

Las anastomosis biliodigestivas con asa desfuncionalizada * **

Aspectos técnicos

Dres. B. DELGADO, R. PRADERI y L. CRESPO

En esta publicación nos referiremos solamente a aspectos técnicos relativos a las anastomosis biliodigestivas (A.B.D.) con asa desfuncionalizada, con vistas a evitar el reflujo digestivo biliar.

Otros aspectos técnicos muy importantes referentes a este tipo de anastomosis ya han sido señalados en publicaciones anteriores de esta Clínica (3, 11, 12). Haciendo abstracción de la propia afección que las motiva, la evolución alejada de las A.B.D. está gravada por la estenosis y la angiolitiasis con la consiguiente repercusión hepática, la cual rige la sobrevida del paciente.

El reflujo digestivo-biliar permite el pasaje hacia la vía biliar de secreciones digestivas, microbios y cuerpos extraños (restos de alimentos). Esto sólo puede ser evitado utilizando segmentos digestivos "desfuncionalizados" para realizar dichas anastomosis.

Numerosos hechos clínicos y experimentales demuestran que el reflujo en presencia de estasis produce angiolitiasis. Aun en ausencia de estasis, de por sí es capaz de provocar coledocistitis químicas (15).

Entre las situaciones más frecuentes señaladas por diversos autores (2, 8), en las cuales el reflujo conduce a la angiolitiasis, destacamos: estrechez de la anastomosis, anastomosis de sectores biliares diverticulares y de mal drenaje (anastomosis colecistodigestivas), anastomosis laterolaterales que dejan un segmento de vía biliar por debajo, aumento de la septicidad del contenido digestivo en pacientes con hipoacidosis o hipoquilia, etc.

Gráficamente afirma Soupault (15) que no hay angiolitiasis sin estasis y reflujo. Como demostración casi experimental de estos hechos, recordamos las observaciones publicadas por diversos autores, en las que una operación secundaria de desfuncionalización curó una angiolitiasis sin actuar directamente sobre la anastomosis: coledocoduodenostomías, a las cuales se les realizó secundariamente una gastrectomía de exclusión (5); anastomosis en Y de Roux con asa corta de 20 cm., a la cual secundariamente se le corrió el pie del asa alejándolo de la A.B.D. (5); anastomosis con asa yeyunal a la Braun, a las cuales se le ligó y seccionó secundariamente el asa aferente (10); anastomosis en Y de Roux con asas cortas (16), etc.

Por último, no se debe olvidar que si la estenosis origina estasis, que sumada al reflujo conduce a la angiolitiasis, ésta es un factor de estenosis de la anastomosis, completando un verdadero círculo patológico.

Para impedir el reflujo digestivo-biliar y esta complicación, el único recurso que existe es la utilización de un segmento digestivo desfuncionalizado.

Tanto más importante es esto, cuanto más posibilidades de larga sobrevida tenga el paciente, como por ejemplo, en las estenosis traumáticas de las vías biliares, que ocurren frecuentemente en pacientes jóvenes.

Aun en el caso de las A.B.D. paliativas en los cánceres de páncreas y sobre todo de ampolla de Vater, es preciso recordar que la derivación biliar puede dar largas sobrevidas y que éstas deben ser lo más confortables y duraderas posibles, siendo la angiolitiasis uno de los factores que puede impedirlo (11).

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A". Prof. A. Chifflet.
** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 9 de noviembre de 1966.

Pero las A.B.C. con asa desfuncionalizada, además de impedir el reflujo, evitan la fístula digestiva secundaria a una dehiscencia parcial o total de la anastomosis; la fístula será solamente biliar y con ello el pronóstico de la complicación cambia sustancialmente.

De los tres sectores digestivos a anastomosar (estómago, duodeno y yeyuno), sólo en los dos últimos es posible lograr anastomosis desfuncionalizadas. Las anastomosis con el estómago (colecistogastrotomías) van seguidas en un altísimo porcentaje de angiolitis, por lo cual hoy prácticamente han sido desechadas (14).

