

CANCER DEL CONFLUENTE BILIAR

Prof. Dr. Clivio V. Nario

La historia resumida de la enferma que presento es la siguiente:

R. P. de A., 65 años, casada. Ingresa el 23 de octubre de 1943 por ictericia, enviada porque se considera necesaria su internación en un servicio de cirugía.

La enfermedad comienza hace un mes y medio. Luego de una comida copiosa la enferma hizo un estado digestivo con diarrea. Desde ese momento se inició su ictericia que se hace cada vez más intensa en forma progresiva y sin remisiones. Durante toda la enfermedad no ha tenido fiebre. No ha habido ningún dolor ni antes ni después de iniciado el cuadro de ictericia y además esta última sobrevino en forma indolora.

Adelgazamiento marcado. Orina fuertemente colúrica. Materias fecales netamente decoloradas. Anorexia.

La enferma manifiesta categóricamente que hasta la iniciación del cuadro actual era sana y no había tenido nunca ningún trastorno digestivo didéptico, ni ningún síntoma doloroso.

Enferma delgada intensamente ictérica. Ojos hundidos, apirética, lengua saburral y húmeda. Pulso 88.

Examen. — Se comprueba un hígado grande, liso e indoloro. Su borde inferior se comprueba fácilmente hasta 4 dedos en través por debajo del reborde costal derecho alcanzando en el epigastrio a estar a dos dedos por encima del ombligo. Por debajo de él se palpa netamente una masa tensa, indolora, lisa, redondeada y regular que es la vesícula.

No se palpa bazo.

Borde superior del hígado en posición normal. Traube conservado.

Radioscopia de estómago y duodeno sin particularidades. Arco duodenal de aspecto normal.

Campos pulmonares sin particularidades.

Exámenes: Sangre - urea 0gr.20.

Citológico. Nada anormal. Salvo una anemia de 3.520.000 rojos con 70 % de hemoglobina y valor globular 1.

Bilirrubina indirecta: 24 mmgs. Bilirrubina directa: 31 mmgs.

Materias fecales. Weber positivo.

Tubaje duodenal. No se logró pasar la sonda.

Orina. Albúmina 0gr.56 centgrs.

Pigmentos biliares en abundancia.

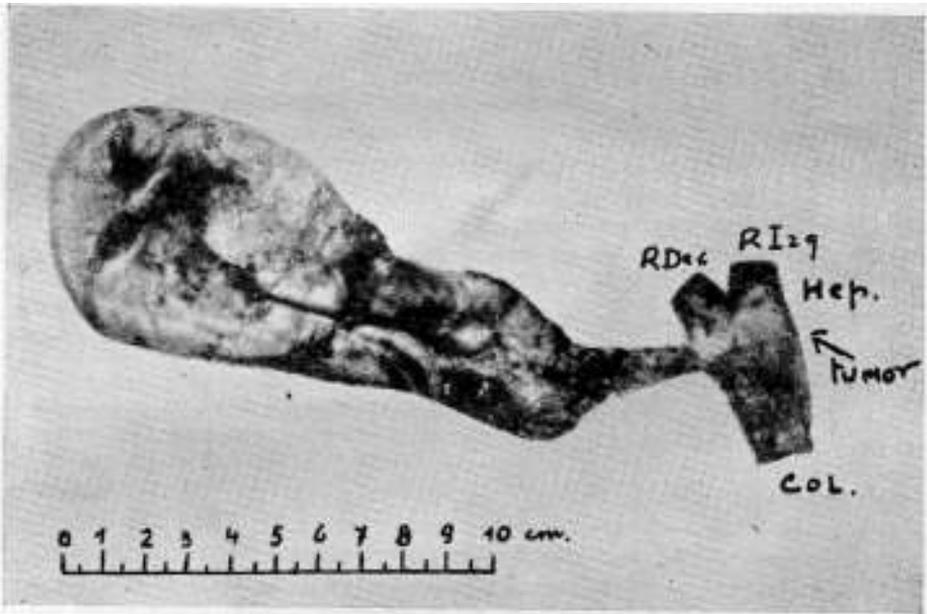
Unidades pancreáticas: 100.

