

Acceso simple y reiterado a las anastomosis bilio-digestivas

Bres. Gino C. Girardi, Freddy Terra, Raúl Langenhin, Gabriel Cura, Rubens Gajardo y Miguel Tellechea (h);
Dres. Bartolomé Grillo y Ricardo Mayol.

Se evalúa experimentalmente una variante técnica de las anastomosis bilio-digestivas sobre asa yeyunal desfuncionalizada en Y de Roux.

La misma permite un fácil acceso a la anastomosis bilio-digestiva con fines diagnósticos y la posibilidad de maniobras terapéuticas guiadas por métodos radiológicos o endoscópicos bajo anestesia local y sin necesidad de laparotomía.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Bile ducts, Digestive system, Sutures.

SUMMARY: Simple and interative access to biliodigestive anastomoses.

A technical variation of biliodigestive anastomoses on jejunal Roux-in-Y loop is experimentally evaluated. This variation enables easy access to the biliodigestive anastomoses with diagnostical aims and the possibility of therapeutical procedures guided by radiological or endoscopic methods under local anesthesy with no need of laparotomy.

RÉSUMÉ: Accès simple et réitéré des anastomoses biliodigestives.

On fait une évaluation expérimentalle d'une variante technique des anastomoses biliodigestives, sur anse

*Dpto. de Cirugía. (Director Prof. Dr. A. del Campo).
Fac. de Medicina. Montevideo.*

jéjunale défonctontionnalisée en Y de Roux.

Celle-ci permet d'accéder facilement à l'anastomose bilio-digestive, ayant comme but le diagnostique et la possibilité d'effectuer certaines manoeuvres thérapeutiques, guidées par des méthodes radiologiques ou endoscopiques, sans anesthésie locale, et sans faire appel à la laparotomie.

INTRODUCCION

Las estenosis de las derivaciones bilio-digestivas constituyen un problema de difícil solución⁽²⁾. La corrección quirúrgica obliga a intervenciones complejas de elevada morbimortalidad y muy a menudo repetidas. Sólo las anastomosis montadas sobre el duodeno son accesibles al estudio y manipulaciones endoscópicas.

Cuando el montaje es sobre asas yeyunales, la anastomosis y la vía biliar son inaccesibles a la endoscopia.

Durante los últimos años procedimientos de radiología intervencional han permitido el acceso a las anastomosis hepático-yeyunales por vía percutánea transhepática y el tratamiento de las estenosis de las mismas por dilatación⁽³⁾. Pero es un procedimiento limitado a casos seleccionados.

A efectos de permitir el acceso a las anastomosis hepático-yeyunales en Y de Roux, se ha propuesto el abocamiento permanente a la piel del cabo yeyunal del asa, adicionándole un dispositivo valvular para disminuir la bilirragia⁽¹⁾.

Presentado al Foro del 36º Congreso Uruguayo de Cirugía, Tacuarembó, Diciembre 1985.

Ayudante de Clase, Colaboradores Honorarios del Departamento de Cirugía, Médico Radiólogo y Médico Cirujano.

Dirección: Av. Gral. Flores 2125. Montevideo. (Dpto. de Cirugía, Fac. de Medicina). Montevideo.

El propósito de este trabajo es valorar experimentalmente una variante técnica de dicha modificación en las anastomosis bilio-digestivas en Y de Roux.

MATERIAL Y METODOS

El tipo de anastomosis bilio-digestiva elegido para testar esta técnica fue una colecistoyeyunostomía término lateral sobre un asa en Y de Roux. La variante consistió en realizar la colecistoyeyunostomía a 15 cm del fondo de saco ciego del asa y colocar éste en el celular subcutáneo. Para ello se exteriorizó de la forma más rectilínea posible a través de una incisión independiente en el hipocondrio derecho fijándolo a la pared músculo-fascial con puntos seroseros a 4-5 cm de la extremidad ciega.

Este procedimiento se realizó bajo anestesia con Pentobarbital sódico (25 mg/kg), en 10 perros mestizos de 15 a 25 kg, abordados por laparotomía mediana.

A efectos de valorar experimentalmente el acceso directo a las anastomosis bilio-digestivas se abordó el fondo de saco del asa alojado en el celular bajo anestesia local por una pequeña incisión sin penetrar en la cavidad peritoneal. Se accedió a las anastomosis por medio de catéteres efectuando estudios radiológicos contrastados con radiología convencional y radiología digital. También se accedió a las anastomosis mediante endoscopia fibro-óptica con fibrogastroscopio.

La abertura del extremo del asa exteriorizada, longitudinal y de tamaño adecuado a la manipulación a efectuar, se emplazó sobre el borde antemesentérico.

El cierre de la pared del asa se efectuó con puntos extramucosos de poliglactina 4-0, cerrando luego la piel sin dejar drenaje ni emplear antibióticos.

En los 10 animales se efectuó un total de 33 abordajes de la anastomosis, todos en el Departamento de Radiología o en la Sala de Endoscopia.

La ubicación cronológica del abordaje y el estudio realizado fueron los siguientes:

- el mismo día de la intervención (10 animales, estudio radiológico)
- a los 30 días (10 animales, estudio radiológico)
- a los 60 días (7 animales, estudio radiológico; 3 animales, estudio endoscópico)
- a los 90 días (2 animales, estudio radiológico)
- a los 120 días (1 animal, estudio radiológico)

En suma, un animal tiene 5 accesos sucesivos a la anastomosis, dos tienen 4 accesos y los siete restantes tienen todos ellos 3 accesos.

Se conservan vivos dos animales con 4 y 5 accesos a efectos de estudios ulteriores.

RESULTADOS Y DISCUSION

El acceso a la anastomosis fue posible en todos los abordajes.

Los estudios realizados radiológicos y endoscópicos permitieron una excelente visualización de la anastomosis, del asa y la vía biliar y hubieran permitido fácilmente la dilatación de eventuales estenosis que no se observaron en estos plazos, la biopsia de las mismas en caso de dudas sobre su naturaleza y eventualmente otros procedimientos (extracción de cálculos con sondas de Dormia, o tomas de muestras de bilis, etc.).

La reiteración del abordaje no produjo alteraciones en la morfología ni en las dimensiones del fondo de saco exteriorizado que dificultaran el pasaje ulterior de instrumentos.

No observamos fistulizaciones del asa ni supuraciones del celular.

La zona de exteriorización del muñón se presentó como una pequeña eventración en el hipocondrio que no originó complicaciones en el plazo de observación de los animales.

CONCLUSIONES

Esta modificación a la técnica de Barker se nos ha presentado en el animal de experiencia como un montaje:

- que permite el acceso fácil a las anastomosis bilio-digestivas, repetible un número de veces adecuado a las exigencias de la patología más habitual de éstas;
- sin necesidad de anestesia general ni penetración a la cavidad peritoneal;
- sin los inconvenientes derivados de la presencia permanente de un estoma por el que fluye bilis (expoliación, eventual infección biliar, macecación de piel y necesidad de un sistema colector).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BARKER E., WINKLER M. — Permanent access hepaticojeyunostomy. *Br J. Surg.* 71: 188, 1984.
2. BISMUTH H. — Post-operative strictures of the bile duct. In: Blumgart, I. *The Biliary Tract*. Edinburg, Churchill-Livingstone, 1982, p. 209.
3. MOLNAR W., STOCKUM A. — Transhepatic dilatation of choledochointerostomy strictures. *Radiology*, 129: 59, 1978.