Las anastomosis con el duodeno pueden ser desfuncionalizadas de entrada en tres situaciones:

- 1) anastomosis a un muñón duodenal (gastrectomía previa) (fig. 1 B);
- 2) anastomosis y desfuncionalización por ligadura del píloro y gastroenterostomía (fig. 1 A); y
- 3) como lo ha preconizado Champpeau (4, 5), anastomosis y gastrectomía $\frac{2}{3}$ (fig. 1 B).

La desfuncionalización duodenal con los procedimientos señalados en 2 y 3, puede ser realizada secundariamente buscando la desaparición de una angiolitis por reflujo. Fracasa cuando hay además una estenosis importante ya constituida, como ocurrió en una de nuestras observaciones.

En 2 casos de la casuística estudiada se realizaron anastomosis hepaticoduodenales en pacientes ya gastrectomizados. Creemos que es una buena indicación y tiene la ventaja de no dejar una gastroenterostomía sin bilis.

Tiene el inconveniente, realizada como procedimiento de desfuncionalización, de prolongar la operación aumentando el riesgo quirúrgico.

Las anastomosis con el yeyuno tienen como ventajas: 1) ser fácilmente desfuncionalizables; 2) la longitud del asa permite realizar la anastomosis a la altura del hilio o intrahepática sin tracción; 3) permite alejar la anastomosis de la zona patológica (ejemplo: cáncer del confluente duodeno-biliopancreático).

Se le han hecho en cambio algunas críticas (Hepp): 1) son más complejas y alargan más el acto operatorio; 2) posi-

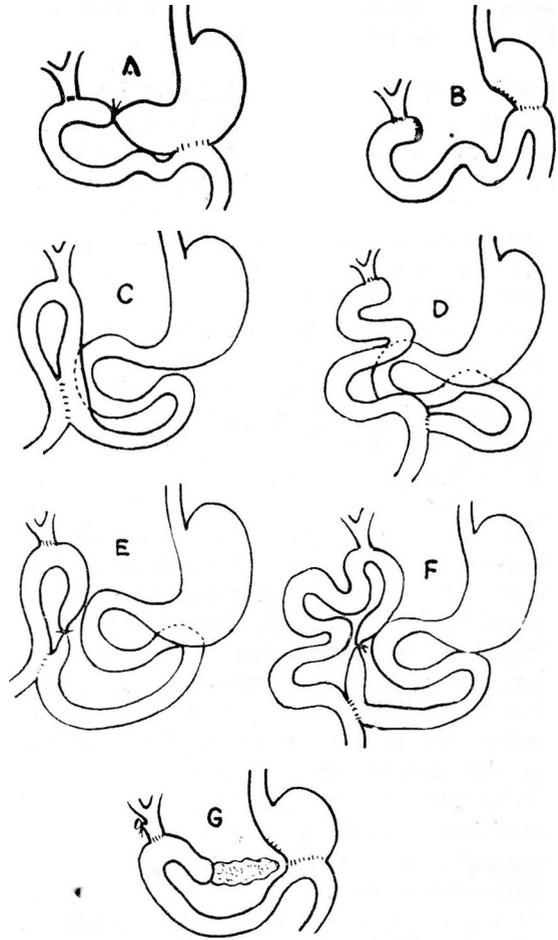


FIG. 1.

bilidad de angiolitis postoperatoria, que disminuyen considerablemente si usamos un asa desfuncionalizada; 3) alteraciones digestivas por no llegar la bilis al duodeno: al igual que como lo señala Hepp (8), no hemos visto trastornos de importancia vinculables a esta causa.

Se puede afirmar que, en el momento actual, la gran mayoría de los autores que practican esta cirugía, prefieren sin duda las anastomosis yeyunales por sus mejores resultados alejados (12).

