



# Hepatocolecistostomía

## En Lesiones del Hepático Común

### Presentación de 1 caso

H. CANO, MD, SCC; R. E. CAYCEDO, MD, SCC.

**Palabras claves:** Hepatocolecistostomía, Hepático común, Ingestión de bilis autóloga.

*Se presenta el caso de 1 paciente con grave lesión del hepático común con arma de fuego, con severos daños concomitantes del hígado, vena cava y riñón derecho, en quien se exteriorizó el flujo biliar con catéter y se conservó la vesícula para una futura reconstrucción de la continuidad de la vía biliar. Un mes después se reintervino y se le practicó una hepatocolecistostomía dejando tubo trans-hepático hasta la anastomosis hepatovesicular, con lo que se ha obtenido un resultado excelente durante más de 2 años de seguimiento.*

*Se plantea la posibilidad de conservar la vesícula biliar en caso de lesiones altas de las vías biliares para usarla posteriormente como "puente", siempre que la vía vesícula-cístico-colédoco, se encuentre indemne. Al mismo tiempo se describe un método para reconstrucción de las vías biliares.*

### INTRODUCCION

Las lesiones graves de las vías biliares extrahepáticas enfrentan al cirujano al difícil reto de intentar una reconstrucción en el primer acto operatorio, lo cual a veces no es posible por la dificultad técnica de manipular vías muy delgadas en pacientes jóvenes, por daños muy severos en el hilio hepático o por cirugías muy prolongadas, dadas las lesiones concomitantes que generalmente se presentan, debiéndose optar por la derivación biliar externa total mientras se espera cierto grado de dilatación de la vía biliar, así como mejores condiciones generales del enfermo para intentar un segundo tiempo, una derivación bilioentérica o en la mayoría de los casos, una "Y" de Roux con "tubo sin fin" (1). Para estos pacientes el factor común ha sido la colecistectomía para evitar el reservorio "no funcional".

En nuestro caso optamos por conservar la vesícula pensando en la posibilidad de usarla como parte de la reconstrucción posterior de la continuidad de la vía biliar, lo que a la postre se logró con éxito.

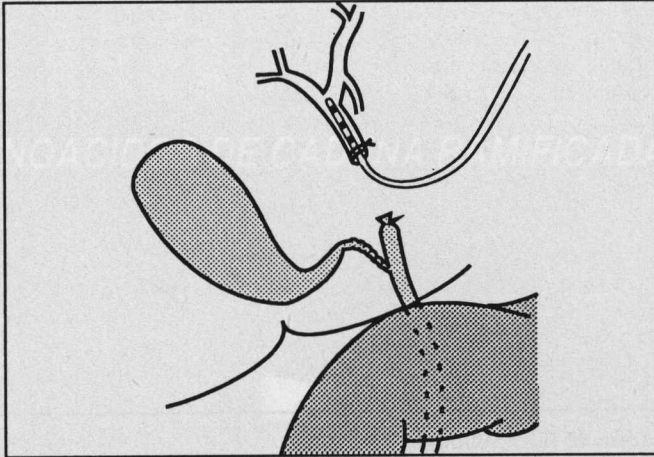
### PRESENTACION DEL CASO

Paciente del sexo masculino, de 18 años de edad, quien llegó remitido del hospital local de Valparaíso al hospital regional de Florencia, Caquetá, 7:30 horas después de haber sido herido por arma de fuego de corto alcance, con orificio de entrada en la región xifoidea. Ingresó en regulares condiciones generales, anémico (Hgb. 9 gr%) con P.A. de 90/20 mmHg, pulso de 108/min. y con un cuadro clínico de abdomen agudo. Se le practicó laparotomía exploratoria en la cual se encontró que el proyectil siguió una trayectoria descendente derecha con lesión del hígado al que penetró por la cara superior del lóbulo derecho y salió por el hilio hepático, con severo "estallido" del mismo donde produjo sección del conducto hepático común; también lesionó la vena cava en nivel del hilio renal derecho con grave daño de los vasos renales y "fractura del riñón" del mismo lado, y con un hemoperitoneo de aproximadamente 1.000 mL. Se practicó nefrectomía derecha y sutura de la herida en la cava. Dadas las malas condiciones del paciente, lo prolongado del procedimiento y la carencia casi total de los elementos mínimos para un trabajo adecuado en ese momento, (salas sépticas, ropa sin esterilizar, carencia de antibióticos, de suturas etc.), se decidió aplazar la reconstrucción de la vía biliar para un segundo tiempo.

