

# Calibrado de la confluencia de los hepáticos en las derivaciones izquierdas por obstrucciones biliares neoplásicas

Dres. Alberto Estefan y Raúl C. Praderi\*

Se presenta un nuevo recurso técnico para el tratamiento paliativo de las obstrucciones neoplásicas pediculares: el calibrado de la confluencia de los hepáticos en las derivaciones izquierdas por un tubo transhepático derecho, simple o en sedal. Ello tiene por finalidad la preservación del drenaje de ambos hemihígados, cuando la progresión del tumor infiltra dicho confluente. Conservando la permeabilidad de la convergencia, se evita la estasis biliar y angiocolitis grave del lóbulo contralateral no drenado, factor que acorta y complica la sobrevida. Cuatro casos fueron tratados por este procedimiento: tres anastomosis en el hepático izquierdo y una en el canal del segmento III. No hubieron complicaciones postoperatorias y se obtuvieron sobrevidas promedio de más de 10 meses sin reaparición de ictericia y sin empujes de angiocolitis.

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:* Bile ducts neoplasms/surgery. Jaundice, obstructive/surgery.

En las ictericias por cánceres inextirpables de la vía biliar, las anastomosis biliodigestivas laterales izquierdas: sobre el hepático izquierdo o las intrahepáticas periféricas (hepato o colangioanastomosis), constituyen métodos paliativos eficaces.

Las vías biliares intrahepáticas son terminales (5, 6) la única comunicación entre los sistemas biliares derecho e izquierdo es a nivel de la confluencia de los hepáticos. Una anastomosis biliodigestiva lateral izquierda drena al hemihígado sobre el cual está emplazada y al contralateral siempre que la confluencia esté permeable. Cuando ésta es infiltrada por el tumor, una derivación izquierda (radicular o periférica) solo drenará, en el mejor de los casos, al hemihígado homónimo.

La experiencia clínica ha demostrado que en estos casos una única derivación lateral es suficiente para disminuir o hacer desaparecer la ictericia y el prurito, con normalización de los tests biológicos a excepción de las fosfatasa (2, 21). No obstante, al cabo de un tiem-

*Clinica Quirúrgica "B" (Prof. Dr. Jorge Pradines). Seccional de Cirugía Hepatobiliar. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo.*

po variable reaparecen los signos inequívocos de colestasis asociados ahora a una angiocolitis grave, falleciendo el enfermo por insuficiencia hepática más que por la propia neoplasia. El estudio autopsico demuestra (3, 8, 14, 17, 23) que la anastomosis permanece permeable, dependiendo la colestasis y muerte de:

1) La progresión de la neoplasia que en su crecimiento engloba la confluencia de ambos hepáticos y los canales de abocamiento cercanos a ella (lóbulo cuadrado y de Spiegel) aislando al lóbulo derecho y condicionando que una derivación sobre el hepático izquierdo finalice drenando solo al lóbulo izquierdo clásico (segmentos III-II) o una parte de aquél si la anastomosis es periférica.

2) Las lesiones graves de angiocolitis en el lóbulo derecho no drenado, en el cual quedó encerrada la bilis infectada por la antigua comunicación con el tubo digestivo.

Para evitar estas complicaciones evolutivas cabe plantear la realización simultánea de una derivación derecha (1, 22, 23), para asegurar así el drenaje de ambos hemihígados. Sin embargo, estos procedimientos son riesgosos y difíciles (13, 22), por cuanto el hepático derecho es corto y de trayecto intraparenquimatoso, y sus ramificaciones intrahepáticas muy variables en su distribución y disposición (4, 5).

Basados en el principio del calibrado de la confluencia publicado por uno de nosotros [R.P. (18, 19)], drenamos ambos lóbulos de un modo más sencillo, menos agresivo y que posee el mismo valor funcional que una anastomosis bilateral: el calibrado de la confluencia de los hepáticos en las derivaciones izquierdas por un tubo transhepático derecho. Procedimiento que no hemos encontrado descrito en la literatura, cuya técnica y resultados clínicos presentamos.

## TECNICA

Abordado e incidido el hepático izquierdo y aun el canal segmentario III es posible calibrar la confluencia, incluso cuando está infiltrada por la neoplasia, con un instrumento

Presentado al Forum Experimental del XXV Congreso Uruguayo de Cirugía, el 4 de diciembre de 1974.

\* Residente y Profesor Adjunto de Cirugía.

Dirección: Comercio 1414 E. Montevideo (Dr. Estefan).

