Las anastomosis coledocoduodenales en la litiasis biliar

Dres. Michel Huguier, S. Houry, G. Pascal.

Después de la apertura de la vía biliar principal, varios procedimientos pueden ser utilizados. En la litiasis biliar, nosotros realizamos frecuentemente una anastomosis coledocoduodenal en los pacientes añosos. El motivo de este trabajo era estudiar los resultados de las anastomosis coledocoduodenales en una serie de 77 enfermos operados de manera consecutiva.

Servicio de Cirugía Digestiva. Hospital Tenon

anastomose cholédocoduodénaie chez des malades âgés. Nous avons fait ce travail dans le but d'étudier les résultats des anastomoses cholédocoduodénales, dans une série de 77 malades, opérés de façon consécutive.

*PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Bile Duct Diseases / Surgery.*

SUMMARY: Choledochoduodenal anastomosis in biliary lithiasis.

After choledochotomy different procedures can be utilized. In biliary lithiasis, the authors frequently perform a choledochoduodenal anastomosis in aged patient. This paper deals with the study of results of choledochoduodenal anastomosis in a series of 77 patients operated on consecutively.

RÉSUMÉ: Les anastomoses choledocoduodenales dans la lithiase biliaire.

Après l'ouverture de la voie biliaire principale, plusieurs procédés peuvent être utilisés. Dans le cas de la lithiase biliaire, nous pratiquons fréquemment une

El promedio de edad de los pacientes fue de 75 años (+ 7). Veintidós han sido operados con angiolitiasis, 19 tenían ictericia, 36 tenían una litiasis biliar sin fiebre ni ictericia. El diámetro de la vía biliar principal era de 1,5 cm (± 06) de promedio. Hubo 2 muertes post operatorias (2,6%). La duración promedio de hospitalización fue de 10 días (± 2).

Dos enfermos no han vuelto a la consulta de control. Los otros enfermos han sido seguidos durante un período promedio de 6,7 años ($\pm 3,6$). Veinticinco enfermos han muerto secundariamente, sin que el deceso sea debido a una complicación de la anastomosis coledocoduodenal. El número de muertes esperadas, en una población francesa similar en edad y sexo, habría sido de 29. Dos pacientes han tenido una angiolitiasis, curada espontáneamente, a distancia de la operación.

Las anastomosis coledocoduodenales parecen entonces, un procedimiento seguro y eficaz después de coledocotomía por litiasis. No obstante, la posibilidad de angiolitiasis a distancia de la intervención, probablemente ligadas a la migración de cuerpos extraños alimentarios, debe dejarla reservada para los enfermos añosos.

Conferencia dictada ante la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 17 de julio de 1985.

Miembro Correspondiente Extranjero de la Sociedad de Cirugía del Uruguay.

Dirección: 4, rue de la Chine F. 75020. París. (Dr. M. Huguier).

En la litiasis biliar, después de coledocotomía, varios procedimientos pueden ser empleados: el cierre simple, llamado coledocotomía ideal, la colocación de un tubo de Kehr, la realización de una anastomosis biliodigestiva sobre un asa yeyunal en Y o una anastomosis coledocoduodenal. Estos métodos pueden también asociarse a una esfinterotomía o a una esfinteroplastia.

Buenos resultados han sido obtenidos con estas operaciones^(1, 16). Sin embargo, muchas publicaciones incluyen en la población estudiada, enfermos que tienen otras afecciones además de una litiasis biliar^(6, 9, 16). Por esta razón, la interpretación de los resultados es a veces algo complicada. En otros estudios, el período de observación post operatorio es impreciso, lo que limita las conclusiones. Ello es así cuando la tasa de enfermos perdidos de vista supera el 10%^(12, 15).

Después de coledocotomía por litiasis biliar, nosotros hemos practicado fácilmente las anastomosis coledocoduodenales en los enfermos añosos, aún en ciertos casos en que la vía biliar principal estaba poco o nada dilatada. El objeto de este trabajo era apreciar los resultados de esas anastomosis coledocoduodenales en 77 enfermos operados de manera consecutiva y comparar su sobrevida con la de una población de igual edad y sexo.

