

Hepatico-duodeno-anastomosis, técnica de elección para el tratamiento de Quiste de Colédoco? Seguimiento a largo plazo. Un estudio interinstitucional

Antonio Francisco Gallardo-Meza¹, José Manuel González-Sánchez²,
Raúl Villarroel-Cruz², Miguel Ángel Piña-Garay²,
Miguel Ángel Medina-Andrade², Armando Martínez-de la Barquera³,
Leopoldo González-Torres⁴

¹Jefe Cirugía Pediátrica, ²Adscritos Cirugía Pediátrica,
Hospital General de Occidente, Guadalajara, Jal.

³Adscrito Cirugía Pediátrica,
Hospital Vicente Guerrero Acapulco Guerrero,

⁴Jefe Cirugía Pediátrica,
Hospital Central Sur Picacho PEMEX.

Solicitud de sobretiros: Gallardo Meza Antonio Francisco
Hospital General de Occidente, Guadalajara, Jal.

Resumen

El tratamiento de elección del quiste de colédoco es la resección del quiste con una técnica de reconstrucción bilio entérica, ya sea la hepático duodeno anastomosis o la hepático yeyuno anastomosis en Y de Roux; la primera cayó en desuso por haberse encontrado un alto índice de colangitis ascendente. Reportamos 15 casos, operados en tres instituciones del país con un seguimiento promedio 8 años, y en ningún caso se ha documentado colangitis ascendente, por lo que consideramos que esta técnica se debe de volver a reconsiderar como una alternativa útil y confiable para el tratamiento de quiste de colédoco.

Palabras Clave: Quiste de Colédoco; Hepático Duodeno Anastomosis; Seguimiento a largo plazo.



Liver-duodeno-anastomosis, technique of choice for the treatment of choledochal cyst? Long-term monitoring. An agency study

Abstract

The treatment of Choice of choledochal cyst is the resection of the cyst and a enterobiliary reconstruction. Most of the authors prefers the hepatico-jejuno-anastomosis with Y of Roux instead of hepatico-duodenum-anastomosis because of less ascendent cholangitis. We think that this isn't true. We show our results in 15 patients with hepatico-duodenum anastomosis, which were operated in three different institutions in our country, with a follow up of 8 years and without documented cases of ascendent cholangitis. We think that this technique must be re-considered as a useful technique for the treatment of choledochal cyst

Index Words: Choledochal Cyst; Hepatico-duodenum-anastomosis; Long Term follow up.

Antecedentes

La dilatación sacular del quiste hace que se acumule bilis y esto predispone la formación de litiasis, estenosis y esto a su vez ocasiona el desarrollo de pancreatitis o colangitis graves.

Múltiples teorías sobre la etiología de los quistes biliares han sido formuladas.⁹⁻¹²

La mayor controversia concierne al origen congénito o adquirido de los quistes. La búsqueda de una explicación lógica de la etiología solo queda en innumerables teorías no probadas (Altman, 1990; Flanigan, 1975; Little *et al*, 1989; Matin *et al*, 1992; Navarro *et al*, 1987; Oguchi *et al*, 1988; Orozco *et al*, 1989; Savader *et al*, 1991; Vanderpool *et al*, 1988; ; Kusunoki *et al*, 1988).

Como un detalle interesante, debemos mencionar que, en los estudios más recientes de Kusunoki *et al* (1988) tratan de explicar los defectos quísticos la vía biliar debido a una reducción de la cantidad normal de los cuerpos de células post-colinérgicas, oligoganglionosis en la porción distal del colédoco, lo cual comprobaron contando los cuerpos de las células ganglionares en pacientes con quistes del colédoco, y en pacientes con colédocos normales; encontrando una disminución significativa del número de células en la porción distal de colédocos dilatados.

Introducción

El quiste de colédoco se define como una dilatación congénita aislada o combinada del árbol biliar intra o extrahepático.

La dilatación de las vías biliares congénitas y su incidencia es rara.

En los países occidentales la incidencia del quiste de colédoco es de un caso por cada 100,000 a 150.000 nacidos vivos, de los cuales 75 % se diagnostica en la niñez y un 20% de los casos en el adulto.

