

# Coledocostomía trans-hepática en sedal

## Su uso en los traumatismos hepáticos

Dres. Oscar Balboa, Hugo Bertullo, Ricardo Voelker,  
Ana Lerena y Roberto Perdomo

**Se plantea la utilización de la coledocostomía transhepática en sedal, en las lesiones traumáticas de pedículos glissonianos segmentarios, enfatizando la utilidad de este procedimiento por el control de la bilirragia.**

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

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

Pasamos a relatar una observación donde adoptando esta conducta se realizó una coledocostomía transhepática en sedal.

Los traumatismos complejos del hígado constituyen un problema importante derivado de su elevada morbimortalidad. En nuestro medio los Dres. Valls (9) y Torterolo y col. (8) han analizado casuísticas donde se señala una mortalidad de 18,5 % y 32 %, con elevado índice de complicaciones.

La conducta terapéutica ha tenido variaciones a través de los años yendo desde los gestos mínimos hasta las resecciones mayores. Actualmente es aceptada una conducta agresiva dirigida a tratar directamente las lesiones hepáticas presentes, con lo cual se tiende a evitar las complicaciones derivadas de dejar un foco contusivo hepático (2, 3).

En el servicio en que actuamos, hemos seguido la evolución de pacientes con traumatismo hepático, que han tenido un tratamiento primario en el Departamento de Emergencia, donde se ha resuelto el problema vital. Nuestra actitud frente a estos pacientes ha sido de una expectativa armada, realizando estudios que permitan evaluar la extensión del foco lesional hepático (arteriografía selectiva, centellografía hepática). Con cierta frecuencia hemos reintervenido a estos pacientes, adoptando un criterio terapéutico, conservador, es decir, resecaando estrictamente los sectores de parénquima necrosados, poniendo a plano al foco contusivo. Las resecciones hepáticas regladas mayores v. gr. lobectomías, tienen sólo indicación de necesidad (en el servicio se han hecho dos lobectomías derechas), ya que de hacerlas en forma sistemática implican una exéresis de parénquima hepático sano muy grande que puede precipitar una insuficiencia hepática, además de los riesgos propios de esta intervención.

### OBSERVACION CLINICA

Valentin R. 67 años, H. de C. Nº Reg. 404.110. Sexo masc. El 9-XII-76, accidente de tránsito a 140 Km. de Montevideo. Politraumatizado, T.E.C. con pérdida de conocimiento inicial. Es internado en un Centro Asistencial regional, recupera la conciencia y aparece signología abdominal que determina su traslado a Montevideo, ingresando en el H. de C. a las 24 hrs. del accidente. Se comprueba un cuadro peritonítico por el cual es operado de urgencia. Mediana supra-umbilical, se encuentra un derrame bilio-hemático que se evalúa en 2.000 c.c., desgarro del lóbulo izquierdo en la zona de penetración del ligamento falciforme y otro desgarro en el lóbulo derecho. No hay sangrado importante. Se realiza mechado y avenamiento.

En el postoperatorio inmediato está hipotenso y oligúrico. Con reanimación adecuada, a las 48 hrs. se encuentra estabilizado desde el punto de vista hemodinámico. En este momento comienza una bilirragia creciente que llega a 700 c.c. diarios. No es posible realizar arteriografía selectiva del tronco celíaco a pesar de los intentos por vía femoral y axilar. Con la centellografía hepática y el pool sanguíneo abdominal, se logra determinar una zona de isquemia en el lóbulo derecho del hígado (figs. 1 y 2).

