

# Asa de Praderi modificada como acceso fácil y permanente a la anastomosis biliodigestiva

Dres. Néstor Campos Pierri<sup>1</sup>, Zully Alvez<sup>2</sup>, Bernabé Bentancur<sup>3</sup>

## Resumen

Se reporta una reconstrucción coledociana por medio de una anastomosis bilio digestiva utilizando un asa yeyunal desfuncionalizada tipo Praderi modificada dejando al estoma del asa aferente en el celular subcutáneo, lo cual permite un acceso rápido, simple y reiterado en caso de estenosis para su solución instrumental de dilatación.

**Palabras clave:** Intestino. Técnicas quirúrgicas. Vías biliares.

## Summary

The author presents a choledochal reconstruction by means of a biliodigestive anastomosis using a defunctionalized jejunal ansa of the modified Praderi type leaving the ansa stoma in the subcutaneous, which make possible a quick, simple and iterative access in case of stenosis for instrumental dilatation.

## Introducción

La utilización de las asas yeyunales para la reconstrucción del tubo digestivo y de la vía biliar lleva casi un siglo de su conocimiento <sup>(1)</sup>.

Las asas yeyunales en el transcurso del tiempo se las ha ido modificando, tratando de simplificar y adaptarlas a los procedimientos quirúrgicos <sup>(1)</sup> para los cuales fueron confeccionadas.

Nosotros creemos al igual que otros autores <sup>(1,2)</sup> que el asa de Praderi reúne la simplicidad y el escaso riesgo de isquemia, permitiendo un procedimiento

que asegura definitivamente la detransición del asa montada.

Es el procedimiento que usamos siempre que necesitamos un asa desfuncionalizada <sup>(3,4)</sup> y además pensamos que el cirujano debe acostumbrarse a manejar una de estas asas, a efectos de adquirir mayor experiencia en su montaje.

En las anastomosis bilio digestivas uno de los problemas que surgen en la evolución es la posibilidad de estenosis, complicación ésta que se debe evitar o tratar ya que va contra una de las reglas <sup>(5)</sup> de la cirugía biliar que es la permeabilidad longitudinal.

Su prevención utilizando drenajes calibradores o su corrección posterior obliga a procedimientos más o menos complejos con morbilidad.

Estos elementos ha llevado a diferentes autores a buscar una solución realizando una variante a efectos de tener un acceso fácil, permanente y con posibilidad de reiteración, a la anastomosis bilio digestiva, que permite su estudio y dilatación instrumental de la estenosis si ésta se produce o recidiva <sup>(6-12)</sup>.

La mayoría utiliza asa en Y de Roux con el asa ciega dejada en el celular o fija a la pared abdominal referada con clips metálicos y a su través llegan a la anastomosis bilio digestiva.

En nuestro medio y según nuestro conocimiento, hay publicado un trabajo experimental de Girardi y colaboradores <sup>(6)</sup> y un trabajo clínico de Corradi <sup>(7)</sup> y colaboradores utilizando Y de Roux.

Nosotros en la presente publicación proponemos una variante al asa de Praderi, como luego describimos, con ese mismo fin.

Además este caso nos pareció interesante su presentación porque fue a consecuencia de una lesión quirúrgica coledociana, siendo ésta: 1) causa principal de estenosis benigna de las vías extrahepáticas <sup>(13-14)</sup>, 2) porque la estenosis traumática del colédoco constituye una complicación grave de la cirugía biliar <sup>(15,16)</sup>, 3) porque la mayoría de las veces estas lesiones traumáticas se producen durante una colecistectomía <sup>(17)</sup>, cirugía frecuente en nuestro medio, por lo

1. Coordinador Ciclo Clínico Patológico Fac. de Medicina. Salto. Cirujano MSP Hospital Regional Salto. 2. Médico Residente Hospital Regional Salto. 3. Ex Residente Cirugía MSP. Presentado a la Sección de la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 5 de agosto de 1990.

