

Manejo percutáneo de la vía biliar

Acta Gastroenterol Latinoam 2005;35:61-63

Respuesta de los autores Gustavo Stork* y Juan Pekolj,* al editorial, “Opciones terapéuticas de las lesiones benignas de la vía biliar”, de Carlos F. González del Solar

Acta Gastroenterol Latinoam 2004;34:113-116

Agradecemos los comentarios realizados por el Dr Carlos González del Solar a nuestro trabajo “*Manejo percutáneo de la patología benigna de la vía biliar principal por cirujanos: Experiencia de una Sección de Cirugía hepato-bilio-pancreática*”. Ellos permiten profundizar y definir los alcances y conceptos del mismo.

Como primera mención queremos remarcar que esta presentación se refiere a los procedimientos percutáneos realizados por cirujanos en un sector especializado en patología hepato-bilio-pancreática del Hospital Italiano de Buenos Aires y se excluyen los procedimientos fibroendoscópicos que se realizan en el Servicio de Gastroenterología del mismo hospital (Dres Dávalos J y Macías Gómez C). El hecho de presentar 84 pacientes desde el año 1989 al 2002 sólo confirma nuestra selectividad para la aplicación de los métodos percutáneos y la efectividad de nuestros endoscopistas biliares del Servicio de Gastroenterología. Por ende, las indicaciones no han estado condicionadas por falta de métodos alternativos, sino basadas en la discusión conjunta de los casos.

Coincidimos en el respeto a la autonomía de decisión de los pacientes en tanto y cuanto la información vertida sea completa con respecto a ventajas, desventajas, tiempos de convalecencia, riesgos, etc. Estos hechos se vierten posteriormente por parte del paciente en las referidas evaluaciones QOL (*Quality of life*) donde no siempre lo menos invasivo finaliza siendo mejor para la percepción del paciente. Así en el manejo de estenosis benignas biliares, dos trabajos, uno del Centro Académico de Amsterdam y otro del Johns Hopkins de EE.UU., muestran en este aspecto ventajas de la cirugía en comparación con

la endoscopia.^{1,2,3}

Respecto al título del trabajo, al cual el Dr González del Solar lo describe como “aparentemente modesto, no está de acuerdo con el contenido”, nosotros simplemente describimos la experiencia y el accionar de un equipo de cirujanos previamente entrenados para realizar determinados procedimientos (“el procedimiento lo debe realizar quien mejor lo sepa realizar en cada medio”), y que además tienen “convicción en el método”, como lo refiere el propio Dr González del Solar; sentimiento que consideramos fundamental para lograr buenos resultados.

Hoy la cirugía no es sólo operar en quirófano en forma abierta o laparoscópica. Un cirujano moderno debe tener formación en ultrasonido, procedimientos percutáneos y endoscópicos. En nuestro país, cabe remarcar que los Dres Mondet y Mazzariello “ambos cirujanos”, a inicios de la década del 60, popularizaron uno de los primeros procedimientos percutáneos biliares terapéuticos: la extracción de litiasis residual de colédoco por vía transfiestular (tubo de Kehr). Recién en 1974, el Dr Burhene, radiólogo de Vancouver, mostró la técnica y la popularizó en el hemisferio norte por un motivo muy particular: su paciente era el Sha de Persia Reza Pahlevi.¹²

En nuestro país, el intervencionismo terapéutico abdominal no vascular es manejado principalmente por cirujanos en diversas instituciones, tales como el Hospital Italiano de Buenos Aires, el Hospital Argerich y el Hospital de Clínicas, por mencionar algunos de Capital Federal. Esta experiencia se va extendiendo progresivamente a través de los diversos cursos de entrenamiento para cirujanos, algunos de ellos organizados y auspiciados por la Asociación Argentina de Cirugía. Esta situación es completamente opuesta en EE.UU., e intermedia en algunos países europeos como Francia y Alemania. En EE.UU., se está modificando lentamente esta situación con el empleo del ultrasonido abdominal por parte de los cirujanos.^{4,5}

* *Servicio de Cirugía General. Hospital Italiano de Buenos Aires.*

Correspondencia: Gustavo Stork
Terrada 663, (8000), Bahía Blanca, Pcia. Buenos Aires.
Tel.: (54) 0291-4514418
E-mail: storkgustavo@argentina

No dejamos de reconocer la necesidad del trabajo conjunto con los radiólogos intervencionistas en situaciones puntuales, como lo hemos hecho en nuestros inicios a propósito de la publicación del Dr Blejman y col referida por el Dr González del Solar.

