

Artículo original

Derivación biliointestinal en lesiones de la vía biliar extrahepática

Rolando Rómulo García Matus¹¹Centro Médico Nacional "Gral. de División Manuel Ávila Camacho"**Resumen**

Se revisa la morbilidad y mortalidad de las técnicas de derivación biliointestinal para lesiones benignas y malignas de la vía biliar extrahepática. La hepaticoyeyunostomía en Y de Roux es la técnica más frecuentemente empleada y se hacen comentarios basados en la experiencia personal de 30 casos de obstrucción biliar.

Palabras clave: *Estenosis de Oddi, obstrucción biliar.*

Summary

The morbidity and mortality of biliointestinal derivation techniques in benign and malignant obstruction of the extrahepatic bile ducts is revised. The Roux in Y hepaticojejunostomy was the technique more frequently used in a series of 30 cases.

Key words: *Fibrosis of the sphincter of Oddi, biliary obstruction.*

Introducción

La derivación biliointestinal puede considerarse en sus diversas técnicas como la piedra angular en el tratamiento de las lesiones benignas y malignas de la vía biliar extrahepática.

La hepaticoyeyunostomía es una de las técnicas más frecuentemente empleadas como tratamiento definitivo en lesiones benignas y malignas que pueden ser resecaadas completamente; y como paliativas en cánceres de la vía biliar extrahepática, de la cabeza del páncreas, del esfínter de Oddi o del duodeno.

Otra técnica que también ha demostrado ser segura es la hepaticoduodenostomía; sin embargo sus indicaciones son limitadas y en la actualidad se utiliza con menos frecuencia.

La razón de este trabajo es dar a conocer los resultados de la anastomosis biliointestinal en pacientes sometidos a este procedimiento así como los factores que influyen en su pronóstico.

Material y métodos

Se realizó una revisión de expedientes clínicos para conocer la morbilidad y mortalidad de la derivación biliointestinal en lesiones benignas y malignas de la vía biliar extrahepática de todos los pacientes que se sometieron a este procedimiento durante el tiempo comprendido del 1° de enero de 1996 al 31 de diciembre de 1996 en el Servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho, IMSS, Puebla.

Se diseñó una hoja de recolección de datos para capturar las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico preoperatorio, tipo de lesión de la vía biliar, técnica realizada, enfermedades concomitantes, estancia hospitalaria, complicaciones tempranas, complicaciones tardías y mortalidad.

Resultados

Se analizaron 30 casos, 21 eran del sexo femenino y nueve del sexo masculino. El rango de edad en el sexo femenino fue de 14 a 80 años (media 54.8 años) y para el sexo masculino fue de los 30 a 90 años de edad (media 56.7 años), teniendo mayor número de casos entre los 60 y 69 años de edad.

En 11 casos la derivación fue por lesión maligna de la vía biliar extrahepática y en 19 casos por lesión benigna. Así mismo se observó que el rango de edad en cuanto al mayor número de lesiones benignas y lesiones malignas no varió con relación a lo presentado en la muestra general.

De acuerdo al diagnóstico postoperatorio la lesión benigna más frecuente fue la estenosis del esfínter de Oddi, seguido por la estenosis del colédoco distal con seis casos para la primera y cinco casos para la segunda causa. Otras causas incluyeron: la fístula colecistocolédociana, cuatro casos, colédocolitiasis en tres y un quiste de colédoco, todos en el sexo femenino.

Las lesiones malignas se hallaron en la siguiente forma: el cáncer de vías biliares y el de cabeza de páncreas se encontraron en cuatro casos del sexo femenino y uno del sexo masculino, mientras que el cáncer del ámpula de Vater se halló en un solo paciente del sexo masculino.

De los 30 pacientes sometidos a derivación biliointestinal, 18 no tenían patología concomitante (60%), tres pacientes eran diabéticos, uno era hipertenso y cuatro ambas enfermedades. En tres se encontraron antecedentes de hepatitis y cirrosis hepática; otros hallazgos fueron: cáncer de colon, cáncer cervicouterino y cardiopatía isquémica con un caso cada uno.