**Correspondencia:** Dr. Néstor Campos Pierri  
Artigas 1031 (50.000). Salto. Uruguay.

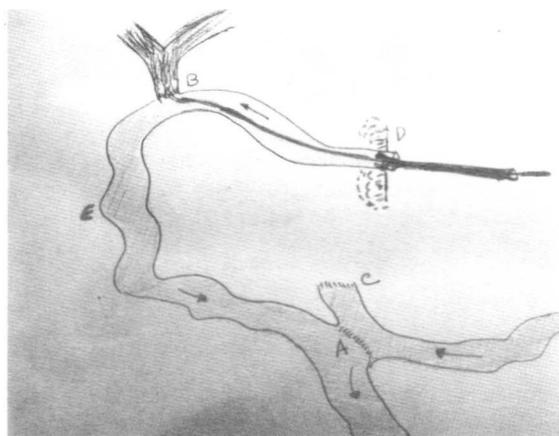


Figura 1

cual todo cirujano debe conocer el tema ya que puede tener que enfrentarse con dicha situación.

### Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 62 años, el 20 de junio de 1986 durante una colecistectomía laboriosa es seccionado el colédoco en su totalidad, siendo solicitada la colaboración de nuestro equipo para la solución de dicha complicación.

La situación anatómica era la vesícula extirpada, cística ligada, colédoco seccionado totalmente inmediatamente por encima de la desembocadura del cístico (donde termina el hepático común), el sector distal era un pequeño muñón yuxta duodenal con elementos regionales que evidenciaban fibrosis y adherencias periviscerales marcadas. La posibilidad de una sutura término-terminal fue descartada por la distancia entre los dos cabos y porque no había una dilatación de la vía biliar principal. Se decidió una anastomosis biliodigestiva sobre asa yeyunal desfuncionalizada, utilizando para dicho fin el asa de Praderi. Se localizó las primeras asas yeyunales, se practicó primero una anastomosis laterolateral yeyuno-yeyunal (Figuras 1-a) con Vicryl 2-0. Posteriormente se realizó la anastomosis hepático yeyunal (Figura 1-b) término-lateral con Vicryl 4-0, dejando el asa eferente larga de unos 50 cm. El asa proximal a la anastomosis biliodigestiva se secciona, el muñón principal se cierra (Figura 1-c) y el distal, aferente a la hepaticoyeyunal (Figura 1-d) se deja en el celular subcutáneo cerrado sobre una sonda Pezzer la cual en su interior dejamos un catéter PVC que lo llevamos hasta la anastomosis para su estudio posterior. Dejamos además un drenaje, al acecho, cerca de la anastomosis biliodigestiva que sacamos contra-apertura.

