad.

Queremos señalar algunos detalles de técnica que pueden ser útiles para mejorar aún más estas condiciones.

Las complicaciones más frecuentes de la intervención son la fístula pancreática o biliar y la peritonitis por falla de sutura.

Para evitarlo se ha recurrido a distintos procedimientos que tienden a mejorar sobre todo la derivación pancreatoyeyunal. Creemos que la mejor anastomosis se obtiene utilizando el cabo yeyunal libre, dentro del cual se invagina y sutura el muñón pancreático (pancreatoyeyunostomía terminoterminal).

La anastomosis biliodigestiva, hepato o coledocoyeyunal terminolateral, practicada correcta y prolijamente nos deja satisfechos, igual que la sutura gastroyeyunal. Pero en estos enfermos hay que manejar simultáneamente una gastrectomía, una anastomosis biliodigestiva y una anastomosis pancreatoyeyunal.

Combinando de diferentes maneras estas tres conexiones entre sí, variando su tipo (anastomosis laterales o terminales) o el sector de vía biliar a suturar (vesícula, colédoco o hepático), se obtienen más de cincuenta técnicas [Hess (1), Sterling (8)], de las cuales se aplican actualmente sólo siete u ocho.

Las más utilizadas dejan todas un asa diverticular similar a la gastrectomía Bil-

roth II, en la cual se ha anastomosado el páncreas y la vía biliar. Esa asa es la responsable de la mayoría de las fallas de sutura

Si por algún procedimiento de drenaje intraluminal podemos conseguir que no exista hipertensión dentro de ella durante el postoperatorio inmediato, evitaremos la filtración a nivel de las anastomosis.

Pero el drenaje puede aspirar demasiado y provocar un "sifonaje" del asa con deshidratación y a veces colapso. Se evitará estableciendo sólo un pequeño desnivel entre el frasco colector y el yeyuno.

Por esta razón también reponemos los flúidos obtenidos por intermedio de una sonda gástrica colocada, si es posible, en la rama eferente de la gastrectomía. De este modo cumplimos con dos principios, que consisten en aspirar el asa diverticular y evitar la expoliación hidroelectrolítica.

Señalaremos previamente que también hemos practicado duodenopancreatectomías sin complicaciones, sin dejar drenajes externos. Algunas de ellas fueron comunicadas por diversos motivos a esta Sociedad (3) y al Congreso Uruguayo de Cirugía (4). Pero nos encontramos más tranquilos cuando podemos manejar el funcionamiento de las anastomosis en el postoperatorio. Hemos aplicado diversos tipos de drenajes. El más simple de todos es la colecistostomía simultánea con la anastomosis colédocoyeyunal. Pero con ella se obtiene sólo la desfuncionalización de la vía biliar sin aspirar directamente el asa.

La mayoría de los autores aconsejan la resección de la vesícula biliar después de la duodenopancreatectomía cefálica; debido a que la bilis pasa por una anasto-

\* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" del profesor Abel Chifflet.  
Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 14 de julio de 1965.

mosis sin esfínter, no hay presión biliar y el llenado de la vesícula es insuficiente. Esto lleva a la hipotonía y estasis vesicular, a veces con litiasis o infección, si se recuerda que puede haber reflujo digestivo (caso 4). Por eso practicamos la colecistectomía siempre que sea posible y, por consiguiente, no usamos el drenaje vesicular.

Los procedimientos de avenamiento que restan entonces, son tres:

- 1) La aspiración del asa diverticular por intermedio de un drenaje transcístico (fig. 1).
- 2) La coledocostomía con tubo en T supranastomótico, pasando una de las ramas cortas a través de la anastomosis al interior del asa yeyunal anastomosada (fig. 2).
- 3) Los drenajes transhepáticos (7).

En general, utilizamos los dos primeros, pero los hechos se complican cuando la exéresis cancerológica obliga a una resección alta de la vía biliar principal, rea-

lizando la sutura a nivel del confluente de los hepáticos o del hepático común.

En esos casos hay que extirpar la vesícula en la misma pieza porque la sección de la vía biliar se efectúa por encima de la desembocadura del cístico.

