

## REINTERVENCIONES POR FISTULAS Y ESTENOSIS BILIARES ALTAS\*

Dr. RAUL PRADERI

La cirugía de la vía biliar superior es compleja por sí sola, debido a la disposición anatómica del árbol canalicular constituido por finos *conductos rodeados de tejido conjuntivo* que al fibrosarse producen la estenosis de las suturas que en él se practican. A veces la *topografía yuxta o intrahepática de las lesiones* obliga al cirujano a buscar canales sanos por encima, por eso es imprescindible conocer la anatomía y el abordaje quirúrgico de los mismos en el espesor del parénquima o a través de las cisuras.

La dificultad radica en que los vasos *hepáticos y portales*, están incluidos en la misma vaina que los canales, pero deben ser respetados, porque las lesiones vasculares pueden determinar necrosis y fibrosis lobares más o menos extensas.

Es fácil comprender que en las reintervenciones esas dificultades se exageran, porque la estenosis o el tumor obligan a ir más alto que cuando se actúa en una vía biliar virgen de toda manipulación operatoria.

---

El objetivo de esta cirugía es mantener un normal flujo biliodigestivo. Mientras no se consiga, el enfermo está en ictericia por retención, con un trastorno nutricional, un síndrome hemorragiparo más o menos evidente, una infección biliar muy probable y el riesgo de establecer una insuficiencia hepática como consecuencia de la obstrucción prolongada.

La cirrosis biliar y sus etapas finales de coma hepático y hemorragia por hipertensión portal, al final lo llevan a la muerte.

El tratamiento correcto requiere la exposición del o los cabos canaliculares superiores de buen calibre, no infiltrados por tumor ni fibrosados.

\* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A", Prof. A. Chifflet.

*La solución ideal es suturarlo con el munon coledociano.* Si esto es posible (en general en la primera intervención) y se hace correctamente; sin tensión, con material de sutura delicado y dejando un tubo tutor, da buen resultado. Pero cuando el cabo distal es inutilizable (por ejemplo, en el cáncer) o los proximales muy cortos, es necesario *practicar una anastomosis bilio-digestiva* amplia, sin reflujo digestivo y sin riesgo de estenosis. Para ello hay que seguir cuatro preceptos que sirven también para el tratamiento curativo de los cánceres biliares.

- a) Usar un *cabo superior grueso* practicando si es necesario una incisión en estrella del confluente [Couinaud (2)] o lineal del hepático izquierdo en su porción extrahepática [Hepp (11), Reins (27)], o extra e intrahepática [Champeau (3)]. En general utilizamos poco los abordajes cisurales izquierdos [Soupault (31)] porque los canales tienen allí poco calibre y sólo excepcionalmente aconsejamos las resecciones distales de parénquima izquierdo [Longmire (16), Dogliotti (6)].
- b) Anastomosar un *asa yeyunal desfuncionalizada* de Roux o Warren (37) para que no haya reflujo como ocurre cuando se conecta el estómago o el duodeno no excluido.
- c) Practicar la *sutura en un plano* con catgut, hermética y si se puede laterolateral [Hepp (12)]. Se agregan a veces algunos puntos de nylon fijando el asa al hígado, pero hay que tratar de no invaginar demasiado la sutura porque queda un resalto hacia la luz.
- d) Calibrar las suturas con un *tubo tutor transhepático transanastomótico* que se deja abierto hacia afuera la primera semana, degravitando el asa e impidiendo la filtración al peritoneo. Después se deja el tubo pinzado como tutor. Impide la estenosis y permite lavar el hígado por encima. Los otros sistemas de drenaje: tubos a la Witzel o Voelker (23), se salen o se obstruyen con barro como también señala Warren (36).

Ilustraremos los diversos tipos de reintervenciones que hemos practicado con algunas de las observaciones operadas en la Clínica Quirúrgica "A" del Prof. Abel Chifflet.

## TOPOGRAFIA DE LAS FISTULAS BILIARES POSTOPERATORIAS

En la figura 1 se aprecian los distintos lugares donde puede quedar un canal abierto después de una colecistectomía.

a) *Los canales aberrantes de Luska del lecho vesicular*, son divertículos tubulares del árbol biliar que emergen del parénquima hepático en la fosa vesicular y se disponen en el es-