La relación hombre mujer varia entre 3:1 y 4:1.

El tratamiento de elección del quiste de colédoco es su resección total asociado a una técnica de reconstrucción bilio entérica, ya sea la hepático duodeno anastomosis o la hepático yeyuno anastomosis en Y de Roux.²⁻⁴

La primera cayo en desuso por haberse encontrado una supuesta mayor incidencia de colangitis ascendente, sin embargo algunos autores como Todani a partir de 1979 y otros como Jonson y Hoer señalan que la incidencia de la colangitis es similar a la hepático yeyuno anastomosis en Y de Roux.^{5,6}

En el 2001 Gallardo Meza y Villarroel Cruz, *et al*.¹⁵ publicamos 6 casos de quiste de colédoco tratados con resección del quiste y hepático-duodeno-anastomosis como técnica de reconstrucción bilio-entérica, con un seguimiento a 3 años sin colangitis ascendente.

En el congreso Nacional de Cirugía Pediátrica de Cancún QR en el 2003, presentamos 3 casos mas, haciendo un total de 9 pacientes operados con esta técnica y con seguimiento promedio de 5 años sin colangitis, incluyendo un caso operado en el Hospital Vicente Guerrero de Acapulco.

Actualmente presentamos 15 casos de 3 instituciones diferentes de la república Mexicana, con un seguimiento promedio 8 años y en ningún caso se ha documentado colangitis ascendente.



Material y Métodos

Se evaluaron 15 pacientes de 3 instituciones de la República Mexicana, 11 del Hospital General de Occidente en Guadalajara, Jal; 2 del Hospital Vicente Guerrero en Acapulco, Gro.; y dos más del Hospital Central Sur Pico de PEMEX.

Fueron 10 mujeres y 5 hombres. El rango de edad fue de 3 meses a 14 años.

El método diagnóstico fue con Ultrasonido abdominal (US) en los 15 pacientes;

Se realizó pancreato-colangiografía-transduodenoscópica en 4 casos que presentaban pancreatitis grave.

En dos más se llevó a cabo una colangiografía resonancia y a 10 casos se les realizó TAC abdominal.

A todos se les realizó resección total del quiste, dejando un muñón del hepático común a la altura de la bifurcación del hepático derecho e izquierdo, sitio en el cual se realiza la hepático-duodeno-anastomosis termino-lateral en un solo plano con puntos separados de material absorbible de Vicryl 5-0, dejando una boca anastomótica de cuando menos 2 cm de diámetro.

A 12 pacientes se les dejó una sonda en T en el sitio de la anastomosis para valorar reflujo duodeno biliar.

El inicio de la vía oral fue a los 5 días en todos los casos.

A los que se le dejó sonda en T se realizó una Colangiografía trans-sonda a los 21 días, para corroborar permeabilidad de la anastomosis y ausencia de fuga biliar, tiempo en el cual se retiró la sonda.

A todos los pacientes se les establece un seguimiento con US abdominal y Pruebas de función hepática a los 3 y 6 meses del post operatorio y posteriormente cada 6 meses en los 3 primeros años, y posteriormente cada año.

Resultados

El US es el estudio de elección para hacer el diagnóstico, y en algunos casos se complementa con TAC, o colangiografía resonancia.

No encontramos ninguna ventaja en hacer la colangiopancreatografía transduodenoscópica, ya que este es un estudio que requiere de anestesia general y no aporta más datos que los de una TAC o una Colangiografía resonancia.

Encontramos en nuestros casos una mayor incidencia en el sexo femenino de 2:1.

La edad al momento del diagnóstico (mismo tiempo de la cirugía) varió desde los 3 meses hasta los 14 años, con una media de 5 años.

La evolución post-op fue excelente en los 15 casos, haciendo énfasis en que en aquellos en los que se dejó sonda en T (12 casos), no se registró reflujo biliar a través de la misma.

El seguimiento a largo plazo va de 6 meses, el caso más recientemente operado hasta 16 años, con un promedio de 8 años no encontrándose episodios de colangitis en ninguno de los pacientes evaluados, ni clínica ni por laboratorio, teniendo pruebas de función hepática dentro de lo normal.

