

FORUM

Anastomosis bilio-digestivas muco-mucosas

Aspectos técnicos

Br. José Parodi, Dr. Mario Olazábal,
Br. C. Percovich, Br. E. Montoya,
Br. F. Estellano, Br. D. Estrada, Br. G. Fernández.

Hemos utilizado 6 animales, perros mestizos de peso promedio 18 kg, en el reimplante del colédoco, empleado en nuestro trabajo para modelo que relata las anastomosis biliodigestivas en colédocos finos. La valoración de la misma se realiza mediante estudios colangiográficos y anatomopatológicos en lapsos diferentes. Estos estudios muestran que no existía estenosis ni dilatación de VBP. Los informes histológicos evidencian una buena continuidad muco-mucosa entre ambas estructuras.

A fin de evaluar los resultados a largo plazo proseguiremos con nuestros estudios.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS: Bile Ducts / Surgery / Physiopathology.

SUMMARY: Anastomosis - bilio-digestive, muco-mucous. Technical aspects.

Six animals, half-breed dogs, with an average weight of 18 kg, were used for reimplantation of the choledochus, in our model investigation work reporting bilio-digestive anastomosis in thin choledochus. The evaluation of same was carried out by means of cholangiographic and anatomopathological examination at different intervals. The above examinations showed no prior C.B.D. stenosis or dilatation. Histological reports indicate good muco-mucous continuity between both structures.

Follow-up investigation will evaluate results in the long term.

Departamento de Cirugía (Director Prof. Dr. Celso Silva). Fac. de Medicina, Montevideo.

RÉSUMÉ: Anastomoses biliodigestives muco-muqueuses. Aspects techniques.

Nous avons utilisés 6 animaux, des chiens métis avec un poids moyen de 18 kilos, dans la réimplantation du cholédoque, employé dans notre travail comme modèle pour les anastomoses biliodigestives dans les cholédoques minces. La valoration a été réalisée à travers des études cholangiographiques et anatomopathologiques dans différents délais de temps. Ces études montrent qu'il n'y existait ni dilatation, ni sténose de la voie biliaire principale. Les rapports histologiques mettent en évidence une bonne continuité des muqueuses entre les 2 structures.

Dans le but de faire une évaluation à long terme nous pensons poursuivre avec nos études.

INTRODUCCION

Las indicaciones y elección de la técnica en la confección de anastomosis bilio-digestivas, depende, de la patología en juego, del porvenir de la anastomosis elegida, y en muchos casos también de la preferencia del cirujano.

Todas las anastomosis bilio-digestivas, cualquiera sea la técnica empleada, tienen tendencia a obstruirse; a veces tempranamente, más frecuentemente en forma alejada. Esta tendencia es tanto mayor cuanto más fina es la vía biliar a anastomosar. Todos los cirujanos realizan esfuerzos técnicos para evitar esta complicación. Existen algunos puntos que son claros:

- 1) Deben ser hechas en sectores sanos.

Presentado al Forum del 34º Congreso Uruguayo de Cirugía, Montevideo, 27 de noviembre al 1º de diciembre de 1983.

Colaborador no médico, Ayudante de clase y Colaboradores no médicos del Dpto. de Cirugía.

Dirección: Av. Gral. Flores 2125, Dpto. de Cirugía de Facultad de Medicina, Montevideo.

- 2) El afrontamiento mucoso debe ser lo más perfecto posible, como señalan los trabajos de Smith, Cole, etc.
- 3) Debe usarse material de sutura muy fino.
- 4) Evitar el reflujo digestivo-biliar.

El objetivo del presente trabajo es poner a punto una técnica de anastomosis bilio-digestiva con sutura muco-mucosa que se puede usar en vías biliares finas.

MATERIAL Y METODO

Se utilizaron 6 perros mestizos de peso promedio 18 kg anestesiados con pentobarbital, 25 mg kg p.c. Mediante una incisión mediana se aborda peritoneo topografiando la vía biliar principal, se carga colédoco diseccándolo hasta su extremo distal; posteriormente ligadura del mismo sobre pared duodenal. Se secciona la vía biliar previo clampeo, obteniéndose un cabo biliar limpio, cuyo diámetro oscila entre los 4-6 milímetros.