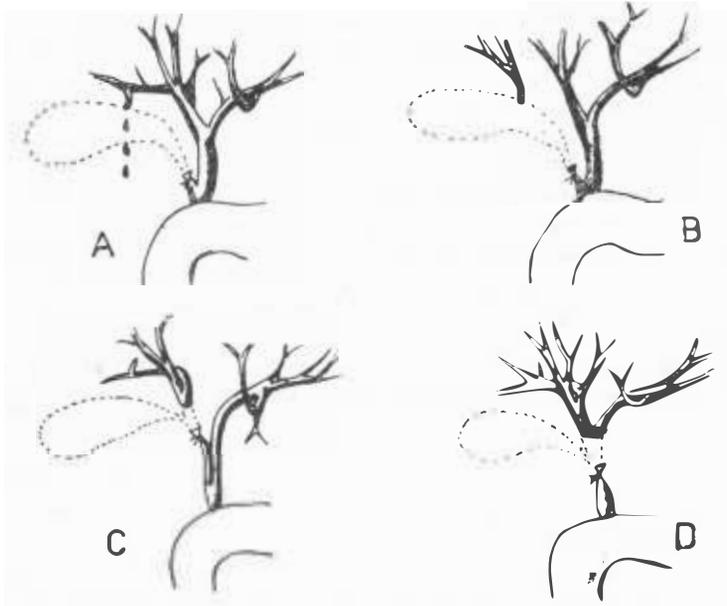


Fig. 1.— Topografía de las fistulas postcolecistectomías. A: Canal aberrante de Luska. B: Canal hepatovesicular. C: Canal hepatocístico. D: Sección del confluente hepático.

pesor de la pared del colecisto sin comunicar con su luz. Al despegar la vesícula del lecho se seccionan, a veces sin advertirlo, por su pequeño calibre.

En el postoperatorio, cuando aumenta la presión en el hígado, estos canalículos vierten bilis al peritoneo.

Se explican así las bilirragias que pueden aparecer incluso después de una colecistectomía fácil y prolija cuando no se ha puesto un drenaje biliar externo.

Esta posibilidad es argumento suficiente para dejar por lo menos un "cigarrillo" (34), evitando así la constitución de colecciones subhepáticas o subfrénicas que requieren reintervenciones de drenaje.

Generalmente, una vez restablecido el peristaltismo duodenal y el flujo biliar, estos conductos se colapsan.

b) Existe otro tipo de canal que emerge también en el lecho, pero desemboca en la luz de la vesícula biliar. Se les llama canales *hepatovesiculares*.

El Dr. B. Delgado (5) comunicó este año a la Sociedad de Cirugía una serie de observaciones en pacientes tratados en nuestra Clínica.

Estos conductos son canales segmentarios del lóbulo derecho que constituyen el único drenaje biliar de una porción de parénquima y no tienen otra comunicación con el árbol canalicular.

En este caso el flujo biliar se mantiene aunque baje la presión en el colédoco. Si se ha drenado el peritoneo, se podrá establecer una fistula biliar externa, de lo contrario se constituye una colección perihepática o una peritonitis biliar.

La conducta a adoptar con estos canales, en la intervención inicial o en la reintervención, es la siguiente: si el calibre es pequeño, se liga dejando un drenaje subhepático; si el calibre es mayor y el territorio es importante, se anastomosa con el yeyuno.

En todos los casos se deberá practicar una colangiografía \* por el muñón para topografiar exactamente el territorio correspondiente.

c) Otra forma se constituye cuando el cístico desemboca en el hepático derecho y la confluencia de éste con el izquierdo se hace muy baja.

El cirujano liga este conducto *hepatocístico derecho* tomándolo por el cístico y se da cuenta de su error cuando al sacar la vesícula encuentra el cabo superior del canal derecho. Este a veces pasa inadvertido o se liga sin darle importancia.

Como hemos visto, la obstrucción de un canal pequeño da algunos trastornos leves y un aumento de las fosfatasas sin ictericia. La obstrucción de un grueso canal produce además un aumento de las bilirrubinas con coluria, pero sin acolia porque pasa al intestino la bilis del canal sano [Braasch (1)].

Cuando se ha seccionado un conducto hepatocístico, si queda muñón cístico o hepático se pueden unir ambos cabos sobre un tubo, como hizo el Dr. Delgado (5). Si los cabos no se pueden unir no hay más remedio que ligar el extremo distal y anastomosar el superior con yeyuno, como en la situación anterior.

---

\* Utilizamos una sonda con manguito.

d) Otras veces, el cirujano corta inadvertidamente todo el *conducto hepático*. La sección se puede producir a distintos niveles, de acuerdo a dos factores: la altura de confluencia de ambos canales hepáticos y el emplazamiento de la desembocadura del cístico en la vía biliar principal.

El cirujano reconstructor encuentra entonces un conducto común de longitud variable. Pero puede suceder que sea muy breve o no exista, porque se seccionó o se reseco el confluente de los hepáticos, quedando sólo los cabos separados derecho e izquierdo.

Cuando hay suficiente canal biliar por arriba o por abajo, la reconstrucción practicada en el mismo acto operatorio o en la primera reintervención es fácil, movilizándolo y haciendo una sutura terminoterminal sobre tubo tutor en T. En los enfermos de este tipo operados en nuestra Clínica, se obtuvo buen resultado (24).

Nos ocuparemos preferentemente de las reintervenciones cuando el cabo coledociano es inutilizable (ausencia, esclerosis, tumor) que pueden ser más complejas aún por:

- 1) Muñón superior de muy pequeño calibre.
- 2) Ausencia de canal común que obliga a derivar ambos lóbulos por separado.
- 3) Anastomosis biliodigestiva obstruida.
- 4) Cirrosis biliar.
- 5) Cáncer ya operado o inextirpable.

