

ANASTOMOSIS BILIODIGESTIVA

Indicaciones y técnica

Dr. AQUILES R. LANZA SERE

En el momento actual la cirugía de las vías biliares, con el advenimiento de nuevas técnicas anestésicas, con el mejor manejo del pre y postoperatorio y con el adecuado uso de flúidos en el acto quirúrgico, ha logrado dominar una serie de situaciones de difícil resolución.

Sin embargo, aún quedan dentro de ella, algunos problemas importantes en cuyo manejo no hay soluciones claras.

Por ese motivo planteamos las indicaciones de la anastomosis biliodigestiva, intervención que en nuestro medio es poco utilizada y que, a nuestro entender, debe merecer una atención preferente.

INDICACIONES

Hay circunstancias en que la anastomosis biliodigestiva surge como única solución posible al problema que se plantea: *son las indicaciones de necesidad*, en la que el cirujano no puede elegir otra conducta satisfactoria.

El ejemplo típico es el neoplasma de la cabeza del páncreas, en estado de inoperabilidad desde el punto de vista de las intervenciones presuntivamente curativas.

Pero hay otra serie de situaciones en que se plantea como *intervención de elección*, pudiendo optarse por otro tipo de conducta quirúrgica en esos casos. Es a estas eventualidades que nos referiremos específicamente.

Las anastomosis biliodigestivas se pueden plantear en las siguientes situaciones:

- A) Litiasis de la vía biliar principal.
- B) Pancreatopatías crónicas o recidivantes.
- C) Estenosis de la vía biliar principal.
- D) Heridas de la vía biliar principal.

A) LITIASIS DE LA VIA BILIAR PRINCIPAL

Evidentemente la litiasis hepatocoleodociana sigue siendo uno de los mayores problemas de la cirugía biliar. El número de reintervenciones a que obligan las recidivas litiásicas es realmente elevado en todas las estadísticas.

Y que estas reintervenciones están revestidas de especial gravedad, lo demuestran los índices de mortalidad de un 10 a 12 % que muestran las más favorables.

La gran preocupación de los cirujanos que actúan habitualmente en vías biliares es la de hacer la profilaxis de la recidiva litiásica.

Y entre otras medidas, en las que no entraremos, surge la utilización de las anastomosis biliodigestivas en algunos casos, específicamente en aquellos en que el cirujano no puede eliminar totalmente la posibilidad de haber dejado algún cálculo olvidado o en los que persisten en la vía biliar principal, las condiciones necesarias para una recidiva litiásica.

¿Y en qué casos se pueden plantear estas eventualidades?

Fundamentalmente, se deben esperar:

- en los casos de litiasis múltiple, sobre todo con varios cálculos pequeños en el hepático o en la vía biliar intra-hepática;
- en los casos con gran infección;
- en los casos con gran dilatación canalicular;
- en los casos con pancreatitis crónicas;
- en los casos con esclerosis del Oddi;
- más discutiblemente en los cálculos enclavados en la ampolla de Vater, difíciles de extraer, en los que puede quedar luego una estenosis cicatrizal.

Frente a estas situaciones la seguridad del cirujano de ofrecer la curación definitiva al enfermo es relativa, si emplea las técnicas habituales.

La anastomosis biliodigestiva parece ofrecer mejores garantías.

B) PANCREATITIS CRONICAS O RECIDIVANTES

Está indicada, fundamentalmente, en dos situaciones:

a) *Pancreatitis crónica estenosante*.— Mallet Guy y Voschultze destacan las ventajas de este método con respecto al drenaje biliar externo, aportando una extensa experiencia a favor de las colédocoduodeno o yeyunostomías.

b) *Pancreatitis recidivantes*.— Bowers y Greenfield citan su estadística de 14 casos operados por esta circunstancia, en las que disturbios funcionales a nivel de la ampolla de Vater traían como consecuencia reflujo biliar, hipertensión canalicular pancreática y reiterados episodios de pancreatitis aguda. Obtuvieron muy buenos resultados con la anastomosis colédocoyeyunal en 12 casos.

C) ESTENOSIS DE LA VIA BILIAR PRINCIPAL

Las estenosis benignas de la vía biliar principal pueden ser congénitas o adquiridas. Nos interesan, fundamentalmente, estas últimas, por ser debidas en la gran mayoría de los casos a lesiones accidentales durante el acto quirúrgico.

