

¿La hepaticoyeyunostomía favorece la aparición ulterior de una enfermedad ulcero-péptica gastroduodenal?

Estudio retrospectivo de 62 hepaticoyeyunostomías por lesiones histológicamente benignas de la vía biliar.

Dr. Andrés Colet, Dr. Jorge González, Dr. Bruno Di Donna, Dr. Alberto Estefan, Dr. Raúl Praderi.

Los autores efectuaron un estudio retrospectivo de 62 anastomosis hepático-yeyunales efectuadas en la Clínica Quirúrgica "3", por lesiones histológicamente benignas de la vía biliar, tratando de establecer la incidencia de úlcera péptica gastroduodenal en la evolución postoperatoria inmediata, mediata y alejada.

En la revisión de su serie, no encontraron esta eventual "complicación".

Concluyen que en pacientes de alto riesgo ulcerógeno cabe la posibilidad de realizar vagotomía y piloroplastia en la misma intervención o la realización de puentes yeyunales hepático-duodenales.

Clinica Quirúrgica "3" (Director Prof. Dr. Raúl Praderi), Hospital Maciel. Facultad de Medicina, Montevideo.

Said eventual "complication" was not found in the review of their series.

Authors conclude that when treating patients of poor ulcerogenic risk, the possibility should be contemplated of performing a vagotomy and pyloroplasty in the same intervention or else, the formation of hepatic-duodenal jejunal bridges.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Bile Duct Obstruction, Extrahepatic / Surgery / Complications.

SUMMARY: Does hepatic-jejunosomy favour subsequent ulcero-peptic gastroduodenal disease?

Authors carried out a retrospective study of 62 cases of hepatic-jejunal anastomosis performed at Surgical Clinic "3" for the treatment of histologically benign lesions of the biliary duct, trying to establish the incidence of gastroduodenal peptic ulcer in the postoperative immediate evolution, in the short and the long run.

RÉSUMÉ: L'hépatico-yéyunostomie favorise l'apparition postérieure d'une maladie ulcéro-peptique gastroduodénale? Étude rétrospective de 62 hépaticoyeyunostomies par des lésions histologiquement bénignes de la voie biliaire.

Les auteurs ont effectué une étude rétrospective de 62 anastomoses hépato-jéjunales effectués dans la Clinique "3", par des lésions histologiquement bénignes de la voie biliaire, en essayant d'établir l'incidence de l'ulcère peptique gastroduodénale dans l'évolution immédiate, médiata et éloignée.

Dans la révision de leur série ils n'ont pas trouvé cette éventuelle complication.

Ils concluent que dans les malades de haut risque ulcérogène, il est possible d'effectuer la vagotomie et la pyloroplastie au cours de la même intervention ou de faire des ponts jéjunales hépatico-duodénales.

Presentado como Tema Libre al 34° Congreso Uruguayo de Cirugía, Montevideo, 27 de noviembre al 1° de diciembre de 1983.

Médicos Auxiliares, Prof. Agregado, Profesor Titular de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Norte América 1737, Montevideo. (Dr. A. Colet).

INTRODUCCION

Las hepaticoyeyunostomías realizadas con técnica precisa constituyen un excelente método de derivación biliar avalado por los resultados reportados uniformemente buenos^(1, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 17, 20).

Las complicaciones inmediatas o mediatas son infrecuentes y la mortalidad operatoria es aceptable^(1, 3, 4, 5, 11).

El asa yeyunal preferible es aquella que logra una detransitación completa como la Y de Roux o la de Hivet-Warren-modificada^(3, 4, 5, 6, 8, 18).

Se ha relacionado a la hepaticoyeyunostomía con la posibilidad de favorecer la aparición de una úlcera gastroduodenal^(9, 14, 15) y, más excepcionalmente, con una yeyunitis⁽²⁾. Las finalidades de este trabajo son:

- 1) Establecer la incidencia de úlcera péptica gastroduodenal en enfermos con hepaticoyeyunostomías por patología histológicamente benigna.
- 2) Discutir los mecanismos fisiopatológicos incriminados de esta eventual "complicación".
- 3) El modo de evitar esta eventual "complicación" en enfermos de alto riesgo ulcerógeno.

MATERIAL Y METODOS

Efectuamos un estudio retrospectivo de 66 anastomosis hepaticoyeyunales efectuadas en la Clínica Quirúrgica "3", por lesiones histológicamente benignas de la vía biliar.

La etiología de las lesiones fue (Tabla N° 1): 50 casos (75,7%) correspondían a lesiones yatrogénicas; 14 casos (21,3%) a litiasis; 1 caso (1,5%) de aneurisma de arteria hepática y por último 1 caso (1,5%) a la conversión a hepaticoyeyunostomía de unacoledocoduodenostomía por colangitis grave por reflujo.

El rango de edad de los 66 pacientes fluctuaba entre los 31 y 68 años con una media de 49 años.