Prueba de Quick expresada en ácido: 2gr.46.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Se decide operar previa una preparación con insulina, hígado, vitamina K y calcio.

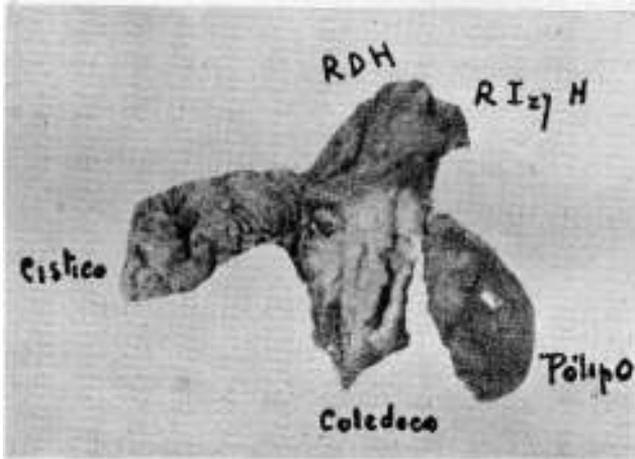
Operación 9 de noviembre 1943. Dr. Nario (cirujano). Ayudantes: Dr. Clivio. - Dr. Bascou. Instr. Niell. Raquianestesia con percaína muy buena. Incisión yuxta mediana derecha. Vesícula muy grande de 20 centímetros de largo, distendida y no evacuable por maniobras. Hígado con aspecto de colostasis acentuada. Duodeno normal, cabeza de páncreas se palpa



Pieza operatoria. Vista externa.

normal. Al nivel del confluente hepático común invadiendo la desembocadura del cístico, la iniciación del colédoco, el hepático en su totalidad y la iniciación de los dos canales hepáticos, se comprueba un neoplasma del tamaño de una nuez que admite disección. Existen algunos pequeños ganglios reaccionales y de aspecto no neoplásico, en el pedículo hepático. Se procede a la disección de todo el complejo lesional que es sumamente difícil, pero que se puede llevar a cabo correctamente. La rama derecha de la arteria hepática cruza por delante y por dentro del canal hepático izquierdo y constituye conjuntamente con la arteria cística la mayor dificultad. La individualización del colédoco es algo difícil porque está atrófico y pequeño; no así los canales hepáticos que están sumamente dilatados y del diámetro de un dedo índice. (Véase esquema N° 1). Extirpación de todo el complejo lesional en bloque por sección del colédoco, de ambos canales hepáticos y extirpación de la vesícula. Hemostasis cuidadosa y perfecta.

La arteria hepática y su rama derecha quedan alejadas por virtud de la disección laboriosa, pero eficaz del campo operatorio. Reconstitución: tubo en T, cada una de las ramas cortas en cada canal hepático. Rama larga no es posible introducirla en colédoco. Se hace pasar al duodeno por una botonera hecha sobre la cara anterior del duodeno. Véase esquema N° 2. El tubo se fija a este conducto mediante jaretas para el duodeno y ligadura simple para los canales hepáticos. Se solidarizan los colgajos de los dos hepáticos, entre ellos con algunos puntos que toman el sobrante de los mismos. Se termina con una epiploplastia alrededor del tubo de



Pieza operatoria. Después de sección.

los canales hepáticos. Drenaje de la bolsa renal y del hiatus con dren, cigarrillo. Cierre de la pared en dos planos.

El post operatorio de esta enferma fué muy bueno.

7 - XI - 43. — Día de la operación.

Hora 15. — Presión arterial: 12 ½ - 8 ½. Pulso 96.

Hora 17. — Presión arterial: 12 - 7 ½. Pulso 104.