PACIENTES Y METODOS

De 1968 a 1981, 626 operaciones por litiasis biliar han sido realizadas por uno de nosotros (MH). 77 de esos enfermos han recibido una anastomosis coledocoduodenal (12,3%). Anatómicamente, la mayoría han sido practicadas sobre el colédoco pero algunas han sido realizadas sobre el conducto hepático. Todos han sido reagrupados bajo la denominación de anastomosis coledocoduodenales. 58 enfermos eran mujeres y 19 hombres. Su edad iba de 56 a 93 años (media de 75 años, desvío estándar 7). 20 pacientes tenían más de 80 años. Seis habían sido colecistectomizados. 22 enfermos han sido operados con angiolitiasis, 19 con ictericia sin angiolitiasis y 36 tenían litiasis biliar sin infección ni ictericia. En 6 casos, la operación ha mostrado una fístula entre la vesícula biliar y el duodeno⁽⁴⁾ o el colon⁽²⁾. Seis enfermos tenían una pancreatitis aguda en el momento de la intervención. El diámetro de la vía biliar principal fue medida en todos los casos salvo en 10. Tenía de 0,4 a 4 cm (promedio 1,5; desvío estándar 0,6). Más de 2 cm en 22 casos, de 1 a 2 cm en 41 y menos de 1 cm en 8 enfermos.

Todos han recibido una colecistectomía. La anastomosis coledocoduodenal fue siempre realizada de la misma manera, en forma látero-lateral con puntos separados de seda, tratando de hacer un afrontamiento tan preciso como es posible de las mucosas duodenal y coledociana. Los nudos del plano posterior han quedado dentro de la luz anastomótica y lo del plano anterior por fuera de ella. La región subhepática fue drenada siempre con un Penrose.

Los pacientes han sido seguidos de 6 meses a 15 años (promedio 6,7 años; desvío estándar 3,6).

La sobrevida a distancia de la operación fue comparada a la sobrevida observada en la población francesa de igual sexo y edad.

RESULTADOS

RESULTADOS PRECOCES. Ha habido 2 decesos postoperatorios (2,6%). Una mujer de 89 años sufrió un paro cardíaco durante la inducción anestésica. Luego de ser reanimada, la operación pudo continuar. Murió 15 días después por severas complicaciones respiratorias. El otro deceso es el de una paciente de 85 años quien murió súbitamente 24 horas después de la cirugía. La autopsia no reveló la causa.

62 enfermos evolucionaron sin complicaciones (80%). 13 personas tuvieron complicaciones postoperatorias. En un caso hubo una fístula anastomótica que desapareció espontáneamente en 15 días. Las otras complicaciones fueron: absceso de pared (9 casos), infecciones pulmonares (2 casos) y una flebitis.

La duración media de hospitalización fue de 10 días (desvío estándar 2).

RESULTADOS A DISTANCIA. Dos enfermos fueron perdidos de vista. 25 han muerto a distancia de la operación. La autopsia no pudo ser realizada en todos estos enfermos pero ninguna de esas muertes parece estar ligada a la anastomosis coledocoduodenal. La mortalidad esperada en una población francesa similar sería de 29.

Dos enfermos tuvieron episodios de angiolitiasis, curada espontáneamente. Uno de ellos tenía, en la operación, una vía biliar principal de 1,2 cm de ancho. Presentó dolores en el hipocondrio derecho, ictericia y fiebre, un año después de la operación pero posteriormente no tuvo nuevos problemas durante 7 años.

El otro enfermo tenía una vía biliar principal de 1,4 cm. Tuvo 2 episodios dolorosos seis meses y dos años después, pero no tuvo problemas posteriores durante 6 años.

En estos dos casos, los estudios radiológicos y endoscópicos mostraron la anastomosis permeable y la vía biliar principal libre.

COMENTARIOS

Es difícil comparar los diferentes procedimientos que pueden ser utilizados después de una coledocotomía⁽¹⁶⁾. Nuestros resultados sugieren sin embargo, que la anastomosis coledocoduodenal es una técnica segura y eficaz en los enfermos añosos y que no parece disminuir las posibilidades de supervivencia de esos enfermos, a distancia de la operación.

En la valoración de los procedimientos que pueden ser utilizados luego de una coledocotomía, la mortalidad postoperatoria puede ser debida a la proporción de pacientes que presentan varios factores de riesgo. Así, Bismuth y col. no han observado ninguna muerte postoperatoria en 123 operados que recibieron una anastomosis hepaticoyeyunal en Y⁽¹⁾. El promedio de edad de éstos era de 51,5 años. En una serie reportada por Moesgard y col., de 49 operados que recibieron una anastomosis coledocoduodenal, hubo 2 muertes postoperatorias pero el promedio de edad era de 79 años⁽¹¹⁾.

