

CANCER TOTAL DE LAS VIAS BILIARES  
EXTRA - HEPATICAS

*La Hepatostomía*

Clivio V. Nario

Existe una variedad de carcinosis difundida de las vías biliares que tiene como principal carácter anatómico la invasión global de todo el sistema biliar extra hepático principal y accesorio.

Nacida probablemente en alguno de los segmentos de la vía biliar y verosímilmente en la vesícula biliar, invade los diversos compartimientos del pedículo hepático, ocultando sus elementos, englobándolos, y creando una situación de grave apremio.

La *ictericia* intensa y progresiva es el síntoma habitual más saliente y el que a menudo, aunque no siempre, inicia el cuadro y establece con frecuencia una indicación operatoria imperativa.

Sin embargo en algunos casos se interviene un enfermo que luego se comprueba que es portador de esta lesión neoplásica difusa por otros síntomas: dolor, enflaquecimiento, síndrome litiásico antiguo sin ictericia, la que puede aparecer más tardíamente.

Desde el punto de vista doctrinario se puede discutir si se trata de una variedad especial de cáncer o una variedad de propagación por invasión linfática masiva.

Pensamos que la segunda opinión es la más acertada, pero ello no modifica los hechos de fondo sobre los cuales deseamos insistir.

En cambio desde el punto de vista práctico conviene separar de los demás este tipo de propagación neoplásica; porque plantea una interrogante terapéutica de interés.

Con o sin sospecha de ictericia maligna se practica una laparotomía.

*Enfermo icterico, con prurito intenso presenta un cáncer total biliar.*

No existe posibilidad de derivación externa o interna sobre

vías biliares. La solución corriente y lógica es el cierre de la incisión exploratoria. Esta conducta la hemos considerado aceptable y la hemos seguido hasta hace muy poco.

En cambio en dos oportunidades últimas hemos hecho con mucho beneficio temporario una derivación de necesidad: *la hepatostomía externa*.

Aconsejada por Langembeck, admitida por unos y rechazada por otros, ha recibido un nuevo impulso por el apoyo del Profesor R. Finochietto.

No es del caso defender o atacar *a priori* esta operación. Todo depende de lo que se exige de la misma y sobre todo a mi juicio, de comparar el calvario de un icterico maligno con una laparotomía en blanco; con un icterico maligno, con una hepatostomía.

Sólo después de haberse colocado en esta situación creo que el cirujano puede elegir la conducta más convincente y más humana.

*Ventajas.* — 1) Retrocesión total o casi total de la ictericia y su cortejo tóxico.

2) Supresión inmediata del prurito que con frecuencia es lo que más molesta al enfermo.

3) Mejoría evidente del estado general.

4) Mejoría del estado psíquico dándole al enfermo una sensación de bienestar y de eficacia terapéutica.

5) Si existe un error de diagnóstico permite evitar la muerte inmediata y corregir el error secundariamente.

*Inconvenientes.* — 1) Exige una fístula biliar permanente.

2) Alarga el plazo de sobrevida en un canceroso irremisiblemente perdido.

3) Con morfina bien administrada se puede controlar la situación.

Por mi parte mi elección, en tan infelices circunstancias está hecha. Por lo que he visto, creo que la hepatostomía implica una solución muy a tener presente en vista de la calidad de sobrevida que tuvieron mis dos enfermos incomparablemente superior a los que fueron tratados por la abstención.

En un caso reciente nos hallamos frente a esta situación de cáncer total pero sin ictericia.

Pensamos hacerle una *hepatostomía profiláctica*, pero no pudiendo prever la evolución ulterior del mal nos pareció que no

correspondía llevar a cabo este programa. A los quince días apareció una ictericia progresiva de creciente gravedad y la muerte sobrevino en el tercer mes.

Entretanto mi última enferma operada con una hepato-  
stomía, cinco meses antes, trabajaba, dormía bien, se alimentaba  
en forma satisfactoria y tenía la sensación de una convalecencia  
demorada pero segura.

¿Se puede después de estos cuadros vividos hacer caso omiso  
de los mismos?

El inconveniente pues es que el cáncer total biliar sea descu-  
bierto por laparotomía sin ictericia concomitante, en cuyo caso la  
indicación de la derivación de necesidad no puede plantearse con  
la misma claridad como en el caso inverso.

### Técnica

1) Se descubre la cara anterior del lóbulo derecho del hí-  
gado, de preferencia al borde.

2) Una superficie de  $6 \times 4$  cmts. se delimita con puntos en  
U aislando un losange de tejido hepático.

3) Los puntos se colocarán muy juntos, se harán con aguja  
curva pequeña pero de gran corvadura penetrando por lo menos  
un centímetro en profundidad y se harán paralelos a los bordes  
del losange que se piensa aislar.

4) Se anudan los hilos de cada asa entre sí *dejando los  
cabos muy largos* y sin gran tracción.

5) Con bisturí se extirpa en el centro de este losange un  
gajo de tejido hepático de tamaño conveniente y cavando en  
profundidad.

