

## **Reunión conjunta con el Capítulo Argentino de la International Hepato-Pancreato-Biliary Association (IHPBA)**

**Coordinador: Dr Mario Secchi**

<b>Tratamiento Actual de la Coledocolitiasis en el Paciente Ictérico</b> Dr Luis Chiappetta – Dr Cecilio Cerisoli	<b>Página 36</b>
<b>Estado Actual del Manejo del Colangiocarcinoma</b> Dr Mariano Giménez – Dr Javier Lendoire	<b>Página 38</b>
<b>Caso Clínico – Hospital Italiano de Buenos Aires</b> Dr Miguel Ciardullo	<b>Página 39</b>

### **Manejo actual de la coledocolitiasis en el paciente icterico**

Luis Chiappetta Porras

Si bien en la actualidad no se discute que la colecistectomía laparoscópica constituye el estándar oro terapéutico de la litiasis vesicular sintomática, aun persiste la controversia de cual es la mejor estrategia cuando existe coledocolitiasis asociada. Salvo los enfermos colecistectomizados, embarazadas en el primer trimestre o segunda mitad del tercero, o aquellos que presentan colangitis aguda asociada a disfunción orgánica que deben ser tratados inicialmente por endoscopia, en todos las demás situaciones se puede intentar resolver la litiasis vesicular y coledociana en un tiempo por videolaparoscopia.

#### **Ventajas y desventajas de las diferentes formas de tratamiento**

La resolución de la coledocolitiasis por vía transcística (VTC) constituye la resolución ideal, sin embargo existen limitantes que pueden obligar a realizar una coledocotomía laparoscópica. En ambos casos si se logra limpiar la vía biliar se mantienen las ventajas de la miniinvasividad.

#### **Técnica de la vía transcística laparoscópica**

El primer paso es la colangiografía transcística dinámica sistemática. Si el cístico es estrecho se intenta dilatarlo con balones de angioplastia y en algunas circunstancias rediseñarlo para variar la angulación y alargarlo. Si los cálculos son distales y menores de 3 mms. se intenta hacerlos progresar al duodeno combinando la inyección EV de Glucagón 1mg. para relajar la papila, con el lavado a presión con solución salina de la vía biliar. Cuando los cálculos son mayores de 3 mms. se intenta la litotomía transcística con canastillas tipo Dormia bajo control fluoroscópico. Cuando los cálculos son proximales al nivel de

la desembocadura del cístico en el colédoco se trata mediante maniobras de compresión del mismo hacerlos descender para poder extraerlos con canastillas litotritoras. En cálculos impactados en el colédoco distal se trata de movilizarlos con catéteres de Fogarty. Si los cálculos no pueden ser desimpactados y se cuenta con litotritor electrohidráulico intracorpóreo, (LEI) se trata de fragmentarlos para, combinándolo con la relajación farmacológica de la papila, hacerlos progresar al duodeno o extraerlos por la vía transcística (VTC) con canastillas. La litotricia electrohidráulica intracorpórea está contraindicada en cálculos móviles por el peligro de perforación de la pared del colédoco. La fibrocoledocoscopia transcística se indica sólo ante la presencia de un cálculo distal impactado para poder pasar a través del canal de trabajo la sonda litotritora para descargar la onda de choque contra la superficie del cálculo o toda vez que exista la sospecha de cálculos remanentes. Antes de dar por finalizado el procedimiento se opacifica la vía biliar bajo control fluoroscópico. El cierre del conducto cístico se realiza indistintamente con clips large, con lazos preformados, simple ligadura intracorpórea o sutura con puntos intracorpóreos. Se drena la cavidad abdominal con catéteres tipo K 30 o K 9 exteriorizándolos a través del orificio del trócar de 5 mms. del flanco derecho.

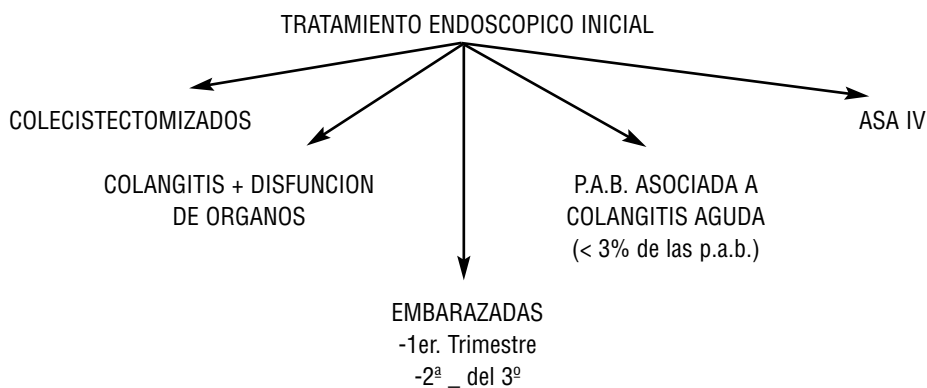
#### **Indicaciones y técnica de la coledocotomía laparoscópica**