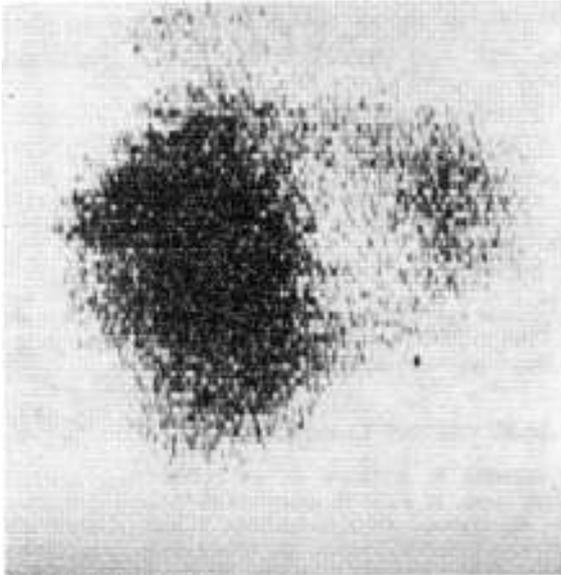
Teniendo una bilirragia en aumento y una zona de necrosis parenquimatosa se decide reintervenir el 15-XII-76. Se reabre la mediana ampliando la incisión, con una transversa de Hipoccondrio derecho. La lesión con necrosis se proyecta en el segmento V. Movilización completa del hígado. El lóbulo derecho es voluminoso, evaluándose que representa el 65-70 % del parénquima hepático. La zona de necrosis no supera el 10 % de dicho lóbulo. Por digitoclasia, se reseca el tejido necrosado. Se aborda el pedículo hepático y se hace coledocotomía longitudinal, a través de la cual con una sonda Foley colocada en sentido proximal se inyecta azul de metileno, que aparece a nivel del desgarro del segmento V. Se decide entonces realizar una coledocostomía transhepática en sedal, pasando un beniqué desde el colédoco hacia el hígado, que emerge en la zona atriccionada, trayendo a remolque del mismo un tubo de polietileno al que se hacen orificios laterales que se dejan en el trayecto intracanalicular biliar (fig. 3).

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

Profesores Adjuntos de Clínica Quirúrgica, Asistentes de Clínica Quirúrgica y Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Acegú 4734, Montevideo (Dr. O. Balboa).

Sale transhepático utilizando la maniobra de Burlui (1) y por el colédoco a través del tubo de Kehr. Avenamiento interhepato - frénico y sub - hepático (figura 4).



FIGS. 1 y 2.—Centellograma hepático. Vista lateral y anterior. Se ve zona de ausencia de vascularización en el parénquima hepático.

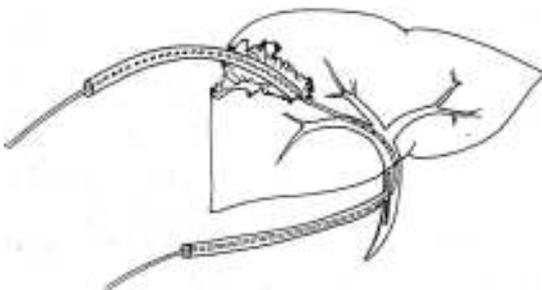


FIG. 3.—Esquema de la coledocostomía transhepática. El tubo sale: a través de la zona cruenta utilizando la maniobra de Burlui; transcoledociana por un tubo de Kehr.



FIG. 4.—Colangiografía de control. Se visualiza coledocostomía transhepática. El medio de contraste rellena el tubo colocado en el sector extrahepático, demostrando la utilidad del mismo.

La operación es bien tolerada. En el postoperatorio los avenamientos no dan nada y se retiran a la semana. Hace dos episodios de aumento de la bilirragia por la coledocostomía, que coinciden con Hemobilias de discreta magnitud. La coledocostomía se maneja como habitualmente se hace con los tubos biliares. A los 20 días se pinza el tubo en el sector que sale transhepático, no produciéndose bilirragia, retirándose el mismo a la semana. Tres días más tarde, previo control colangiográfico, se retira el tubo de Kehr. Alta a los 35 días de operado en buenas condiciones.

## COMENTARIOS

La presente comunicación se dirige a plantear un procedimiento para el tratamiento de la lesión biliar en los traumatismos de hígado, frecuente fuente de complicaciones (fístula, peritonitis, ictericia), que es la aplicación al hígado traumático de una técnica, la coledocostomía transhepática en sedal, de la cual ha sido pionero Raúl Praderi (5).