6) La hemorragia puede ser importante. Se coloca y deja  
un tapón de gasa in situ.

7) Mientras se va haciendo la hemostasis por permanencia  
del taponamiento, se fijan los cabos residuales al peritoneo parie-  
tal uniendo los bordes de la brecha hepática a los bordes de la  
herida de laparotomía y a los bordes de la herida cutánea.

Al anudarlos queda hecho un pozo cutáneo cuyo fondo está  
constituído por la superficie cruenta del rombo hepático.

Los cabos residuales después de este tiempo se conservarán  
largos, precaución muy importante para el tiempo siguiente.

8) Se coloca un tapón de gasa definitivo llenando el pozo

antedicho y sobre él se anudan los hilos residuales de un borde a los del otro borde, de modo que el tapón quede fijo realizando una compresión suficiente y hemostática.

9) Se cierra la pared.

10) Se hace un vendaje ligeramente compresivo con esponja de goma sobre el pozo hepato cutáneo.

La bilis sale de la profundidad en forma de un manantial por filtración inmediata mezclada con sangre.

En los días siguientes entre el tapón dejado in situ y los bordes cutáneos el filtrado biliar se va haciendo cada vez mayor. Conviene no sacar el tapón demasiado pronto. Nosotros lo hemos dejado in situ doce días.

A partir de este momento las cantidades de bilis se han intensificado y presentando variaciones diarias y horarias que convendría estudiar, lo que nos proponemos hacer en algún otro caso; y al mismo tiempo va adquiriendo los caracteres de la bilis normal.

### Evolución

El cuadro general y el bienestar se hacen evidentes. La ictericia retrocede casi totalmente. El apetito se recupera. El prurito que incomoda mucho, verdadero martirio diurno y nocturno y que requiere siempre calmantes, desaparece de inmediato y no molesta más al paciente siendo esto uno de los resultados más notables y más apreciados por el enfermo.

En dos casos he realizado esta operación.

Un caso hace ocho meses que tiene su fístula biliar. Llegó al servicio con un estado general desastroso, un prurito terrible, un cuadro de insuficiencia hepática marcada. Actualmente viene al servicio todos los meses y aún parece estar lejos el momento que esperamos.

La segunda enferma falleció a los tres meses mejorada de su ictericia por un proceso pulmonar agudo, por los datos que nos dió la familia.

La marcha de la fístula biliar en la primera enferma se caracterizó porque ya en dos oportunidades el corrimiento biliar se fué haciendo cada vez más intenso y en pocos días se agotó totalmente. En ambas circunstancias la enferma concurrió al servicio con desmejoramiento del apetito y del bienestar, con fiebre, etcétera.

La aplicación de un tallo de laminaria en un canalículo que probablemente se abre en el vértice del embudo hepato cutáneo, permitió restablecer la eficacia de la derivación.

**Prof. Dr. Prat.** — Considero muy interesante y sugestiva la comunicación del Prof. Nario, que preconiza realizar una *hepatostomía* en los cánceres inoperables de las vías biliares y con ictericia por retención. El cirujano que ha vivido las inquietudes y las tremendas molestias de estos enfermos, tiene que preocuparse realmente de hacer algo efectivo por ellos, aliviando sus terribles penurias, especialmente el prurito desesperante que acompaña habitualmente las ictericias por retención. Además, la actuación del cirujano, da a estos desgraciados pacientes, la seguridad y la *tranquilidad moral* y la esperanza de que se van a curar.

No tengo experiencia de la hepatostomía en el neoplasma de las vías biliares, ni se me había ocurrido esta solución en tales enfermos. Estaba más bien inclinado, de acuerdo con la cirugía germana, a practicar en estos casos, una anastomosis bilio digestiva, pero generalmente ella es impracticable cuando las vías biliares están totalmente invadidas. En un caso de agenesia de vías biliares, en un lactante de días, que fué perfectamente diagnosticado por el Dr. Bauzá y que gentilmente me cedió para operarlo, al no encontrar vías biliares extrahepáticas, que no existían; tuve que recurrir a la realización de una *hepatostomía*, como posibilidad de drenar la bilis. Esta hepatostomía se limitó a la brecha hepática en la cara anterior del hígado, enfrentada con la incisión operatoria, pero sin fijarla a ésta. Se dejó una mecha en la hepatostomía como drenaje. La enfermita, como era de suponer falleció a los 7 días.

Me permito alentar al Dr. Nario, en la realización de la operación que nos propone, que seguramente será de utilidad en casos especiales.

En el día de hoy, precisamente, operó el Dr. Bosch en mi clínica, un caso de cáncer del confluente biliar, en un estado tan avanzado y sin rentencias físicas, que nada radical se pudo hacer por el paciente con esta intervención. Creo que una hepatostomía como indica el Dr. Nario hubiera sido aplicable y con posible resultado, para mejorar la ictericia negra del enfermo y hacer más llevaderos los pocos días de vida que le quedan.