

TECNICA QUIRURGICA

Derivación colangio - digestiva mediata

Puente con catéter de punción venosa

Dres. Oscar Balboa, Ricardo Voelker, Héctor Geninazzi y Ana Lerena

Se presenta una técnica de derivación colangio - digestiva mediata con tubo de polietileno, de los utilizados para punción venosa; simple, rápida y eficaz.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Biliary Tract Surgery.

Clínica Quirúrgica "F" (Prof. L. Praderi). Hospital de Clínicas "Dr. M. Quintela". Montevideo.

INTRODUCCION

En el Uruguay las anastomosis colangio - digestivas (A.C.D.) mediatizadas por tubo, vienen siendo usadas a partir de los trabajos de Raúl Praderi y col. (3, 8).

El motivo de la presente comunicación, es mostrar una variante técnica en su realización, cuya ventaja es la fácil ejecución en pacientes a los que se debe ofrecer un riesgo quirúrgico mínimo por su estado general.

HISTORIA

Según Lasala (6) es Kocher en 1882 quien hace la primer hepatostomía externa por ictericia, con mejoría del paciente.

Baudouin en 1896 recomienda la anastomosis de un canal intrahepático al tubo digestivo.

De acuerdo a Estefan (3) Czerny en 1898 hace la primer hepato - yeyunostomía interna.

En 1909 Sullivan (10) lleva a cabo la primer hepático - duodenostomía indirecta sobre tubo perdido.

Auschutz en 1913 (3) hace la primer colangio - yeyunostomía.

Gohrbandt (4) en 1934 realiza una colangio - gastrostomía sobre un canal subglissoniano dilatado, al que llega por hepatotomía.

Babcock (1) en 1942 enfatiza que un minúsculo canal biliar drenado, es suficiente para hacer retroceder la ictericia.

Posteriormente, a partir del año 1948, comienza la cirugía reglada de los canales biliares intrahepáticos.

TECNICA

En todo paciente con obstrucción biliar el tiempo inicial común es la documentación radiológica (colangiografía intraoperatoria) (2) del árbol biliar intrahepático, lo que condiciona los siguientes pasos quirúrgicos.

Se punciona el canal del segmento III según técnica de Hepp (2, 5) con una bránula N° 2, se retira la aguja dejando la camisa de polietileno para realizar la colangiografía (fig. 1).

Comprobada la obstrucción biliar, se pasa el alambre guía del equipo de punción venosa central, por la camisa.

Se retira la bránula, y a través del conductor metálico, se introduce el catéter en vía biliar.

Este tiempo también se puede llevar a cabo con equipo de intubación del tipo de intracatéter (el catéter pasa por dentro del trócar).

Canalizada la vía biliar, la derivación se puede hacer a estómago, duodeno o yeyuno. A su vez la derivación se puede efectuar sobre tubo perdido o en forma externa (3, 8). En caso de realizar la derivación con tubo perdido, se debe usar un catéter radioopaco para control radiológico ulterior. La ventaja de la derivación colangiointestinal externa es la posibilidad de control clínico, radiológico y posible recambio del catéter en caso de obstrucción o de salida de punto (fig. 2). El recambio se hace sobre alambre guía (9).

Como otro detalle interesante, la conexión digestiva se puede realizar empleando un nuevo equipo de punción venosa, que introducido en forma percutánea, se tuneliza entre serosa y mucosa, haciendo fácilmente un trayecto a la Witzel.

Se conectan externamente ambos catéteres.

CASUISTICA

CASO 1.— M. B., 76 años, mujer. Reg. N° 434.176. Ictericia fría de 2 meses de evolución: repercusión general. Funcional hepático: BT 26 mg., BD 17,50 mg., BI 8,50 mg.

Operación: anestesia local. Exploración: pedículo hepático congelado por infiltración neoplásica. Se hace biopsia de pared vesicular (informada como adenocarcinoma mucosecretante infiltrante). La colangiografía

Presentado como Tema Libre al 29° Congreso Uruguayo de Cirugía. Piriápolis, diciembre de 1978.

Profesor Adjunto y Asistentes de Clínica Quirúrgica. Fac. Med. Montevideo.

Domicilio: Aceguá 4734, Montevideo (Dr. O. Balboa).

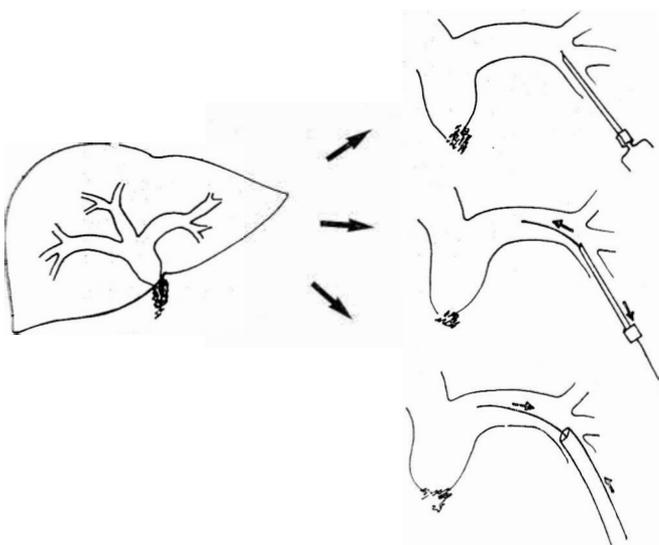


FIG. 1.—Esquema del procedimiento utilizado. Arriba: punción de canal segmentario con aguja que tiene camisa de polietileno. En el centro: se pasa el alambre guía del equipo de punción venosa central. La flecha inferior indica que luego se retira la camisa de polietileno. Abajo: a través del alambre guía se introduce el catéter en la vía biliar, retirándose a continuación el conductor.