Hora 18. — Presión arterial: 12 - 6. Pulso 96.

Hora 20. — Presión arterial: 12 - 7. Pulso 98.

Así continuó la enferma en buenas condiciones.

10 - XI. Buen estado general. P. A.: 13 - 8. Pulso 80, sin particularidades.

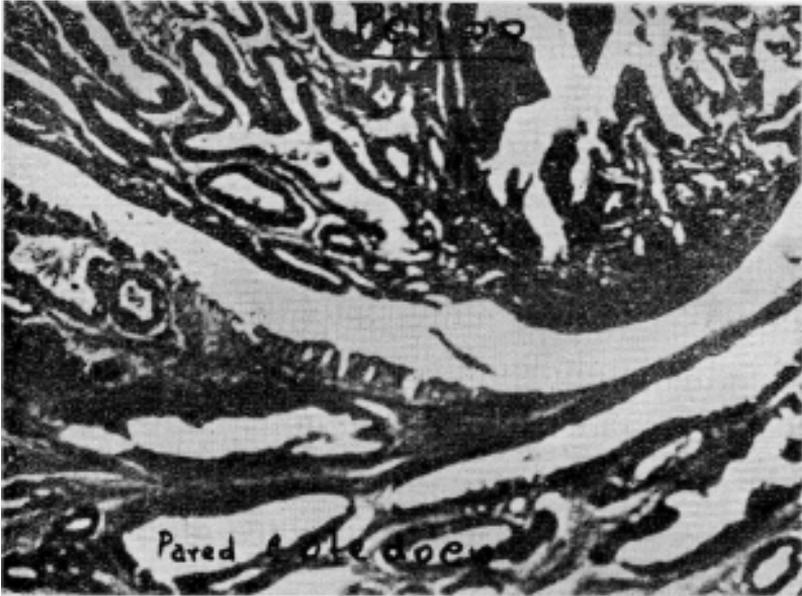
14 - XI. Temperatura normal. Hace unas deposiciones con materias ya coloreadas y buen estado general. Comienza a alimentarse.

18 - XI. Sigue muy bien. Evacúa espontáneamente materias coloreadas. Se alimenta.

7 - XII. Alta completamente curada.

Volvemos a ver la paciente a los 4 meses con un estado febril sin síntomas adventicios, que cede en pocos días con tratamiento por sulfamida. Los resultados de la operación se mantienen en cuanto a estado general, ausencia de ictericia, conservación del apetito. No hay signos clínicos de difusión neoplásica, ni en el abdomen ni fuera de él.

Noticias posteriores de esta enferma nos hacen saber que en pleno estado de salud hace un proceso pulmonar de tipo neumónico agudo a raíz del cual fallece.



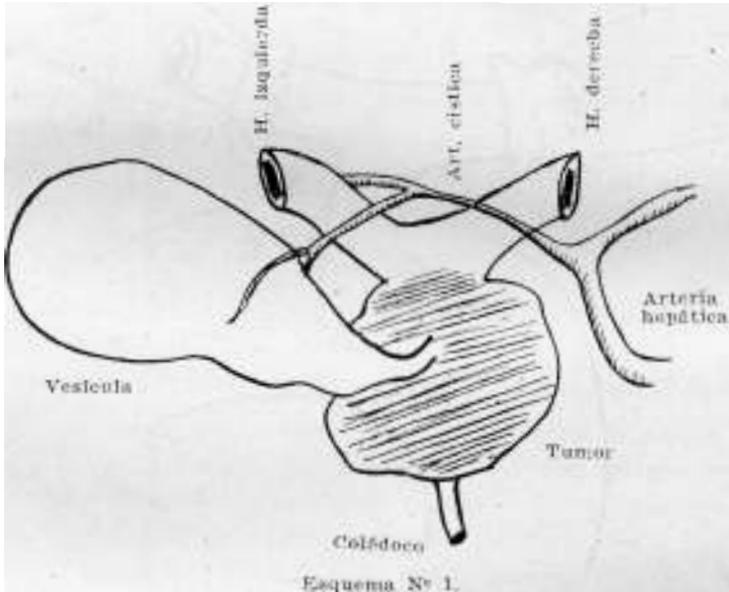
Aspecto histopatológico.