## TIPOS DE FISTULAS POSTOPERATORIAS

Hay tres situaciones en que los canales pueden tener poco calibre:

a) Cuando se establece una *fistula externa total* (fig. 2 A), se produce una exfoliación importante con pérdida de electrolitos, deshidratación, tetania, hemorragias. Se puede compensar reponiendo la bilis por sonda gástrica, dando bilis de buey, vitamina K y corrigiendo el ionograma.

El problema técnico es anastomosar un canal milimétrico sin que se estenose la sutura, para ello es imprescindible dejar un tubo tutor.

b) Cuando se constituye espontáneamente una *fistula entre el muñón biliar y el duodeno* (fig. 2 B) y el gasto de la misma es suficiente para que el árbol intrahepático no se dilate.

Estas fistulas de descarga son muy frecuentes. Su calibre es a veces capilar, pero son suficientes para explicar la sobrevida relativamente confortable de algunos pacientes que tienen bilis en el intestino a pesar de su estenosis.

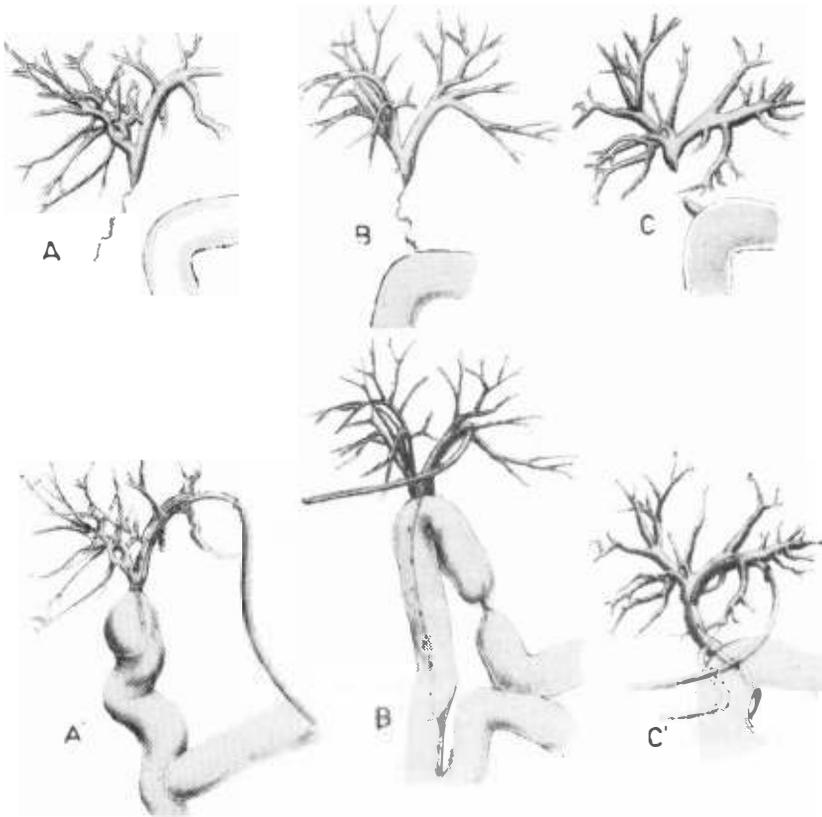


Fig. 2.— A: Fístula externa total. A': Después de operada. B: Fístula hepatoduodenal de descarga. B': Operada. C: Estenosis y cirrosis. C': Operada y calibrada.

c) Si la cirrosis biliar está muy avanzada, el árbol intra-hepático ahogado por la fibrosis no se puede dilatar. Si la sección canalicular fue hiliar y no queda árbol subhepático dilatado, resulta que todos los canales son de pequeño calibre como si hubiera una fístula (fig. 2 C).

Los tres casos que representamos en la figura 2\* ilustran estas formas clínicas.

#### *Fístula externa total*

CASO 1.—Paciente de 29 años, portadora de una fístula biliar externa total por sección cerca del confluente. Fue reoperada por segunda vez el

\* Los dibujos han sido calcados de las colangiografías postoperatorias que no reproducimos por ser aquellos más claros.

24-VIII-962. El muñón tenía 4 mm. de calibre. Se agranda a expensas del hepático izquierdo, practicando una anastomosis lateral sobre un asa en Y de Roux, dejando un tubo transhepático izquierdo en T con una rama corta en el hepático derecho y otra transanastomótica (fig. 2 AA'). Este drenaje se retiró a los doce meses. La paciente lleva más de tres años de operada y está muy bien.

### *Fístula de descarga*

**CASO 2.**—Colecistectomizada por litiasis, reoperada al cabo de un año por una ictericia obstructiva incompleta. Se encuentra en la reintervención (1-IX-965) una fístula capilar de descarga que llega hasta el duodeno y canales biliares (fig. 2 BB') de muy pequeño calibre. Se practica una hepatoyeyunostomía terminolateral en asa de Warren (35), dejando un tubo tutor transhepático izquierdo durante dos meses con buen resultado inmediato.