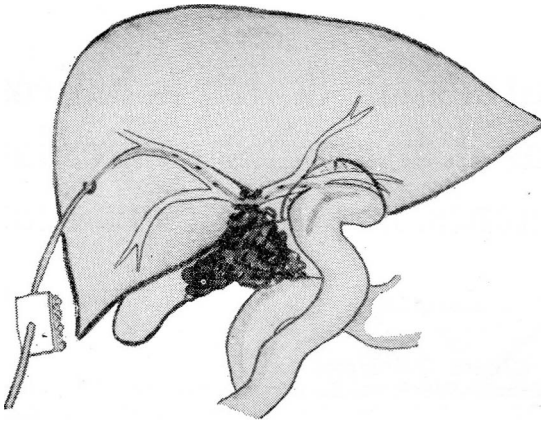


FIG. 1.— Anastomosis intrahepática periférica (colangi-yeyunostomía). Tubo transhepático derecho simple calibre de la confluencia

semirrígido: histerómetro maleable o fleboextractor. Sorteado el obstáculo es enhebrado el hepático derecho o uno de los canales sectoriales en caso de confluencia trifurcada, perforando después el parénquima para emerger en la superficie del lóbulo derecho. A remolque es traído un tubo de polietileno que calibra sucesivamente la confluencia y la anastomosis biliodigestiva, siendo su extremo abandonado en la rama eferente del asa yeyunal montada (tubo transhepático simple) (Fig. 1) o sacado a la Witzel por la misma asa al exterior (tubo transhepático en sedal) (Fig. 2).

## CASUÍSTICA

### A) Calibrado de la confluencia de los hepáticos en las anastomosis sobre el hepático izquierdo.

**OBSERV. 1.**— A.P. de T. 80 años. En junio 1971 operada de urgencia por piocolecisto litíase y absceso subfrénico derecho, efectuándose colecistostomía y drenaje de colección supurada. En diciembre 1971 instala ictericia progresiva, fría e indolora.

**Operación:** Cáncer de vesícula irreseccable que infiltra la vía biliar principal y parcialmente la confluencia, conglomerado adenopático pedicular. Abordaje del hepático izquierdo en la cisura umbilical; calibrado de la confluencia infiltrada y hepaticoyeyunostomía sobre tubo transhepático simple. Evolución posoperatoria sin complicaciones. Desaparición del prurito e ictericia, sin episodios de angiolitiasis. Fallece a los 9 meses sin ictericia.

**OBSERV. 2.**— L.S. de F. 75 años. Ictericia fría e indolora de 1 mes de evolución.

**Operación:** Cáncer de vesícula con invasión del pedículo hepático, hígado y duodeno. Múltiples metástasis del lóbulo derecho. Abordaje del hepático izquierdo en la cisura; hepaticoyeyunostomía sobre tubo calibre de la confluencia transhepático simple; gastroyeyunostomía. Postoperatorio sin incidentes. Desaparición del síndrome icterico. Muerte a los 4 meses sin ictericia ni angiolitiasis.

**OBSERV. 3.**— A.S. de I. 64 años. En abril de 1969 colecistectomía asociada a hepatectomía atípica del lecho vesicular por cáncer de vesícula. En noviembre de 1970 instala ictericia progresiva.

**Reoperación:** Pedículo hepático bloqueado por conglomerado ganglionar metastásico; hepaticoyeyunostomía izquierda sobre tubo calibre de la confluencia transhepático derecho. Postoperatorio sin complicaciones. Aclaramiento paulatino de la ictericia. Fallece a los 10 meses sin haber reinstalado la ictericia y sin empujes de angiolitiasis.

### Comentario.

En virtud de las características anatómicas del hepático izquierdo es posible, en ausencia de invasión neoplásica masiva del hilio hepático, mediante maniobras técnicas bien codificadas (7, 9, 10, 11, 12, 19) disponer de una longitud suficiente de aquél, lejos del tumor, como para permitir la confección cómoda de una anastomosis radicular. Incindiendo el hepático izquierdo resulta fácil el enhebrado de la confluencia (aun cuando esté infiltrada, obs. 1), distante 2-3 cms. con un instrumento semirrígido. Plantean dificultades técnicas las confluencias trifurcadas, en cuyo caso sólo es factible calibrar uno de los canales sectoriales (en general el lateral derecho) que continúa la dirección del hepático derecho) y las confluencias con ángulo de convergencia muy agudo.