Se adopta este criterio en los tumores del colédoco o del confluente hepatocístico (5). A la inversa, pretender hacer la resección de un colédoco neoplásico ligando el cabo inferior y abandonándolo con el duodeno *sin resecar este órgano*, puede determinar la recidiva tumoral a nivel del mismo. Ilustramos este hecho con la historia de un enfermo:

Caso 1.— A. F. Hospital de Clínicas. Registro N° 194.264. Ictericia provocada por un cáncer de colédoco con invasión del confluente hepatocístico. Fue operado el 11-I-1964 practicándole la resección del colédoco, vesícula y confluente hepatocístico, ligando el cabo inferior coledociano. Se restableció la continuidad biliodigestiva con una anastomosis hepatoduodenal terminolateral con un tubo tutor a la Witzel sacado por el duodeno.\*

El paciente hizo una fístula duodenal, complicación frecuente de este tipo de drenaje, que curó al sacar el tubo tutor. Cursó sin ictericia durante ocho meses, reingresando con una estenosis neoplásica de segunda porción de duodeno.

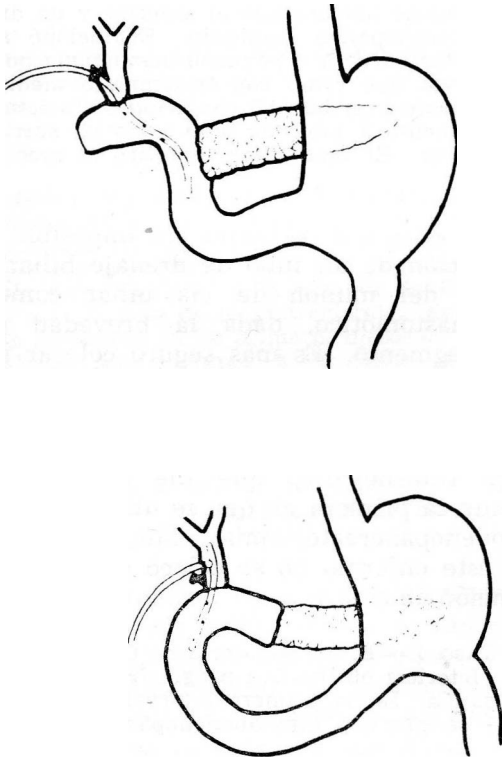
Mientras se estudiaba, se produjo una hemorragia masiva que obligó a una reintervención de urgencia, comprobándose una recidiva estenosante y sangrante que lo llevó a la muerte el 16 de octubre de 1964.

Este paciente murió sin ictericia, lo cual demuestra la permeabilidad de la anastomosis biliodigestiva. Pero hizo una recidiva a nivel del páncreas porque la resección del tumor fue insuficiente hacia abajo.

Si se le hubiera practicado una duodenopancreatectomía cefálica con sección alta del hepático, posiblemente no la hubiera hecho.

En resumen: en los tumores de colédoco bajo hay que resecar el páncreas y cuando la infiltración es alta también la vesícula y el cístico, cortando en el hepático.

Por esta última razón los drenajes transcístico y coledociano no se pueden utilizar en las duodenopancreatectomías con sección alta de la vía biliar, pues no



Figs. 1 y 2.— Arriba drenaje transcístico y abajo tubo en T aspirando el asa diverticular.

\* Los autores no utilizan este procedimiento (5).

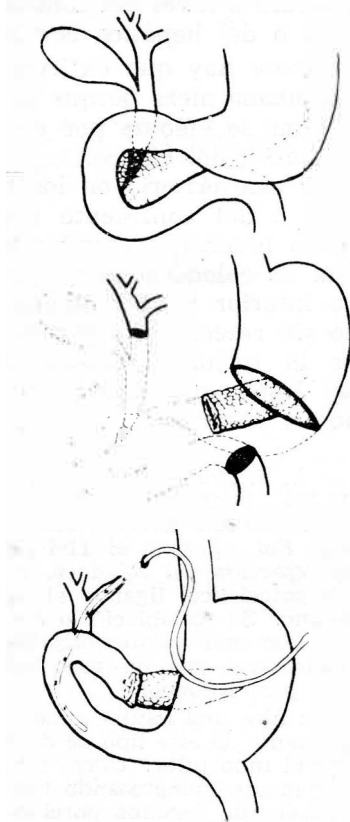


FIG. 3.—Caso 2. Se aprecia el tumor de colédoco intrapancreático, la amplitud de la resección y el drenaje transhepático colocado en el asa diverticular.

hay por donde sacarlos. En estos casos colocamos un drenaje transhepático. Lo hemos hecho en dos pacientes.