Nuestros resultados, con 2 decesos postoperatorios (2,6%) y un promedio de edad de 75 años, se sitúan entre las dos series precedentes. Como en nuestros dos enfermos, las muertes postoperatorias son debidas a insuficiencia cardíaca o respiratoria^(5, 11).

En los enfermos que tienen factores de riesgo operatorio elevados, la esfinterotomía endoscópica es ciertamente preferible a la intervención quirúrgica, sobre todo si el enfermo está ya colecistectomizado, suprimiendo así todo riesgo de colecistitis.

En el estudio de la mortalidad operatoria de los diferentes métodos quirúrgicos después de colecistectomía, las esfinterotomías y esfinteroplastias entrañan ciertamente un riesgo letal específico de pancreatitis aguda, aún con casos variables de una serie a otra⁽⁸⁾.

En la evolución postoperatoria, el cierre simple o ideal del colédoco o el drenaje interno realizado por una anastomosis biliodigestiva, tienen la ventaja de no producir pérdida biliar externa, a la inversa de lo que ocurre con la colocación de un tubo de Kehr⁽¹³⁾. Por contrapartida, esos métodos tienen riesgo de provocar fístulas. No obstante, Lygidakis, en una serie de 342 anastomosis coledocoduodenales por litiasis, observó solamente una fístula, que curó espontáneamente como en

nuestro caso⁽⁷⁾. Entre los diversos métodos de derivación biliodigestiva, la anastomosis coledocoduodenal es ciertamente más rápida y fácil de realizar que una anastomosis sobre un ansa yeyunal en Y o una esfinterotomía^(7, 14, 16).

Después de una anastomosis coledocoduodenal látero-lateral, no hemos observado ningún caso en el cual la parte terminal de la vía biliar principal comunicante con el duodeno haya sido la causa de problemas. Como otros autores, no hemos encontrado observaciones bien documentadas probando que ese fondo de saco biliar sea la causa de complicaciones, en los casos donde ese mecanismo es invocado^(1, 5, 10, 16).

Las angiolitiasis son la principal complicación a distancia de esta cirugía⁽⁹⁾. Después de coledocotomía y drenaje externo con tubo de Kehr, la principal causa de angiolitiasis secundaria son las litiasis residuales o las recidivas; las primeras pueden ser reducidas y evitadas gracias a la coledoscopia operatoria y/o a los controles radiológicos que nos parece prudente hacer, aún después de coledoscopia. El mecanismo de angiolitiasis secundaria después de una anastomosis biliodigestiva es frecuentemente menos claro⁽¹⁾. Cuando se confecciona una anastomosis, el buen afrontamiento de las mucosas biliar y digestiva es verdaderamente el mejor método para evitar estenosis secundarias de la anastomosis, aún cuando la vía biliar esté poco o nada dilatada⁽¹⁾. Nuestra experiencia indica que, en esos casos, es en efecto posible realizar una anastomosis con buenos resultados⁽²⁾. Si una estenosis anastomótica sobreviene, sus consecuencias son probablemente menores después de una anastomosis látero-lateral que de una anastomosis terminal sobre la vía biliar. Es posible que ciertas anastomosis coledocoduodenales que hemos realizado sobre vías biliares finas y libres se hayan estenosado secundariamente; el circuito biliar es entonces espontáneamente normal. Por el contrario, las anastomosis coledocoduodenales tienen un riesgo específico de migración de cuerpos extraños alimentarios hacia la vía biliar principal. Esta es, posiblemente, la explicación de los episodios de angiolitiasis en nuestros 2 enfermos, en los cuales la anastomosis estaba permeable en los controles endoscópicos.

El estudio prospectivo controlado sobre esos métodos ha mostrado que la anastomosis coledocoduodenal entraña menor mortalidad operatoria, menor índice de complicaciones y de reintervenciones que la esfinterotomía o la colocación de un tubo de Kehr⁽⁸⁾.

No obstante, la realización de una anastomosis coledocoduodenal es ciertamente inútil en

numerosos casos en los cuales el resultado del drenaje externo es excelente⁽¹⁴⁾. Además, ella puede ser peligrosa e inútil si la vía biliar es fina y sus paredes delgadas.

CONCLUSIONES

En conclusión, nosotros proponemos, como Vogt y col., que no debe haber dogmas en la manera de terminar una coledocotomía por litiasis⁽¹⁶⁾. El riesgo de pancreatitis aguda luego de esfinterotomía nos debe hacer reservarla para la extracción de un cálculo enclavado en la papila.

En los enfermos de menos de 70 años, drenamos la vía biliar principal mediante un tubo de Kehr, en los casos en que ha sido necesario abrirla, es decir, cuando la litiasis no ha podido ser removida por el conducto cístico.