La localización neoplásica que comentamos es poco frecuente pero cuando se presenta en el curso de una laparotomía obliga a tener presentes una serie de factores que permitirán en algunos casos, realizar programas quirúrgicos radicales ineludibles. Son de esos casos en los cuales el problema es tomar o dejar con toda la magnitud de sus riesgos, de sus inconvenientes y de sus necesarias consecuencias, si el cirujano desea no rehuir su total responsabilidad.

En nuestro país dos nombres han quedado vinculados a la

cirugía de los tumores extrahepáticos biliares. *Navarro* que trató y operó con toda felicidad neoplasmas de la ampolla de Vater, estableciendo una prolija técnica de extirpación intraduodenal. *Prat* por la publicación de un cáncer del colédoco con extirpación, que vemos citada en las estadísticas mundiales.

Deseamos destacar esas realizaciones en nuestro medio que hablan mucho a favor del alto nivel alcanzado, por nuestros cirujanos en esta cirugía tan interesante.



Pensamos que al hablar de tumores de las vías biliares extrahepáticas deben clasificarse en forma tal que permitan la correcta comparación de ellos, de tal manera que hasta resulte fácil manejarse entre la multiplicidad de problemas que se plantean y que dependen más que de su naturaleza, de su localización y de factores fisiopatológicos resultantes.

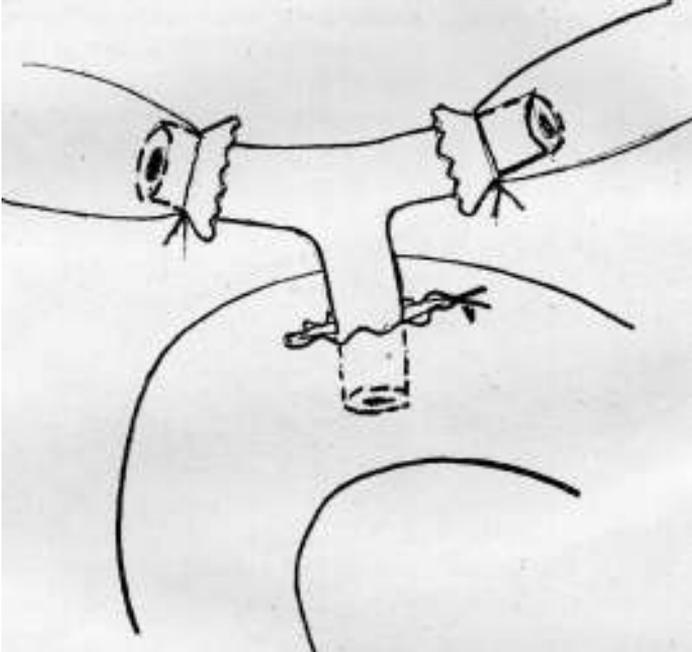
En primer término conviene distinguir dos grandes grupos.

a) *Los tumores vaterianos o peri vaterianos* que comportan soluciones o indicaciones paliativas o radicales que los alejan por completo de los que se incluyen en el segundo grupo.

b) *Los tumores supraduodenales.* En este último grupo quedan incluidas las siguientes variedades:

- a) *cáncer de los canales hepáticos*
- b) *cáncer del canal cístico*
- c) *cáncer del colédoco común*
- d) *cáncer del confluente biliar*

Los de la primera variedad sobre ser sumamente raros, plantean situaciones bien diferentes.



Esquema N° 2.

En el *cáncer de los canales hepáticos* no hay lugar para acciones quirúrgicas radicales y hasta paliativas. La lesión es unilateral, sin el síntoma alarmante inicial de la ictericia y además el cáncer debe ser considerado de entrada como un cáncer virtualmente del hígado, porque la metástasis endohepática es la regla.

