

## Tratamiento quirúrgico de la atresia de las vías biliares extrahepáticas

Dr. Francisco Beltrán-Brown\*

**L**a atresia de las vías biliares extrahepáticas (AVBE) ocurre en tres de 1,000 recién nacidos vivos. En el Instituto Nacional de Pediatría se atiende a seis o siete casos anualmente.

Los problemas que causa este padecimiento se inician en la primera o segunda semanas de la vida, cuando aparece ictericia, seguida de acolia y coluria, heces de color blanco y crecimiento del hígado. Estos datos hacen sospechar fuertemente el diagnóstico.

Infotunadamente, en cientos de municipios y poblaciones pequeñas de México, el diagnóstico no se hace por falta de atención médica. Por el contrario, cuando se cuenta con atención médica y con estudios de laboratorio, se establece el diagnóstico por la gran elevación de la bilirrubina en el suero.

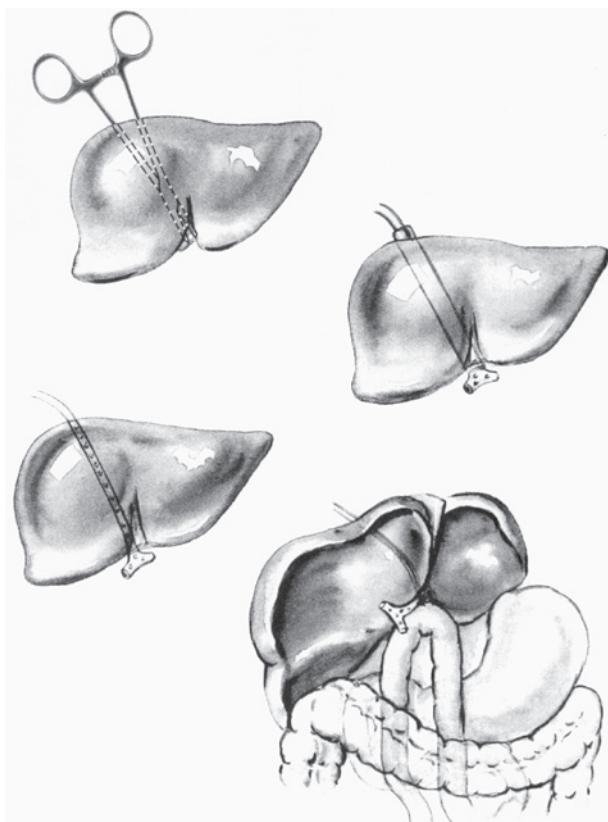
En este padecimiento no contribuyen al diagnóstico los estudios especializados como el ultrasonido o la resonancia magnética.

Para el tratamiento de la AVBE hay dos opciones. Una es el trasplante de hígado. Este recurso tiene muchas dificultades. La primera es la obtención de donadores, que en nuestro medio no es fácil, ya que no existe una infraestructura adecuada para ello y la cultura para la donación de órganos es incipiente. A esto hay que agregar el enorme costo de la intervención quirúrgica y de los prolongados cuidados postoperatorios, así como el problema de los efectos colaterales de los medicamentos para evitar el rechazo.

Otra opción es la creación de una fístula entre el hígado y el intestino para el drenaje de la bilis. Este fue el

recurso que empezó a realizarse desde 1954 en el Hospital Infantil de México, donde el autor hizo el primer intento de crear la fístula con el uso de un artefacto de plástico introducido en el parénquima hepático y provisto de varias sondas con múltiples perforaciones; a través de ellas el sistema de drenaje de la bilis era conducido hacia el hilio hepático. Este método se usó en dos casos pero no tuvo éxito.

Posteriormente se optó por colocar una sonda de Kerr de hule, calibre 14 French (Figura 1) en el lóbulo derecho del hígado. En esta técnica se disecaba el hilio hepático y se realizaba una anastomosis en Y de Roux del yeyuno en



**Figura 1.** Esquemas de la técnica del autor para el tratamiento de la atresia de vías biliares. Colocación de la sonda de Kerr.