En esos enfermos, la indicación de una anastomosis biliodigestiva es la existencia de un obstáculo asociado, sea tumoral o inflamatorio, del colédoco bajo. Esta anastomosis es indicada también como procedimiento de seguridad en los casos de empedrado de la vía biliar principal dilatada, con litiasis intrahepática, lo que no es habitual en Francia.

En esos pacientes de menos de 70 años, preferimos la anastomosis sobre un asa yeyunal en Y, debido al peligro de migración de cuerpos extraños alimentarios.

En los enfermos añosos, nuestros resultados sugieren que la anastomosis coledocoduodenal puede ser considerada como un procedimiento de elección para terminar una coledocotomía, aún si la vía biliar principal no está dilatada. Ella tiene la ventaja de demandar poco tiempo y permite, en esos pacientes, saltar exámenes endoscópicos y/o radiológicos durante la operación.

Debe ser evitada por supuesto, si es difícil de realizar, situación que se presenta en ocasiones cuando el campo operatorio es profundo y cuando la vía biliar es fina. En esos casos, como en el adulto más joven, drenamos entonces al vía biliar con un tubo de Kehr.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BISMUTH H., FRANCO D., CORLETTE M.B. — Long term results of Roux-en-Y hepatico-jejunostomy. *Surg. Gynecol. Obstet.* 146: 161, 1978.
2. DE ALMEIDA A.M., CRUZ A.G., ALDEIA J.F. — Side-to-side choledocoduodenostomy in the management of choledocholithiasis and associated disease. *Am. J. Surg.* 147: 253, 1984.
3. DEGENSHEIN G.A. — Choledochoduodenostomy: an 18 years study of 175 consecutive cases. *Surgery* 76: 319, 1974.
4. INSERM. — Statistiques des causes medicales de deces. *Resultats. Paris, INSERM, 1974, t.1.*
5. JOST J.L., VAYRE P. — Les suites proches et lointaines de l'anastomose coledoco-duodenale au cours du traitement chirurgical de la lithiase biliaire. *J. Chir.* 112: 209, 1976.
6. LATASTE J., CZYGLIK J. — Les anastomoses coledocoduodenales externes pour lesions benignes biliaires ou pancreatiques. A propos de 200 cas. *J. Chir.* 105: 25, 1973.
7. LYGIDAKIS N.J. — Choledochoduodenostomy in calculous biliary tract disease. *Br. J. Surg.* 68: 762, 1981.
8. LYGIDAKIS N.J. — A prospective randomized study of recurrent choledocholithiasis. *Surg. Gynecol. Obstet.* 155: 679, 1982.
9. MADDEN J.L., CHUN J.Y., KANDALAF T., PAREKH M. — Choledocoduodenostomy. An unjustly maligned surgical procedure? *Am. J. Surg.* 119: 45, 1970.
10. MAILLET P., CHABL J., BOULEZ J., BARBIER B., SAUMA A., BAULIEUX J. — Les resultats des anastomoses coledoco-duodenales dans la lithiase biliaire. *Ann. Chir.* 31: 229, 1977.
11. MOESGAARD F., NIELSEN M.L., PEDERSEN T., HANSEN J.B. — Prospective choledochoduodenostomy in multiple common duct stones in the aged. *Surg. Gynecol. Obstet.* 154: 232, 1982.
12. PARC R., GILLON J.F., HUGUET C., MALAFOSSE M., LOYGUET J. — Reevaluation des resultats immediats et lointains de la choledoco-duodenostomie. *Gastroenterol. Clin. Biol.* 8: 3A (résumé), 1984.
13. RICHELME H., BOURGEON A., CANDAU A., FERRARI C., COLOMBE P., BARRAYA L. — Notre experience de la choledocotomie ideale. A propos de 80 observations. *Chirurgie* 103: 824, 1977.
14. SCHEIN C.J., SHAPIRO N., GLIEDMAN M.L. — Choledochoduodenostomy as an adjunct to choledocholithotomy. *Surg. Gynecol. Obstet.* 146: 25, 1978.
15. TENIERE P., BRIDOUX J., TESTART P., JOUANNEAU P. — Resultats lointains des anastomoses choledochoduodenales dans la lithiase biliaire. *J. Chir.* 119: 211, 1982.
16. VOGT D.P., HERMANN R.E. — Choledochoduodenostomy or sphincteroplasty for biliary and pancreatic disease. *Ann. Surg.* 193: 161, 1981.