En el *cáncer del canal cístico* el problema depende de la naturaleza y malignidad en primer término quedando supeditada a ellas la indicación operatoria, pues por su localización nada tiene que ver esta variedad con la vía biliar principal.

Por estas razones sería preferible hacer ingresar esta variedad en el grupo de los cánceres de la vía accesoria siguiendo un

criterio más real que el que se sigue actualmente que siendo anatómico puro pretende reunir en un solo grupo todos los cánceres de las vías de excreción biliar.

Quedan pues dos variedades netamente quirúrgicas y más semejantes a saber:

- a) *Cáncer del colédoco supraduodenal.*
- b) *Cáncer del confluente biliar.*

La frecuencia de estas dos variedades es muy parecida. Es lo que resulta de la estadística de Marshall que nos parece la mejor porque tiene en cuenta todas y cada una de las diversas localizaciones.

Sobre un total de 49 cánceres de las vías biliares extrahepáticas existen: 11 del colédoco

- 11 del confluente
- 7 de los canales hepáticos
- 5 del canal cístico
- 15 de la ampolla de Vater.

Lo que confiere más valor a la diferenciación de ambas variedades y lo que hace más importante la acertada designación propuesta por Quenu separando al cáncer del confluente, de las demás variedades, es que el problema de extirpación y restauración de la variedad coledociana relativamente sencillo, se convierte en algo mucho más complejo para la variedad del confluente.

Vamos a establecer estas diferencias en una rápida exposición.

a) *Extirpación.* — La extirpación por resección que es la que encaramos porque consideramos que es la única aconsejable no parece presentar grandes dificultades.

La disposición del canal es única y simple si el tumor está en la fase de operabilidad.

Los elementos de la cercanía importantes son fáciles de reconocer porque también para ellos rige la disposición simple y su gran tamaño ayuda más bien que perjudica.

En cambio la extirpación del confluente comporta mayores eligros e inconvenientes.

- 1) Por su localización alta en pleno sinus hepático.
- 2) Porque siempre está comprendida la vía accesoria que incomoda y debe ser extirpada en block con el tumor.
- 3) Porque los elementos de la bifurcación de la hepática común y las disposiciones sus ramas con el tumor obligan a proceder con suma cautela si se quiere evitar el infarto inevitable y casi necesariamente mortal en un hígado en colostasis.
- 4) Porque la rama derecha de la porta está en la base anatómica de la disección, es muy frágil y puede ser herida con más facilidad aún que las disposiciones arteriales.

Las experiencias de Rouss demuestran la gravedad especial de las ligaduras de una de las ramas de la porta cuando el animal está sometido a una obstrucción biliar reproduciendo con fidelidad lo que sucedería si esta complicación se realizare en esta disección del confluente.

b) *Reconstrucción.* — Los tiempos de reconstrucción son también muy diferentes en las dos variedades.

Para el caso del colédoco el problema es claro. Lo más recomendable es ir a una derivación biliar interna en el mismo acto operatorio.

Por poco que se examina los casos publicados se echa de ver fácilmente, que todos, salvo alguna rara excepción han utilizado ese procedimiento y por otra parte se llega a la conclusión que cualquier otra solución es mala.

En tal caso o se realiza una sutura cabo a cabo, o una coledoco-duodenostomía o una colecisto enterostomía en alguna de sus múltiples variedades.

Para el caso del confluente la situación del cirujano es mucho más delicada.

1) Porque los cabos residuales, después de la resección del confluente, quedan lejos uno de otro.

2) Porque cuando se secciona sobre el hepático por encima de la bifurcación la sutura del canal en Y es mucho más aleatoria y se realiza en el sinus hepático.