Respecto a aspectos técnicos puntuales, la litotripsia electrohidráulica intracorpórea, como fuera mencionado en nuestra publicación, la realizamos mediante el empleo del fibrocoledocoscopia descrito, bajo irrigación salina continua y con el empleo de electrodos introducidos por el canal de trabajo del mismo. Para proteger el trayecto transhepático se coloca una vaina urológica de teflón (Set de Finlanson COOK). La fuente generadora de ondas de choque (Wolf) fue gentilmente cedida por el Servicio de Urología de nuestro hospital. Recientemente hemos realizado litotripsia intracorpórea con el uso de láser. Resulta imperativo el control fibroendoscópico a fin de prevenir la perforación de la vía biliar y la hemobilia. Fue necesaria sólo una sesión de litotripsia en cada caso dada la elevada efectividad para la destrucción de los cálculos. Los fragmentos litíasicos en su mayor parte fueron eliminados hacia el tubo digestivo mediante la irrigación y maniobras mecánicas.

Con respecto al algoritmo de la figura 1, en el mismo se resumen las alternativas percutáneas para el manejo de una obstrucción biliar. Coincidimos plenamente con el Dr González del Solar en cuanto al valor inicial del abordaje endoscópico y así lo expresamos en publicaciones previas^{3,8} y en la discusión del trabajo presentado (página 66, penúltimo párrafo), donde se expone claramente que “la vía percutánea está indicada solamente cuando el tratamiento endoscópico de elección no resultó efectivo, no pudo realizarse o estuvo contraindicado”.

De igual manera adscribimos los conceptos sobre el manejo de las estenosis extrahepática de etiología postoperatoria, donde, frente a fracasos, contraindicaciones o falta de disponibilidad del método endoscópico, se empleó el abordaje percutáneo. Cabe remarcar que la serie presentada se inició en 1989, cuando los conceptos y resultados del abordaje endoscópico no eran comparables con los presentados por Costamagna en su publicación de 2001. A pesar de la elevada efectividad del método, insistimos en las publicaciones respecto a la evaluación de la calidad de vida referida por los pacientes: en dos estudios en el manejo de las estenosis postoperatorias, una menor invasión no necesariamente implicó una mejor calidad de vida.^{1,2,3}

Con respecto a las indicaciones de los procedimientos en 84 pacientes, vemos que en 6 de ellos hubo más de un motivo (la sumatoria da 90), se consideraron los antecedentes y riesgo operatorio del paciente, los síntomas principales, la posibilidad de tratamientos posteriores y la falla de tratamientos previos (ej: colangitis aguda + fracaso de endoscopia). Por la misma razón se modifican las cifras entre el resumen y la tabla 1 donde sólo se agruparon las 4 principales indicaciones.

Con respecto a los resultados de las dilataciones percutáneas de estenosis postoperatorias, los resultados referidos (50% vs 92%), en favor de las estenosis no asociada a lesiones de vía biliar, se obtuvieron en el seguimiento a largo plazo. Las estenosis de hepaticoyeyuno anastomosis posteriores a duodenopancreatectomías y resecciones de quistes de colédoco, tienen un pronóstico más favorable en el seguimiento a largo plazo. Tal vez factores relacionados con la isquemia tisular y confección de la anastomosis tengan algún tipo de relación.