Ante el fracaso de la vía transcística se indica la coledocotomía laparoscópica (CL). Esta se realiza con tijera o bisturí en forma longitudinal, después de exponer completamente el colédoco supraduodenal. Los cálculos son extraídos con canastillas litotritoras o grasplings. El paso siguiente es la fibrocoledocoscopia con fibrocoledocoscopia de 3.7 mms. hacia proximal y distal. Ante la presencia de cálculo impactado distal o proximal se intenta movilizarlos utilizando catéteres de Fogarty. De fracasar se

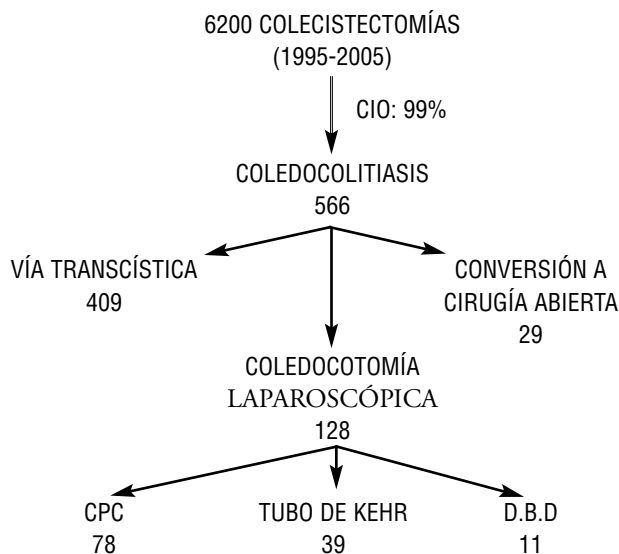
trata de fragmentar los cálculos con el litotritor electrohidráulico intracorpóreo. Los cálculos fragmentados son extraídos mediante la combinación de lavado a presión, relajación farmacológica de la papila y canastillas tipo Dormia. Finalizado el procedimiento, se realiza control fibrocoledoscópico. Si por razones operativas no se dispone del coledoscopio, si el diámetro del colédoco es menor de 8 mms., si no se puede descartar fehacientemente la existencia de cálculos remanentes, o existe dificultad transitoria en la evacuación papilar, se coloca un tubo de Kehr. Cuando el colédoco tiene un diámetro mayor de 8 mms., la fibrocoledoscopia post-procedimien-

to es normal y se cumple con los postulados de Mirizzi, realizamos el cierre primario del colédoco (CPC), con surget o puntos separados. Una vez finalizada la coledocorrafia se coloca un catéter en el cístico para realizar el control hidráulico de la impermeabilidad de la sutura y colangiografía dinámica. En los megacolédocos con pancreatitis se indica coledocoduodenoanastomosis (CDA). En la mayoría de los casos en los que se realiza una coledocotomía laparoscópica, se coloca un quinto trócar en epigastrio por debajo del xifoides para favorecer la instrumentación y la separación. Se drena de rutina la cavidad abdominal con un catéter de polivinilo tipo K 9.

### Manejo inicial de la coledocolitiasis en el paciente icterico



### Resultado del tratamiento de la coledocolitiasis



### **Tratamiento de la coledocolitiasis en dos tiempos**

CPRE + ES. preoperatoria + COLE LAP a las 24 hs

#### **Inconvenientes:**

- Alrededor de 50 % de estudios endoscópicos innecesarios. ENDOSCÓPICOS INNECESARIOS
- Suma de la morbimortalidad de los dos procedimientos COLE LAP + ES. selectiva postoperatoria
- Suma de la morbimortalidad de los dos procedimientos
- La resolución puede necesitar tres tiempos si el endoscopista no puede acceder a la papila

### **Tratamiento de la coledocolitiasis en un tiempo combinando procedimientos laparoscópicos y endoscópicos**

ES. peroperatoria (ES. durante la cole lap.)

#### **Inconvenientes:**

- Necesidad de endoscopista entrenado en el equipo.
- Suma la morbimortalidad de los dos procedimientos.
- Dificultad en pacientes con Billroth II o grandes divertículos duodenales con papila intradiverticular.

### **Tratamiento de la coledocolitiasis en un tiempo por videolaparoscopia**

#### **Inconvenientes:**

- EQUIPO ENTRENADO.
- INSTRUMENTAL APROPIADO.
- ALTO VOLÚMEN DE PACIENTES.

## **Estado actual del manejo del colangiocarcinoma - paliación**

Mariano E. Giménez

*Centro de Entrenamiento e investigación en Cirugía Invasiva Mí-nima. Htal Santojanni. GCBA.*

### **Diagnóstico**

La visualización y estadificación ecográfica debe realizarse antes de la instrumentación de la vía biliar, pues la neumbilia y la colocación de drenajes disminuyen la utilidad del método.

La tomografía computarizada complementa a la ecografía, teniendo más sensibilidad para detectar la masa hilar, una eventual atrofia lobar y la relación entre el tumor y el lóbulo caudado. De cualquier manera, la sensibilidad de la tomografía para detectar la masa tumoral no supera el 40% de los casos.