**CASO 2.**—A. B. Hospital de Clínicas. Registro N° 217.489. Portador de una ictericia fría progresiva de caracteres neoplásicos. En la intervención se encontró un cáncer de colédoco yuxtapancreático que respetaba al confluente hepatocístico y también la papila. Se practicó una duodenopancreatectomía cefálica con sección del hepático inmediatamente por debajo del hígado, resecando en la misma pieza todo el colédoco y la vesícula biliar. Se restableció la continuidad con una pancreatoyeyunostomía terminoterminal en el muñón yeyunal, una hepatoyeyunostomía terminolateral por debajo y una gastroenterostomía terminolateral oral total Billroth II transmesocólica. Se colocó un tubo tutor transhepático izquierdo, fenestrado, sacado por perforación de la cara superior del lóbulo izquierdo y pasado a través de la anastomosis biliodigestiva, penetrando 15 cm. en el asa anastomosada (fig. 3). No se colocó tubo transhepático doble (6) ni drenaje transhepático simultáneo por el hepático dere-

cho, pues se le practicó en la misma intervención la resección de un gran quiste hidatídico de cara superior y borde anterior que dejó abierto un lecho hepático importante en el lóbulo derecho. El área cruenta se suturó horizontalmente. El paciente fue operado el 6 de mayo de 1965, evolucionó sin incidentes. Se dejó abierto el drenaje aspirativo en el postoperatorio inmediato, obteniendo gran cantidad de bilis y jugo pancreático. Esto fue confirmado por la dosificación de amilasa y certifica la permeabilidad de la wirsungoyeyunostomía. El líquido aspirado fue reintegrado durante la primer semana de postoperatorio por una sonda gástrica, pinzando ulteriormente el tubo transhepático.

Este paciente se encuentra en buenas condiciones, habiéndosele retirado el drenaje de seguridad a los quince días.\*

**CASO 3.**—La segunda observación corresponde a un antiguo colecistectomizado (L. A. G. Hospital de Clínicas. Registro N° 145.019) que reingresó con una ictericia obstructiva determinada por una pancreatitis alcohólica predominantemente cefálica con calcificaciones en la cabeza y en el cuerpo del páncreas. No tenía vesícula y la porción estenosada del colédoco era muy larga, correspondiendo a casi todo el trayecto intrapancreático. El confluente de ambos hepáticos era relativamente bajo, dejando un corto segmento de colédoco para anastomosar. Se practicó exactamente la misma técnica (el 7-VI-965), colocando las derivaciones de la misma manera que el anterior y un drenaje transhepático izquierdo. Evolucionó sin incidentes, salvo una pequeña hemorragia postoperatoria que cedió con tratamiento médico. Se encuentra en buenas condiciones sin ictericia, aumentó 7 kilos de peso y no ha sufrido más dolor. El tubo tutor se retiró al mes de operado.

En estos dos pacientes era imposible la colocación de un tubo de drenaje biliar a través del muñón de vía biliar común supranastomótico, dada la brevedad de este segmento. Es más seguro colocar un drenaje transhepático simple, provisorio, durante el postoperatorio inmediato.

Existe una tercera observación de drenaje transhepático que fue cronológicamente la primera en que se utilizó en una duodenopancreatectomía cefálica (6). Pero en este enfermo no se colocó en la intervención inicial.

**CASO 4.**—B. M. Sanatorio de Casa de Galicia. Ictericia obstructiva progresiva por cáncer de papila. En la primera intervención (17-X-963) se practica una duodenopancreatectomía

\* El paciente lleva más de un año de operado al publicarse este trabajo (7-966). Está bien sin evidencia de recidiva.

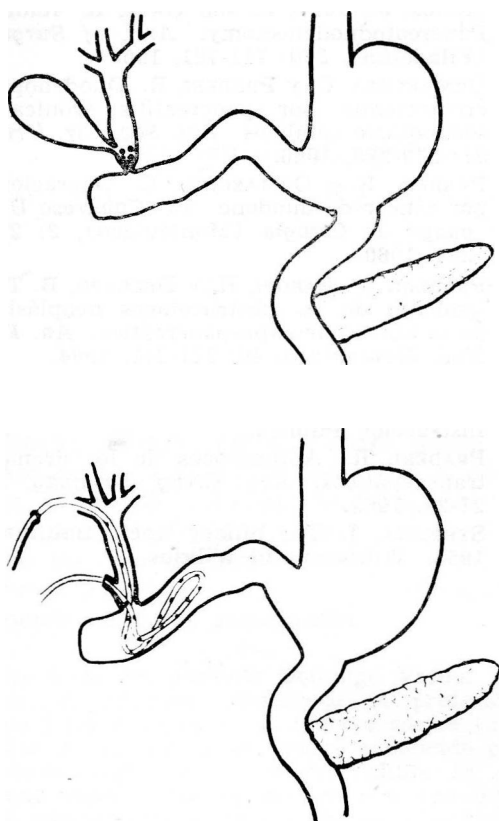


FIG. 4.—Caso 4. Arriba se ve la estenosis de la coledocoyeyunostomía. Abajo se aprecia la posición del tubo en gamma después de reconstruir la anastomosis.

cefálica con restitución del tránsito de la siguiente manera: coledocoyeyunostomía terminolateral (no se hizo colecistectomía), gastroenterostomía Billroth II y pancreatoyeyunostomía terminolateral a la manera de Cattell en el asa eferente de la gastrectomía. Evolucionó sin incidentes en los primeros meses de postoperatorio, pero reingresó a los nueve meses con una ictericia obstructiva intermitente febril.