### *Cirrosis con canales finos intrahepáticos*

**CASO 3.**—Colecistectomizada, de 57 años, a la que se le seccionó el hepático, reconstruyéndolo sobre un tubo perdido en la misma intervención (14-II-963). El tubo descendió al colédoco, obstruyéndose con barro totalmente. Es reoperada, abordando el cabo superior por la placa hiliar y reconstituyendo el canal sobre un tubo en T (18-III-964), que se sale al mes. Dado el fino calibre de los canales, el 4-V-964 es reintervenida colocando un tubo en T coledociano, transanastomótico con una rama larga superior transhepática izquierda que se deja allí un año (fig. 2 CC'). Actualmente está sin ictericia, pero tenía una atrofia del lóbulo derecho con lesiones graves de fibrosis, posiblemente por una lesión vascular en la primera operación. Ha hecho también algunos empujes de angiocolitis.

## TOPOGRAFIA DE LAS ESTENOSIS BENIGNAS

Generalmente están situadas en el hepático común, pero la fibrosis puede incluir el confluente aislando los territorios canaliculares derecho e izquierdo o el derecho solo, cuando no se ha seccionado el izquierdo (fig. 1 C).

Cronológicamente la *ausencia de hepático común* se ve en enfermos reintervenidos varias veces como en el caso 4.

**CASO 4** (fig. 3 AA').—Paciente de 55 años, colecistectomizada en 1963; quedó con una estenosis biliar y fue reoperada dos veces en enero y junio de 1964, dejando drenajes externos porque los canales eran muy finos (tenía una cirrosis).

Nosotros la reoperamos el 10-VI-964 practicando dos hepatoyeyunostomías terminolaterales en Y de Roux con ambos canales por separado, dejando un tubo transhepático derecho transanastomótico. El izquierdo era tan fino que no se pudo canalizar.

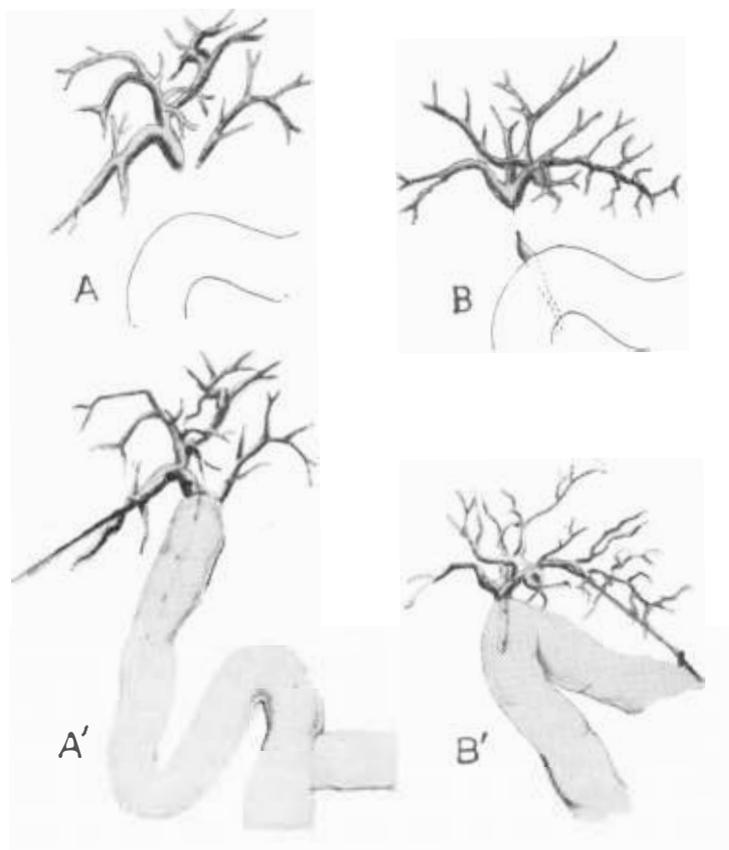


Fig. 3.— A: Ausencia de confluente. A': Después de derivada.  
 B: Estenosis postreconstrucción. B': Operada.

Otras veces se estenosa una reconstrucción biliobiliar y es necesario reintervenirla como en el caso 5.

**CASO 5** (fig. 3 BB').— Enferma de 50 años que hizo una estenosis biliar después de una colecistectomía. Fue reintervenida suturando los cabos biliares sobre un tubo de Kehr. Repitió la ictericia poco después de sacarlo y se reintervino nuevamente en 1963, practicando una hepatoduodenostomía sobre tubo en T transhepático izquierdo transanastomótico, que se retiró varios meses después con excelente resultado hasta la fecha.