Discusión

Al contrario de los que se ha publicado, en nuestra experiencia encontramos como una opción totalmente aceptable la hepático-duodeno-anastomosis como de primera elección, pues no se ha observado reflujo duodenobiliar al no tener contenido alimentario en la sonda en T y se ha buscado en forma intencionada con colorantes sin tener evidencia de reflujo.

Johanson, Hoerr, Todani han utilizado la hepático-duodeno-anastomosis con buenos resultados, reportando incluso la misma incidencia de colangitis que la Hepático-yeyuno-anastomosis.

En 11 casos encontramos aire en la vía biliar sin haber traducción clínica ni de laboratorio de este hallazgo.

Conclusiones

Pensamos que la hepático-duodeno-anastomosis como técnica de reconstrucción biliar en pacientes con quiste de colédoco es una alternativa confiable.

Es técnicamente más fácil de realizar que la hepático Yeyuno-anastomosis en Y de Roux, ya que prácticamente no hay movilización de asas, y por ende menos adherencias post operatorias.

Referencias

1. Altman RP. 1990. Quistes del Colédoco. En: Blumgart LH., eds: Cirugía del Hígado y de las Vías Biliares. México: Editorial Panamericana. pp. 1167-1176.



2. Barlow B. Tabor E. Blanc. WA, Santulli TV, Harris RC. 1976. Choledochal Cyst: A Review of 19 Cases. *J. of Pediatr*, 89:948-940.
3. Filler R. Stringel G. 1980. Treatment of Choledochal Cyst by Excision. *J. Pediatr. Surg.* 15:437-442.
4. Flanigan, P. 1975. Biliary Cyst. *Ann. Surgery*, 5:635-649.
5. . Todani T. Watanabe Y. Fujii T et. al., 1984. Congenital Choledochal Cyst With Intrahepatic Involment. *Arch. Surgery*, 119:1038-1043.
6. Todani T. Watanabe Y. Mizuguchi T. Fujii T. Toki A. 1981. Hepaticoduodenostomy at the Hepatic Hilum After Excision of Choledochal Cyst. *Am. J. of Surgery*, 142:584-587.
7. Ystgaard B. Myrvold He, Nilsen G. 1992. Magnetic Resonance Imaging in Preoperative Assessment of Choledochal Cyst. *Eur. J. Surg.* 158:567-569.
8. The cases of congenital cystic dilatation of choledochus (CCDC) treated in the pediatric surgery department of the Hospital Juarez, SSA from 1974 to 1996 were analyzed, Orozco SJ, Samano MA, 1997, 63 (2); 33-38.
9. Michael J. Zinner, Seymour I. Schwartz, Harold Ellis Maingot. *Operaciones Abdominales Tomo II*, 10 ma Edicion , Editorial Panamericana.
10. Sabiston, *Tratado de Patología Quirúrgica*, XV Edición, Editorial Mc Graw Hill Interamericana. 11. *Cirugía Pediátrica aAschcraft*, editorial Interamericana 2002, capítulo 44 trastornos de las vías biliares e hipertensión portal, David L Segalet MD and cols, paginas 618-621.
11. Swewnosns *Pediatric Surgery quinta edición* John G Raffensperger 1990 capítulo 77 Congenital dilatation of bile ducts , paginas 661-666.
12. *Cirugía Pediátrica Carmen Gloria Rostion* editorial Mediterraneo paginas 221-223.
13. Quiste de colédoco asociado a pancreatitis aguda. Diagnostico preoperatorio F. J, Garrido Torrecillas y cols, Servicio de Pediatría Hospital Clínico Universitario San Cecilio Granada. *Anales de Pediatría* 2002, 57:77-78.
14. Gallardo Meza AF, Villaruel Cruz R., Piña Garay Miguel Angel., Dessavre Dávila A., Palacios Zulueta Ma del Carmen, Martínez González Maria Teresa, Parra Muro Margarita, Muñoz Sandoval Ignacion. *Revista mexicana de cirugía pediátrica* Vol. 8 No.2 abril-jun2001,