### B) Calibrado de la confluencia de los hepáticos en las anastomosis intrahepáticas periféricas.

**OBSERV. 4.**— R.O. 31 años. Sexo femenino. Multioperada por cáncer del confluente hepatocístico (colecistectomía, resección y reconstrucción sobre tubo de Lahey, recambio por tubo de Catell, estenosis y recalibrado por tubo transhepático derecho). En junio 1962 estenosis por infiltración neoplásica; hepatogastrostomía izquierda sobre tubo calibre de la confluencia transhepático derecho. Desaparición de la ictericia y asintomática durante 2 años.

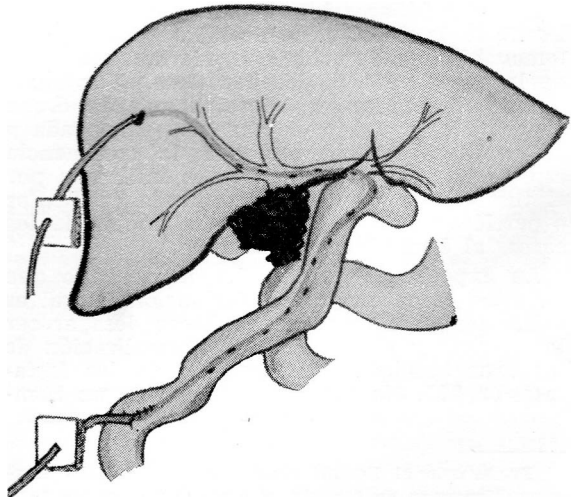


FIG. 2.— Anastomosis sobre el hepático izquierdo (hepático-yeyunostomía). Tubo transhepático derecho en sedal calibre de la confluencia.

**Comentario.**

Corresponde al primer caso operado con esta técnica. Las anastomosis intrahepáticas periféricas están indicadas cuando existe un bloqueo neoplásico del hilio hepático (hilio congelado). El calibrado de la confluencia de los hepáticos por vía del canal segmentario III resulta más dificultoso; él se ve facilitado si se dispone de un estudio colangiográfico que guíe la maniobra.

El procedimiento tiene una ventaja adicional: asegura el drenaje efectivo del "cul de sac" hilar (15,16,24) que inevitablemente se constituye en las derivaciones periféricas y que es un factor de estasis e infección biliar.

**CONCLUSIONES**

En las anastomosis biliodigestivas laterales izquierdas por estenosis pedicular neoplásica, el calibrado de la confluencia de los hepáticos constituye un procedimiento tendiente a preservar la permeabilidad de la convergencia. De este modo se asegura el drenaje de ambos hemihígados por una única derivación, al tiempo que se evita la estasis biliar y angiocolitis grave en el hemihígado no drenado. Todos los enfermos de la serie fallecieron sin ictericia y sin empujes de angiocolitis.

Se trata de una solución con carácter paliativo sencilla y eficaz, que se presenta como optativa de las derivaciones biliodigestivas bilaterales (operaciones de envergadura en enfermos límites, gravadas de un alto índice de morbimortalidad).

**RÉSUMÉ**

**Le calibrage de la confluence des conduits hépatiques dans les dérivations gauches dans les cas d'obstructions biliaires néoplasiques.**

Présentation d'un nouveau recours technique dans le traitement palliatif des obstructions néoplasiques pédiculaires: le calibrage de la confluence des hépatiques dans les dérivations gauches, par tube transhépatique droit, simple ou en séton. Ce procédé a pour but de préserver le drainage des deux demi-foies quand la tumeur commence à atteindre la confluence. Il conserve la perméabilité de la convergence, il évite la stase biliaire et l'angiocholite grave du lobe contrelatéral non drainé, qui sont des facteurs compliquant et écourtant la survie. Quatre cas furent traités par ce procédé: trois anastomoses dans l'hépatique gauche et une dans le canal du segment III. Il n'y eut pas de complications postopératoires et on obtint une moyenne de survie de 10 mois, sans réapparition d'ictère et sans crises d'angiocholite.

**SUMMARY**

**Intubation of the hepatic ducts confluence in the left bypass operations for malignant biliary obstruction.**

A new surgical procedure is presented for the palliative treatment of pedicular malignant biliary obstruction: intubation of the hepatic ducts confluence in

the left bypass operations by a right trans-hepatic tube, either a simple one or an U-tube. Its aim is to preserve drainage of both hemi-livers when the progression of the tumour infiltrates the aforesaid confluence. Maintenance of its viability avoids biliary stasis and severe angiocholitis in the contralateral undrained lobe, which shortens and complicates survival. Four cases were thus treated: three anastomosis in the left hepatic duct and one in the duct of segment III. The post-operative courses were uneventful and average survivals of over 10 months were obtained, without relapse of jaundice or bouts of angiocholitis.