### ESTENOSIS DE HEPATODUODENOSTOMIA

Es esta una mala operación por la frecuencia de estenosis y angiolitiasis postoperatoria. Casi todos los autores contempo-

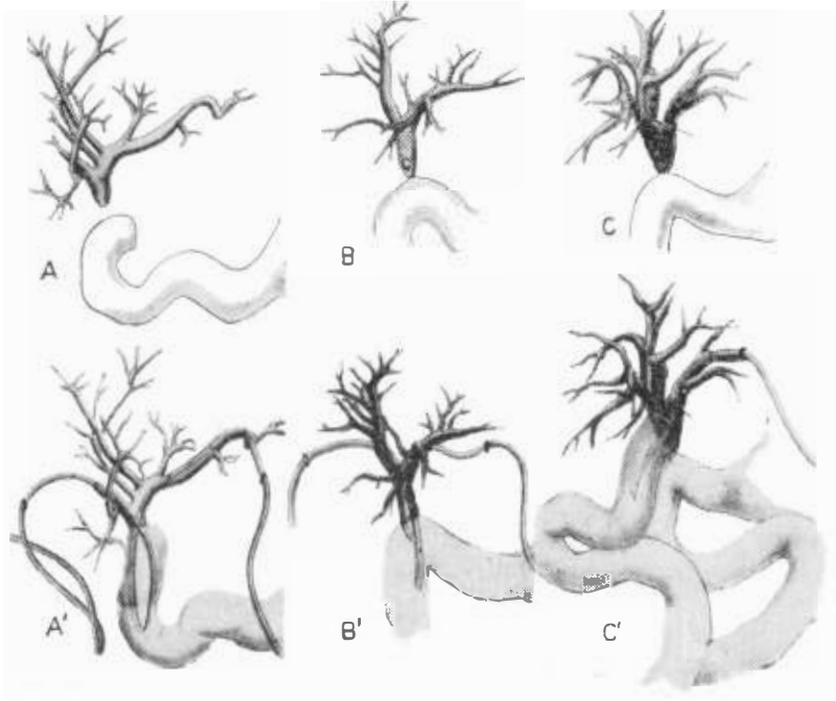


Fig. 4.— A: Estenosis total de hepatoduodenostomía. A': Después de operada. B: Estenosis incompleta. B': La misma enferma después de operada. C: Litiasis intrahepática y estenosis de anastomosis. C': Operada.

ráneos están de acuerdo en ello: Glenn (7), Warren (36), Hepp (12), Soupault (33), Salembier (28), Hess (13), Smith (30), etcétera.

Operamos varios enfermos a los que se les había practicado este tipo de derivación para restablecer el flujo biliar después de lesiones operatorias del hepático.

#### *Estenosis completa*

**CASO 6** (fig. 4 AA').— Colecistectomizada en I-961 con sección de vías biliares. Había sido reoperada tres veces, practicándosele sucesivas hepatoduodenostomías en VII-961 y II-962, que se volvieron a estenosar y el VIII-963 se le había hecho una antrectomía para desfuncionalizar el duodeno. Luego operamos por primera vez (cuarta reintervención el 15 IV 964). La anastomosis estaba completamente obstruída, se practicó una nueva anastomosis amplia y se dejó un tubo

tubo transhepático doble (en Y), transanastomótico (21) que se retira al año. Aclaró en seguida la ictericia (que llevaba tres años) y la enferma se encuentra muy bien.

### *Estenosis incompleta*

**CASO 7** (fig. 4 BB').— Colecistectomizada, estenosis reconstruida cabo a cabo en 1960 y hepatoduodenostomía en 1962. Pasó bien un año, al cabo del cual se obstruyó de nuevo.

Es reoperada por tercera vez el 19-X-64, relacionando la anastomosis sobre un tubo transhepático doble en Y transanastomótico que se retiró hace poco. La ictericia desapareció al ser operada y la paciente se encuentra ahora muy bien.

### *Estenosis y litiasis intrahepática*

**CASO 8** (fig. 4 CC'). Una mujer a la que veinte años antes se le había seccionado la vía biliar practicándose una hepatoduodenostomía. Pasó bien diecinueve años, al cabo de los cuales inició una ictericia. Fueron necesarias dos intervenciones (26-V-65 y 1º-IX-65) para extraer infinidad de cálculos pigmentarios intrahepáticos que constituían un molde casi total de los canales. Para ello, en la segunda operación disecando en pleno parénquima, 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 gran agujero 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 transanastomótico. La colangiografía no muestra cálculos y el árbol biliar perdió calibre, pero la ictericia tardó en desaparecer porque la enferma tiene una cirrosis biliar. Ahora está bien.

## ESTENOSIS Y CIRROSIS BILIAR CON HIPERTENSION PORTAL

Esta asociación se ve en 1,5% de los casos, según Sedwick (29). Son siempre enfermos muy graves. Al trastorno hemorrágico por insuficiencia hepática y malabsorción de la vitamina K, se le agrega la hipertensión portal como causa de hemorragia.

**CASO 9** (fig. 5).— Otra paciente similar, a la cual, por la misma razón que las anteriores, se le practicó en 1955 una hepatoduodenostomía. Pasó varios años bien, pero luego se estableció progresivamente una ictericia, la enferma se negó a operarse.

En 1965, con una cirrosis grave, ingresa al Servicio por una hemorragia digestiva masiva que obligó a practicar una esplenectomía con desconexión azigoportal tipo Degni (14), con muy buen resultado porque no sangró más.

La exploración y biopsia operatoria mostraron una cirrosis atrófica. Varios meses después, pese al riesgo por su insuficiencia hepática, se reoperó extrayendo varios cálculos pigmentarios intrahepáticos, se agrandó la anastomosis rápidamente con la técnica de Heineke-Mikulicz, dejando dos tubos en X transhepáticos derecho e izquierdo transanastomóticos. Pese a que la ictericia disminuyó, la enferma murió en coma hepático veintitrés días después.

