

# ***Estenosis tardía de hepaticoduodenostomía A propósito de 5 casos***

Dres. Alberto Beguiristain<sup>1</sup>, Gabriel Pombo<sup>2</sup>, José Luis Palacios<sup>3</sup>,  
Luis Martín<sup>3</sup>, Raúl C. Praderi<sup>4</sup>

## **Resumen**

*Se presentan 5 observaciones de hepaticoduodenostomías estenosadas, realizadas por otros cirujanos para tratar lesiones iatrogénicas de la V.B.P. Todos los enfermos llevaban más de tres años de operados, dos de ellos habían pasado 20 y 25 años sin ictericia.*

*El tratamiento efectuado consistió en hepaticoyeyunostomía en 3 casos, hepaticoduodenostomía más antrectomía en 1 caso y calibrado y antrectomía Billroth II en otro. Este fue el único paciente que falleció a los 40 días de operado, aunque había aclarado la ictericia, por el desarrollo de una hemólisis pertinaz y gastritis hemorrágica al suprimir el tratamiento con bloqueadores H<sub>2</sub>.*

**Palabras clave:** Duodeno. Hígado. Vías biliares.

## **Summary**

*The authors present 5 cases of stenosed HD which had been performed by other surgeon in ordre to treat iatrogenic lesions ov the main biliar viae.*

*All patients had been operated on more than three years before, and two of them had lived 20 and 25 years without jaundice.*

*Treatment consisted of hepatico-jejunosotomy in 3 cases, hepaticoduodenostomy in 1 case and calibrating and Billroth II antrectomy in another. This was the only patient that died 40 days after the operation, although jaundice had cleared, due to the development of persistent hemolysis and hemorrhagic gastritis after supression of treatment with H<sub>2</sub> blocking agents.*

## **Introducción**

Poco tiempo después de iniciada la cirugía de la litiasis biliar, empezaron a aparecer lesiones iatrogénicas de la vía biliar principal después de la colecistectomía.

Como en ese momento la cirugía del colédoco prácticamente no había comenzado, los cirujanos para resolver las fístulas biliares externas comenzaron a efectuar anastomosis del muñón hepático con el duodeno pues era la más fácil de realizar.

Es decir, la cirugía de la vía biliar principal empezó con la iatrogenia quirúrgica. Existía entonces un gran temor de abrir el colédoco por el riesgo de peritonitis biliar.

Kummel había perdido un enfermo en 1884. Por esta razón aconsejó a los cirujanos no tocar jamás el colédoco. La primera coledocotomía fue recién efectuada en 1890 por Courvoisier<sup>(1)</sup>.

Si bien las anastomosis biliodigestivas ya se hacían con la vesícula<sup>(1)</sup>, desde 1882 (Winiwarter y Gersuny), los cirujanos preferían anastomosar el hepático con el sector más accesible del tubo digestivo que era la primera porción del duodeno. En nuestro país se hacía lo mismo como lo señaló en 1946 Stajano<sup>(2)</sup>. Varios de nuestros pacientes habían sido operados en las décadas del 40 y el 50.

## **Casuística**

En los últimos 22 años uno de nosotros (R.P.) tuvo que tratar a 5 pacientes operados por otros colegas que seccionaron la vía biliar principal en 1943, 1955, 1961, 1974 y 1977.

Cuatro de ellos habían sido tratados en la misma operación con anastomosis del muñón hepático sobre el duodeno.

La quinta paciente había sido reoperada después por otro cirujano que la reintervino 2 veces por estenosis de sus propias anastomosis.

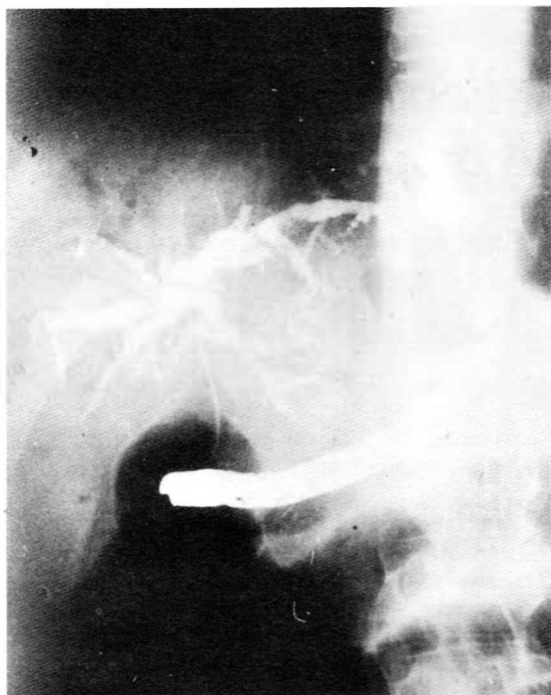
Relataremos las historias:

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "3" (Director Prof. Raúl Praderi) Facultad de Medicina, Hospital Maciel, Montevideo.