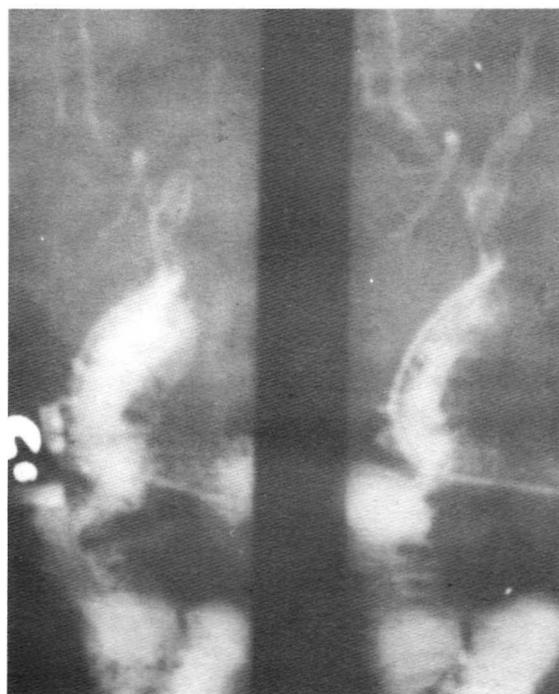


Figura 2



Figura 3

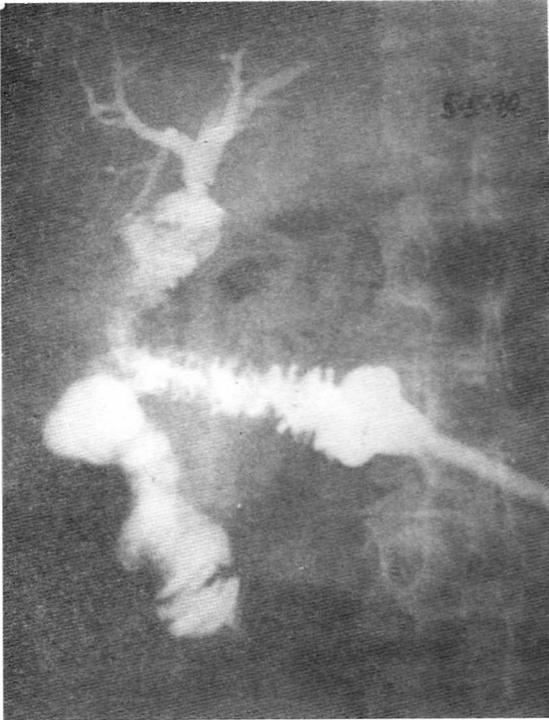


Figura 4

La evolución posoperatoria fue excelente, le realizamos el primer control el 1 de julio de 1986 a los 10 días de la operación (Figura 2). Dejando la sonda Pezzer 7 meses; el 9 de octubre de 1986 le realizamos un nuevo control radiológico contrastado no observándose ni estenosis ni dilatación del árbol biliar (Figura 3).

A los 14 meses (4 de junio de 1987) la paciente estaba asintomática, funcional hepático normal, le realizamos una colecentellografía en donde a los 40 y 70 minutos se observaba una vía biliar permeable, plantándose una pequeña acumulación del redionúclido en el hígado.

El 5 de mayo de 1990, a los 4 años y dos meses, se decidió estudiar a la paciente ya que presentaba síntomas digestivos inespecíficos, Funcional hepático normal.

Se realizó descubierta del asa aferente a la anastomosis biliodigestiva que estaba en el celular subcutáneo por debajo de la cicatriz y se colocó una Pezzer realizándole una colangiografía (Figura 4) que no evidenció estenosis. Si hubiera estado estenótica la anastomosis se podría a través de este acceso realizarle una dilatación con un fibroscopio u otro instrumento adecuado.

Luego que retiramos la Pezzer presentó pequeña bilirragia por la fístula que se solucionó con una curación compresiva, por lo cual se puede si se

quiere, dejar esta asa un poco más larga a efectos de evitar el reflujo de bilis a la piel una vez que se retira la sonda Pezzer.

Es decir que este montaje permite estudiar a la enferma en caso de necesidad y si se producía estenosis dilatar la anastomosis sin necesidad de una compleja intervención quirúrgica y todas las veces que sean necesarias en el transcurso de la vida del enfermo.

## Comentarios

La modificación del asa defuncionalizada de Praderi al dejar un estoma en el subcutáneo permite un acceso fácil, permanente a la anastomosis bilio digestiva y al árbol biliar, permitiendo un manejo no operatorio de los problemas crónicos y recurrentes del tracto biliar.

Varias patologías pueden tener una indicación precisa de este procedimiento: estenosis benigna de los conductos hepáticos por trauma o enfermedad, colangitis esclerosante <sup>(6,7,18,19)</sup>, litiasis biliar intra hepática <sup>(7,11)</sup>.

Se señala que entre 15–35% de los pacientes operados por estenosis posquirúrgicas necesitarán un procedimiento correctivo <sup>(6)</sup>.

Lo que nos planteamos es si este procedimiento no se debe hacer más rutinariamente cuando indicamos una anastomosis bilio digestiva con una asa yeyunal defuncionalizada.

A través del abordaje sencillo del estoma, permite la introducción de sondas a efectos de estudios radiológicos y en caso de estenosis realizar la dilatación con tubos de tipo Grunzing N° 10 <sup>(6)</sup>, utilización de fibroscopios <sup>(9)</sup>, etc.

Además estas maniobras se pueden repetir todas las veces necesarias en la vida del paciente.

El estoma dejado en el celular se lo maneja igual que una ostomía biliar cualquiera. Al retirar el tubo de tipo Pezzer que dejamos para el estudio radiológico, existe una bilirragia que con una curación compresiva desaparece.

Por el peristaltismo del asa y para evitar la bilirragia se puede dejar una mayor distancia entre el estoma subcutáneo y anastomosis bilio digestiva.

Hay autores <sup>(6)</sup> que fabrican sistemas valvulares, y en nuestra muy modesta experiencia pensamos que no son necesarios, y creemos que son perjudiciales para el manejo instrumental superior. Con respecto a la reparación de la vía biliar principal como en el caso relatado, recordemos que se puede realizar de varias maneras:

- 1) Sutura directa sobre el tubo de Kehr.
- 2) Anastomosis término terminal sobre tubo.
- 3) Anastomosis bilio digestiva: sobre duodeno o yeyuno (asa defuncionalizada).