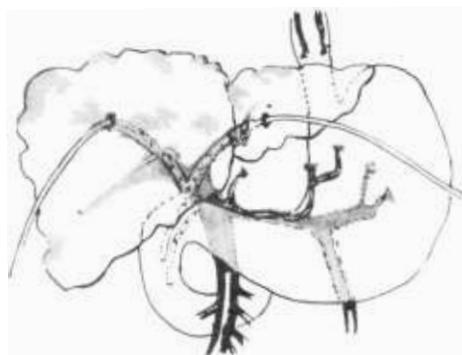
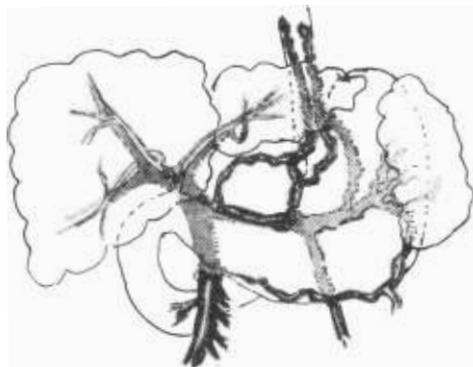


Fig. 5.—Caso 9. Antes y después de practicar las dos operaciones.

### ESTENOSIS DE HEPATOEYUNOSTOMIA

Es rara en las anastomosis hiliares, sobre todo si se hacen amplias y se dejan calibradas.

Las hepatoyunostomías laterales [Longmire (16), Dogliotti (6), Soupault (33), Gohrbandt (8)] como se hacen en canales periféricos de menos calibre, se estrechan con más frecuen-

cia. Creemos que se deben utilizar solamente en pedículos inabordables por cáncer y dejándolos siempre calibrados por tubos transhepáticos que pasan hacia la derecha (caso 12, quinta operación) (18).

En 1963 publicamos un procedimiento para recalibrar las anastomosis cuando la estrictura es reciente y sin fibrosis. Consiste en abrir el yeyuno por debajo de la sutura y pasar dilataadores a través de la estenosis, lavar el barro biliar que hay por encima y dejar un tubo transhepático (20).

Finalmente se cierra el yeyuno. La primera enferma en que se aplicó esta técnica lleva tres años de operada y está muy bien. Smith (31) posteriormente aplicó nuestro procedimiento (25).

### REINTERVENCIONES POR CANCER BILIAR

En materia de cáncer biliar somos reintervencionistas porque creemos que muchos enfermos mueren a consecuencia de la obstrucción biliar que provoca el tumor y no por la sola existencia de éste.

En este sentido se mantiene en pie nuestro planteamiento publicado el año pasado (22). Cuando se reseca un neoplasma biliar alto, conviene dejar un tubo tutor a través de la anastomosis durante bastante tiempo (como en el caso que relataremos) porque si el tumor recidiva lo hace en el muñón biliar obstruyendo el drenaje.

Si se ha dejado el tubo se puede averiguar esto con colangiografías y aunque se resuelva no reintervenir, el drenaje permite pasar bilis a través del tumor.

**CASO 10.** Paciente de 56 años, al cual se le resecó un tumor del hepático común, practicando una hepatoyeyunostomía terminolateral en Y de Roux el 27-IV-64, dejando durante catorce meses un tubo tutor transhepático izquierdo. Actualmente está muy bien, aparentemente curado, por lo cual no hubiera sido necesario dejar tanto tiempo el drenaje, pero aclaremos que es un caso excepcional.

### TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS NEOPLASICA DE LAS ANASTOMOSIS BILIODIGESTIVAS

Estas se producen porque el tumor recidiva en la sutura o porque se hizo una derivación paliativa lateral supratumoral.

Para evitar esto último, cuando no se reseca el tumor conviene seccionar el colédoco totalmente y abandonar el cabo in-

ferior cerrándolo sobre el neoplasma. Se utiliza el munon superior haciendo una anastomosis biliodigestiva terminal.

Otras veces los tumores biliares bajos, periampulares o pancreáticos, crecen hacia arriba e infiltran el confluente hepatocístico.

Si se había practicado una colecistoyunostomía, ésta deja de funcionar (como sucedió en el caso 13), siendo necesario utilizar el hepático para derivar. El Dr. Crespo (4), de nuestra Clínica, hizo su tesis de doctorado analizando detalladamente las derivaciones colecistodigestivas.

Otras veces la obstrucción neoplástica del cístico provoca una colecistitis aguda que en general se drena. Pero el tumor, al crecer infiltra la vía biliar principal y provoca después una ictericia como en el caso 11.

**CASO 11.**—Paciente de 53 años, operada el 27-V-961 por una colecistitis aguda grave con necrosis de la mucosa, sin cálculos. El pedículo hepático grueso infiltrado era inabordable. Se hizo una colecistostomía. En la colangiografía no se rellenó el colédoco. Cuatro meses después hace una ictericia.