Treinta y siete correspondían a pacientes del sexo femenino (56%) y 29 al sexo masculino (44%).

En 9 casos (13,5%) se utilizó un asa en Y de Roux y en 57 (86,5%) un asa de Hivet-Warren-modificada.

La mortalidad operatoria fue de 4 casos (6%), por lo tanto nuestro estudio se efectuó en los 62 casos restantes.

Los pacientes fueron seguidos con consultas cada 3 meses en el primer año, y luego hasta los 16 años cada 6 meses, según se muestra en la tabla N° 2.

Tabla 1. ETIOLOGIA DE LAS LESIONES

	N° casos	%
Lesiones yatrogénicas	50	75,7
Litiasis	14	21,3
Intrahepática	6	
V.B.P.	6	
Mixta	2	
Aneurisma de art. hepática	1	1,5
Colangitis grave por reflujo de C-D	1	1,5
TOTAL	66	100,0

Tabla II. SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES

SEGUIMIENTO	N° casos
6 meses - 1 año	2
1 año - 2 años	10
2 años - 4 "	8
4 " - 6 "	11
6 " - 8 "	8
8 " - 10 "	9
10 " - 12 "	8
12 " - 14 "	4
14 " - 16 "	2
TOTAL	62

Tabla III. TIPO Y MAGNITUD DEL SUFRIMIENTO DISPEPTICO

	N° casos	%
GRUPO A. Sin sufrimiento dispéptico de significación clínica	50	80,6
GRUPO B. Con sufrimiento dispéptico inespecífico	10	16,1
GRUPO C. Con sufrimiento dispéptico tipo ulceroso	2	3,3
TOTAL	62	100,0

RESULTADOS

De acuerdo al tipo y magnitud del sufrimiento dispéptico, los enfermos fueron divididos en 3 grupos (Tabla N° 3):

A) 50 casos (80,6%), sin sufrimiento dispéptico de significación clínica.

B) 10 casos (16,1%), con sufrimiento dispéptico inespecífico.

C) 2 casos (3,3%), con sufrimiento dispéptico de tipo ulceroso.

Del grupo B (con sufrimiento dispéptico inespecífico) a 6 pacientes se le realizó estudio radiológico contrastado del esófago-

gastroduodeno que fueron normales y a 3 casos fibrogastroscofia que fue normal en dos y en uno mostró una gastritis inespecífica.

Del grupo C (con sufrimiento dispéptico tipo ulceroso) se realizó estudio radiológico contrastado del esofagogastroduodeno y fibrogastroscofia, demostrando en un paciente una gastroduodenitis y en el otro una gastritis inespecífica.

COMENTARIOS

La incidencia de úlcera péptica gastroduodenal en portadores de hepaticoyeyunostomía es diferente según diversos autores.

Lykkegaard y cols.⁽¹⁴⁾, revisando la literatura mundial han encontrado una incidencia de 20% a 22% de úlcera péptica gastroduodenal post-hepaticoyeyunostomía.

McArthur y Longmire⁽¹⁵⁾, en su serie de 97 hepaticoyeyunostomías describen una incidencia del 10% de úlcera péptica gastroduodenal.

Stefaninni y cols.⁽²⁰⁾, reportan un 5% de esta eventual "complicación" en su serie de 80 pacientes.

Bismuth y cols.⁽¹⁾, encuentran 2 pacientes en 127 hepaticoyeyunostomías con úlcera duodenal, que representa una incidencia del 1,9% que no es mayor, según estos autores, al del resto de la población. Estos resultados concuerdan con la experiencia de Lindner⁽¹³⁾.

Lataste y Doquier⁽¹⁰⁾, Leborgne y cols.⁽¹²⁾, así como nosotros, no encuentran esta eventual "complicación" en la revisión de sus respectivas series.

¿Cuáles son los mecanismos fisiopatológicos invocados para explicar un aumento de la incidencia de úlcera péptica gastroduodenal en enfermos portadores de hepaticoyeyunostomía?

La divergencia alcalina en la primera porción duodenal, debido a la ausencia de bilis en este sector, que condiciona la hepaticoyeyunostomía, provoca una hipersecreción ácida gástrica^(15, 20), que sería la causante del incremento de la incidencia de úlcera péptica gastroduodenal.

Lykkegaard y cols.⁽¹⁴⁾, han encontrado un aumento de la concentración de gastrina en suero y mucosa antral en pacientes con hepaticoyeyunostomías, planteando la hipótesis de que esto favorece la aparición de úlcera péptica por hipersecreción ácida. Sin embargo, estos autores, así como Sato y cols.⁽¹⁹⁾, que también han encontrado una elevación de la concentración de gastrina en

suero y una hipersecreción ácida en pacientes con hepaticoyeyunostomías, no reportan casos de úlcera péptica gastroduodenal en los pacientes estudiados en sus respectivas series.

