

Nuevos casos de ictericia por adenopatías neoplásicas pediculares

Dres. Alberto Lyonnet, Eduardo Tiscornia,
Agustín D'Auria, Gustavo Nuchowich,
Roberto Cilleruelo, Jorge Pomi,
Alberto Estefan, Raúl Praderi

Se presentan 8 nuevas observaciones de ictericia obstructiva por adenopatías neoplásicas del pedículo hepático secundarias a casos no biliares ni pancreáticos.

Esta estadística complementa la de un trabajo anterior, publicado por nosotros en 1981 y ratifica las conclusiones estadísticas del mismo, sobre la gravedad de esta situación, pero la posibilidad en enfermos no muy viejos de realizar operaciones derivativas paliativas con resultados aceptables.

La intubación transhepática transtumoral percutánea es un nuevo método más simple que se ha utilizado en dos de las observaciones.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Jaundice / Lymphatic Metastasis.

*Clínica Quirúrgica "3" (Director Prof. R. Praderi),
Hospital Maciel. Fac. de Medicina. Montevideo.*

SUMMARY: New cases of jaundice due to pedicular neoplastic adenopathies.

Presentation of 9 new observations of obstructive jaundice by neoplastic adenopathies of the hepatic pedicle secondary to non biliary or pancreatic cases. This statistical data complements a former work published by the author in 1981 and ratifies the statistical conclusions of same in respect of the seriousness of this condition, along with the possibility in not very old patients of performing a paliative derivative operation with fairly acceptable results.

Percutaneous transhepatic transtumoral intubation is a less complicate new method that has been used in two of the above observations.

RÉSUMÉ: Nouveaux cas d'ictères, dus à des adénopathies néoplasiques pédiculaires.

On présente 8 nouvelles observations d'ictère obstructif par adénopathies néoplasiques du pédicule hépatique, secondaire à des cas non biliaires ni pancréatiques. Cette statistique est complémentaire à celle d'un travail précédent qui fut publié par l'auteur en 1981. Elle ratifie les conclusions de la statistique précédente, sachant qu'il s'agit d'une situation grave; mais qui chez des malades pas trop âgés, il existe la possibilité d'effectuer des interventions dérivatives, palliatives avec des résultats acceptables. L'intubation trans-hépatique, transtumorale est une nouvelle méthode, plus simple, qui a été utilisée dans deux cas.

Presentado como Tema Libre al 35º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, diciembre de 1984.

Prof. Adjunto de Semiología Quirúrgica. Médico Radiólogo del M.S.P., Prof. Adjunto de Radiología, Prof. Agregado de Clínica Quirúrgica. Ayudante de Investigación, Ex Prof. Adj. de Clín. Quirúrgica, Profesor de Clínica Quirúrgica.

Dirección: José Iturriaga 3480. Montevideo. (Dr. A. J. Lyonnet).

INTRODUCCION

En 1981, tres de nosotros presentamos 21 casos de ictericia por tumores secundarios y linfomas del pedículo hepático⁽¹²⁾.

Desde entonces hemos tratado 8 pacientes más con esta patología llevando nuestra casuística a 29 observaciones.

No repetiremos aquí algunas consideraciones generales que ya hicimos y que se han analizado con más detalle en la monografía sobre el tema, escrita por uno de los autores⁽⁶⁾.

Creemos útil seguir aportando casuística de esta patología pues existen muy pocos trabajos sobre el tema en la bibliografía.

Simultáneamente con nuestra publicación, Thomas y col.⁽¹⁵⁾ refieren 30 casos, pero incluyen entre ellos: 5 cánceres de vesícula y 3 cánceres de páncreas.

Consideramos a éstos, como tumores biliares y por eso no los incluimos, pues distorsionáramos la casuística.

El advenimiento de un nuevo método terapéutico que es la Intubación Transtumoral Transhepática Percutánea descrita por Molnar⁽³⁾ en 1974 y por Takada⁽¹⁴⁾ abre un nuevo horizonte en el tratamiento de esta gravísima afección.

Evidentemente la Intubación Trans-hepática Trans-tumoral descrita por uno de nosotros⁽⁸⁾ en 1961, se simplifica al no operar los enfermos que están muy graves.^(8 9. 10. 11. 12. 13)

CASUISTICA

Se analizan 8 casos clínicos tratados por los autores y provenientes de diferentes instituciones, que se suman a las observaciones previas⁽¹²⁾.

Se resume brevemente la experiencia en casos clínicos observados a partir de la presentación del trabajo anterior en 1981.

Se señala el órgano de acuerdo al tumor primitivo, el tratamiento realizado para el stop biliar y la sobrevida post-ictericia. No constan los procedimientos quirúrgicos realizados colateralmente en los casos de ictericia sincrona, o en las situaciones frecuentes de obstrucción digestiva.

De los 8 enfermos hay 2 que fallecieron antes de los 30 días del postoperatorio, lo que hace una mortalidad operatoria del 25%, todos ellos mayores de 60 años.

