

A propósito de sus diferencias con las hepaticogastrostomías de Gohrbandt y Dogliotti

Dres. RAUL PRADERI, MILTON MAZZA, CARLOS GOMEZ FOSATTI,
ALBERTO ESTEFAN y NICOLAS DAVIDENKO *

El año pasado en el 23 Congreso Uruguayo de Cirugía, presentamos una comunicación al Forum sobre Drenajes Transgástricos (50).

El fundamento de los mismos consiste en interponer el estómago en el camino de una yeyunostomía, hepaticostomía externa, quistostomía o fistulostomía pancreática.

Con estos drenajes se obtiene el fin propuesto y se evita la constitución de fístulas externas pancreáticas, biliares o yeyunales, pues eventualmente los órganos se fistulizan en el estómago no al exterior. Dos de los procedimientos descritos entonces, creemos que son originales: (yeyunostomía transgástrica y hepaticostomía transgástrica mediata).

Varios autores habían anastomosado canales biliares al estómago: uniendo un cráter hepático (25) un canal superficial del lóbulo izquierdo (27) o el conducto hepático común, a este órgano (30, 62, 66). *Pero ninguno había dispuesto una tubuladura que saliendo de un canal hepático y pasando por la cavidad abdominal penetrara luego en el estómago para*

salir finalmente fuera del vientre, constituyendo una hepaticostomía transgástrica mediata, sin anastomosis hepaticogástrica.

Como algunos colegas confunden esta operación con la hepaticogastrostomía de Dogliotti (12), hemos creído interesante repasar la historia de este procedimiento y relatar nuestra experiencia con estas técnicas.

HISTORIA

Hepaticogastrostomía.

Poco después del advenimiento de la colecistectomía en la práctica quirúrgica, comenzaron a aparecer enfermos con fístulas y estenosis biliares iatrogénicas postoperatorias.

Frente a estas complicaciones surgió como procedimiento más sencillo de reconstrucción la anastomosis del hepático al duodeno que se confeccionaba sobre un tubo tutor perdido o sacado a la Witzel por el duodeno (4, 5, 37, 64, 67).

Aunque hubo casos felices muchos pacientes quedaron con fístulas duodenales.

Hubo cirujanos como Wilms (70), Guibé (30), Mondor (43) y Santy (58), que anastomosaron el hepático con el estómago por considerarlo mejor paño de sutura. Desplas (10) llegó a colocar un tubo perdido entre ellos, haciendo un trayecto mediato intraperitoneal pues no

* Prof. Adjunto de Cirugía, Asistentes y Adjuntos de Clínica Quirúrgica (Fac. Med. Montevideo).

Trabajo de la Seccional de Hígado y vías biliares de la Clínica Quirúrgica "B" Prof. Jorge Pradines. Hosp. de Clínicas.

Presentado el 8 de agosto de 1973.

unió a estos órganos entre sí. A los 5 meses afirmaba que el trayecto estaba epitelizado. Los hechos mostraron después, que al eliminarse el tubo tutor, el túnel se fibrosaba por falta de cubierta epitelial.

Otros autores (3, 9, 21, 39, 57, 60, 61, 66) usaron esta técnica con el mismo resultado hasta que en 1933 Mallet-Guy (40) demostró indiscutiblemente la existencia de angiocolitis graves mortales en las anastomosis del hepático y el colédoco con el duodeno y el estómago mediatas o calibradas sobre tubos que luego se estenosaban.

Este autor proponía la diverticulización del duodeno mediante antrectomía en las coledoco-duodenostomías.

Lo que sucede en realidad es que la hepatogastrostomía pedicular es una mala operación, pues debe ser calibrada y se estenosa al retirar el tutor.

Los artificios de Hoag (32) y Schager (62), con un tubo de mucosa gástrica no se difundieron y las hepaticogastrostomías se abandonaron.

De tanto en tanto aparecía algún artículo como el de Mammana (41) que en un enfermo dispuso de un cabo hepático tan largo que pudo confeccionar una especie de válvula en la hepatogastrostomía, o los de Carter (6, 7), Feretis (23, 24), Heimlich (29) y Arianoff (1), que preparaban tubos gástricos pediculados para llevar hasta el hepático, tomándose el mismo o más trabajo que para montar un asa diverticular de yeyuno. Estas operaciones desvirtuaban el principio de las derivaciones biliogástricas que era la simplicidad y rapidez de confección.

Colecistogastrostomía.

En esta época la operación paliativa más simple en los cánceres periampulares era la colecistoduodenostomía (2, 64). Pero buscando mejor paño de sutura digestivo, otros (42, 59) preferían anastomosar con el estómago desinsertando la vesícula de su lecho.

En nuestro medio algunos cirujanos (Nin y Silva y Stajano), utilizaron esta técnica con excelentes resultados. Nosotros (54) la aplicamos en alguna oportunidad sumándole una gastroenterostomía para evitar el reflujo digestivo.

Otros autores (36) la aconsejaron para tratar las fistulas mucosas postcolecistectomía y como sustituto (63) de la colecistectomía en las colecistitis litíasicas, para evitar los riesgos de la exéresis de vesículas subagudas.

El advenimiento de la colecisto y la hepaticoyeyunostomía sobre asa desfuncionalizada, propuesta por Monprofit (44), hicieron que aquella operación perdiera popularidad. Pero aun hoy por su sencillez, sigue siendo un buen procedimiento en los cánceres graves del páncreas con sobrevida limitada.