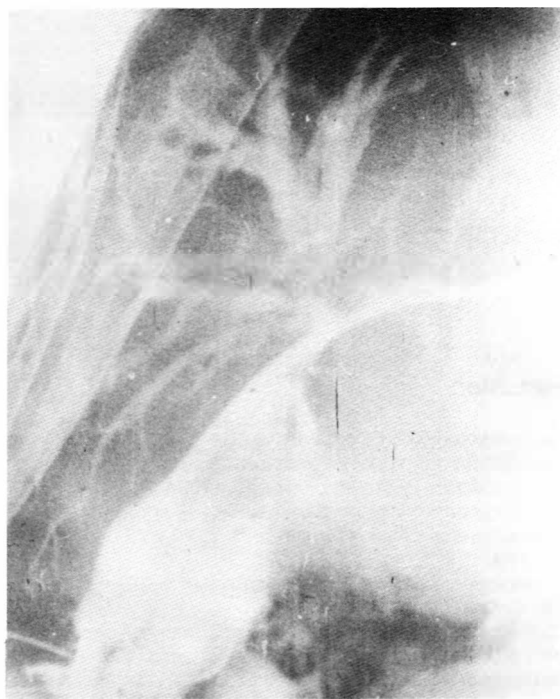
1. Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica. 2. Asistente. 3. Residentes. 4. Prof. de Clínica Quirúrgica.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 4 de noviembre de 1987.

**Correspondencia:** Dr. Raúl Praderi.  
Luis P. Ponce 1337/502, Montevideo.



**Figura 1.** Colangiografía retrógrada endoscópica a través de la anastomosis hepático-duodenal estenosada.



**Figura 2.** Colangiografía a través del beniqué con el que se ha dilatado la estenosis de la hepaticoyeyunostomía.

**Caso 1.** A.F. Mujer procedente de Montevideo. En 1943 durante una colecistectomía se le seccionó la vía biliar principal, practicándosele una hepaticoduodenostomía. Pasó bien 19 años, al cabo de los cuales inició su ictericia.

El 1 de setiembre de 1965 es reintervenida, con extracción de molde de cálculos casi total de los canales biliares intrahepáticos <sup>(3)</sup>.

Se realizó: disección intraparenquimatosas, se practicó un orificio de 4 cm de largo en el hepático derecho llegando hasta sus ramas de origen.

Se prolongó también sobre el hepático izquierdo y el común quedando un orificio en Y, se suturó allí el extremo de un asa de Roux. La vieja anastomosis con el duodeno que tenía una pequeña luz, no se deshizo.

Se dejó un tubo transhepático izquierdo transtanastomótico. La colangiografía no mostró cálculos y el árbol biliar perdió calibre, pero la ictericia tardó en desaparecer porque la enferma desarrolló una cirrosis biliar.

En 1967 es reintervenida, realizándosele una derivación: anastomosis espleno-renal distal <sup>(4)</sup>.

Pasó 6 años sin ictericia, 4 luego de la derivación portal y falleció en 1971 en coma hepático por su cirrosis.

**Caso 2.** B.P. Mujer procedente de Treinta y Tres. En 1961 en el curso de una colecistectomía se le seccionó el colédoco. Es reintervenida en tres oportuni-

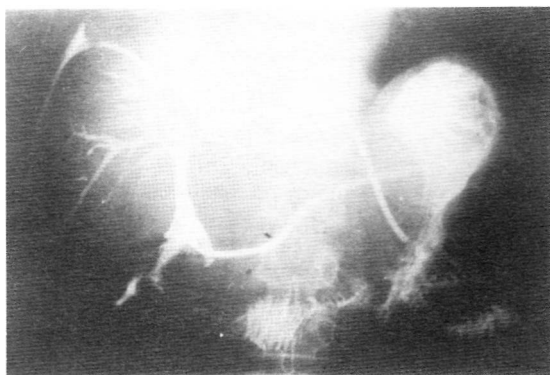
dades: julio de 1961, hepaticoduodenostomía, se estenósó; febrero de 1962, nueva hepaticoduodenostomía, se estenósó; agosto de 1963 se realizó antrectomía con el fin de desfuncionalizar el duodeno. En abril de 1964 persiste la obstrucción total de la anastomosis, es reintervenida por uno de nosotros (R.C.P.) realizándosele nueva anastomosis bien amplia y se dejó un tubo transhepático doble (en gamma) transtanastomótico que se retiró al año <sup>(6)</sup>. Aclaró la ictericia rápidamente (llevaba 3 años ictericia).

