

Un tipo de montaje no habitual después de duodenopancreatectomía cefálica

Drenaje temporario externo de la bilis

Dr. Lorenzo Mérola (h.)*

En el curso de una duodenopancreatectomía cefálica por cáncer de duodeno, con vía biliar principal no dilatada, muy fina, se resolvió el problema de la anastomosis bilioyeyunal, cerrando por sutura el colédoco y realizando una colecistoyeyunostomía lateroterminal. Se dejó además una colecistostomía temporaria para drenaje externo de la bilis, lo que sumado a la aspiración por la sonda nasogástrica, dejó en completo reposo el asa diverticular, favoreciendo la buena evolución de las suturas. Se aconseja esta técnica frente a situaciones semejantes, siempre que se cuente con una vía biliar accesoria viable.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Duodenal neoplasms/surgery. Pancreatectomy. Biliary tract/surgery.

Son múltiples las formas y maneras de unir los muñones gástrico, biliar y pancreático al yeyuno luego de realizada una duodenopancreatectomía.

Se prefiere la anastomosis sucesiva y de arriba hacia abajo del páncreas corporal, del hepático y del muñón gástrico remanente. Estas derivaciones son en general factibles sin mediar virtuosismos inhabituales ni dificultades técnicas insuperables. Pero las variantes de la patología pueden obligarnos a soluciones que es interesante conocer para poder aplicarlas en su momento.

El año pasado debimos intervenir a un joven afectado de un adenocarcinoma del duodeno. No presentaba ictericia. En el curso de la resección comprobamos un hepatocolédoco extremadamente fino. Resolvimos la situación de la manera que se expone, y que figura en el esquema adjunto (Fig. 1): seccionamos y cerramos por sutura el colédoco por debajo de la desembocadura del cístico; realizamos una colecistostomía sobre sonda Pezzer y por último una colecistoyeyunostomía lateroterminal.

Solucionamos así el problema del drenaje biliar, con un avenamiento externo temporario, el que nos permitió desgravitar el asa. Es necesario disponer, como es lógico, para realizar este tipo de anastomosis, de un cístico per-

Departamento de Cirugía (Prof. Dr. Uruguay Larre Borges). Facultad de Medicina. Montevideo.

meable, y cuya union con la vía biliar principal no sea excesivamente baja. Pasamos por alto la indicación oncológica de colecistectomía, la que para muchos autores es exigible.

El asa también se vio liberada de la llegada del jugo pancreático, ya que el cuello de esta glándula fue anastomosado a favor de una contraabertura, en la cara posterior del estómago. La sutura realizada 'en la luz' de este último órgano (on the lumen), resulta muy fácil de confeccionar y muy segura.

Es interesante recordar que esta técnica, impulsada en los últimos años por Milbourn (2), Smith (4) y otros, fue defendida en nuestro país, en el año 1926, por el Prof. Mérola (1).

No obstante haberse presentado a los ocho días de operado hemorragias digestivas profusas, todo entró en orden con tratamiento médico, sobreviviendo el enfermo sin molestias hasta pocos días antes de su fallecimiento. La muerte sobrevino por caquexia y generalización neoplásica. No apareció ictericia. Vivió 14 meses después de operado.

En este enfermo no se practicó sección de los nervios vagos.

En las 32 técnicas de derivación que utilizan la vesícula, citadas y figuradas por Patel y Léger (3), no encontramos ninguna que realice una colecistostomía temporaria.

El drenaje externo de la bilis y la aspiración de los jugos gástrico y pancreático por la sonda nasogástrica (o eventualmente por gastrostomía), dejan en completo reposo al asa diverticular y a las principales suturas viscerales.

Usando esta técnica, podría también realizarse una wirsungostomía externa transgástrica, mediante sonda de polietileno, o aún una derivación temporaria del mismo tipo, en la que el drenaje atravesara estómago, yeyuno, vesícula y sonda Pezzer para llegar al exterior.

Esta técnica puede usarse también, si se conceptuara necesario, en toda derivación colecistoyeyunal, tipo asa de Warren o Y de Roux, o aun sobre el dispositivo de Kehr-Kolsky.

Como solución a usar en casos de vía biliar principal fina, creemos que la técnica que hoy consideramos es válida, en el sobreentendido de contar con una vía accesoria viable.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 25 de setiembre de 1974.

* Profesor Adjunto de Cirugía.

Dirección: Leyenda Patria 2942, Montevideo.