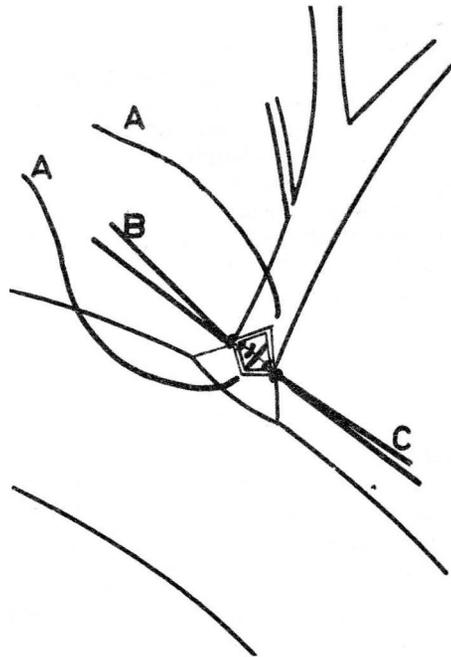
A continuación se prepara un asa yeyunal colocando clamp para mantener el campo limpio, se resecan las capas sero-musculares en el borde antemesentérico en forma de pastilla de diámetro 1,5 veces al del conducto biliar, que se extiende hasta la submucosa sin abrirla.

Inmediatamente se observa una protrusión mucosa. Se emplazan puntos separados utilizando material 5-0 irreabsorbible enhebrado (poliester) en forma equidistante (triangulación). Estos puntos se pasan luego, tomando mucosa y submucosa intestinal. Usando tutor metálico se atan los puntos (seis) por fuera de la luz. Queda constituido un plano de la anastomosis entre toda la pared del colédoco y mucosa y submucosa yeyunal (Fig. 1). Tomando luego con puntos sero-musculares en intestino y totales en colédoco queda la anastomosis en la luz digestiva (colédoco yeyunostomía termino-lateral invaginante).

Los controles postoperatorios fueron clínicos. A las 24 horas se permitió ingesta de líquidos y a las 72 horas dieta blanda. Al finalizar el trabajo se realizaron estudios colangiográficos. Los animales fueron sacrificados: 2 de ellos a los 3 meses, 3 a los 2 meses y 1 al mes. Se realizaron estudios anatómopatológicos macro y microscópicos.

RESULTADOS

En los 6 animales la evolución fue buena, no se registraron complicaciones ni mortali-



dad. El experimento se realizó de marzo a setiembre. Al examen del abdomen los animales presentaban pequeñas adherencias del epiplón mayor a la zona anastomótica. El

hígado no presenta alteraciones, su tamaño era normal, vesícula de paredes finas y tamaño normal, resto de vía biliar y páncreas sin alteraciones macroscópicas. Se colocó sonda Pezzer en vesícula para control colangiográfico. Observamos en la misma un buen pasaje del contraste al tubo digestivo. Posteriormente se seccionó longitudinalmente por el eje de la anastomosis, muestra que la continuidad entre ambas mucosas es buena, microscópicamente perfecta transición bilio-yeyunal sin fibrosis.

DISCUSION

Este tipo de anastomosis queda invaginada dentro de la luz intestinal quedando una estructura parecida a la normal, sin tejido redundante. La unión de la mucosa es inmediata, debido a su afrontamiento directo por la sutura. Por otro lado queda dilatada por efecto de la tracción de tipo centrífugo ejercido por los puntos del plano externo. Hemos utilizado material irreabsorbible que da muy poca reacción inflamatoria para evitar procesos de cicatrización secundaria a la reacción inflamatoria dada por los materiales reabsorbibles, a la excepción del ácido poliglicólico. El riesgo de litiasis secundaria al cuerpo extraño no tendría importancia por la caída del mismo a la luz intestinal. Los materiales reabsorbibles del tipo citado tampoco están exentos de este riesgo.

En todos los animales la técnica fue posible de realizar a pesar del calibre reducido del colédoco. Los resultados inmediatos no muestran estenosis por la sutura y los resultados histológicos a los 3 meses descartan la presencia de tejido fibroso cicatrizal. Toda esta evolución fue sin incidentes a pesar de haber realizado un asa sin detransitar lo cual fue planeado para someter a la anastomosis a las condiciones más adversas.

Es necesario aumentar la experiencia en número y plazo para poder ver la evolución alejada. También es necesario contraponer estos hallazgos con otros procedimientos, ello será motivo de investigación posterior.

CONCLUSIONES

La anastomosis bilio-digestiva muco-mucosa es técnicamente posible y útil para conductos biliares de pequeño calibre. Los resultados primarios son alentadores a pesar de la escasa experiencia acumulada hasta el momento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BARNES J.: Improved anastomosis of the biliary tract. Surg. Gynecol. Obstet. 144: 401, 1977.
2. BISMUTH H., LECHAUX J.: Les anastomoses biliodigestives. Enc. Med-Chir. Tech. Chir. T. III, 40940.
3. Leading Articles. Treatment of Biliary Atresia. Br. Med. J. 1: 1745, 1979.
4. PICKLEMAN J.: Cirugía de Vías Biliares. Clin. Quir. Norte Am., 57: 1223, 1977.