Evolución: lleva 24 años de operada, reside en la ciudad de Artigas. La hemos visto recientemente y está muy bien.

**Caso 3.** M.C. Mujer procedente de Montevideo. En 1974 se le seccionó el colédoco realizándosele una hepaticoduodenostomía en la misma intervención. Instala inmediatamente ictericia con cirrosis biliar y xantomas cutáneos en los pliegues de flexión y párpados. Pasa 3 años ictericia.

En 1977 es reintervenida hallando una estenosis de la hepaticoduodenostomía. Se realizó hepaticoyeyunostomía con intubación transhepática transtanastomótica. Se retiró el tubo a los 30 días. Evolución: luego de 10 años es muy buena.

**Caso 4.** M.B. Hombre procedente de Buenos Aires. En 1977 le seccionan el colédoco en el curso de una intervención sobre vías biliares. Se le reconstruyó haciéndole una hepaticoduodenostomía que se



**Figura 3.** Colangiografía posoperatoria del caso anterior después de la antrectomía. Se aprecian los tubos transhepáticos en doble O sobre todo el izquierdo que sale por el muñón duodenal.

estenosó. El paciente consultó en Inglaterra donde rehusaron ofrecerle alguna solución quirúrgica. Continúa con episodios de ictericia intermitente y colangitis a los 6 años de operado.

En 1983 es reintervenido realizándosele recalibrado de la hepaticoduodenostomía y antrectomía (Técnica de Bancroft) con intubación transhepática transanastomótica con tubos en doble O (Figuras 1, 2, 3). En el posoperatorio desarrolla un síndrome hemolítico. Se le retiró el tratamiento con cimetidina ya que los gastroenterólogos tratantes consideraron que podía ser la cimetidina la causa de la hemólisis.

Se traslada a Buenos Aires donde hace una hemorragia digestiva falleciendo a los 40 días de la primera operación.

**Caso 5.** R. de V. Procedente de Artigas. En 1955 es intervenido por quiste hidático hepático en Montevideo (Hospital Militar). En 1956 es reintervenido por ictericia, por "fibrosis de colédoco". Se le realizó una derivación biliodigestiva (hepaticoduodenostomía). Pasa bien 25 años al cabo de los cuales comienza con episodios de ictericia y colangitis.

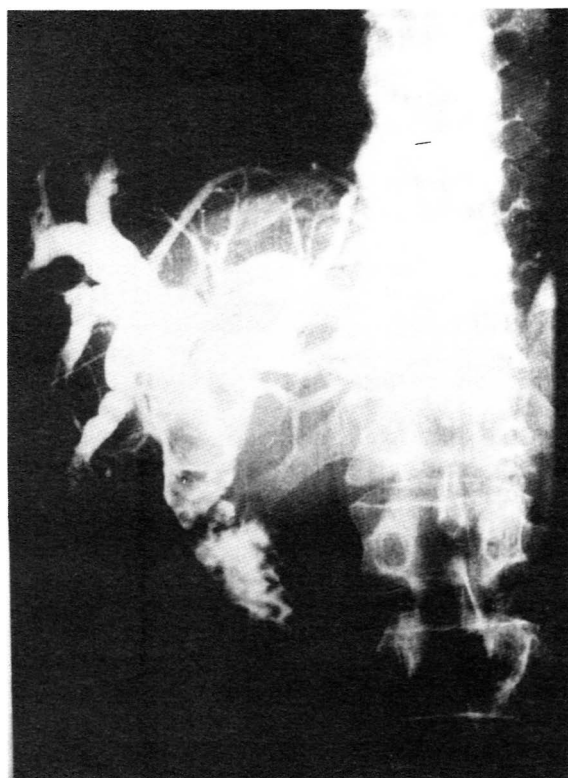
En 1983 es reintervenido (R.C.P. y A.B.) constatándose estenosis de la coledocoduodenostomía y litiasis pigmentaria de ambos hepáticos (figura 4). Se efectuó una hepaticoyeyunostomía con asa diverticular sin calibrar que evoluciona sin incidentes.