Cuadro 1

Siguiendo la casuística anterior se numeran correlativamente.

Caso	Sexo	Edad	T. primario	Operación	Sobrevida
22	F	76	Desconocido	Intubación percutánea. Drenaje ext. e interno	90 d.
23	M	76	Colon	Hepatogastrostomía lát. lateral. Tubo transhepát. transgástrico en sedal	10 d.
24	F	72	Estómago	Hepático-yeyunostomía. Transhepático izq.	90 d.
25	M	62	Estómago		10 d.
26	F	44	Mama	Hepático-yeyunostomía	120 d.
27	F	57	Estómago	Endoprótesis	120 d.
28	M	52	Estómago	Colecisto-duodenostomía	Vive
29	M	54	Desconocido	Hepático-yeyunostomía Tubo trans-hepático der.	Vive

Cuadro 2

Observación	Edad	Sobrevida (en días)
5	33	1.149
11	38	121
4	41	446
26	44	120
12	45	210
1	48	130
13	56	265
27	57	120
3	62	6
8	62	6
17	62	1.140
25	62	10
10	63	25
20	63	55
18	65	484
15	66	115
21	67	40
14	68	202
16	70	37
24	72	90
9	73	110
22	76	90
23	76	10
2	83	41
19	84	15
6	85	5
7	85	9

Cuadro 3

Observación	Período libre	Sobrevida (días)
3	0	6
7	0	9
8	0	6
12	0	210
18	0	484
19	0	15
20	0	55
22	0	90
25	0	10
28	0	Vivo
29	0	Vivo
16	3 meses	37
13	6 meses	265
27	6 meses	120
21	8 meses	40
15	10 meses	115
9	11 meses	110
14	1 año - 4 meses	202
	1 año - 5 meses	130
23	1 año - 6 meses	8
24	2 años	90
4	2 años - 1 mes	446
5	2 años - 5 meses	1.149
10	2 años - 5 meses	25
11	3 años - 7 meses	121
26	5 años - 6 meses	120
17	7 años	1.140
	8 años	41
6	10 años	5

RESULTADO DE LOS 29 CASOS. Se observa la relación entre edad y sobrevida postictericia obstructiva.

Arbitrariamente se hacen 2 grupos de pacientes como limite entre ambos los 60 años.

En el grupo de pacientes menores de esta edad no hay mortalidad operatoria y el promedio de sobrevida es de 320 días, con un máximo de 1.149 días.

Por encima de los 60 años, la mortalidad operatoria permanece en el 40%, el promedio de sobrevida es de 131 días y si se excluye esta mortalidad operatoria, la sobrevida asciende a 218,5 días.

RESULTADOS

a) En nuestra serie

La mortalidad operatoria (dentro de los 30 días de la intervención) es del 25%. Dos de estos pacientes están vivos al realizar este trabajo (25%).

b) Suma de las 2 series

RESULTADO DE LOS 29 CASOS. En 11 de los casos el diagnóstico del tumor primitivo fue simultáneo con el de ictericia.

Si este período es menor de 1 año, el promedio de sobrevida es de 105 días.

Si es mayor de 1 año es de 290 días.

La sobrevida en los menores de 60 años fue de 320 días.

La mortalidad operatoria en mayores de 60 años, permaneció invariable con respecto a la serie anterior, correspondiendo al 40%.

El promedio de sobrevida global fue de 131 días.

Del 60% que sobrevivieron, lo hicieron en un promedio de 218,5 días.

En cuanto al *Intervalo Libre*:

- si es menor de 1 año, el período de sobrevivencia es de 105 días.
- si el intervalo libre es mayor de 1 año, el promedio de sobrevivencia es de 290 días.

En nuestra experiencia con este tipo de enfermos, hemos visto que el tipo de obstrucción de la vía biliar que determinan los ganglios, es diferente a la producida por el cáncer biliar primitivo (cáncer del hepático), periambular y de vesícula, que invaden por la vaina nerviosa colecodiana.

Estos últimos dan una imagen de estenosis fina, en cambio los primeros laminan la vía biliar aplastándola, y formando desfiladeros serpiginosos, que a veces hacen difícil la intubación percutánea como sucedió en uno de los casos.



Fig. 1. Colangiografía transperitoneo hepática de un paciente de 80 años con adenopatías neoplásicas en el pedículo hepático secundarias a un cáncer de colon derecho. La compresión laminar del colédoco por las mismas impidió el cateterismo percutáneo.

DISCUSION

En los últimos años han aparecido varias nuevas series de casos con esta patología⁽¹⁵⁾: al-

gunos específicos de cánceres de mama^(2, 7), estómago⁽⁵⁾ y colon⁽¹⁷⁾.

Los trabajos de los radiólogos^(1, 3, 4, 16) intubando tumores, suman más experiencia al tratamiento de esta afección.

En nuestra última serie de 8 casos se utilizaron tratamientos quirúrgicos y métodos de radiología intervencionista. El escaso número de enfermos no nos permite sacar conclusiones sobre el valor de cada método, pero nos guiaremos por los siguientes criterios.