Hepaticogastrostomía izquierda

Paralelamente, en los cánceres pediculares en que no es posible exponer el hepático, Gohrbandt (27, 28) pudo anastomosar canales

biliares superficiales del lóbulo izquierdo de hígado al estómago. Cuando no encontraba canales adecuados este autor hacía un cráter en el borde del hígado y lo suturaba minuciosamente a la cara anterior del estómago. Este procedimiento utilizado también por Finochietto (22, 38), Jelinek (34), Kaltenecker (35), Walzel (68) y Morino (45), se popularizó con el nombre de operación de Dogliotti (11). En realidad este autor aplicó la técnica de Longmire y Sandford a las anastomosis hepatogástricas. La idea era reseca el extremo del lóbulo izquierdo del hígado hasta encontrar un grueso canal que se unía luego a la luz gástrica.

Se podía dejar un tubo colocado en el hepático izquierdo pasando por la anastomosis y saliendo al exterior por la cara anterior del estómago; se constituía entonces una hepaticostomía izquierda transgástrica como representant Trivellini (65), Hepp (31) y otros.

Practicamos la operación de Gohrbandt en una paciente (Obs. 1) (46) en la que al cambiar un tubo de hepatostomía externa derecha la sonda se introdujo hasta el hepático izquierdo porque tenía un cáncer del hepático que no la dejó seguir hacia abajo. Palpando a través del parénquima el tubo de goma, encontramos el canal en la cara inferior del lóbulo izquierdo sin necesidad de reseca hígado y lo pudimos anastomosar fácilmente con el estómago.

Realizamos (47) entonces una innovación a estas técnicas pues en vez de calibrar con un tubo perdido transgástrico lo hicimos con un drenaje transanastomótico transhepático derecho pasado a través de todo el hígado y por consiguiente del confluente de los hepáticos. Nuestra enferma que fue reoperada varias veces sobrevivió 8 años después de la resección de un cáncer de vía biliar superior (49).

Esta manera de calibrar las anastomosis izquierdas por la derecha pone a cubierto de la obstrucción neoplásica del confluente de ambos hepáticos pues en caso de producirse queda calibrada por el tubo. Se evita así el gran inconveniente de las operaciones de Longmire y Dogliotti: la obstrucción del confluente, que termina por separar la canalización de ambos lóbulos entre sí (51). En este caso lo único que se hace es drenar parte del mismo lóbulo izquierdo al cual se le ha reseca un fragmento.

Concretamente digamos que la operación de Gohrbandt (27, 28) y Finochietto (25) es una hepatogastrostomía izquierda. En cambio Dogliotti (12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20) llamó a su operación ductohepaticogastrostomía pues es una hepaticogastrostomía dado que se sutura específicamente el canal y se deja calibrado a veces.

Pero este autor no dejaba el tubo tutor definitivamente.

En uno de sus trabajos Dogliotti (17) relata un caso en que realizó una reconstrucción de vía biliar sobre un tubo tutor que pasó transpapilar a la Voelcker como hacían a veces los cirujanos europeos. Pero en vez de sacarlo por el duodeno lo pasó por el píloro y por una gastrostomía externa como drenaje provisorio.

Las operaciones de Gohrbandt, Finochietto y Dogliotti, fueron desplazadas primero por la de Longmire y después por las derivaciones en la cisura izquierda o con resección del segmento III propuestas por Couinaud y Soupault.

En ellas seguimos (56) aplicando —cuando fue posible— nuestra técnica del calibrado de la anastomosis hepaticoyunal con un tubo transhepático derecho que pasa por el confluente de los hepáticos.

En 1971 uno de nosotros (R.P.) operó a una enferma (Obs. 2) portadora de un cáncer del hepático que había sido intervenida varios meses antes. Se le había colocado entonces un tubo en T en el colédoco con una rama hacia arriba a través de la estenosis neoplásica. La ictericia aclaró. Pero al crecer el tumor y obstruir el hepático por encima del extremo superior del tubo, volvió a quedar ictericia en pocos meses.

Las colangiografías mostraron el tubo permeable hacia abajo (llegaba a la papila) y un buen pasaje al duodeno.

Reintervenimos a la paciente abordando el hepático izquierdo en la cisura, pasando un Beniqué transhepático saliendo por la cara superior del lóbulo.

Aprovechando este trayecto introdujimos en él la rama larga del tubo de Kehr que estaba colocado en el colédoco. Suturamos el orificio del hepático sobre el tubo y realizamos orificios laterales en el trayecto intrahepático del mismo. El tubo venía de afuera abordando al hígado por la superficie del lóbulo izquierdo, luego penetraba en el canal hepático izquierdo del cual salía haciendo un recorrido intraperitoneal para llegar al colédoco (fig 1).

Se trataba en realidad de una hepatocoleodocostomía izquierda mediata sobre tubo. Requería una sola condición: no retirar nunca el tubo. Este es también el secreto de las anastomosis de pequeño calibre sobre tutor: dejar siempre el drenaje hacia afuera para poder lavarlo y evitar la obstrucción por barro biliar. Señalemos que estas operaciones se aplican en los cánceres inextirpables, en enfermos que tienen sobrevidas muy breves. Por eso se nos ocurrió utilizar una intervención más sencilla, rápida y de menor riesgo que permitiera una sobrevida relativamente confortable con un tubo al exterior pinzado, pero sin ictericia ni prurito.