Evolución: excelente, fue controlado hace poco tiempo.

### Comentario

En los cinco pacientes que presentamos la situación clínica fue diferente. Dos vivieron muchos años con su hepaticoduodenostomía funcionando (19 y 25 años).

La primera paciente fue reoperada por uno de nosotros (R.C.P.) en 1963, figura en varias publica-



**Figura 4.** Colangiografía transhepática preoperatoria del caso N° 5. Se aprecia la gran dilatación de los hepáticos y los cálculos intrahepáticos pigmentarios. Se ve la estenosis del hepático y el pasaje filiforme al duodeno.

ciones nuestras de estenosis biliar, pero como tenía una cirrosis desarrolló una hipertensión portal y fue necesario realizarle una anastomosis espleno-renal (1967) que funcionó durante varios años<sup>(5-7)</sup>. Fue la primera vez en nuestro país que se efectuaron ambas operaciones sucesivas con sobrevida. Falleció a los seis años en coma hepático.

El segundo enfermo sobrevivió 27 años y tenía un empedrado biliar por encima de la anastomosis, lleva 4 años de operado y está bien (no tenía cirrosis).

Ambos pacientes fueron resueltos con hepaticoyeyunostomía.

Decíamos<sup>(7)</sup> en 1977 a propósito de estos pacientes:

"No realizamos más anastomosis hepático-duodenales término-laterales, como hace Almasqué<sup>(8)</sup>, basado en su dominio del hepático izquierdo, por los graves riesgos de peritonitis en caso de falla de sutura, y de angiocolitis en las estenosis que señalábamos en 1972. Actualmente muy pocos cirujanos practican esta operación en patología iatrogénica".

Los otros tres pacientes tuvieron estenosis de la anastomosis casi desde el principio, seguramente los

cirujanos anastomosaron la fístula del hepático sobre el muñón sin ampliar el orificio sobre el hepático izquierdo. Las tres historias son muy interesantes. La primera (B.P.) fue operada tres veces por el profesor Juan O. Del Campo y otras tantas veces se volvió a estenotar por lo cual le indicó al doctor Valls que le efectuara una antrectomía Billroth II para que no hubiera tránsito, pero la enferma siguió ictericia, siendo transferida a la Clínica Semiológica por su cirrosis, sin intenciones de operarla.

El doctor Arcos Pérez, gastroenterólogo tratante nos consultó sobre la posibilidad de reoperarla. Así lo hicimos con el doctor Valls y la enferma ya tenía una cirrosis biliar incipiente, continúa viva 23 años después.

Otra de nuestras pacientes (M.C.) planteó un problema de conducta médica pues el cirujano que la operó seccionando el colédoco practicó una anastomosis hepaticoyeyunal que se estenotó enseguida, pero lo más grave fue que le dijo a la enferma que iba a quedar amarilla el resto de sus días. Por esa razón recién 3 años después se enteró la familia que había posibilidades de operarla.

Cuando fue vista por uno de nosotros tenía xantomas en los párpados, en los pliegues de flexión de los dedos y antebrazos. La operación fue muy simple, lleva 10 años de operada y está muy bien.

Más interesante aún es el tercer caso; se trata de un paciente argentino que nos envió el doctor Findor el cual lo trataba como gastroenterólogo. La estenosis se desarrolló enseguida, pero nos trajo una colangiografía endoscópica retrógrada en la que se había pasado un pequeño catéter drenando la vía biliar a través de un trayecto filiforme. Este paciente tenía una colangitis a empujes cada vez más prolongados e intensos.

Había viajado a Inglaterra a reoperarse, pero los colegas británicos no aconsejaron la intervención.

Fue posible dilatar la anastomosis y calibrarla, pero el enfermo desarrolló una hemólisis grave en el posoperatorio de la cual mejoró algo. Los drenajes funcionaban perfectamente y la ictericia había aclarado, pero falleció a los 40 días de operado por una hemorragia ulcerosa.

## Discusión

La hepaticoduodenostomía es un viejo procedimiento derivativo sustentado por dos virtudes: facilidad y rapidez en su ejecución sobre todo cuando no se encuentra el cabo distal de la vía biliar, después de lesiones operatorias del hepático.