En consecuencia, se procedió a canalizar el hepático común proximal con un catéter al exterior y se ligó el muñón distal. Después de comprobar el adecuado vaciamiento de la vesícula a través del cístico y el colédoco indemnes, se decidió conservarla pensando en la posibilidad de utilizarla en una futura reconstrucción (Fig. 1).

La evolución posoperatoria fue satisfactoria, a pesar de que sólo se pudieron iniciar los antibióticos 18 horas

*Doctores: Humberto Cano Toro, Cirujano General, Prof. de Cirugía (en receso) de la U. de Antioquia; Rubén E. Caycedo, Cirujano General, Hospital María Inmaculada, Florencia, Caquetá, Colombia.*



**Fig. 1.** Hepático común proximal derivado al exterior por un catéter. Vesícula biliar conservada con el cístico y el colédoco indemnes.

después de la cirugía. La fístula biliar externa drenó a partir del 3er día, aproximadamente 1.000 mL de bilis cada 24 horas; desde el 5º día el paciente aceptó ingerir toda su propia bilis, al tiempo con la dieta normal; inicialmente presentó algunos síntomas de gastritis alcalina (epigastalgia y vómito), que cedieron fácilmente con pirenzepina, con lo que consiguió la reintegración total de la bilis durante los 20 días que lo requirió; así se logró conservar un buen estado nutricional del paciente.

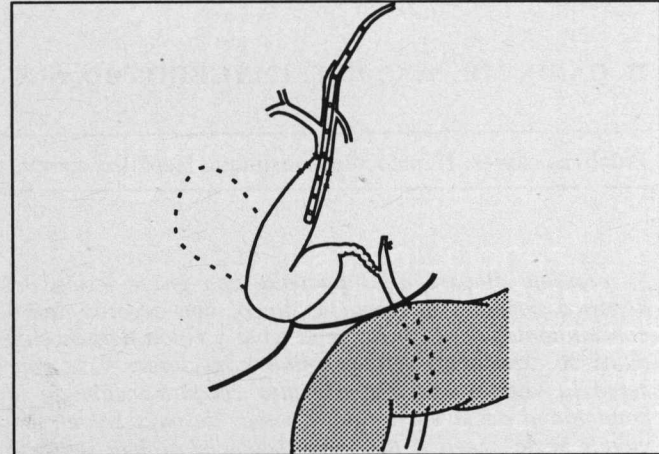
En el día 25º disminuyó bruscamente el drenaje y se obstruyó el tubo a pesar de lavados frecuentes; presentó dolor en la región hepática acompañado de anorexia, fiebre e ictericia a las 24 horas, con bilirrubinemia total de 3.0 mg% con 2.1 mg% de bilirrubinemia directa, lo que apresuró la decisión de la reintervención planeada.

En la cirugía se encontró un intenso proceso adherencial y cicatrizal, especialmente hacia el hilio hepático, lo que requirió una disección delicada y dispendiosa; fue necesario reseca cuñas hepáticas sucesivas hasta encontrar el hepático común retraído dentro del "cráter" que se formó en la cicatriz del hilio, lo que dificultaba enormemente la posibilidad de practicar una hepatoyeyunostomía en Y de Roux clásica, como era el plan quirúrgico inicial.

La vesícula biliar se encontró edematizada pero de buen aspecto, y se optó por usarla en la reconstrucción; se liberó del hígado mediante disección fundocística hasta su parte media, cuidando de preservar el hilio con la arteria cística hasta que el *fundus* alcanzó con holgura el muñón del hepático común; se abrió el fondo vesicular dentro de puntos de reparo; en seguida, con un dilatador de Bakes introducido por el canal hepático, se tunelizó el hígado hasta la cara superior del lóbulo izquierdo; se anudó un tubo al dilatador, y se bajó por tracción hasta la boca de sección del hepático común, reparado con dos hilos. Luego se introdujo dicho tubo por la cistotomía y se practicó

la anastomosis con sólo cuatro puntos de ácido poliglicólico calibre 4/0; se colocaron inicialmente los dos posteriores que se anudaron cuando los dos anteriores ya habían sido pasados; éstos fueron anudados en último término.

Luego se colocaron algunos puntos de fijación de la vesícula al tejido cicatrizal (Fig. 2). Se cerró el paciente dejando un dren tipo *zump* en el área.