MATERIAL Y METODOS

a) Hepatostomía transgástrica.

Resolvimos colocar un tubo para conducir con seguridad a la bilis de las hepatostomías al tubo digestivo.

En los cánceres biliares con pedículo hepático congénito de pués de los trabajos anatómicos de los cirujanos franceses (Couinaud Hepp Soupault), se expone la vía biliar por la cisura izquierda porque en los conductos homónimos de paredes sanas y dilatadas es fácil colocar tubos de drenaje o realizar anastomosis hepatoeyunales.

Las anastomosis hepatoeyunales a ese nivel no son aconsejables pues es necesario traccio-

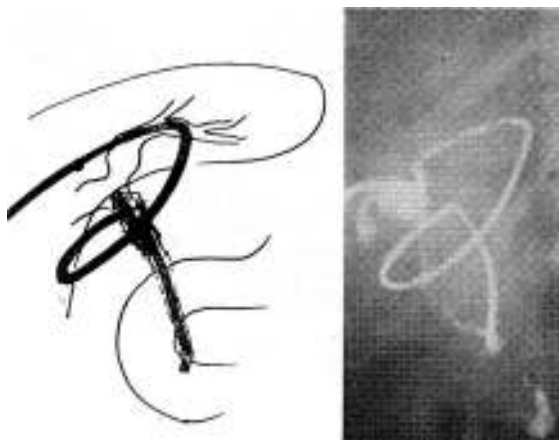


Fig. 1 izq.—Obs. 2. Hepaticocoleodocostomía mediata sobre tubo (der.). Colangiografía correspondiente al mismo caso.

nar mucho del estómago que queda formando una tienda cuando se lleva al fondo de la cisura izquierda. Si se desprende la sutura, se constituye una fístula biliar externa y una fístula gástrica, como le ocurrió en una oportunidad (Obs. 3) a uno de nosotros (R.P.).

La hepaticoyunostomía izquierda es una excelente operación que hemos utilizado con éxito muchas veces, pero lleva más tiempo para confeccionarla. Por eso, en pacientes de gran riesgo, con metástasis hepática y con expectativa de vida muy limitada, proponemos la realización de un procedimiento más rápido y sencillo: una hepatostomía transgástrica (50).

Para ello abordamos un canal biliar, en el hilio o en la cisura izquierda, colocando allí un tubo de Kehr. Suturamos el canal con seda sobre el tubo como si fuera una coledocotomía y cerramos la cisura sobre el mismo.

El tubo que hace un trayecto extravisceral se hace penetrar en la cara anterior del estómago por el lugar más próximo y luego de un trayecto intragástrico, se saca por otro orificio más alto en este órgano. Se cubren ambas perforaciones con puntos serosos a la Witzel y el orificio de salida se fija a la pared abdominal sacando por allí la sonda, como una vulgar gastrostomía. Después de varios días de establecido el drenaje biliar externo, se realizan perforaciones laterales en el tubo cerca de la piel y se introduce ese sector en el estómago de manera que los orificios quedan en la cavidad gástrica. Luego se pinza el extremo externo del tubo y la bilis pasa por los agujeros laterales al estómago (50).

Para desobstruir el tubo no hay más que traccionarlo hacia afuera hasta que aparezca la última perforación y lavarlo por allí.

Esta técnica la aplicamos en un paciente (Obs. 4) con el pedículo hepático congelado por cáncer de vesícula. Drenó bilis por el tubo. Pero se trataba de una ictericia muy evolucionada en un anciano de 85 años con ascitis e hígado secundario. Falleció en anuria a los 6 días de operado sin que llegáramos a realizar las perforaciones en el sector gástrico.

Colocamos un drenaje similar en otro enfermo (Obs. 5). Antiguo colecistectomizado y coledocoduodenostomizado por estenosis papilar que ingresó con una ictericia obstructiva verdínica.

Existía un gran colangioma obstructor de lóbulo derecho que aplastaba al hepático común. También tenía un quiste hidático calcificado de lóbulo izquierdo de hígado.

A través de una antrotomía llegamos a la coledocoduodenostomía y por ella colocamos un tubo de Kehr con una de sus ramas en el hepático común e izquierdo y otra en el bolsillo coledociano.

La rama larga la pasamos por la vieja anastomosis sacándola a la Witzel por la cara anterior del estómago después de cerrar la gastrotomía. Igual que en el caso anterior falleció a los pocos días de insuficiencia hepática por obstrucción prolongada. La autopsia confirmó el diagnóstico de colangioma que era de gran tamaño.

El drenaje había funcionado.

b) Tubos transhepatogástricos en sedal.

Los drenajes transgástricos se pueden salir, por eso es conveniente fijarlos bien. Se deben lavar diariamente porque si el paciente sobrevive mucho tiempo, se pueden obstruir con incrustaciones biliares.

Se nos planteó una situación similar al caso anterior en una enferma (Obs. 6), que tenía también una coledocoduodenostomía y una colangitis esclerosante primaria de 10 años de evolución, con vía biliar de calibre pequeño.

Decolando el mesenterio hacia la derecha expusimos la 2ª rodilla del duodeno, practicando allí una incisión a través de la cual pudimos pasar un beniqué por la vieja coledocoduodenostomía y con él colocar un tubo transhepático que condujimos con el dedo a través del píloro. Perforamos la cara anterior del estómago, sacando el tubo por una gastrotomía a la Witzel. Practicamos orificios laterales en el trayecto biliar y gástrico del mismo que quedó como tubo en sedal transhepatocoledocoduodenogástrico. Como la historia de esta enferma que vive aún con su tubo ya la hemos relatado en esta Sociedad y ha sido publicada (53) junto con la documentación radiológica, no abundaremos en detalles. Sólo diremos que la intubación transhepática es la única operación con algún porvenir en el tratamiento de la colangitis esclerosante.