Las técnicas empleadas para la derivación biliointestinal fueron: la hepaticoyeyunostomía en 18 casos (figura 1), la hepaticoduodenostomía en 10 pacientes y en otros dos pacientes colecistoyeyunostomía con derivación en doble asa respectivamente.

Sólo en cinco pacientes hubo complicaciones tempranas y en los restantes 25 casos la evolución postoperatoria fue satisfactoria.

Las complicaciones incluyeron: dehiscencia de la anastomosis en dos casos, encefalopatía hepática, sepsis generalizada y absceso residual cada una en un caso.

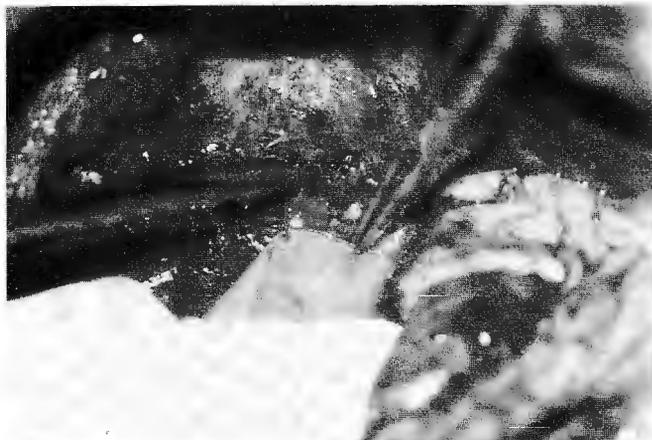


Figura 1. Técnicas empleadas.



Figura 2. Complicaciones.

No hay diferencia en el porcentaje de complicaciones entre la hepaticoyeyunostomía (figura 2) y la hepaticoduodenostomía, ya que en ambas fue de 6.6%; la primera por presentar un caso de sepsis y otro de encefalopatía hepática, en la segunda un caso de dehiscencia de anastomosis y otro de absceso residual. Por otra parte hubo una dehiscencia de anastomosis en la colecistoyeyunostomía.

Cuatro pacientes fallecieron y únicamente el que presentó el absceso residual (drenado quirúrgicamente) fue dado de alta a los 53 días de estancia hospitalaria. Todos los pacientes que fallecieron tenían una lesión maligna, cáncer de cabeza de páncreas en tres y uno cáncer de colédoco. Lo anterior dio un porcentaje de mortalidad de 13% contra una sobrevida de 86.7%.

Discusión

Existen varias técnicas para restablecer el flujo biliar en lesiones benignas y malignas de la vía biliar extrahepática; todos los procedimientos requieren de aspectos técnicos tales como: un conocimiento adecuado de la anatomía, disección cuidadosa de los elementos y realizar una anastomosis entre mucosa y mucosa del conducto biliar e intestinal evitando la tensión.

En esta serie el procedimiento más frecuente fue la hepaticoyeyunostomía en Y de Roux en 18 casos; en uno hubo una complicación sistémica en el postoperatorio no relacionada con la técnica en particular. Diversos autores favorecen este tipo de derivación, Bismuth y col.⁹ informan sólo un caso de colangitis en 123 casos, que habitualmente se presenta después de obstrucción de la anastomosis; otra complicación que se ha reportado es la úlcera péptica que se presenta de un 7 al 13% después de la operación, como ha sido publicado por Blumgart.¹¹

La hepaticoduodenostomía es otra técnica que se debe considerar en especial cuando el asa de yeyuno no alcanza a llegar al conducto hepático o en lesiones benignas; sin embargo se observó dehiscencia de la anastomosis en un caso entre 10 pacientes operados.

