

TECNICA QUIRURGICA

La coledoco-yeyunostomía infratumoral

Para salida de tubos transtumorales transhepáticos

Dr. Alberto Estefan, Dr. Alberto Lyonnet,
Dr. Bruno Di Donna, Dr. Luis Pérez Billi,
Dr. Raúl Praderi.

Los tubos calibradores transtumorales transhepáticos en sedal han demostrado ser la mejor solución quirúrgica paliativa del síndrome colostático secundario a obstrucción pedicular alta por tumores irresecables. Para solucionar u obviar los inconvenientes y las eventuales complicaciones que habitualmente existen con las técnicas actuales se describe un nuevo procedimiento: la coledoco-yeyunostomía infratumoral como vía para retirar los tubos calibradores. Se describe la técnica propuesta y las distintas variantes que permite para retirar los tubos calibradores.

El procedimiento fue efectuado en 6 pacientes. Hubo 1 muerte operatoria. En los 5 pacientes restantes se constató un retroceso del síndrome colostático y no se registraron complicaciones con el manejo de los tubos calibradores.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS. MOTS CLÉS) MEDLARS:
Bile Duct Neoplasms / Surgery.

SUMMARY: Infratumoral choledochojejunostomy for the outlet of transtumoral transhepatic tubes.

Transhepatic transtumoral starting tubes, using a seton, have proved to be best palliative surgical solution for the secondary cholestatic syndrome, at high pedicular obstruction due to tumours that cannot be resected. A new procedure is described to solve or obviate inconveniences and eventual complications usually accompanying techniques in use nowadays: the infratumoral choledocho-jejunoctomy as a way of withdrawing calibration tubes.

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

Prof. Agregado de Clínica Quirúrgica, Residente de Cirugía, Médicos Auxiliares y Prof. Titular Clínica Quirúrgica.

Dirección: José H. Figueira 2302, Montevideo (Dr. A. Estefan).

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

Authors describe the proposed technique and the different variations that may be introduced to same for the withdrawing of calibration tubes.

This procedure was used in six patients. There was one death during operation. In the remaining five patients a retreat of the cholestatic syndrome with the handling of calibration tubes were encountered.

RÉSUMÉ: La choledochojejunostomie infratumorale pour la sortie de tubes transtumorales transhepatiques.

Les tubes calibrateurs transtumorales transhépatiques en ligne ont démontré être la meilleure solution chirurgicale palliative du syndrome cholostatique secondaire à une obstruction pédunculaire haute par des tumeurs irrésecables.

Pour solutionner ou obvier les incovénients et les éventuelles complications qui existent habituellement avec les techniques actuelles, on décrit un nouveau procédé: la cholédocojéjunostomie infratumorale, comme voie pour reitirer les tubes calibrateurs.

On décrit la technique proposée et les différentes variantes qu'elle permet retirer les tubes calibrateurs.

On décrit la technique proposée et les différentes variantes qu'elle permet pour retirer les tubes calibrateurs.

Le procédé fut effectué dans 6 patients. Il ya eu une mort opératoire. Dans les autres 5 patients on a pu constater une régression du syndrome cholostatique. On n'a pas enregistré des complications avec les tubes calibrateurs.

INTRODUCCION

Las obstrucciones biliares pediculares secundarias a tumores irresecables con vía biliar infratumoral manejable quirúrgicamente tienen dos opciones quirúrgicas paliativas

del síndrome colestático: anastomosis colangio-digestiva o calibrado transtumoral.

Las anastomosis colangio-digestivas que han demostrado su utilidad clínica son las colangio-yeyunostomías emplazadas en el canal segmentario III por vía del ligamento redondo⁽¹⁾. En tanto que de las múltiples técnicas de calibrado transtumoral las mejores están representadas por los tubos calibradores transtumorales transhepáticos (derecho o izquierdo, único o dobles) en sedal.

La experiencia clínica acumulada ha demostrado que el calibrado transtumoral transhepático en sedal posee los mismos resultados que la colangio-yeyunostomía sobre el canal segmentario III en cuanto a efectividad en el retroceso del síndrome colestático e índices de sobrevidas alejadas con una morbimortalidad operatoria sensiblemente menor^(1, 3, 15). Es por ello que constituyen el procedimiento de elección.

MATERIAL Y METODO

La derivación colédoco-yeyunal infratumoral para retirar tubos calibradores transtumorales transhepáticos en sedal se practicó en 6 enfermos. La edad varió entre 45 y 75 años. Corresponden a 4 hombres y 2 mujeres. El tiempo de ictericia varió entre 16 y 34 días con una media de 23 días. Todos tenían prurito intenso.