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. BOER J, DOWNE HG, ARCHIBALD J and GUELPH MV. Intrahepatic biliodigestive anastomoses in dogs. *Surgery*, 68: 646, 1970.
2. BRAASCH JW and PREBLE HE. Unilateral hepatic duct obstructions. *Ann Surg*, 158: 17, 1963.
3. BUCKWALTER JA, LAWTON RC and TIDRICK RT. By-pass operations for neoplastic biliary tract obstruction. *Am J Surg*, 109: 100, 1965.
4. COUINAUD C. Etude des voies biliaires intra-hépatiques. *J Chir*, 70: 310, 1954.
5. COUINAUD C. Recherches sur la chirurgie du confluent biliaire supérieur et des cancers hépatiques. *Presse Méd*, 63: 669, 1955.
6. COUINAUD C. Le foie. Etudes anatomiques et chirurgicales. Paris. Masson. 1957.
7. COUINAUD C, MODARESSI H et MALAMUD S. Anastomoses bilio digestives intrahiliaires. Un artifice: l'incision stellaire du confluent biliaire supérieur. *Presse Méd*, 69: 2211, 1961.
8. COUINAUD C. Cholangio-jéjunostomies intrahépatiques gauches. A propos de 18 observations personnelles. *Arch Mal Appar Dig*, 56: 293, 1967.
9. CHAMPEAU M et PINEAU P. A propos de l'abord du confluent biliaire; voie transhépatique. *Mém Acad Chir*, 81: 635, 1955.
10. CHAMPEAU M et PINEAU P. Voie d'abord élargie transhépatique du canal hépatique gauche. Possibilité de découverte totale du canal. *Mém Acad Chir*, 90: 602, 1964.
11. CHAMPEAU M et MELLIÈRE D. Les anastomoses bilio-digestives intra-hépatiques. Techniques et indications. *J Chir*, 89: 281, 1965.
12. CHAMPEAU M et VIALAS M. La mobilization du segment IV, voie d'abord idéale du confluent biliaire et des pédicules principaux intrahépatiques. *Mém Acad Chir*, 92: 416, 1966.
13. HEPP J et BISMUTH H. L'anastomose intra hépatique droite. *Entr. Bichat*, 41: 44, 1968.
14. HEPP J, MOREAUX J et LECHAUX JP. Les anastomoses bilio-digestives intra-hépatiques dans les cancers des voies biliaires (Résultats de 62 interventions). *Nouv Presse Méd*, 2: 1829, 1973.
15. HIVET M et RICHARME J. Les cancers biliaire du hile hépatique. *Ann Chir*, 19: 1046, 1965.
16. PATEL JC, CHAPUIS Y, DALEITRE B, DESVIGNES G et PAULIN B. Les derivations intrahépatiques dans les cancers des voies biliaires. A propos de 32 observations. *J Chir*, 107: 521, 1974.
17. PELLISIER G. La chirurgie palliative des cancers de la voie biliaire principale. *Afr Fr Chir*, 16: 504, 1958.
18. PRADERI R. Hepatogastromía laterolateral. *Bol Soc Cir Urug*, 33: 495, 1962.
19. PRADERI R. El drenaje biliar externo o interno por el hepático izquierdo. *Rev Ass Med Bras*, 9: 401, 1963.
20. PRADERI R, PARODI H y DELGADO B. Tratamiento de las obstrucciones neoplásicas de la vía biliar suprapancreática. *An Fac Med Montev*, 49: 221, 1964.
21. PRADERI R. Obstrucción neoplásica de los hepáticos. *Rev Arg Cir*, 20: 115, 1971.
22. PRIOTON JB, PRIOTON JN, BERNARD B et SERRON B. La double cholangiojéjunostomie périphérique (droite et gauche) dans le traitement des cancers primitifs du confluent biliaire supérieur. *Montpellier Chir*, 14: 317, 1968.
23. RAGINS H, DIAMOND A and MENG CH. Intrahepatic cholangio-jejunostomy in the management of malignant biliary obstruction. *Surg Gynecol Obstet*, 136: 27, 1973.
24. SOUPAULT R. Les anastomoses bilio-digestives et pancréatico-digestives. Paris. Masson. 1961.