Muchos cirujanos basados en las ventajas de la coledocoduodenostomía piensan que la hepaticoduodenostomía es similar o equivalente, pero hay razones anatómicas y fisiopatológicas que hacen al hepático común diferente al colédoco.

El hepático común tiene poco calibre frecuentemente como consecuencia de una fístula biliar externa o interna, además sus paredes son finas y fácilmente se ven invadidas por fibrosis hepática y pedicular, todo lo cual ahoga la anastomosis.

Su principal ventaja es que si se produce una falla de sutura se forma una doble fístula biliar y digestiva que provoca graves complicaciones locorregionales.

Las estenosis inmediatas y tardías son frecuentes. No siempre se puede confeccionar una anastomosis hepaticoduodenal con más de 2 cm. de boca anastomótica, lo que asociado al reflujo bilio-digestivo precipita frecuentes episodios de colangitis como así también ictericia.

Algunos cirujanos defensores de la hepaticoduodenostomía como Almasqué Dedeu en Argentina<sup>(8)</sup>, perfeccionaron el procedimiento aplicando variaciones técnicas.

Basados en los trabajos de Hepp-Couinaud<sup>(9)</sup> utilizan el hepático izquierdo para ensanchar la anastomosis, evitando así las estenosis.

Otros artificios han sido el uso de tubos tutores transanastomóticos, perdidos (Cattell, Lahey)<sup>(7)</sup> ya sea a la Witzel o Voelker, pero los mismos se salen o se obstruyen con barro biliar como lo señala Warren<sup>(10)</sup>.

El uso de tubos calibradores transhepáticos es también más difícil en las anastomosis duodenales.

En la literatura contemporánea nadie más ha escrito sobre esta operación, pero hemos creído de interés mostrar estas observaciones por los problemas tácticos que nos plantearon.

Dos de nuestros pacientes habían sobrevivido mucho tiempo, 20 y 25 años con su anastomosis funcionando, ambos tenían litiasis pigmentaria por encima de la anastomosis, los 2 se resolvieron con hepaticoyeyunostomía, uno de ellos tenía cirrosis irreversible con hipertensión portal que requirió una derivación espleno-renal, pero sobrevivió 6 años a nuestra operación.

El otro paciente lleva 4 años y está bien. Dos de nuestros enfermos llevaban 6 y 3 años de estenosis con ictericia, uno de ellos haciendo empujes de colangitis resistentes cada vez a mayor número de antibióticos. La primera fue reparada con una hepaticoyeyunostomía con la cual curó y el segundo paciente que estaba en malas condiciones, preferimos calibrarla con tubos transhepáticos transanastomóticos, efectuando una exclusión duodenal con Billroth II.

La otra enferma a la cual ya se le había realizado una exclusión fue reparada realizando una nueva hepaticoduodenostomía bien amplia calibrando la anastomosis.

## Bibliografía

1. Praderi R. Cien años de Cirugía Biliar. Cir. Uruguay 1982; 52: 1.
2. Stajano C. Heridas operatorias de los canales biliares y la vía biliar principal. Bol. Soc. Cir. Uruguay 1946; 17: 343.

3. **Praderi R.** Reintervenciones por fístulas y estenosis biliares altas. Congreso Uruguayo de Cirugía, 14; Montevideo, v. 2. p. 159.
4. **raderi R, Delgado B, Ferraz J, Larre Borges U.** Hipertensión portal y estenosis biliar. *Día Med. Urug.* 1968; 34: 273.
5. **Praderi R.** Lesiones por el acto operatorio en la colecistectomía. *Prensa Med Argent.* 1965; 52: 1989.
6. **Praderi R.** Tratamiento de las heridas de vías biliares y sus secuelas. Congreso Uruguayo de Cirugía, 19º Montevideo, 1968, v. 2 p. 141–55.
7. **Praderi R, Mazza M, Gómez Fossati C, Estefan A.** Tratamiento de las lesiones iatrogénicas de la vía biliar principal. *Cir. Uruguay* 1978; 48: 108.
8. **Almasque Dedeu R.** Le traitement des rétrécissements traumatiques post-opérateiros de l'Hépto-cholédoque. *Lyon Chir* 1977; 73: 357.
9. **Hepp J. Couinaud C.** L'abord et l'utilisation du canal hépatique gauche dans la réparation de la voie biliaire principal. *Presse Méd.* 1956; 64: 1947.
10. **Lahey FH.** Technic of repair of structures of bile ducts. *Surg Clin North Am* 1951; 31: 719.