En todos los casos la obstrucción era pedicular alta por tumores irreseccables: 2 cánceres de vesícula, 2 cánceres de la vía biliar superior, y 2 compresiones extrínsecas, 1 por adenopatías metastásicas secundarias a un cáncer de estómago y el otro a metástasis del epliplón menor secundaria a cáncer de sigmoide.

En 5 enfermos se efectuó una colédoco-yeyunostomía y en 1 puente vesicular colédoco-yeyunal. En todos los enfermos se utilizó un asa de Hivet-Warren modificada.

En 4 casos se empleó un único tubo transtumoral transhepático derecho en sedal y en 2 casos dos tubos transtumorales transhepáticos en sedal, uno derecho y otro izquierdo.

La técnica del calibrado transtumoral transhepático por vía coledociana infratumoral ya ha sido descrito en todos sus detalles^(7, 11, 13). Sólo haremos hincapié en los detalles de técnica correspondientes al motivo de esta comunicación.

Luego de colocados el o los tubos calibradores transtumorales transhepáticos se efectúa una anastomosis colédoco-yeyunal látero-lateral empleando un asa yeyunal detransitada. Nuestra preferencia se inclinó hacia el asa de Hivet-Warren modificada⁽⁹⁾.

Cuando se ha emplazado un único tubo calibrador, al extremo inferior multifenestrado (de tal modo que los orificios queden en el colédoco infratumoral y en el yeyuno), se le hace recorrer un trayecto intrayeyunal de 20-25 centímetros y luego se le saca al exterior a la Witzel previa fijación del yeyuno adyacente a la emergencia del tubo al peritoneo parietal anterior.

Cuando se han emplazado dos tubos calibradores transtumorales transhepáticos, uno derecho y otro izquierdo, las posibilidades son: a) sacarlos separadamente, uno por el sector distal ciego y el otro por el sector proximal a la neoboca a la manera de los tubos en doble "O"⁽¹⁴⁾.

También puede recurrirse al puente vesicular colédoco-yeyunal y luego proceder por algunas de las modalidades técnicas descriptas.

RESULTADOS

Hubo que lamentar una muerte postoperatoria a los 5 días secundaria a insuficiencia renal aguda irreversible. Se trataba de una mujer de 74 años con un cáncer de vesícula. La autopsia no reveló complicaciones peritoneales.

Los otros 5 casos vivieron un tiempo que varió entre 2 y 7 meses, con una media de 4,5 meses. Un caso está vivo y en buenas condiciones a los 3 meses de operado.

En todos los pacientes que sobrevivieron (5/6) hubo retroceso del síndrome colestático (ictericia y prurito). En 2 enfermos se efectuaron recambios de tubos calibradores transtumorales transhepáticos en sedal a los 2,5 y 5 meses.

No se constataron complicaciones vinculadas al procedimiento.

COMENTARIOS

Las distintas modalidades técnicas de los tubos calibradores transtumorales transhepáticos en sedal se diferencian, esencialmente, por la conducta adoptada con la extremidad biliar o infratumoral del tubo. Esta extremidad puede ser sacada al exterior mediante las siguientes modalidades:

- a) por vía coledociana⁽⁶⁾;
- b) efectuando una colangio-gastrostomía mediata y luego emerger por medio de una gastrostomía^(11, 13);
- c) recorriendo un pasaje transpapilar⁽³⁾ para luego salir a través de una gastrostomía⁽¹¹⁾, duodenostomía⁽³⁾ o yeyunostomía⁽¹³⁾;
- d) practicando una colédoco-duodenosto-

mía infratumoral por donde es pasado el tubo que puede emerger al exterior por medio de una gastrostomía, duodenostomía o yeyunostomía⁽²⁾.

El tubo calibrador en sedal retirado por vía coledociana tiene inconvenientes que, a nuestro juicio, no lo hacen de elección. Los orificios del tubo en el sector biliar infratumoral son necesariamente pocos por la escasa extensión del tubo en el hepato-colédoco. Esto hace que si el tubo se desliza hacia arriba funcione como una simple hepatostomía. Por el contrario, si se desliza hacia abajo puede condicionar una peritonitis y/o colección biliosa subhepática o una fístula biliar externa debido al largo trayecto intraperitoneal que debe recorrer (desde el hepato-colédoco hasta la pared abdominal).