\* Hospital ABC

Correspondencia: Dr. Francisco Beltrán-Brown. Circuito Fuentes 63-7 Col. Fuentes del Pedregal. CP. 14140 México D.F. 56 52 34 79  
Recibido: septiembre, 2007. Aceptado: diciembre, 2007.

Este artículo debe citarse como: Beltrán BF. Tratamiento quirúrgico de la atresia de las vías biliares extrahepáticas. Acta Pediatr Mex 2008;29(2):114-6.

una porción situada a 15 o 20 cm de distancia para evitar una colangitis ascendente.

Previa anastomosis en dos planos del yeyuno al labio posterior del hilio hepático, se procedía a luxar suavemente el lóbulo hepático derecho con la mano derecha del cirujano; en ocasiones se podía seccionar el ligamento superior del hígado, lo cual permitía exponer la cara inferior del hígado; enseguida se introducía en el parénquima hepático una pinza recta que se dirigía hacia el sitio de la anastomosis del intestino con el hígado; se abría la pinza unos 3 mm para tomar la sonda de Kerr que queda colocada en el parénquima hepático y su extremo se exteriorizaba por la pared abdominal (Figura 2). Esta maniobra duraba aproximadamente 20 minutos y el total de la intervención se hacía en dos horas.

Posteriormente se efectuaba el lavado diario de la sonda con suero fisiológico adicionado de un fibrinolítico. El lavado de la sonda se hacia diariamente. Los pacientes eran dados de alta a los ocho días del postoperatorio. Los familiares podían aprender a efectuar el lavado en su domicilio por espacio de varios meses, al cabo de los cuales se retiraba la sonda.

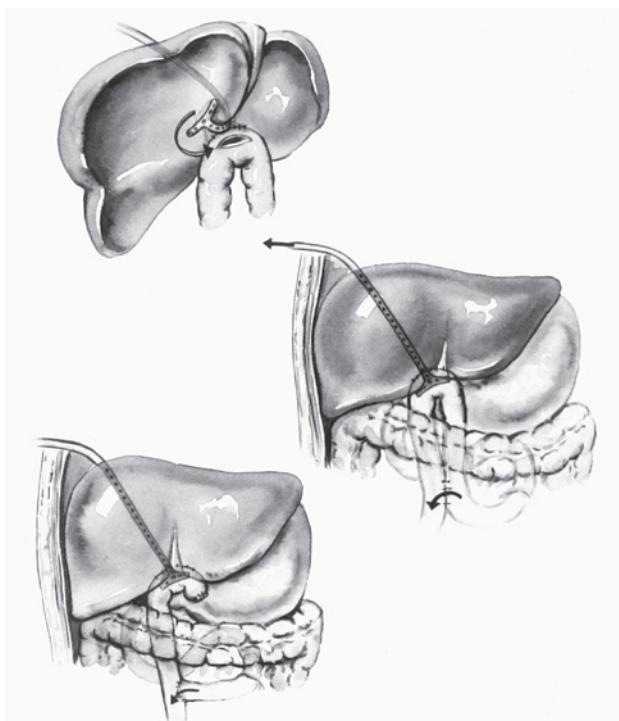


Figura 2. Descripción de la técnica del autor en el texto.

Esta técnica fue mostrada al Dr. E. Koop en el Children's Hospital de Filadelfia en los años de la década 1950-1960, con ayuda de un diagrama en el que se mostraba la forma de emplear la sonda en T previa disección del hilio hepático. Meses más tarde, uno de los exresidentes del Dr. Koop, el Dr. M. Kasai publicó un trabajo en el que describió el tratamiento quirúrgico de la AVBE con la enterostomía en Y de Roux, pero sin el uso de la sonda transhepática.

Kasai señaló en su trabajo que con la técnica que empleaba se tenía éxito si se realizaba la intervención en pacientes menores de dos meses de edad y que el éxito se reducía considerablemente cuando se operaba a niños mayores de dos meses de edad. Otros autores han hecho algunas modificaciones a esta técnica (Figura 3).