La elección dependerá en cada caso sobre todo de la situación anatómica, proximidad y aspectos de los casos. Pero es importante señalar las ventajas que ofrece el yeyuno como órgano para las anastomosis bilio digestiva: siempre está disponible, fácil manejo quirúrgico, permite desplazarlo, posibilita efectuar diversos montajes de acuerdo a la situación clínica y en caso de dehiscencia la fístula será biliar pura.

La evolución alejada de las hepático-yeyunotomías están signadas por la posibilidad de un enfemosis <sup>(15)</sup> que con este montaje de Praderi modificado y en base a lo expuesto se solucionaría el problema.

## Bibliografía

1. **Baldizán J, González J, Armand Ugón A, Perdomo M, Juambeltz C.** Variaciones técnicas de las asas yeyunales diverticulares. *Cir Uruguay* 1986; 56 (1): 53: 6.
2. **Estefan A, Cardozo T, Baldizan J, Olmedo M, Di Donna B, Acosta F.** Resultados obtenidos con el asa yeyunal diverticular de Praderi en anastomosis bilio digestivas. *Cir Uruguay* 56(1): 50-2.
3. **Campos Pierri, N et al.** Síndrome de Zollinger Ellison. *Gastrinoma de Pancreas. Cir Uruguay* 1986; 56(2-3): 96.
4. **Campos Pierri, N et al.** Vólvulo agudo estómago. *Necrosis total gástrica. Cir Uruguay* 1986; 56 (4-5): 262.
5. **Praderi R.** Las cuatro reglas de la cirugía biliar. Editorial publicada en *Cirugía Española* 1988.
6. **Barker E, Winkler M.** Permanent-accessos hepaticojejunostomy. *Br J Surg* 1984. 71 (march): 188-92.
7. **Corradi D, Bounous M, Carrerou LA.** Acceso permanente de anastomosis hepático-yeyunales. *Cir Urug* 1990 60 (1-3): 76.
8. **Girardi G, Terra F, Langenhin R, et al.** Acceso simple y reiterado a las anastomosis bilio digestivas. *Cir Uruguay* 1987; 57(4-5): 147-8.
9. **Hutson DG, Russels E, Schiff E, Levi J, Jeffers L, Zeffia R.** Balloon dilatation of biliary strictures through a choledochojejuno cutaneous fistula. *Ann Surg* 1984; 199: 637-47.
10. **Krige JE, Bornman PC, Harries-Jones EP, Terblanche J.** Modified hepaticojejunostomy for permanent biliary access. *Br J Surg* 1987 74(July): 612-13.
11. **Manenti A.** Hepático-Jejunostomie pour lithiase intrahépatique. *Procedés complémentaires. Presse Med* 1984, 13 (17): 1091.
12. **You Penge S, Kwong Yue M, Vi Yeng Qi, Chen J.** An operation for recurrent pigment gallstones-subcutaneous choledochojejunostomy. Aspects of treatment at the Zhejiang Medical College, China. *Amn Roy Coll Surg Engl* 1983; 65: 50.
13. **Remine WH, Ferris DO.** Cirugía para estenosis biliares. *Clin Quir Norte Am* 1967; (ag): 877.
14. **Warren K, Mountain JC, Midell AI.** Tratamiento de la estenosis de la vía biliar. *Clin Quir Nort Am* 1971; (jun): 711.
15. **Czendes A, Díaz JC, Burdiles P et al.** Resultados alejados de la reparación primaria en la sección accidental iatrogénica de la vía biliar. *Rev. latinoam. Cir (FELAC)* 1989; 1 (2): 113.
16. **Kenntth JW, Brasscho, Warren.** Selección de una técnica quirúrgica para la estenosis benigna del conducto biliar. *Clin Quir Norte Am* 1964; (jun): 717.
17. **Kune GA.** Reparaciones agudas y crónicas de las heridas del conducto hepático. En: *Nihus Baker. El dominio de la cirugía.* Buenos Aires: Panamericana, 1986 t 1 cap. 87.
18. **Praderi R, Estefan A, Zito M, Sarroca C et al.** Colangitis esclerosante primaria. *Intubación transhepática de la vía biliar. Cir Uruguay* 1973; 43(6): 511-8.
19. **Praderi R, Colet A, Parodi H, Kvasina T, Pizzarroca C.** Estenosis biliares idiopáticasseudoneoplásicas localizadas. *Cir Uruguay* 1986; 56(6): 335.