3) Porque no siempre se puede utilizar, como en nuestro caso, el cabo inferior del colédoco por falta de congruencia dado el calibre disminuído del mismo;

4) Porque si poco conveniente es en la variedad anterior dejar para un segundo tiempo la reconstitución, es absolutamente

desaconsejable proceder en dos tiempos para la variedad del confluente.

En efecto, la búsqueda de los cabos residuales altos en el segundo tiempo, retraídos en el hilio hepático y su sutura correcta se consideran imposible, cómo sucedió en un caso de Laveris.

Operabilidad. — Sin embargo, conviene no exagerar estas dificultades para el cáncer del confluente.

Varios hechos conducen a suponer que la cirugía de ellas así como de todas las obstrucciones malignas de la vía biliar principal puede llegar a ser más familiar.

En primer lugar está *su escasa malignidad* sean ellos adenocarcinomas, papilomas, etc. Todas las observaciones consignan este detalle importante. Lo mismo puede decirse de su tendencia metastasianta poco frecuente sea en la vecindad sea a distancia.

Dick resume el resultado de autopsias de trece pacientes con carcinoma de la vía biliar principal (colédoco). Dice que en once casos de los trece no existía cáncer más allá de las paredes de la vía biliar en ganglios linfáticos u otros tejidos.

La extensión local y las localizaciones secundarias son tan poco frecuentes, que el hecho ha atraído la atención de otros autores (Renshaw, Haest y Budd), y es una de las principales indicaciones para intentar su extirpación quirúrgica.

De los 49 casos de la estadística de Marshall, sólo había metastasis en doce.

En segundo término la expresión clínica al síntoma fundamental consiste en una *ictericia fría y progresiva, sin antecedentes y precoz*.

Los síntomas de alteración del estado general, enflaquecimiento, anorexia, son el resultado de la ictericia más que las capacidades del tumor y dependen en primer término de la localización de la lesión.

Esta es la razón fundamental por la cual la cirugía radical tiene tanta razón de ser y se irá imponiendo cada vez con más frecuencia.

Otros hechos más recientes permiten abordar con más confianza los delicados programas operatorios.

1) La apreciación más exacta del valor funcional del hígado.

En estos casos la precocidad de la ictericia y la ausencia de otros síntomas adventicios establecen una ecuación favorable porque la colostasis es aguda del tipo hidrohepatosis, sin infección secundaria y con conservación de la capacidad funcional de la célula hepática. El test de Quick en nuestro caso (de acuerdo con una rutina en la clínica) fué muy bueno y la marcha del post-operatorio estuvo de acuerdo con la contestación favorable del test y las previsiones teóricas.

2) La prevención del shock operatorio y post operatorio mediante el tratamiento profiláctico correspondiente.

3) La prevención de las hemorragias mediante la administración de vitamina K; hemorragias que eran un escollo grave en cirugía radical del icterico, que lo es más aún cuando la operación prolongada se lleva a cabo en un campo donde la desecación minucosa conduce a la micro-hemorragia.

Resultados. — No creo que en el momento actual se pueda hablar de resultados definitivos.

Para el caso del confluente en la estadística que hemos recogido, que consta de 11 casos, existen dos resultados buenos; el de Garlock con cinco años de sobrevida y el de Kinderley que por referencia de Gordon Taylor tiene una sobrevida de algunos años sin mayor especificación. La muerte se ha producido en el post operatorio inmediato en dos casos y en los restantes siete casos, a distancia en el año o año y medio que siguió a la operación. En nuestro caso la enferma fué vista cuatro meses después con muy buen estado general y local, sin signos clínicos de metastasis y con un estado febril que cedió rápidamente a tratamiento médico. Muere en campaña al año con un cuadro que la familia nos refiere como una neumonía aguda en pleno estado de salud.

Nos parece que se pueden establecer los siguientes hechos que conviene tener presente.

1) La operación se realiza en general sobre un enfermo con un síntoma inmediatamente evidente: ictericia fría, progresiva y precoz.