CONCLUSIONES

De los resultados de nuestra serie de hepaticoyeyunostomías por lesiones histológicamente benignas y de la revisión de la literatura concluimos:

La hepaticoyeyunostomía en asa en Y de Roux o de Hivet-Warren-modificada es el mejor método de derivación biliar en lesiones histológicamente benignas. La eventual posibilidad de que condicione la aparición de una úlcera gastroduodenal (teoría no confirmada) no justifica su reemplazo por otra técnica de derivación biliar.

En pacientes de alto riesgo ulcerógeno, cabe la posibilidad de realizar vagotomía y piloroplastia en el mismo acto operatorio^(15, 20), o la realización de puentes yeyunales hepatico-duodenales⁽¹⁶⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BISMUTH H., FRANCO D.: Long term results of Roux in Y hepaticoyejunostomy. Surg. Gynecol. Obstet. 146: 161, 1978.
2. CHAMPEAU M.: Jejunité ulcéreuse de l'anse montée après anastomose choledoco-jejunale en Y. Arch. Mal. App. Dig. 50: 752, 1961.
3. DELGADO B., PRADERI R., CRESPO L.: Las anastomosis biliodigestivas con asa desfuncionalizada. Cir. Urug. 37: 96, 1967.
4. ESTEFAN A., BEGUIRISTAIN A., LAGO F., BERTA J., CAS-SINASCO A.: Analisis de 267 anastomosis biliyeyunales. En Prensa, Cir. Urug., 53: 322, 1983.
5. ESTEFAN A., PRADERI R., GOMEZ FOSSATI C., MAZZA M., PATIÑO V.: Evolución alejada del montaje yeyunal con el procedimiento de Hivet-Warren. Cir. Urug., 43: 126, 1973.
6. ESTEFAN A., SILVA C.: Montaje de asas yeyunales en las anastomosis biliodigestivas. Jornadas de Actualización en Cirugía, 3ª Montevideo. Universidad de la República. División Publicaciones y Ediciones, 1: 157, 1978.
7. ESTEFAN A., POMI J., BALDIZAIN J., PIGNATA D., PRADERI R.: Las hepaticoyeyunostomías como procedimiento paliativo en las obstrucciones biliares por cáncer cefalopancréatico. A propósito de 39 casos. Cir. Urug., 51: 131, 1961.
8. GPASSI G., BENEDETTI D., VALENTINI B.: Biliodigestive anastomoses. Chir. Gastroenterol. 5: 77, 1971.
9. HEPP J., DECAUDAYEINE J., PERNOD R.: Ulcère peptique après anastomoses hepatico-jejunale en Y chez un gastrectomisé. Mem. Acad. Chir. 35: 987, 1960.
10. LATASTE J., DOQUIER J.: Les anastomoses biliodigestives extrahepatiques dans les affections non tumorales. J. Chir. 92: 313, 1966.
11. LEBORGNE J.: Les anastomoses biliodigestives pour lésions bénignes de la voie biliaire principale de l'adulte. Presse Méd. 41: 1785, 1971.
12. LEBORGNE J., LE NEEL J., VISETT J., et al.: Considerations sur une série de 65 derivations biliyeyunales pour

- lésions bénignes de la voie biliaire principale. *Ann. Med. Reims.* 11: 345, 1974.
13. LINDENAUER S.: Surgical treatment of bile duct stricture. *Surgery* 73: 875, 1973.
 14. LYKKEGAARD M., LINDKAER S., MALMOSTROM J., VAGN B.: Gastrin and gastric acid secretion in hepaticojejunostomy Roux en Y. *Surg. Gynecol. Obstet.* 150: 61, 1980.
 15. MAC ARTHUR M., LONGMIRE W.: Peptic ulcer disease after choledocojejunostomy. *Am. J. Surg.* 122: 155, 1971.
 16. POMI J., HARRETCHÉ M., ESTEFAN A., GOMEZ FOSSATI C., GARCIA CAPURRO F., PRADERI R.: Puentes yeyunales en anastomosis biliodigestivas. *Cir. Urug.*, 48: 54, 1978.
 17. PRADERI R., DELGADO B., ORMAECHEA C.: Derivaciones hepaticoentéricas con asas diverticulares en el tratamiento de afecciones biliares no neoplásicas. *Cir. Urug.*, 42: 371, 1972.
 18. PRADERI R., ESTEFAN A., GOMEZ C., MAZZA M.: Derivations biliojeunales sur anses exclusées. Modifications techniques du procédé de Hivet-Warren. *Lyon. Chir.* 69: 459, 1973.
 19. SATO T., IMAMURA M., SASKI I., KAMEYAMA J.: Effect of biliary reconstruction procedures on gastric acid secretion. *Am. J. Surg.* 144: 549, 1982.
 20. STEFANINNI P., CARBONI M., PATRASI M., BASULI A., DEBERNARDIS G., NEGRO P.: Roux en Y hepaticojejunostomy. *Ann. Surg.* 181: 213, 1975.