Los tubos transhepáticos en sedal que utilizamos desde 1964 (48) tienen la ventaja de poderse cambiar, pues ambos extremos salen al exterior. Para ello se empatilla un tubo nuevo en un extremo del que está colocado y se tracciona de éste hacia afuera hasta colocar el nuevo tubo tutor en posición. Luego, usando de modelo el tubo viejo, se abren orificios laterales en los mismos lugares del tubo nuevo (52).

En la paciente con colangitis esclerosante utilizamos un tubo en sedal que cambiamos cada tres meses.

Pero no siempre se dispone de una vieja coledocoduodenostomía que nos permite llevar

el tubo por el píloro al estómago; por eso en las siguientes observaciones veremos cómo hicimos un puente entre el colédoco y el estómago igual que en la observación 2, dejando un tubo en sedal entre ambas vísceras.

Obs. 7.— A. A. de B. Mujer, 52 años. En diciembre de 1972 es operada por una litiasis vesicular. Se encontró un pequeño tumor en la desembocadura del cístico (la enferma no tenía ictericia). Se practicó una colecistectomía incluyendo todo el cístico y un pequeño fragmento de colédoco. Se reconstruyó la vía biliar sobre un tubo de Kehr. El estudio histológico del tumor mostró que se trataba de un adenocarcinoma del cístico. Varios días después se salió el tubo de Kehr constituyéndose una fistula biliar externa y una cavidad subhepática. Fue reintervenida dos veces pero sin restablecer el tránsito biliodigestivo. Simplemente se dejaron drenajes en la cavidad subhepática por los que salía una bilis infectada. La vimos (R. P.) por primera vez en marzo de 1973. Estaba icterica con una fistula biliar externa calibrada por un tubo de drenaje. Se preparó rápidamente y se operó en el Sanat. Evangélico el 5/3/1973. Anest. general. Incisión transversa de hipocondrio derecho. Cavidad neoplásica subhepática comunicando con un orificio coledociano de bordes tumorales. Vía biliar distal obstruida por el tumor. Gruesas adenopatías tumorales retropancreáticas y celiacas.

Hay dos nódulos secundarios en el lóbulo cuadrado. Se resecó la cavidad tumoral incluyendo cápsula hepática y epiploon pero manteniendo la indemnidad del colon. Este tiempo fue muy laborioso y llevó dos horas de operación al cabo del cual constatamos que toda la vía biliar estaba infiltrada también hacia arriba aunque permeable.

Se colocaron tubos transhepáticos derecho e izquierdo saliendo por el orificio coledociano. Se ataron entre ellos para que calcen en la bifurcación de los hepáticos y se practicaron orificios laterales en los sectores intrahepáticos. Los tubos salían del colédoco (figura 2A) penetrando en el antro gástrico y saliendo también a la Witzel del estómago y el abdomen hacia el exterior.

Varios días después de la operación se traccionó de los tubos hacia afuera del vientre y se practicaron orificios laterales en el sector gástrico, lo cual se confirmó radiológicamente (fig. 2B). La posición exacta se obtuvo nuevamente traccionando los extremos transhepáticos hasta que se detuvieron en la bifurcación hepática.

La ictericia aclaró, la enferma se recuperó lentamente pero mantuvo un grave estado depresivo por motivos familiares.

Tres meses después se hicieron evidentes nuevas metástasis hepáticas, falleciendo con una carcinomatosis el 26.6.1973.

Obs. 8.— T. T. de V. Mujer, 66 años, con antecedentes de hidatidosis pulmonar operada 20 años antes y carcinoma espinocelular recidivante de mejilla derecha. Cinco meses antes del ingreso comenzó con adelgazamiento, anorexia, astenia y distensión abdominal.

Aparece luego una ictericia y tumefacción de hipocondrio y flanco derecho pendula y dolorosa. Se trataba de una persona muy delgada con vientre distendido. Ascitis. Enorme vesícula biliar llena de pus y cálculos. El cístico estaba obstruido por un tumor aparentemente secundario a otro periampular. Carcinomatosis peritoneal de flanco derecho y Douglas. Vena porta y ramas intrahepáticas dilatadas pues existía un quiste hi-

dático de lóbulo derecho situado a nivel del ligamento coronario que determinaba posiblemente una hipertensión portal.

Se resolvió no actuar sobre el quiste hidático. Practicamos una colecistostomía con sonda Pezzer previa evacuación del pus y los cálculos vesiculares.

La obstrucción biliar se resolvió de una manera sencilla. Aprovechando el gran tamaño de la vesícula que tenía paredes sanas, se colocó como puente entre el hepático y el antro gástrico sin necesidad de des-

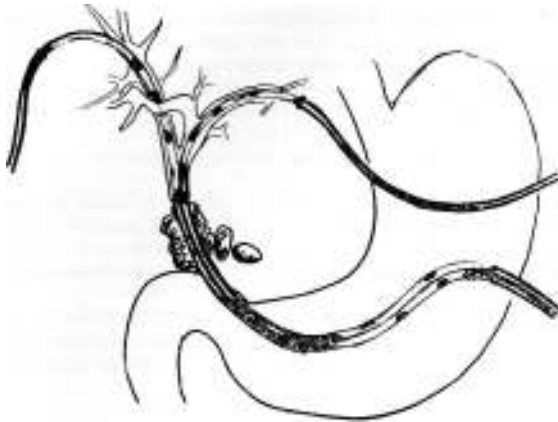


FIG. 2 A.— Caso 7. Hepatostomía doble transgástrica mediata.