En nuestra experiencia, la sobrevida de los niños operados después de los dos meses de vida ha sido excelente en el 80% de los casos, ya que los pacientes han vivido entre 8 y 20 años después de operados (Figura 4). Estos resultados satisfactorios se debieron en gran parte al empleo de la sonda en T intrahepática, la cual permitía un excelente drenaje de los canales y los lagos intrahepáticos.

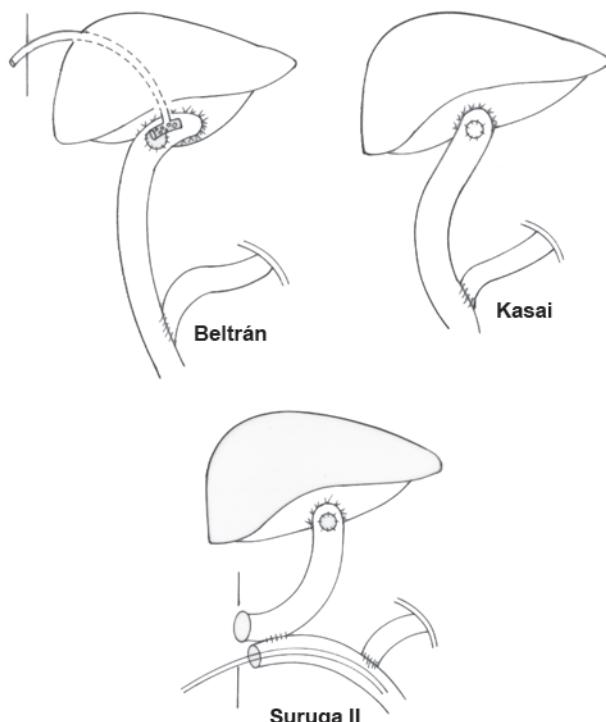


Figura 3. Esquemas de tres técnicas para el tratamiento de la atresia de vías biliares.



Figura 4. Paciente operada de atresia de vías biliares a los tres meses de edad.

## CONCLUSIONES

Se revisa una técnica quirúrgica para el tratamiento de la AVBE preconizada hace 50 años. Se describen los por menores de su realización y se destaca la importancia del diagnóstico temprano del padecimiento.

Los niños operados después de los tres meses de edad sobrevivieron entre 8 y 20 años, aun cuando tenían un grado leve de cirrosis hepática.

Esta intervención con la sonda transhepática tiene la ventaja de captar y orientar el drenaje de los canalículos, los “lagos” o quistes intrahepáticos y resuelve satisfactoriamente el problema.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beltrán BF. Atresia congénita de las vías biliares extrahepáticas. (Trabajo de ingreso a la Academia Mexicana de Cirugía). Premio Nacional de Cirugía 1962.
2. Beltrán BF. Atresia completa de las vías biliares extrahepáticas. Trabajo de ingreso a la Academia Mexicana de Cirugía y Cirujanos. 1963;31:133-42.
3. Kasai M. Surgical limitation for biliary atresia. Indication for liver transplantation. J Ped Surg 1989;24:851-4.
4. Silverg W. Problems in the diagnosis of biliary atresia. JAMA 1999.
5. Villegas AF, Ochoa MG. Tratamiento quirúrgico del paciente con atresia de vías biliares. Bol Med Hosp Infant Mex 1989;46:796-9.
6. Saguamuchi SH, Akiyama H, Navajo T. Long term follow-up after radical operation for biliary atresia. Tokio Ed. 1980;pp371-9.
7. Takahasi A. Intrahepatic cysts in biliary atresia in the era of liver transplantation. J Ped Gastroenterol Nutr 2003.
8. Takana. Incidence of intrahepatic biliary cysts in biliary atresia after hepatic enterostomy and associated histopathologic findings in the liver and portahepatic diagnosis. J Ped Surg 1999;34:1364-8.
9. Tsakis A, Starzl ET. Trasplante hepático. McGraw Hill 1993;pp520-32.