La hepático-gastrostomía mediata tiene los mismos inconvenientes pero un tanto aminorados por la distancia sustancialmente más corta del trayecto intraperitoneal del tubo.

Los tubos calibradores transpapilares evitan estos inconvenientes pero pueden desencadenar pancreatitis graves por obstrucción del ostium del Wirsung. Además, el recambio del tubo por otro similar se ve sen-

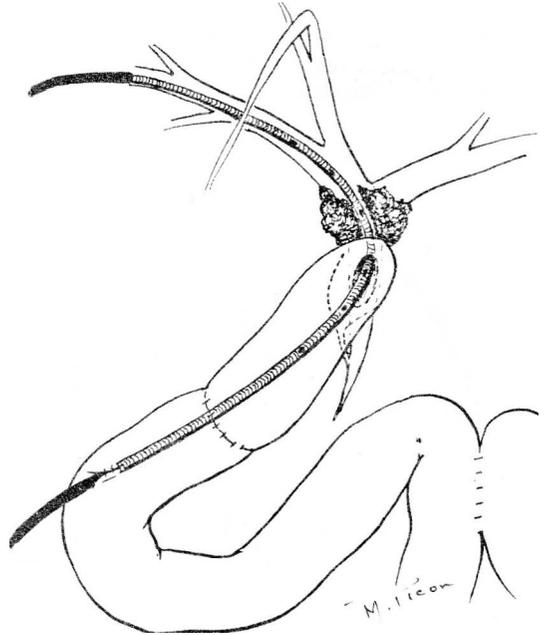


Fig 2

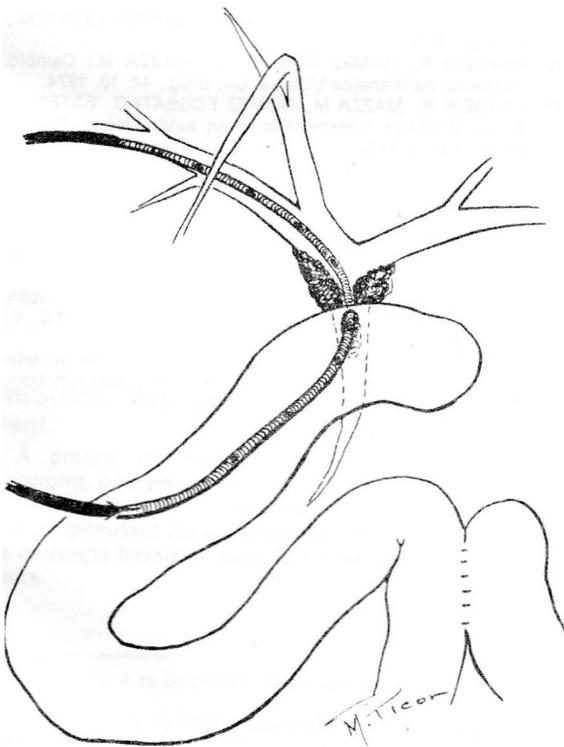


Fig. 1

siblemente dificultado por la extensión del tubo y su largo recorrido intraluminal (duodeno-gástrico, duodeno-yeyunal o simplemente duodenal).

Todos los tubos calibradores que tienen un trayecto intraluminal en un sector del tubo digestivo no detransitado (estómago, duodeno o yeyuno), tienen un mismo riesgo: la colangitis por reflujo digestivo-biliar a través de los orificios del tubo en sector digestivo. De este modo se pone en contacto directo el tubo digestivo, asiento normal de bacterias y el sector biliar supratumoral. Así se crean las condicionantes fisiopatológicas ideales para el desencadenamiento de colangitis graves: bacteriobilia y éstasis biliar.

Para obviar o aminorar estos inconvenientes Pera Madrazo⁽⁵⁾ ha utilizado la vesícula como "estuche" para el trayecto intraperitoneal del tubo calibrador. Para ello efectúa una anastomosis colecisto-coledociana infratumoral por donde es pasado el tubo calibrador que luego de un trayecto intravesicular es retirado al exterior como una colecistostomía. Esta sencilla y práctica técnica evita el trayecto intraperitoneal y las complicaciones peritoneales derivadas del deslizamiento del tubo hacia abajo. Sin embargo, persiste el inconveniente mayor no solu-

cionado que es el corto recorrido que tiene el tubo en el hepato-colédoco infratumoral.