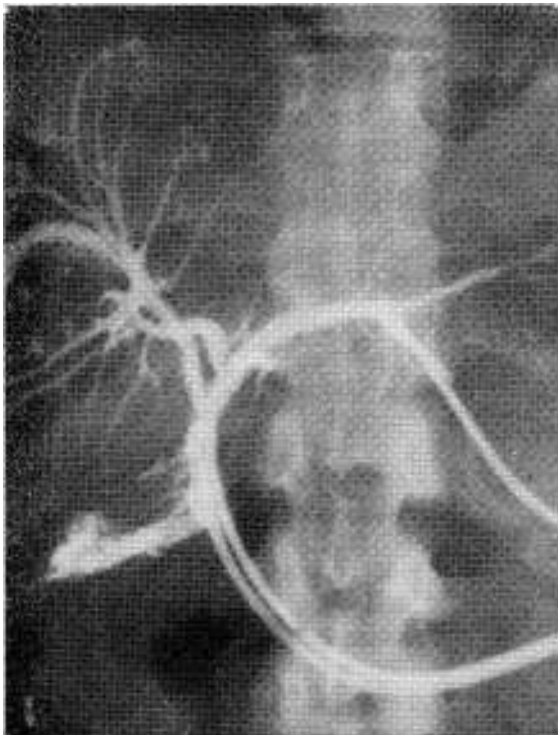


FIG. 2 B.— Caso 7. Colangiografía correspondiente al dibujo anterior. Se ven ambos tubos transhepáticos, una fuga en la coledocotomía y los tubos en el estómago que se ha rellenado.



FIG. 3 A.— Caso 8. Dibujo explicativo. Se ve el quiste hidático, el tubo transhepático y ambas anastomosis con la vesícula.



FIG. 3 B.— Colangiografía postoperatoria del mismo caso. Se ve el árbol biliar y el estómago.

pegarla del lecho. Se suturó al hepático que estaba dilatado y accesible con puntos separados de lino y en dos planos al estómago. Se colocó un tubo transhepático derecho que pasaba por ambas anastomosis vesiculares, saliendo a la Witzel por la cara anterior del cuerpo gástrico. Se perforaron agujeros laterales en el sector intrahepático del tubo. Quiere decir que se realizó una hepatocolecistogastrostomía calibrada por un tubo en sedal transhepatocolecisto gástrico (fig. 3 A). Se dejó además un drenaje de ascitis y se biopsió el tumor.

Tres días después de la operación se llevó la enferma a rayos y bajo pantalla se retiró un segmento del tubo del lado gástrico; practicando dos orificios laterales y se volvió a introducir. La colangiografía obtenida entonces mostró que los orificios hepáticos y gástricos del tubo estaban bien emplazados pues se rellenó el árbol biliar y el contraste pasó al estómago (fig. 3 B). Como en el trayecto transvesicular del tubo no había orificios no se ve la vesícula biliar.

Estando la paciente en la mesa de rayos se constató una trombosis venosa femoroiliaca izquierda, afectación de coexistencia excepcional con una ictericia (55). Se trasladó al quirófano y con anestesia local por vía crural se hizo una trombectomía venosa femoroiliaca a través de la safena. De esta afección evolucionó bien disminuyendo el edema y la cianosis en los días subsiguientes.

La ictericia desapareció en el postoperatorio, la ascitis no se infectó. Drenaba 300 cm por día. Aprovechando el tubo transgástrico lo realimentamos por la gastrostomía. Cuando mejoró se instituyó 5 fluoracilo intravenoso que la deterioró rápidamente falleciendo a los 45 días de operada, el 23.7.973.

COMENTARIO

Hemos relatado nuestra experiencia cronológicamente siguiendo los razonamientos que nos han hecho llegar a estas técnicas. No hemos insistido en las historias clínicas de las primeras observaciones. La primera con una operación de Gohrbandt ya fue publicada en detalle. La segunda, era una enferma con una carcinomatosis hepática por cáncer de vesícula que sobrevivió dos meses pero con una fístula biliar externa. La tercera, tiene de interés la colocación del tubo con trayecto mediato. La cuarta y quinta observación corresponden a pacientes muy graves, de pésimo pronóstico. La sexta fue detallada y analizada en otra publicación. En cuanto al séptimo caso, era una paciente cuyo tumor iba a seguir creciendo con seguridad. La operación le resolvió el problema de la ictericia pero el orificio del colédoco por donde salían los tubos era tumoral y por consiguiente no hermético. Tal vez en esta enferma la solución hubiera sido sacar un tubo por el hepático izquierdo que aunque no estaba dilatado se hubiera podido reoperar con un explorador metálico introducido desde adentro. El tubo transhepático derecho hubiera pasado hacia la izquierda por el confluente llevándolo desde la cisura izquierda al estómago por dentro del ligamento falciforme desinsertado de la pared. El orificio de coledostomía se hubiera ligado o suturado.