Con respecto al tratamiento percutáneo en pacientes en lista de trasplante, las indicaciones se adscriben a los párrafos anteriores y así lo hemos publicado oportunamente.⁷ Los pacientes que aquí presentaban prurito eran portadores de cirrosis biliar secundaria a lesiones de vía biliar o colangitis esclerosante, donde el método endoscópico había fracasado o era imposible (hepático yeyuno anastomosis), o requería de drenaje biliar bilateral.

En los pacientes con colecistitis aguda y alto riesgo operatorio, preferimos la colecistostomía percutánea por su sencillez de confección (anestesia local, en la cama del paciente en terapia intensiva, guía ecográfica pura y sin necesidad de radioscopia) y alta efectividad para descomprimir la vesícula, situaciones seguramente difíciles de alcanzar con la colocación endoscópica de prótesis colecistoduodenales referida por el Dr González del Solar.^{10,11}

Con respecto a la aplicación de los métodos endoscópicos y percutáneos en el manejo de las complicaciones biliares post-trasplante hepático, coincidimos con los conceptos vertidos por el Dr González del Solar y están expresados en nuestra publicación en la Revista Argentina de Cirugía del año 2001 sobre el manejo de las complicaciones biliares en 300 trasplantes hepáticos.⁶

Para finalizar, expresamos nuestro agradecimiento y total coincidencia con el último párrafo de la editorial del Dr González del Solar donde expresa: “Los procedimientos percutáneos son sumamente útiles,

con indicaciones precisas, y en muchas ocasiones constituyen el procedimiento de salvataje de situaciones críticas. Superadas las mismas, lo ideal es que los pacientes sean evaluados por un equipo multidisciplinario idóneo, con disposición de trabajo grupal, adoptando el procedimiento terapéutico más adecuado para cada paciente, y adecuando las opciones a la presentación clínica a las disponibilidades y a la evolución prolongada y tórpida que suelen presentar estas afecciones”. Nosotros consideramos que esta misma reflexión se hace extensiva a la endoscopia y a la cirugía.

Referencias

1. Boerma D, Rauws E, Keulemans Y, et al. Impaired quality of life 5 years after bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy: a prospective analysis. *AnnSurg* 2001;234:750-757.
2. Melton G, Lillemoe K, Cameron J, et al. Major bile duct injuries associated with laparoscopic cholecystectomy. Effect of surgical repair on quality of life. *Ann Surg* 2002;235:888-895.
3. Pekolj J, Relato “Manejo de las complicaciones más frecuentes de la cirugía abdominal”. *Rev Arg Cirug Núm Extraordinario* 2003;1-303.
4. Machi J, Staren *Ultrasound for Surgeons*. Lippincot 2004.
5. American College of Surgeons. Division of Education Abdominal Ultrasound: transabdominal, intraoperative and laparoscopic. Skill Oriented Postgraduated Skill Course. 2004;1-289.
6. Pekolj J, Acuña Barrios J, Mattera J, et al. Manejo de las complicaciones biliares en 300 trasplantes hepáticos. *Rev Arg Cirug* 2001;81:147-157.
7. Pekolj J, de Santibañes E, Ciardullo M, et al. Aplicación de los procedimientos percutáneos terapéuticos en un programa de trasplante hepático. *Rev Arg Cirug* 1996;70:41-43.
8. Pekolj J, Litiasis residual de colédoco. PROACI. Quinto Ciclo Módulo 2. Editorial Panamericana 2002.p.65-91.
9. Pekolj J, Mc. Lean I, de Santibañes E, et al. Fibrovideo endoscopia de la vía biliar. *Rev Arg Cirug* 1996;70:46-53.
10. Pekolj J, Mc. Cormack L, de Santibañes E, et al. Uso de la colecistostomía percutánea en el tratamiento de la colecistitis aguda. *Rev Arg Cirug*. 1995;68:80-88.
11. Pekolj J, Sívori J, de Santibañes E, et al. Procedimientos percutáneos terapéuticos en patología biliar. *Rev Arg Cirug* 1991;60:20-29.
12. Pekolj J, “Relato: La vía percutánea en patología abdominal.” Relato oficial del 42º Congreso Cuyano de Cirugía. San Luis 2002.