Conclusiones

Aun cuando la muestra es pequeña y no significativa podemos considerar que la hepaticoyeyunostomía es un procedimiento seguro y eficaz cuando se realiza en forma adecuada. El plan quirúrgico para el tratamiento de las lesiones de la vía biliar debe ajustarse en forma individual a cada paciente según el tipo de lesión, el nivel afectado, la extensión de la lesión, el estado general del enfermo y la experiencia del cirujano, para no agregar mayor morbilidad y mortalidad al paciente.

Referencias

1. Zuidema G. Cirugía del aparato digestivo, 3ª edición. Argentina: Panamericana, 1993.
2. Herman R. A pleater safer technique of cholecistectomy. *Surgery* 1976; 79: 609.
3. Roslyn J, Binns G et al. Open cholecistectomy. A contemporary analysis of 474 patients. *Ann Surg* 1993; 218: 129-137.
4. Garden, O. Iatrogenic injury to bile duct. *Br J Surg* 1993; 78(2): 1412-1413.
5. Lane CE, Sawyers JL, Riddell DH et al. Long term results of Roux in Y hepatocholejojunostomy. *Am Surg* 1973; 177: 74.
6. Maingot. Operaciones abdominales, 8va. edición. Argentina: Panamericana, 1989.
7. Csendes A, Díaz JC, Burdiles P et al. Late results of immediate primary end to end repair in accidental section of the common bile duct. *Surg Gynecol Obstet* 1989; 168: 25-130.
8. Peligrini CA, Thomas MJ, Way LW. Recurrent biliary stricture: Patterns of recurrence and outcome of surgical therapy. *Am J Surg* 1984; 147: 175-180.
9. Bismuth H, Franco D, Corlette MB et al. Long term results of Roux in Y hepaticojejunostomy. *Surg Gynecol Obstet* 1978; 146: 161-167.
10. Pereira L. Biliary reconstruction in benign postoperative stricture with transhepatic tubes. *Am J Surg* 1992; 164: 124-128.
11. Pappalardo G, Correnti S, Mobarham S et al. Long term results of Roux in Y hepaticojejunostomy. *Surg Gynecol Obstet* 1998; 196: 149-152.
12. Bumglart LH, Kelley CJ, Benjamin IS. Benign bile duct stricture following cholecystectomy: Critical factors in management. *Br J Surg* 1994; 71: 836-843.
13. Ronald F. *Clin Quir Nort Am* Vol 4, 1994.
14. Wexler MJ, Smith R. Jejunal mucosa graft. A sutureless technique for repair of high bile duct strictures. *Am J Surg* 1975; 129: 204-211.

Fe de erratas

Al volumen 42, número 3, mayo-junio de 1999.

En el artículo titulado "Modificación al tratamiento corto de la tuberculosis pulmonar", en la página 111, el cuadro 3 presenta un error en la alineación del texto de los encabezados de las columnas, tanto de los quinquenios como del número de pacientes y por cientos. A continuación se muestra el cuadro con las correcciones.

Cuadro 3. Enfermedades asociadas.

Padecimiento	1981-1985		1986-1990		1991-1995	
	Número de pacientes	Por ciento	Número de pacientes	Por ciento	Número de pacientes	Por ciento
Alcohol/Cirrosis	11	18.0	15	18.7	18	24.3
Desnutrición	8	13.1	23	28.7	29	39.0
Tabaquismo crónico	7	11.4	15	18.7	12	16.2
Diabetes mellitus II	6	9.8	21	26.2	19	25.6
Neumonía bacteriana	6	9.8	10	12.5	9	13.5
Neumoconiosis	5	6.1	2	2.6	4	5.4
Insuficiencia cardíaca	5	6.1	7	8.7	6	8.1
SIDA	0	0	1	1.2	3	4.0
Sólo TBP	14	16.3	10	12.5	9	13.5
Otras*	14	16.3	10	12.5	9	13.5

* Hipertensión arterial, enfermedad vascular cerebral, diversos padecimientos hematológicos o de la colágena tratados con corticoides, cáncer, insuficiencia renal crónica, absceso hepático amibiano, preeclampsia, cardiopatía congénita, asma bronquial.