El caso 8 es difícil por la presencia de ascitis. En estas condiciones hay autores que no hacen derivaciones biliodigestivas por considerarlas riesgosas. Una falla de sutura en estos casos implica una peritonitis mortal. Por otra parte, la presencia del líquido en el vientre es índice del grado avanzado de la enfermedad.

Aprovechamos la presencia de la vesícula para usarla como vaina del tubo interhepatogástrico (22). Así impedimos que se infectara la ascitis. El recurso de disponer la vesícula como puente entre el hepático y el estómago había sido utilizado por Champeau (8) y Futorn (26). No habiendo vesícula, un recurso práctico sería como señalamos en el caso anterior usar el falciforme como puente dado que proviene de la cisura izquierda y termina en el ombligo.

En el desenlace de esta enferma tal vez influyó el 5 F.U. Pero ya estaba en caquexia cuando la operamos.

Finalmente debemos señalar que estos procedimientos están indicados en pacientes muy

graves no accesibles a derivaciones hepático yeyunales por su pronóstico. Por eso aspiramos a que con estas operaciones se obtengan sobrevividas no mayores de 6 meses. Si lo fueran, significarían que estaba indicada una derivación biliodigestiva mejor aunque más compleja en su realización.

RESUMEN

Se analizan las distintas técnicas de derivaciones biliogástricas: Hepatogastostomía pedicular, Hepatocolecistogastostomías y Hepatogastostomías de Gohrbandt y Dogliotti. Todas ellas han perdido actualidad. Se refieren sumariamente siete observaciones de anastomosis biliogástricas con diversas técnicas. Entre ellas se destacan tres Hepatostomías transgástricas con tubos transhepáticos en sedal. Todos los casos tratados eran cánceres biliares avanzados con excepción de una colangitis esclerosante.

Este procedimiento permite drenar la bilis de los hepáticos al estómago con una operación sencilla y rápida, dejando un tubo cambiante pasado en sedal entre el hígado y el estómago sin necesidad de anastomosar un órgano a otro.

Se aplica en enfermos muy graves con sobrevida limitada, en vez de realizar hepático yeyunostomías izquierdas, que son operaciones más laboriosas para enfermos tan graves.

RESUME

On analyse les différentes techniques de dérivations biliogastriques: Hépatogastostomie pédiculaire, Hépatocolecystogastostomies et Hépatogastostomies de Gohrbandt y Dogliotti. Elles ont toutes, perdu actualité.

On rapporte sommairement sept observations d'anastomose biliogastriques avec des tubes transhépatiques en séton. Tous les cas traités étaient des cancers biliaires avancés, à l'exception d'une collangite sclérosante. Ce procédé permet de drainer la bile des hépatiques à l'estomac par une simple et rapide opération, en laissant un tube changeable passé en séton entre le foie et l'estomac sans besoin d'anastomoser un organe à l'autre.

On l'applique dans des grands malades avec une survie limitée, au lieu d'effectuer des hépatogastostomies gauches, qui sont des opérations trop laborieuses pour des malades si graves.

SUMMARY

The different techniques of biliogastric anastomosis: common hepaticogastostomy, Hepaticocolecystogastostomy and Hepaticogastostomy of Gohrbandt and Dogliotti, have been analyzed. All of them are not standing nowadays. Seven observations of biliogastric anastomosis with various techniques are summarily reported. Among them three (transgastric hepatostomies) with transhepatic "U" tubes are pointed out. All of the treated cases were advanced biliary cancer, with the exception of sclerosing cholangitis.

With a simple and quick operation, this procedure allows the drainage of the bile from the hepatic to the stomach, leaving a changeable tube passed through between the liver and the stomach without need of suturing one organ with the other.

It is used in patients in serious conditions with limited overliving, instead of doing left hepaticogastostomies, that are more laborious operations for this kind of patients.