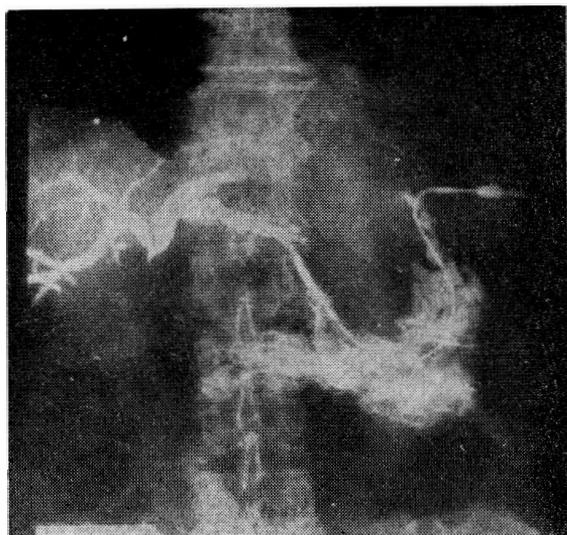


FIG. 2.—Colangiografía post - operatoria. Derivación colangio - gástrica mediata con tubo de polietileno extraperitoneal. Se visualiza la vía biliar intrahepática, con la obstrucción a nivel del confluente, así también como el estómago.

fía intraoperatoria por punción del canal del segmento III confirma la obstrucción de origen neoplásico a nivel del confluente con gran dilatación del árbol biliar intrahepático. Se caracteriza el canal del segmento III con catéter de punción venosa, que se saca al exterior. Se hace gastrostomía con otro equipo similar. Se conectan en el postoperatorio.

Funcional hepático (a 20 días del postoperatorio): BT 8,50, BD 6,40, BI 2,10. Fallece al mes de la operación en caquexia neoplásica.

Caso 2.—A. G., 59 años, hombre. Reg. Nº 426.246. Ictericia fría de 2 meses de evolución; repercusión general. Examen vesícula palpable. Funcional hepático: BT 16,90 mg., BD 13,10 mg., BI 3,80 mg.

Operación: anestesia general. Exploración: pedículo hepático congelado por infiltración neoplásica. Biopsia del ligamento redondo (informada como adenocarcinoma indiferenciado). Punción del segmento III realizando colangiografía que muestra obstrucción biliar. Se resuelve puncionar en forma transtumoral con equipo intracatéter a nivel del hepático izquierdo, introduciendo el otro extremo del mismo catéter por punción, en el estómago (tubo perdido radioopaco).

Funcional hepático a la semana: BT 2,90 mg. Buena evolución y alta; fallece al mes de muerte brusca, sin ictericia.

CONCLUSIONES

Estamos de acuerdo con H. Ozaki (7), que:

- es un procedimiento quirúrgico mínimo,
- puede realizarse incluso con anestesia local,
- tiene buena tolerancia,
- es efectivo en la degravitación biliar, unico objetivo perseguido por estas operaciones paliativas,
- su indicación podría ampliarse como primer tiempo en aquellos pacientes con lesiones reseables, que por sus malas condiciones generales no tolerarían la cirugía de exéresis, no provocando alteraciones anatómicas irreversibles que interfieren con el ulterior procedimiento de resección.

RESUME

Dérivation cholangio - digestive médiata. Pontage avec cateter de ponction veineuse

On présente une technique de dérivation cholangio - digestive médiata avec tuyeau de polyéthilene, utilisés pour ponction veineuse; simple, rapide et efficace.

SUMMARY

Mediate Cholangiodigestive Derivation. Bypass with Venous Puncture

Report of a technique for mediate cholangio - digestive derivation with polyethylene tube of the type used for venous puncture. It is simple, quick and efficient.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BABCOCK W. Drainage of the exteriorized liver. External hepatostomy. *Surgery*, 12: 925, 1942.
2. BALBOA O. Colangiografía transhepática intraoperatoria. Punción del canal del segmento III. *Prensa Méd Argent*, 65: 297, 1978.
3. ESTEFAN A, KAMAID E, GOMEZ FOSSATI C, DELGADO B y PRADERI R. Anastomosis colangio - digestivas en cáncer biliar. *Cir Uruguay*, 47: 51, 1977.
4. GOHRBANDT T. Anastomosen intrahepatischer gallengänge mit dem magen und darm kanal. *Arch Klin Kir*, 179: 665, 1934.
5. HEPP J, D'ALLAINES C. Le traitement des sténoses cicatricielles de la voie biliaire principale par l'héptico - jejunostomie. *J Chir*, 68: 409, 1952.
6. LASALA A y VÁZQUEZ M. Hepatostomía. Buenos Aires. López y Echegoyen, 1950.
7. OSAKI H, HOJO K, y MIWA K. A safe method of intrahepatic biliary drainage in obstructive Jaundice. *Am J Surg*, 133: 379, 1977.
8. PRADERI R, ESTEFAN A. Intubation canalaire pour cancer de voies biliarise. *Encycl. Méd. Chir. Techniques Chirurgicales. Digestif*. 40972 - 4. 2. 07.
9. RAHIM MOOSSA A, BLOCK GE, SKINNER DE y HALL AW. Reconstrucción de las estrecheces de la parte alta de las vías biliares mediante intubación transhepática. *Clin Quir Norteam*, 58: 73, 1976.
10. SULLIVAN A. Reconstrucción of the bile ducts. *J.A.M.A.*, 53: 774, 1909.