Es reintervenido el 8 de agosto de 1964, encontrándose una colecistitis subaguda (el paciente no había tenido cálculos), una estrechez casi total de la coledocoyeyunostomía terminolateral y una litiasis pigmentaria supraestriktural.

Esta situación de estenosis benigna de la anastomosis biliodigestiva en un pancreatomectomizado, es rara y a veces difícil de diagnosticar porque en un operado por cáncer existe la tendencia a pensar que las recidivas de ictericia son neoplásicas.

En una estadística practicada en la Clínica Mayo [Monge (2)], de 239 duodeno-

pancreatomectomías; se planteó esta situación en 10 enfermos, de los cuales 9 fueron reoperados.

En nuestro paciente se practicó en la reintervención una colecistectomía; la sección más alta del colédoco y la reimplantación de éste en el yeyuno. Se colocó un tubo tutor (fig. 4) en gamma con una rama transhepática derecha y una rama transcística, haciendo un asa a través de la anastomosis biliodigestiva y en el interior del asa yeyunal anastomosada. Este drenaje se dejó varios meses.

El paciente se encuentra bien sin ictericia, recuperado y sin evidencia de recidiva a más de dos años de la segunda operación.

Estas tres observaciones, aunque son pocas, creemos que ilustran sobre las ventajas de un procedimiento de drenaje cuya aplicación proponemos en la duodenopancreatomectomía cefálica.

## SUMARIO

La resección en los cánceres de colédoco debe incluir la desembocadura del cístico y la cabeza del páncreas.

Para evitar la filtración de las suturas situadas en el asa yeyunal después de la pancreatomectomía, se deja un tubo de aspiración coledociano o transcístico.

Cuando no hay espacio para sacarlo por la vía biliar, los autores colocan un drenaje transhepático.

Esta técnica fue utilizada con éxito en tres pacientes.

## RÉSUMÉ

La résection dans les cancers du cholédoque doit inclure la débouchure du cystique et la tête du pancréas.

Pour éviter la filtration des sutures situées dans l'anse jejunal après la pancréatectomie, on y laisse un tube d'aspiration cholédocien ou trans-cystique.

Quand il n'y a pas de l'espace pour le sortir à travers la voie biliaire, les auteurs posent un drainage trans-hépatique.

Cette technique fut utilisée avec succès dans trois malades.

## SUMMARY

In cancer of the common bile duct, resection must include cystic duct and the head of the pancreas.

Leaking of the jejunal loop after pancreatectomy is prevented by means of a tube in the common bile duct or the cystic duct.

When the bile duct stump is not available, a transhepatic drainage is placed.

This technic was used successfully in three cases.

## BIBLIOGRAFIA

1. HESS, R. Die erkrankungen der gallenwege und des pankreas. Georg Thieme, Stuttgart, 1965.
2. MONGE, J., JUDD, E. and GAGE, R. Radical Pancreatoduodenectomy. *Ann. of Surgery* (Filadelfia), 260: 711-721, 1964.
3. ORMAECHEA, C. y PRADERI, R. Duodenopancreatectomía por pancreatitis crónica y pseudoquistes cefálicos. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 31: 273-280, 1960.
4. PRADERI, R. y ORMAECHEA, C. Operaciones por cáncer de duodeno. *13º Congreso Uruguayo de Cirugía* (Montevideo), 2: 279-284, 1960.
5. PRADERI, R., PARODI, H. y DELGADO, B. Tratamiento de las obstrucciones neoplásicas de la vía biliar suprapancreática. *An. Fac. Med. Montevideo*, 49: 221-241, 1964.
6. PRADERI, R. Tubos transhepáticos dobles. Tesis. Montevideo, 1964. (Premio Minist. Instrucción Pública.)
7. PRADERI, R. Aplicaciones de los drenajes transhepáticos. *Rev. Cirug. Uruguay*, 35: 21-23, 1965.
8. STERLING, J. The biliary tract. Baltimore, 1955. Williams and Wilkins.