Como ya ha sido señalado en nuestro medio por Torterolo (8) el avenamiento biliar constituye un punto controvertido. Demostrada la ineficacia de la colecistostomía, la coledocostomía puede plantear problemas técnicos por colédoco fino y aun bien efectuada en ocasiones no evita una bilirragia en el postoperatorio y favorecería la infección.

Para el control de la fuga biliar, el otro procedimiento que disponemos es la ligadura directa del canal biliar responsable. Cuando se trata de pequeños canaliculos que quedan en la superficie de sección del parénquima, no plantea mayores problemas y lo hemos realizado. Pero frente a lesiones de canaliculos mayores y profundos no está exenta de riesgo. Es necesario un abordaje, habitualmente más amplio, lo cual puede necesitar el sacrificio de algún otro pe-

dículo glissoniano vecino. Por otra parte, la ligadura ciega, en bloque, puede comprometer también elementos de otro pedículo. Lograda la bilistasis por ligadura, la aparición de una hipertensión biliar ya sea por Hemobilia (como en nuestra observación o restos necróticos que se eliminen por el árbol biliar pueden provocar una falla de la misma y reaparición de la bilirragia.

Con la coledocostomía transhepática en sedal evitamos estos inconvenientes ya que:

1) Resecamos estrictamente los tejidos necrosados.

2) Canalizamos la bilirragia, permitiéndonos un control directo de la misma. Evitamos la difusión de la bilis en el foco contusivo sacando el tubo de coledocostomía transhepático a la manera de Burlui.

3) Dirige y facilita la cicatrización del parénquima hepático en la zona lesionada.

4) Tiene las ventajas de manejo de todo tubo transhepático en sedal que han sido analizadas por Raúl Praderi (recambio, limpieza, control) (7).

La técnica de colocación y las variantes de la misma, que se pueden plantear de manera teórica, no varían en nada, de las ya publicadas para el uso de tubos transhepáticos, por otras etiologías, estenosis (5, 6), quiste hidático (4), por lo cual nos remitimos a dichas publicaciones.

## RESUME

### **Cholédocostomie trans - hépatique en seton. Utilisée pour les traumatismes hépatiques**

On analyse l'utilisation de la cholédocostomie trans-hépatique en seton, pour les lésions traumatiques du

pédicule glissoniens segmentaires, soulignant l'utilité de ce procédé pour le contrôle de las fuites biliaires.

## SUMMARY

### **Seton Transhepatic Choledocostomy. Its Application to Traumatism of Liver**

The use of seton transhepatic choledocostomies is suggested for cases of traumatic lesion of segmentary glissonian pedicles. This procedure is of considerable value in control of bilirrhage.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BERLUI D, MANESCU C. Intubation canalaire transhépatique dans la chirurgie de l'hépatocole-doque. *Ann Chir*, 21: 1271, 1967.
2. FEKETE F, GUILLET R. Les traumatismes du Foie. *Congress Francais de Chirurgie*, 71<sup>o</sup>, Paris, 1969.
3. LE NEEL JC, LEMORT JP. Les séquestres post-traumatiques du foie. *J Chir*, 112: 253, 1976.
4. PERDOMO R, BALBOA O, MORELLI R, MELOGNIO S. Quistes hidáticos de hígado abiertos en las vías biliares. Desconexión quistobiliar por coledocostomia transhepática - quística. *Cir Uruguay*, 46: 33, 1976.
5. PRADERI R. Coledocostomia transhepática. *Bolet Soc Cir Uruguay*, 32: 237, 1961.
6. PRADERI R. Aplicaciones de los drenajes transhepáticos. *Rev Cir Uruguay*, 35: 21, 1965.
7. PRADERI R, GOMEZ FOSSATI C, MAZZA M. Cambio incremento de drenajes biliares. *Cir Uruguay*, 44: 10, 1974.
8. TORTEROLO E, PIACENZA G, RIOS BRUNO G, CASANELLO G, CASTIGLIONI JC, PERRIER JP, DE VECCHI J, SACCONI R. Complicaciones tardías de los traumatismos hepáticos. A propósito de 239 observaciones. *Cir Uruguay*, 45: 181, 1975.
9. VALLS A. Traumatismos de hígado. *Cir Uruguay*, 46: 115, 1976.