Señalaremos a continuación los procedimientos usados para confeccionar un asa yeyunal desfuncionalizada, con sus ventajas e inconvenientes. Algunos de estos procedimientos tienen su precedente en la cirugía gástrica, donde han sido usados desde hace mucho tiempo (6, 7). Recientemente, Botto (1), en nuestro medio, hace una re-

visión al respecto en un documentado trabajo, al cual nos remitimos.

A) *Asa de Braun* (fig. 1 C): La anastomosis al pie debe estar situada a no menos de 50 cm. de la A.B.D. y a unos 25 cm., del ángulo duodenoyeyunal. Es el tipo más sencillo y fácil de confeccionar. Es parcialmente desfuncionalizada y puede provocar angiocolitis, sobre todo cuando se anastomosa a la vesícula.

De preferencia la hacemos transmesocólica, igual que con las otras técnicas, excepto cuando se realiza por carcinoma de la zona periampular, en cuyo caso, ante el riesgo de invasión precoz por el tumor, la ubicamos precolónica.

B) *Asa de Braun con obliteración del asa aferente* (fig. 1 E): Procedimiento cuya paternidad al parecer pertenece a Hivet, discípulo de Hepp (1, 9). Busca impedir el reflujo. Hivet usaba un hilo fuerte de nylon que pasaba dos veces alrededor del asa a unos 3 ó 4 cm. por encima de la anastomosis al pie y luego recubría esa zona con un surjet seroseroso.

Hivet señala una estenosis definitiva y permanente en más de 80 casos. Nos parece innecesario la sección del asa y el cierre independiente de los cabos, que complica la operación haciéndole perder su mayor ventaja, cual es la simplicidad.

Warren (16) (fig. 1 F) ha descrito un procedimiento similar, pero utilizando un asa de Braun asimétrica con el cabo aferente corto (5 cm.) y el eferente largo (40 cm.). Con ello ahorra 35 cm. de yeyuno al circuito intestinal. Oblitera el asa aferente utilizando suturas interrumpidas de seda que toman ambas paredes del yeyuno.

C) *Asa en Y de Roux* (fig. 1 D): Es, a nuestro entender, la mejor asa desfuncionalizada. Exige, para ser efectiva, que el segmento de yeyuno situado entre la A.B.D. y la anastomosis al pie, tenga no menos de 50 cm. de longitud.

Es más laboriosa de realizar que las anteriores y obliga a la sección intestinoesentérica (habitualmente de la arcada marginal), lo cual es trabajoso en mesos grasos y tiene el riesgo de disminuir la irrigación del asa montada si el meso queda tenso. Esto puede a veces conducir al fracaso de la anastomosis.

Sobre la vía biliar principal preferimos, salvo enorme distensión, la anastomosis T-L y sobre la vesícula T-T o L-T.

D) *Asa diverticular en la duodenopancreatectomía cefálica* (fig. 1 G): Al reconstruir el tránsito a la manera de Child, tal como acostumbramos a realizar, es aconsejable dejar entre la A.B.D. y la anastomosis gastroyeyunal una longitud de 50 cm. para desfuncionalizar la anastomosis. La vía biliar queda a continuación de la anastomosis, con el páncrea y la gastroenteroanastomosis recibe bilis.

En los últimos diez años se han realizado en nuestra Clínica * 67 anastomosis biliodigestivas, de las cuales 29 con asa desfuncionalizada (se excluyen las derivaciones practicadas después de duodenopancreatectomías cefálicas). Estas 29 se reparten así: 19 con asa en Y de Roux, 2 con asa de Braun, 2 con duodeno, 2 asas de Hivet y 4 asas de Warren realizadas recientemente.

En 24 de ellas la anastomosis se hizo con criterio paliativo en cánceres de páncreas o vías biliares.

La mortalidad operatoria (incluyendo hasta un mes de postoperatorio) fue de 10% (3 casos), siendo sus causas de muertes: un coma hepático, una neumopatía aguda y una carcinomatosis generalizada.

Ocurrieron tres fistulas biliares postoperatorias (10%), debiéndose señalar muy especialmente que en las tres la fístula cerró espontáneamente, evolucionando bien los pacientes.