BIBLIOGRAFIA

1. ARIANOFF, A. Procédé de réparation de la voie biliaire principale en cas de destruction ou de sténose importante. *Acta Chir. Belgica*, 55: 667, 1956.
2. BABCOCK, W. Cholecystogastrostomy and cholecystoduodenostomy. *Am. J. Obst. Gynec.*, 1: 854, 1920.
3. BERTRAND, P., LOMBARD-PLATET, R., POUYET, M. et UNCUGLU, I. A propos d'une série de 36 cas de tumeurs des voies biliaires extrahepatiques. *Arch. Mal. App. Dig.*, 52: 804, 1963.
4. BOPPE. Quelques opérations rarement pratiquées sur les voies biliaires. *Capitolo VII en HARTMANN, M. Chirurgie des voies biliaires. Masson. Paris, 1923.*
5. CARCASSONE, P. et LIOTIER, Y. Contribution à l'étude des fistules biliaires post-opératoires. *Marseille Med.*, 35: 688, 1936.
6. CARTER, F. and GILLETTE, L. Benign strictures of the intrahepatic bile ducts. *J. Am. Med. Ass.*, 145: 375, 1951.
7. CARTER, R. and MARRAFFINO, B. Hepatocholecystenterostomy for relief, of jaundice in obliteration of hepatic ducts. *Am. J. Surg.*, 64: 217, 1944.
8. CHAMPEAU, M. et PINEAU, P. Considerations nouvelles sur la vesicule, material de plastie. *Arch. Mal. App. Dig.*, 47: 1263, 1958.
9. DECOULX, J. et DEBAMBEZ. Place de la Fistulo-Gastrostomie dans le traitement des fistules biliaires totales après cholecystectomie. *Lille Chir.*, 23: 321, 1949.
10. DESPLAS, R. Etude anatomique des resultats d'une prothèse par sonde perdue entre le canal hépatique et l'estomac sans suture directe. *Bull. Mem. Soc. Chir. Paris*, 57: 770, 1931.
11. DE VERNEJOU, R. et DEVIN, R. Les rétrécissements post-opératoires des voies biliaires. *Masson. Paris, 1953.*
12. DOGLIOTTI, A. Resezione del lobo sinistro del fegato: Intrahepato dotto Gastrostomia per il trattamento di oblitterazioni delle vie biliari extrahepatiche. *Boll. Sol. Piemontesa. Chir.*, 20: 181, 1949.
13. DOGLIOTTI, A. Gastro-intra-hepato-ductostomie dans le traitement chirurgical des obstructions des voies biliaires. *Lyon Chir.*, 46: 353, 1951.
14. DOGLIOTTI, A. Zur Operationstechnik bei Verchlsz der Extrahepatischen Gallenwege der Gastrointrahepatoductusstomie. *Langenbeck Arch. Klin. Chir.*, 270: 101, 1951.
15. DOGLIOTTI, A. L'attuale nostro indirizzo nella cura chirurgica delle stenosi cicatriziali delle vie biliari. *Minerva Med. Mediterr.*, 1: 10, 1952.
16. DOGLIOTTI, A. Notre nouvelle orientation dans la thérapeutique chirurgicale des sténoses cicatricielles des voies biliaires. *Marseille Chir.*, 4: 151, 1952.
17. DOGLIOTTI, A. M. Operations for fibrous stenosis of the common bile duct. *Surgery*, 36: 69, 1954.
18. DOGLIOTTI, A. Resection of the liver with intrahepato-ducto-gastrostomy or intra-hepato-ducto-yeyunostomy for biliary obstruction. *J. Intern. Coll. Surg.* 26: 267, 1956.
19. DOGLIOTTI, A. e FOGLIATTI. Diagnostico e trattamento chirurgico delle obstruzioni a delle stenosi benigne delle vie biliare principale. *Minerva chirurgica*, 8: 261, 1953.
20. DOGLIOTTI, A. et FOGLIATTI, E. La traitement chirurgical des retrecissements cicatriciels des voies biliaires. *Lyon Chir.*, 53: 263, 1957.
21. DRAGSTEAD, L., JULIAN, O and OWENS, M. Implantation of the hepatic duct into the duodenum or stomach. *Surg. Gynec. Obst.*, 77: 126, 1943.
22. FAGARASANU, I., CHITLARU, L. et CARTEA, M. A propos de l'hepatectomie pour drainage: L'hépatocolangiogastrostomie dans les obstruction néoplasiques ou cicatricielles des voies biliaires. *169 Congres. Int. Chir.*, 1186, 1955.
23. FERETIS, N. Derivación de la vía biliar hacia el estómago. *Prensa Méd. Arg.*, 46: 1936, 1959.
24. FERETIS, N. Techniche de reetablissement de la voie biliaire vers l'estomac. *J. Chir.*, 77: 552-555, 1959.
25. FINOCCHIETO, R. Hepatostomie. *Mem. Acad. Chir.*, 74: 575, 1948.
26. FUTORPSN, E. y SHUBTSN, B. Anatomo-topograficheskiye obosnovanie dostupa k pravomu vnutri-pechenochnomu protoku i jolangiojolestogastrostomie. *Kirurgia*, 39: 37, 1963.
27. GOHRBANDT, E. Anastomosen Intrahepatischer Gallengänge mit dem Magen und Darm kanal (unter benutzung von gummiprothesen). *Arch. Klin. Chir.*, 179: 665, 1934.
28. GOHRBANDT, E. Hepato-gastrostomie. *Zbl. Chir.*, 82: 641, 1957.
29. HEIMLICH, H. and GITLITZ, G. Bileduct reconstruction with a gastric pedicle tube. *Arch. Surg.*, 82: 139, 1961.
30. GUIBE, M. Deux cas de hepatico-duodenostomie. *Bull. Med. Soc. Chir. Paris*, 48: 264, 1922.
31. HEPP, J. et MERCADIER, M. Cancers des voies biliaires extra-hépatiques. *Ann. Chir.*, 32: 85, 1956.
32. HOAG, C. Reconstruction of the bile ducts. *Surg. Gynec. Obst.*, 64: 1051, 1937.
33. HONJO, I. and ARAKI, CH. Hepato-enterostomy. *J. Int. Coll. Surg.*, 20: 775-759, 1953.
34. JELINECK, R. Beitrag sur Hepato-Gastrostomie. *Zbl. Chir.*, 82: 645, 1957.
35. KALTENEKKER, J. und MAKLARI. Unsere Erfahrungen bei Hepatogastrostomien nach Gohrbandt. *Zbl. Chir.*, 88: 517, 1960.
36. KARITZKY, B. Umwegsoperationen bei Verschleppaten Gallen. *Langerbecks Ar. Klin. Chir.*, 276: 644, 1953.
37. KEHR, H. Die Praxis der Gallenwegen Chirurgie. *Lehmann's München*, 1913.
38. LASALA, A. y VAZQUEZ, M. Hepatostomia. *López & Etchegoyen. Buenos Aires, 1950.*
39. LERICHE, R. Hepatico-gastrostomie pour stenose post-opératoire du choledoque après reconstitution sur drain. *Lyon Chir.*, 42: 259, 1941.
40. MALLET-GUY, P. L'angiocholite ascendante après les anastomoses de la voie biliare principale. Son traitement par l'exclusion duodénale. *Rev. Chir.*, 52: 175, 1933.
41. MAMMANA, C. Hepatico gastrostomie papillaire. *Jour. Chir.*, 72: 10, 1956.
42. MAYO, W. Surgery of the liver, Gall-Bladder and the Biliary ducts, en Keen W. *Surgery*. Vol. 6, Cap. 128. *Saunders, 1913. Phil & Londres.*
43. MONDOR. Citado por Mallet-Guy.
44. MONTPROFIT, M. Du remplacement du cholédoque et de l'hepatique par une anse jéjunale. *Congres Français de Chirurgie*, 21: 206, 1908.
45. MORINO, F., OLIVERO, J. e SEVESRINI, P. Intraepatodotto-gastrostomie e intraepatodotto-jejunostomie. *Rass. Arch. Chir.*, 1: 33, 1963.