**Fig. 2.** Un tubo transhepático emerge por el canal hepático común y se introduce en la vesícula; sobre él se efectuó la hepatocolecistostomía.

De nuevo el posoperatorio fue satisfactorio; se reinició la alimentación oral el 5º día; el drenaje (*zump*) biliar fue moderado y disminuyó hasta agotarse; se retiró el dren el día 15º. El tubo transhepático drenó bilis aproximadamente 100 mL/día. Se practicaron colangiografías por este tubo los días 5º, 15º y 27º; se logró mantener permeable hasta el día 45º cuando se obstruyó y debió retirarse. El paciente fue dado de alta el día 28º para ser tratado ambulatoriamente; acudió regularmente a revisiones los 6 primeros meses, luego se ha controlado a los 20 y 24 meses, manteniéndose asintomático.

Durante el posoperatorio se controló con exámenes de laboratorio clínico (hemoleucogramas, bilirrubinemias, fosfatasas alcalinas, transaminasas, proteínas totales, albúmina, globulina y tiempo de protrombina); estos resultados presentaron variantes acordes con el estadio del problema; fue así como las fosfatasas alcalinas y las bilirrubinas se elevaron bruscamente al obstruirse el tubo de drenaje externo inicial, pero iniciaron su normalización después de la reintervención; las bilirrubinas descendieron desde el 2º día y se normalizaron el día 9º; pero las fosfatasas alcalinas se aumentaron hasta el 5º día posderivación para empezar a descender y normalizarse hasta el día 40º. Los demás valores tuvieron pocas variaciones.

Se usaron antibióticos cicladados semanalmente (ampicilina, cloranfenicol, trimetoprim-sulfa, cefalosporinas de primera generación) mientras el paciente mantuvo cuerpos extraños en las vías biliares.

## DISCUSION

Es preciso resaltar dos aspectos en el presente caso: el primero, de carácter técnico, por cuanto la vesícula, en la reintervención, se encontró con las paredes edematosas, lo que hizo difícil su anastomosis al hepático común; se logró con sólo cuatro puntos de sutura, maniobra que se facilitó con la colocación del tubo transhepático-vesicular.

El segundo, se refiere al manejo metabólico del paciente, que requirió el reintegro al tubo digestivo de toda la bilis excretada por la fistula externa para evitar un catabolismo severo; en nuestro paciente contamos con una excelente colaboración y es así como aceptó ingerir toda su bilis; presentó alguna molestia gástrica inicial que cedió fácilmente con pirenzepina.

Se plantea así la posibilidad de conservar la vesícula biliar en lesiones severas de las vías extrahepáticas, ya sea para el tratamiento diferido a un segundo tiempo o aun para usarla en la reconstrucción primaria, tal como lo describió el doctor A. Velásquez, para lesiones totales del colédoco (2); o la porto-colecistostomía descrita por M. Kassai (3) en atresias biliares del tipo B del recién nacido, de quien se tomó la idea para el tratamiento de nuestro paciente.

Se pretende además, mostrar algo del trabajo que se realiza en la "provincia" colombiana, donde creemos que puede hacerse una labor importante, pese a las condiciones paupérrimas en que se debe laborar.

## ABSTRACT

*One case of a patient with a severe firearm injury of the common hepatic duct, with severe concomitant damage to the liver, vena cava, and right kidney is presented. The biliary flow was externalized through a catheter and the gallbladder was preserved for future reconstruction of the biliary tract. The patient was reoperated one month later with performance of hepatocholecystostomy leaving a trans-hepatic tube up to the liver-gallbladder anastomosis, with excellent results during a 2-year follow-up period.*

*It is suggested that the gall bladder may be spared in the event of upper biliary tract injuries, so that it can later be used as a "bridge", provided the gall bladder-cystic-bile duct tract is intact. At the same time, a method for reconstructing the biliary tract is described.*

## REFERENCIAS

1. Restrepo C J, Cano F, Velásquez O, Aristizábal H: El tubo "sin fin" en la reparación de las vías biliares. Trib Médica, 1981 oct. 2.
2. Velásquez A; Cano F: Sección total del colédoco. Nueva técnica de reparación. Antioquia Médica 1976; 26: 41
3. Kassai M: Tratamiento quirúrgico de la ictericia en neonatos. Porto-colecistectomía hepática. En: Nyhus L., Baker R, eds. Mastery of surgery. Buenos Aires, Edit. Med. Panam. 1986, p 993