2) La operación puede ser llevada a cabo con toda precocidad.

3) El tumor es operable: a) porque es pequeño; b) porque es poco maligno; c) porque no presenta tendencia extensiva local o general; d) porque la colostasis es aguda con conservación de la capacidad funcional del hígado.

4) Las dificultades dependen sobre todo de los siguientes factores: a) Localización del mal; b) control de la hemorragia y del shock; c) Las dificultades de la extirpación que no son insalvables actuando con prudencia y tranquilidad; d) las dificultades de la reconstitución. Se puede elegir entre la sutura simple o la plástica sobre tubo. Cada una de estas soluciones serán indicadas por las condiciones del campo operatorio del enfermo y el buen sentido del cirujano. Nosotros hemos empleado el segundo procedimiento y lo hemos hecho con el único material de que disponíamos. (Tubo de Kher). Con tubo de Vitallium hubiéramos tenido otras ventajas. Sin embargo, estamos satisfechos del resultado de nuestra plástica.

El post operatorio inmediato fué tan perfecto y creemos que en gran parte se debió al buen funcionamiento de la prótesis, que permitió: 1) evitar el coliperitoneo y 2) admitir con toda rapidez la bilis al intestino con inmediata restauración de las condiciones fisiopatológicas requeridas en el post operatorio de los ictéricos.

Siempre reconociendo las ventajas de la sutura creemos que en ciertos casos como por ejemplo el nuestro, la única manera de restablecimiento viable es la utilizada por nosotros porque cuando se seccionan los canales hepáticos en pleno sinus hepático no es posible realizar suturas correctas y herméticas con garantías aceptables.

El porvenir dirá muchas nuevas palabras y agregará nuevos conceptos, pero que se desprende de la rápida revista de hechos que nos ocupan, que la cirugía radical de los tumores primitivos de las vías biliares está encauzándose en una vía que puede conducirnos a fecundas realidades.

**ESTADISTICA MUNDIAL DE CANCERES DEL CONFLUENTE
OPERADOS**

CIRUJANO	OPERACION	RESULTADO
1) Uliszewski (1902)	Resección de vesícula, colédoco. Drenaje del hepático.	Muerte 3 días después
2) Kehr ' (1903)	Disección del tumor, colédoco y vesícula. Hepático duodenostomía.	Muerte 27 meses
3) Spindler (1909)	Resección del tumor, colecistecto- mía. Reconstrucción del hepático y colédoco.	Muerte 7 días
4) Renshaw (1922)	Resección del tumor. Colecistec- tomía y resección parcial del co- lédoco. Plastia sobre el colédoco.	No se conoce
5) Nyström (1923)	Resección del hepático, colédoco y vesícula. Anastomosis cabo a cabo.	Muerte un año después sin me- tastasis
6) Demel (1935)	Resección, colecistectomía hepáti- co duodenostomía.	Muerte 7 meses
7) Quenu y Gasne (1936)	Resección - Hepático duodenosto- mía.	Muerte 12 meses
8) Garlock (1939)	Resección segmentaria del colé- doco alto, canales hepáticos con inclusión del tumor cístico y ve- sícula anastomosis cabo a cabo.	Vivo. Cinco años después en bue- nas condiciones
9) Kindersley	Resección del confluente.	Vivo varios años
10) Pickrel y Blalock (1942)	Cáncer del colédoco supraduode- nal. Atrofia del cístico. Resección segmentaria. Colédoco-duodenosto- mía.	Vivo. 18 meses después en bue- nas condiciones.
11) Cattell (1943)	Carcinoma del confluente. Resec- ción del colédoco hepático común y colecistectomía. Anastomosis cabo a cabo.	Buen resultado inmediato.
12) Nario (1943)	Carcinoma del confluente. Resec- ción de hepático común, colédoco y vesícula. Plastia con tubo per- dido de Kehr.	Resultado imme- diato muy bueno Muerte al año sin metastasis clíni- cas por pneumo- nía