En la reintervención se encontró un tumor inextirpable del pedículo hepático con hígado secundario. Se colocó un tubo tutor transtumoral transhepático. Aclaró totalmente la ictericia y la paciente sobrevivió más de diez meses, falleciendo el 26-X-962.

### *Recalibrado*

Esta técnica que describimos en 1961 (17) nos ha permitido obtener varias sobrevidas prolongadas en cánceres inextirpables, como en el caso siguiente en que en dos oportunidades se calibró el confluente intercalando entre ambas una derivación izquierda al estómago. En esta enferma conseguimos una sobrevida de más de ocho años, pero tuvimos que operarla seis veces. La historia ha sido publicada en detalle hasta 1963 (19).

**CASO 12.**—Paciente de 26 años que ingresa con una vesícula palpable. **Primera operación** (4-IX-957): Hidrocolecisto, sin cálculos, nódulo cístico, colecistectomía. Al año ictericia, tumor del confluente hepatocístico. **Segunda operación** (28-VI-958): Resección, reconstrucción sobre tubo de Lahey. **Tercera operación** (16-VII-960): Se cambia por un tubo de Cattell. **Cuarta operación** (6-II-961): Estenosis a nivel de la antigua resección. Se calibra con un tubo transhepático derecho. **Quinta operación** (13-VI-962): Hepatogastrostomía izquierda con tubo transhepático transanastomótico. Estenosis a los dos años de sacar el tubo derecho. **Sexta operación** (6-VII-964): Colocación de un tubo transhepático doble en gama a través de la estenosis del confluente con una

rama derecha y otra izquierda pasando por una coledocoduodenostomía infra-estriktural. Se deja este drenaje hasta su muerte, el 3-XI-965, con una carcinomatosis hepática.

Es ésta una de las sobrevividas más largas que existen, de acuerdo a la bibliografía consultada.

El enfermo de Lippman (15) vivió siete años y los de Goldemberg (9) y Thorbjarnarson (35) sólo seis.

### *Reanastomosis*

Cuando se produce la estenosis neoplásica de las anastomosis biliodigestiva o del cístico en las colecistoyeyunostomías, es necesario reanastomosar en otro lado; la siguiente observación ilustra ambas circunstancias.

**CASO 13.** Paciente de 67 años, operada por ictericia fría el 10 II-962. Se encuentra una estenosis biliar inferior, practicándole una colecistostomía. El 9-XII-962 se le hace una colecistoyeyunostomía que deja de funcionar. El 7-III-963 se deshace, sacando la vejícula y anastomosando el hepático con la misma asa de Roux. El 29-VI-963 se recalibra con tubo de Kehr.

La operamos por primera vez (cuarta reintervención) resecaando la anastomosis que estaba infiltrada por el adenocarcinoma, haciendo una nueva hepatoeyunal más alta, pero calibrada por un tubo en T transhepático. Ya había gruesas adenopatías celíacas aunque el hígado estaba sano. Aclaró la ictericia, pasó tres meses bien y falleció a los cinco de la última operación.

### ESTENOSIS BENIGNA DE ANASTOMOSIS BILIODIGESTIVA POSTRESECCION DE TUMOR

**CASO 14.** Paciente de sexo masculino, de 42 años, al que se le había practicado una duodenopancreatectomía por cáncer de papila el 17-X-963. Ocho meses después hace una ictericia obstructiva. En la reoperación se encuentra una estriktura no neoplásica de la anastomosis biliodigestiva que se rehace dejando un tubo transhepático doble en gama transanastomótico durante varios meses. El paciente, que no tenía ningún signo de recodiva, está bien hasta hoy.

Esta historia, que fue publicada (26), ilustra nuestro criterio reintervencionista en los cánceres biliares, porque como también sucedió en el caso 12 (quinta operación) la estenosis de una derivación en estos enfermos, no siempre tiene que ser tumoral.