- Con vía biliar dilatada, accesible y estado general aceptable, se operan, con el fin de realizar una derivación bilio-digestiva.
- Si están en malas condiciones se opta por la intubación percutánea.

Mantienen su vigencia algunas técnicas de derivación colangiodigestiva como la técnica de Soupault y Couinaud por la cisura izquierda, que pueden complementarse con intubación transhepática transversal transanastomótica y la hepato-gastrostomía mediata.

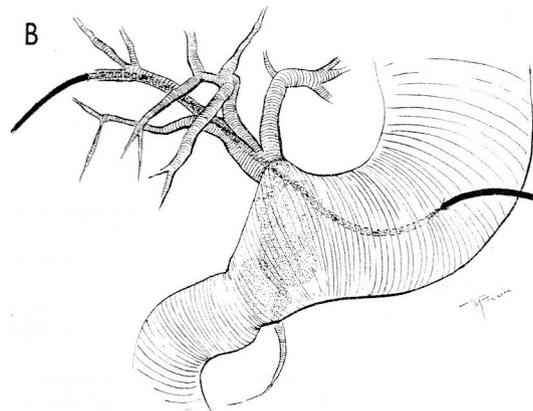


Fig. 2. Esquema calcado de la colangiografía postoperatoria del paciente de la figura 1. Pese al mal pronóstico de este enfermo por su edad, se operó practicándose una operación rápida y sencilla: una hepático-gastrostomía látero-lateral calibrada por tubos transhepáticos en sedal. Aunque no hizo ninguna complicación de la operación y comenzó a aclarar su ictericia, falleció a los 10 días del postoperatorio con una reacción leucemoide (120.000 leucocitos) debido a metástasis medulares.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. COONS H., CAREY P. — Large-bore, long biliary endoprosthesis (Biliary-stents) for improved drainage. *Radiology* 148: 89, 1983.
2. KOPELSON G., CHU A M., DOUCETTE J.A., GUNDERSON L.L. — Extra-hepatic biliary tract metastases from breast cancer. *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 6: 497, 1980.
3. MOLNAR W., STOCKUM A. — Relief of obstructive jaundice through percutaneous transhepatic catheter a new therapeutic method. *Am. J. Roentgenol.* 122: 356, 1974.
4. OLEAGA J., Mc LEAN G., FREIMAN D., RING E. — Interventional Biliary Radiology. In: Ring E., Mc Lean G. - *Interventional Radiology*. Boston, Little Brown, 1981.
5. PAPACHISTOU D., FORTNER J.G. — Biliary obstruction after gastrectomy for carcinoma of the stomach. *Surg. Gynecol. Obstet.* 147: 401, 1978.
6. POMI J. — Ictericas por cánceres secundarios y linfomas del pedículo hepático. Monografía. Montevideo. Fac. de Medicina (inédito).
7. POPP J.W., SCHAPIRO R.H., WARSHAW A.L. — Extrahepatic biliary obstruction caused by metastatic breast carcinoma. *Ann. Intern. Med.* 91: 568, 1979.
8. PRADERI R. — Coledocostomia transhepática. *Bol. Soc. Cir. Urug.* 32: 237, 1961.
9. PRADERI R. — Cáncer del confluente hepatocístico. Resección y derivaciones sucesivas con sobrevida de seis años. *Bol. Soc. Cir. Urug.* 34: 442, 1963.
10. PRADERI R. — Twelve years' experience with transhepatic intubation. *Ann. Surg.* 179: 1937, 1974.
11. PRADERI R., ESTEFAN A. — Intubation canaliculaire pour cancer des voies biliaires. *Encycl. Méd. Chir. Appareil. Digestif*, 3: 40972, 1977.
12. PRADERI R., POMI J., ESTEFAN A. — Tratamiento de las ictericias por cánceres secundarios y linfomas del pedículo hepático. *Prensa Méd. Argent.*, 68: 357, 1981.
13. PRADERI R., ESTEFAN A., TISCORNIA E. — Transhepatic Intubation in benign and malignant lesions of the biliary ducts. *Curr. Probl. Surg.* 22: 1, 1985.
14. TAKADA T., UCHIDA Y., YASUDA H. et al. — Conversión of percutaneous transhepatic cholangiodrainage to internal drainage in obstructive jaundice. *Jpn. J. Surg.* 7: 10, 1977.
15. THOMAS J., PIERCE G., KARLIN Ch., HERMRECK A., Mc ARTHUR R. — Extrahepatic Biliary Obstruction Secondary to Metastatic Cancer. *Am. J. Surg.* 142: 770, 1981.
16. TISCORNIA E., SALICE M., DELGADO A. — Cateterismo percutáneo de la vía biliar en el tratamiento de la ictericia obstructiva. *Cir. Urug.* 54: 156, 1984.
17. WARSHAW A.L., WELCH J.P. — Extrahepatic biliary obstruction by metastatic colon carcinoma. *Ann. Surg.* 188: 593, 1978.