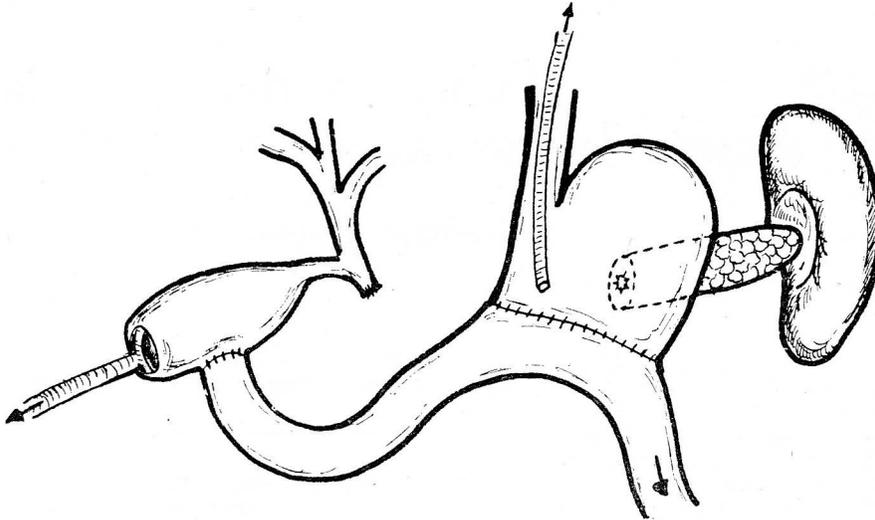


FIG. 1.— Esquema del procedimiento de reconstrucción utilizado.

RÉSUMÉ

Un type de montage inhabituel à la suite d'une duodéno-pancréatectomie céphalique. Drainage temporaire externe de la bile.

Au cours d'une duodéno-pancréatectomie céphalique pour un cancer du duodénum, avec voie biliaire principale, non dilatée, très fine, on résolut le problème de l'anastomose biliojéjunale en fermant par suture le cholédoque et en effectuant une cholécystojéjunostomie latéro-terminale. On laissa en outre une cholécystostomie temporaire pour le drainage externe de la bile, ce qui, ajouté à l'aspiration par la sonde nasogastrique, laissa l'anse diverticulaire en repos complet, favorisant ainsi la bonne évolution des sutures. Nous conseillons cette technique dans de pareilles circonstances à condition que la voie biliaire accessoire soit viable.

SUMMARY

An uncommon reconstruction after a pancreato-duodenectomy. Transient external drainage of bile.

A pancreato-duodenectomy was performed upon a patient with a duodenal cancer, in whom the common bile duct was found to be non-dilated and very thin. The problem of bilio-jejunal anastomosis was solved by closing the choledochus by suture and performing a latero-terminal cholecystojejunostomy. A transient cholecystostomy tube was also left for the external drainage of bile, which, added to the aspiration by nasogastric tube, enabled the complete rest of the diverticular jejunal loop, thus favouring a good evolution of the sutures. This technique is recommended for similar situations, provided the accessory biliary ducts are viable.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MEROLA L. Clínica Quirúrgica. Cefaleotomía pancreática. Montevideo. *El Siglo Ilustrado* 1927, p. 105.

- MILBOURN E. Pancreatico-Gastrostomy in Pancreatico-duodenal Resection for Carcinoma of the Head of the Pancreas or the Papilla of Vater. *Acta Chir Scand*, 116: 12, 1958.
- PATEL J, PATEL JC et LEGER L. Nouveau traité de technique chirurgicale. T. 12 Fasc. 2: Voies biliaires extra-hépatiques. Paris, Masson, 1969, p. 256.
- SMITH A. Implantations after Operations on the Pancreas. *J Roy Coll Surg Edinb*, 15: 198, 1970.

DISCUSION

DR. OSCAR BERMÚDEZ.—Creo que la solución que ha dado el Dr. Mérola a este caso, ha sido extraordinariamente interesante. No tengo experiencia en la anastomosis pancreato-gástrica pero recuerdo la participación de los doctores Mainetti y Etala al 21º Congreso de Cirugía, preconizando la misma, en base a que es sencilla de realizar (en la cara posterior a través del estómago), a que es mucho más eficaz y sobre todo a que es menos riesgosa desde el punto de vista de la dehiscencia porque la acidez gástrica neutraliza las enzimas pancreáticas. Ellos tenían ya en este último año en que estuvimos con el Dr. Mérola en las jornadas de la Sociedad Argentina de Cirugía una experiencia bastante importante sobre esa anastomosis y todos los que hicieron uso de la palabra se mostraron muy conformes con los resultados.

A propósito del recuerdo que hace el Dr. Mérola de su señor padre del cual tuve el honor de ser practicante interno, recuerdo que le ayudé a una anastomosis pancreaticogástrica en el año 32. No fue por supuesto por un neoplasma con resección de cabeza de páncreas sino por una fistula pancreática que anastomosó a la cara posterior del estómago entrando por la cara anterior y haciendo el collarate de puntos en la cara posterior.

Sobre la derivación de la vesícula creo que es un elemento de seguridad, desgravitar ese sistema a través de la vesícula. No sé si será tan necesario derivar por un tubo de polietileno el jugo pancreático al exterior por la razón de que la acidez gástrica neutraliza las enzimas, pero no tengo ninguna experiencia.