Debemos destacar que en la estadística de nuestro Servicio hay 7 casos de estenosis postoperatoria, lo que muestra su gran frecuencia. En estas oportunidades se utilizó siempre la anastomosis biliodigestiva; en 3 casos hepaticoduodenostomía; en 3 colédocoduodenostomía y en 1 colédocoyeyunostomía, con muy buenos resultados.

D) HERIDAS DE LA VIA BILIAR PRINCIPAL

Es evidente que las dificultades en el manejo de los elementos del pedículo hepático en muchas oportunidades son tales, que sólo la experiencia y prudencia del cirujano son capaces de evitar verdaderos desastres. Aún así, en manos muy hábiles, se producen, a veces, accidentes de mayor o menor importancia.

Uno de estos accidentes es la herida de la vía biliar principal, desde las pequeñas secciones hasta la extirpación casi completa del colédoco.

Puede suceder que el cirujano comprueba inmediatamente su error y entonces adopta la conducta más adecuada, que es el cierre simple de la herida con drenaje del colédoco, como sucedió en 3 casos de la Clínica Quirúrgica "B", que evolucionaron satisfactoriamente. Pero otras veces sucede que la herida pasa desapercibida y se revela en el postoperatorio, sobre todo de dos maneras: *como una estenosis* o *como una fístula biliar*.

A la primera situación ya nos hemos referido. Cuando se trata de *una fístula biliar*, es muchas veces prácticamente imposible encontrar el cabo distal de la vía biliar, siendo aconsejable no empeñarse en una búsqueda larga y riesgosa, siendo conveniente realizar una anastomosis biliodigestiva, de acuerdo a la técnica más ajustable al caso.

TECNICA

Sólo nos referiremos a los problemas de orden general, por falta de tiempo y espacio.

Debemos destacar, en primer término, y enfatizándolo adecuadamente, que el éxito de esta intervención es mucho mayor cuando se ejecuta como operación primitiva, disminuyendo su porcentaje si se utiliza luego de uno, dos o más fracasos.

Inmediatamente señalaremos otro hecho que hace diferir a distintos grupos de cirujanos, que es la utilización para la anastomosis, de la vía biliar principal o la accesoria. Mallet Guy sostiene las ventajas de esta última, pero la escuela alemana ha mostrado su inconveniencia, fundamentalmente, por la aparición de *lesiones inflamatorias graves en la vesícula, litiasis y atrofia vesicular*. Por lo tanto, desaconsejan el uso de la vesícula en aquellos enfermos en quienes se puede esperar una larga sobrevida.

A las técnicas que utilizan la vía biliar principal se les objeta la pérdida de las funciones esfinterianas, con reflujo y colangitis. Finsterer demostró que la causa del fracaso en estas intervenciones por aparición de colangitis es debida *a la estenosis de*

la neoboca y no al reflujo. Por lo tanto, si se cumplen adecuadamente las premisas fundamentales de estas intervenciones, se debe preferir la vía biliar principal para su realización.

ESTADISTICA

La revisión de la estadística del Servicio de Clínica Quirúrgica "B" en los últimos 5 años y algunos casos personales del Profesor J. C. del Campo, nos muestra que se realizaron anastomosis biliodigestivas en 23 casos, considerando solamente los que se utilizó la vía biliar principal.

En 13 casos se trataba de reintervenciones con 7 estenosis, o litiasis (uno de ellos coincidiendo con estenosis) y un nódulo de pancreatitis crónica.

Como intervención primitiva se realizó en 10 casos, tres veces por neoplasma de vías biliares; cuatro por litiasis múltiple hepatocoleodociana; tres por tumoración pancreática.

En diecisiete oportunidades se efectuó colédocoduodenostomía; cuatro veces hepáticoduodenostomía, una colédocoyeyunostomía y una hepáticoyeyunostomía.

No tenemos datos precisos de la mayoría de los enfermos de hospital, pero, aquellos que poseemos y los de clientela privada, muestran un alto porcentaje de éxitos que justifican ampliamente nuestro entusiasmo por este tipo de intervención.