En la Clínica Quirúrgica "3" se ha desarrollado una modificación técnica consistente en el emplazamiento de una colédoco-yeyunostomía infratumoral que evita todos estos inconvenientes.

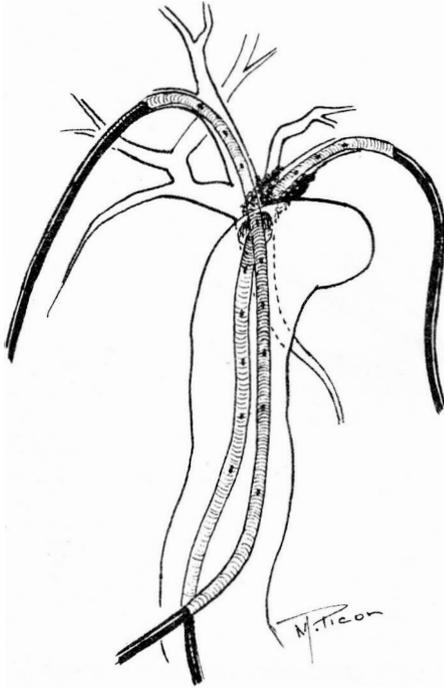


Fig. 3

CONCLUSIONES

La colédoco-yeyunostomía infratumoral para retirar el o los tubos calibradores transtumorales transhepáticos en sedal posee las siguientes ventajas:

- 1) Los tubos calibradores tienen múltiples fenestraciones en su recorrido bilio-

yeyunal, de esta manera se asegura el reintegro de la bilis desde la vía biliar supratumoral al tubo digestivo.

- 2) No tienen un recorrido transpapilar, con lo cual se evita el riesgo de pancreatitis.
- 3) Como el asa yeyunal está detransitada, el riesgo de colangitis por reflujo ascendente a través del tubo se ve disminuido.
- 4) No tienen recorrido intraperitoneal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ESTEFAN A., KAMAID, E., GOMEZ FOSSATI C., DELGADO B., PRADERI R.: Anastomosis colangiog digestivas en cáncer biliar. *Cir. Urug.*, 47: 51, 1977.
2. ESTEFAN A.: Comunicación personal.
3. HEPP J., MOREAUX J., LECHEAX J.: Les anastomoses bilio-digestives intrahépatiques dans les cancers de voies biliaires. Résultat de 62 observations. *Nouv. Presse Méd.*, 2: 1829, 1973.
4. HEYDENRICH J., VAN ZIJL F., VAN ZIJL J.: Transhepatic intubation of the common bile due for inoperable obstruction. Experience with 20 cases. *J. Surg. Oncol.*, 1: 63, 1969.
5. PERA MADRAZO A.: Comunicación personal.
6. PRADERI R.: Coledocostomía trashepática. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 32: 237, 1961.
7. PRADERI R.: Cáncer del confluente hepático-cístico. Resección y derivaciones sucesivas con sobrevida de 6 años. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 34: 442, 1963.
8. PRADERI R.: Twelve years' experience with transhepatic intubation. *Ann. Surg.*, 179: 937, 1974.
9. PRADERI R., ESTEFAN A., GOMEZ FOSSATI C., MAZZA M.: Dérivations bilio-jéjunales sur anses exclues. Modifications techniques du procédé de Hivet-Warren. *Lyon Chir.*, 69: 459, 1973.
10. PRADERI R., GOMEZ FOSSATI C., MAZZA M.: Cambio incurrente de drenajes biliares. *Cir. Urug.*, 44: 10, 1974.
11. PRADERI R., MAZZA M., GOMEZ FOSSATI C., ESTEFAN A.: Le drainage transhepatic en seton. *Nouv. Presse Méd.*, 3: 2015, 1974.
12. PRADERI R., MAZZA M., GOMEZ C., ESTEFAN A., DAVIDENKO N.: Hepaticostomía transgástrica mediata. *Cir. Urug.*, 44: 77, 1974.
13. PRADERI R., ESTEFAN A.: Intubation canaliculaire pour cancer des voies biliaires. *Encycl. Méd. Chir. Techniques Chirurgicales, Digestif*, 4.2.7, 40972.
14. PRADERI R., ESTEFAN A., DAVIDENKO N.: Drainages trans-hépatiques en double "O". *Nouv. Presse Méd.*, 6: 2515, 1977.
15. TERBLANCHE J., LOUW J.: U tube drainage in the palliative therapy of carcinoma of the main hepatic duct junction. *Surg. Clin. North Am.*, 53: 1245, 1973.