46. PRADERI, R. Hepatogastrostomia latero-lateral. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 33: 495, 1962.
47. PRADERI, R. El drenaje biliar externo o interno por el hepático izquierdo. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 9: 401, 1963.
48. PRADERI, R. Tubos transhepáticos dobles. Tesis. Montevideo, 1964.
49. PRADERI, R. Cáncer del confluente hepatocístico. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 34: 442, 1963.
50. PRADERI, R., DAVIDENKO, N., GOMEZ FOSSATI, C., MAZZA, M., ESTEFAN, A. y PATIÑO, V. Drenajes transgástricos. *Cir. Uruguay*, 43: 79, 1973.
51. PRADERI, R. Tratamiento paliativo del cáncer biliar. *1as. Jornadas de Cirugía de la Provincia de Buenos Aires*, 1972. La Plata.
52. PRADERI, R. Cambio incruento de drenajes biliares. *Cir. Uruguay*, 44: 10, 1974.
53. PRADERI, R., ESTEFAN, A., ZITO, M., SARROCA, C., PUIG, R., SANTERO, E., CHIOSSONI M. y DE STEFANIS, E. Colangitis esclerosante primaria. Intubación transhepática de la vía biliar. *Cir. Urug.*, 43: 511, 1973.
54. PRADERI, R. y ORMAECHEA, C. Operaciones por cáncer de duodeno. *13º Congreso Uruguayo de Cirugía*, (2): 279, 1962.
55. PRADERI, R., ORMAECHEA, C., HARRETCHE, M. y MAZZA, M. Trombosis aguda de los grandes troncos arteriales y afecciones biliares. *Cir. Urug.*, 40: 50, 1970.
56. PRADERI, R., PARODI, H. y DELGADO, B. Tratamiento de las obstrucciones neoplásicas de la vía biliar suprapancreática. *An. Fac. Med.*, 49: 221, 1964.
57. QUENU, M. Contribution a la Chirurgie du canal hépatique De l'hepatico-gastrostomie. *Bull. Mem. Soc. Chir. Paris*, 31: 219, 1905.
58. SANTY, P. Ictère chronique par néoplasme du carrefour Anastomose d'une branche de l'hépatique avec l'estomac. *Soc. Chir. Lyon*, 9: 3, 1950.
59. SANTY, P., MALLET-GUY, P. et MICHEL, J. Notre pratique de la cholecysto-gastrostomie, dans les ictères chroniques par retention. *Lyon. Med.*, 23: 1, 1939.
60. SAUVAGE. Anastomose cholédo-gastrique au drain, pour un fistule biliaire totale. *Presse Med.*, 96: 1560, 1929.
61. SAVAURIAUD, M. Blessures accidentelles du canal hépato-choledoque et leur réparation. Un nouveau cas de guérison après hepato-gastrostomie. *Bull. Med. Soc. Chir. Paris*, 48: 864-875, 1922.
62. SCHRAGER, V., IVY, A., MORGAN, J. A method for the plastic reconstruction of the common bile duct. *Surg. Gyn. Obst.*, 54: 613-619, 1929.
63. STEEL, W. Internal drainage of the gall bladder as a routine operative procedure. *Surg. Gynec. Obst.*, 44: 393, 1927.
64. STERN, W., FORCHE, R. Tactique opératoire des voies biliaires. *Doin, Paris*, 1929.
65. TRIVELLINI, A. Chirurgia delle vie biliari. *Cape-lli, Milano*, 1967.
66. TUFFIER, M. A propos de la chirurgie du canal hepatique. *Bull. Mem. Soc. Chir. Paris*, 31: 251, 1905.
67. WALTERS, W. and LEWIS, E. Surgical treatment of stricture of the common duct in twenty-two cases. *Proc. Staff. Meet. Mayo Clin.*, 13: 705-707, 1938.
68. WALZEL. Die technik der Eingriffe am Gallenstein. Wien, 1928, citado por Lasala.
69. WEINBERGER, H. A. Common duct obliteration: Failure of hepatico-gastrostomy after seven years; management by Longmire operation. *Ann. Surg.* 148: 1001, 1958.
70. WILMS, citado por BRAND, R. Die Bildung eines künstlichen Choledochus mittels eines einfachen Drainhohrs. *Deutsch. Zeitschrift. Chir.*, 119: 1, 1912.