RESUMEN

Se estudian diversos aspectos de las anastomosis biliodigestivas con asa desfuncionalizada, con vistas a suprimir el reflujo considerado causa de angiocolitis.

Se analizan diferentes tipos de anastomosis desfuncionalizadas con sus ventajas e inconvenientes.

Se hace referencia a una serie de 29 casos de tipo de anastomosis.

* No incluimos las intervenciones practicadas por los autores y otros cirujanos fuera del Servicio; algunas de las cuales son citadas en otras publicaciones (3, 11, 12).

RÉSUMÉ

On étudie de divers aspects des anastomoses biliodigestives avec l'anse défonctionnalisée afin de supprimer le reflux, considéré comme cause de l'angiocholite.

On analyse les différents types d'anastomoses défonctionnalisées avec leurs avantages et leurs inconvénients.

On se réfère à une série de vingt-neuf cas de ce type d'anastomose.

SUMMARY

Various features of bile duct-digestive anastomosis with dysfunctionalized loop, aimed at suppression of backflow regarded as causing angiocholitis, are considered.

Different types of dysfunctionalized anastomoses, with their advantages and shortcomings, are discussed.

A series of 29 cases is surveyed.

BIBLIOGRAFIA

1. BOTTO, J. y TARLOVSKY, M. Exclusión simplificada de un ansa en Y de Roux. Procedimiento de Hivet. *Actas de las Reuniones del Ateneo Clínico de la Soc. Española 1ª de S. M.*, 1: 11, 1966. Montevideo.
2. CENDÁN ALFONSO, J. E. Reintervenciones por infección biliar. *16º Congr. Urug. Cir.*, II: 159, 1965. Montevideo.
3. CRESPO LUIS, E. Las anastomosis de la vía biliar accesoria con el tubo digestivo. Tesis de Doctorado. Montevideo, 1965. (Inédita.)
4. CHAMPEAU, M. et PINEAU, P. Chirurgie des Voies Biliaires de l'Adulte et du Nourrisson. Masson, 1952. Paris.
5. CHAMPAU, M. et PINEAU, P. Etude critique et indications des anastomoses biliodigestives. *Rev. Pract.*, 12: 613, 1962.
6. ELSINGER, N. Esophagitis following total gastrectomy. *Act. Chir. Scand.*, 118: 190, 1959.
7. FREITHEIM, B. Gastric carcinoma treated with abdominothoracal total gastrectomy. *Arch. Surg.*, 71: 24, 1955.
8. HEPP, J. La place des anastomoses bilio-jéjunales en chirurgie biliaire. Techniques et indications. *Ann. Chir.*, 30: 502, 1954.
9. HEPP, J. et STAERCKE, P. A propos de l'utilisation du grêle en chirurgie biliaire. *Acta Chir. Belga*, 59: 682, 1960.
10. PETERSEN y COLE. (Citados por 8 y 13.)
11. PRADERI, R., PARODI, H. y DELGADO, B. Tratamiento de las obstrucciones neoplásicas de la vía biliar suprapancreática. *An. Fac. Med. Montevideo*, 49: 221, 1954.
12. PRADERI, R. Reintervenciones por fistulas y estenosis biliares altas. *16º Congr. Urug. Cir.*, II: 113, 1965. Montevideo.
13. QUENU, J., LOYGUE, J. et DUBOST, CL. Traité de technique chirurgicale. Masson, 1959. T. VII. Paris.
14. SALEMBIER, Y. et FOUET, A. Les anastomoses biliodigestives palliatives pour les cancers des voies biliaires et du pancréas. *Ann. Chir.*, 1É: 784, 1961.
15. SOUPAULT, R. Les anastomoses biliodigestives et pancréato-digestives. Masson, 1961. Paris.
16. WARREN, K. W. Modification of the Roux-en-Y procedure. *Surg. Cl. N. Am.*, 45: 611, 1965.