## BIBLIOGRAFIA

1. BRAASCH, J. and PREBLE, H.— Unilateral Hepatic Duct Obstruction. "Ann. Surgery", 158: 17; 1963.
2. COUINAUD, C.; MODARESSI, H. et MALAMUD, J.— Anastomose Bilio Digestives Intrahepatiques. Un Artifice L'Incision Stellaire Du Confluent Biliaire Superieur. "Presse Med.", 69: 2211; 1961.
3. CHAMPEAU, M. et MELLERE, D.— Les anastomoses biliodigestives intrahepatiques. "J. Chir.", 9: 281; 1965.
4. CRESPO, L.— "Anastomosis colecistodigestivas". Tesis. Montevideo, 1965.
5. DELGADO, B.; AGUIAR, A. y SBARBARO, O.— Los canales hepatobiliares accesorios. "Rev. Cir. Urug.", 36, 1964. (En prensa.)
6. DOGLIOTTI, A.— Gastro-intra-hepato-duetostomie dans le traitement chirurgical des obstructives des voies biliaires. "Lyon Chir.", 46: 353; 1951.
7. GLENN, F. Postoperative strictures of the extrahepatic bile ducts. "S. G. O.", 120: 650; 1965.
8. GOHRBANDT, E.— Direkte verbindungenzwischen leber und magen daru kanal. "Langenbeck's Arch. Klin. Chir.", 276: 939; 1953.
9. GOLDENBERG, I. S.— Carcinoma of the biliary tract. "Amer. J. Surg.", 86: 292; 1953.
10. HEPP, J. et COUINAUD, C.— L'abord et l'utilisation du canal gauche dans la réparation de la voie biliaire principale. "Presse Méd.", 64: 1947; 1956.
11. HEPP, J.— Repair of injuries to the bile ducts. The Hepatico Jejunal anastomosis. "Am. J. Digest. Dis.", 6: 676; 1961.
12. HEPP, J.; PERNOD, R. et HAUTEFEUILLE, P.— Contribution de la cholangiographie opératoire a la chirurgie réparatrice des traumatismes biliaires. "Ann. Chir.", 17: 1121; 1963.
13. HESS, R.— "Die Erkrankungen Der Gallenwege Und Des Pankreas". Georg Thieme. Stuttgart, 1961.
14. LEMOS TORRES, U. and DEGNI, M.— Rational Basis of a New Technique for Treatment of Portal Hypertension. "J. of Cardio. Surg.", 6: 173; 1965.
15. LIPPMAN, H. N.; MCDONALD, L. C. and LONGMIRE, W.— Carcinoma of the Extrahepatic Bile Ducts. "Amer. Surg.", 25: 819; 1959.
16. LONGMIRE, W. P. and SANDFORD, M. C.— Intrahepatic cholangioplasty with partial hepatectomy for biliary obstruction. "Surgery", 24: 264; 1948.
17. PRADERI, R.— Coledocostomía transhepática. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 33: 237; 1961.
18. PRADERI, R.— Hepatogastrostomía laterolateral. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 33: 495; 1962.
19. PRADERI, R.— Cáncer del confluente hepatocístico. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 34: 442; 1963. Abstract "S. G. O.", 120: 661; 1965.

20. PRADERI, R.—El drenaje biliar externo o interno por el hepático izquierdo. "Rev. As. Med. Bras.", 9: 401; 1963. Abstract "S. G. O.", 120: 661; 1965.
21. PRADERI, R.—"Tubos transhepáticos dobles". Tesis. Montevideo. 1964. (Premio Ministerio Instrucción Pública.)
22. PRADERI, R.; PARODI, H. y DELGADO, B.—Tratamiento de las obstrucciones neoplásicas de la vía biliar suprapancreática. "Ann. Fac. Med. Montevideo", 49: 221; 1964.
23. PRADERI, R.—"Drenajes del árbol biliar en las obstrucciones no litiásicas". Curso Graduados Ictericias Obstructivas no Litiásicas. Clínica Gastroenterológica. Fac. de Medicina, 20-X-1964. (Inédito.)
24. PRADERI, R.—Lesiones por el acto operatorio en la colecistectomía. "La Prensa Médica Argentina", 52: 19-89; 1965.
25. PRADERI, R.—Aplicaciones de los drenajes transhepáticos. "Rev. Cir. Urug.", 35: 21-23; 1965.
26. PRADERI, R.; ORMAECHEA, C. y DELGADO, B.—Aspiración transhepática del asa diverticular en la duodenopancreatectomía cefálica. "Rev. Cir. Urug.", 36, 1966. (En prensa.)
27. RAINS, A.—Biliary Obstruction in the Region of the Porta Hepatis. "Ann. Roy. Coll. Surg. Eng.", 24: 69; 1959.
28. SALEMBIER, Y.—Retrecissements post-opératoires des voies biliaires. "Jour. Chir.", 87: 560; 1964.
29. SEDWICK, C. and HUME, A.—Management of Bile Duct Strictures with Associated Portal Hypertension. "S. G. O.", 108: 627; 1959.
30. SMITH, R. and SIERLOCK, S.—"Surgery of the Gall Bladder and Bile Ducts". London, Butterworths, 1964.
31. SMITH, R.—Hepaticojejunostomy with transhepatic intubation. "Brit. J. of Surgery", 51: 186; 1964.
32. SOUPAULT, et COINAUD.—Sur un procédé nouveau de dérivation biliaire intrahépatique. "Presse Med.", 65: 1157; 1957.
33. SOUPAULT, R.—"Les Anastomoses Bilio-Digestives et Pancreato Digestives. Paris, Masson, 1961.
34. STROHL, L.; DIFFENBAUGH, W. and ANDERSON, R.—Importance of drainage after biliary surgery. "Surg. Clin. of North America", 44 (1): 281; 1964.
35. THICRBJARNARSON, B.—Carcinoma of the intrahepatic bile ducts. "Arch. Surg.", 77: 980; 1958.
36. WARREN, K. and MC DONALD, W.—Facts and Fiction Regarding Strictures of the Extrahepatic Bile Ducts. "Ann. Surg.", 159: 996; 1964.
37. WARREN, K.—Modification of the Roux en Y Procedure. "Surg. Clin. of North America", 45 (3): 611; 1965.