El próximo paso en el diagnóstico preoperatorio es la visión anatómica de la vía biliar proximal, la cual puede lograrse por medio de una punción transparietohepática o una colangiografía. Esta última tiene la ventaja de ser una técnica no invasiva.

En lo que respecta a la resecabilidad de los mismos, la angiografía por resonancia magnética y el ecodopler son los estudios de elección en la actualidad.

Los esfuerzos para establecer un diagnóstico tisular pueden incluir la biopsia con aguja fina percutánea, la biopsia por cepillado y el examen citológico de la bilis. Lamentablemente, por la intensa fibrosis de estos tumores, muchas veces es imposible conseguir la confirmación patológica.

### **Tratamiento:**

El manejo de los tumores proximales de la vía biliar tiene por objetivo:

- De ser posible la exéresis del tumor
- Tratar la ictericia
- Promover una razonable calidad de vida

El único tratamiento curativo para estos tumores es la resección quirúrgica, ya sea mediante una resección local o en conjunto con una resección hepática. En los casos donde esta no sea posible, se describen diversos procedimientos para paliar la ictericia con una razonable calidad de vida.

La obstrucción biliar prolongada puede provocar disfunción hepatocelular, desnutrición progresiva, coagulopatía, prurito, disfunción renal y colangitis, lo que apoya la necesidad de, en caso de no poder resecarse, la instrumentación de alguna medida paliativa.

En los casos donde la evaluación preoperatoria revela que el paciente tiene un riesgo elevado para la cirugía o que el tumor es irreseccable, es apropiado el manejo paliativo no quirúrgico.

En estos pacientes, con expectativa de vida limitada, son preferibles las técnicas invasivas mínimas para restablecer la permeabilidad del conducto.

Las prótesis endoscópicas están asociadas en los tumores altos con un alto porcentaje de fracasos y un significativo nivel de colangitis. El porcentaje de éxito en la colocación de los mismos se encuentra entre el 42 al 75% en manos expertas, pero el drenaje bilateral no supera al 30% de los casos. Por lo que el diagnóstico y tratamiento endoscópico es de limitado valor en esta patología.

Las técnicas percutáneas por lo tanto son de elección. Clásicamente, se ha dicho que el drenaje unilateral es efectivo para tratar la ictericia en un 80% de los pacientes. Sin embargo, en nuestra experiencia, la descompresión bilateral se acompañó de un aumento significativo de la sobrevida.

## Estado actual del manejo del colangiocarcinoma - resección

Javier Lendoire

En esta presentación haremos referencia específicamente al colangiocarcinoma hiliar también denominado Tumor de Klatskin que representa el 50 al 60% de los casos de esta entidad.<sup>4</sup> No obstante los avances de los últimos años en el campo de la cirugía hepato-pancreato-biliar, el colangiocarcinoma hiliar persiste como uno de las patologías de mas difícil manejo. Actualmente la resección radical es considerada el tratamiento de elección aunque en solo el 20% de los pacientes es factible la realización de un procedimiento curativo.<sup>6</sup> A la clasificación anatómica clásica de Bismuth y Corlette se ha agregado actualmente la de Burke y col que se basa en los hallazgos de los estudios por imágenes y ha resultado predictiva de reseccabilidad, metástasis ganglionares/a distancia y sobrevida global.<sup>1</sup> Si bien no hay marcadores tumorales específicos, el CEA esta aumentado en el 30%, el CA-125 en el 40-50% y el CA 19-9 en el 85%. Valores > de 100 U/ml de CA 19-9 persistentes en pacientes con colangitis esclerosante primaria tienen elevado valor diagnóstico.<sup>4</sup> La metodología de estudio debe basarse en la Ecografía (con Doppler), la TAC dinámica, trifásica y/o la RNM con colangio y angiioresonancia según disponibilidad.<sup>5</sup>

La confirmación histológica preoperatoria no es mandatoria. La laparoscopia detecta metástasis hepáticas o peritoneales en un rango del 17 al 30% en pacientes considerados reseccables por los estudios por imágenes.<sup>3</sup> El objetivo del tratamiento quirúrgico debe ser la resección radical del tumor con márgenes negativos (R0), única terapéutica que ofrece sobrevida prolongada o libre de enfermedad. Centros de referencia demuestran que el R0 se obtiene solo en un 30% en las resecciones locales comparativamente con un 61% en las resecciones hepáticas.<sup>6</sup> Es por ello que actualmente se asocia la resección hepática hasta en el 80 al 90% de las resecciones por colangiocarcinoma hiliar. La valoración funcional del hígado es primordial para este tipo de resecciones. Si bien la utilización rutinaria del drenaje biliar percutáneo preoperatorio está aún en discusión, hay consenso en su aplicación en pacientes con colangitis, insuficiencia renal, desnutrición o aquellos que serán sometidos a una embolización portal.<sup>2,7</sup> La embolización portal tiene como objetivo preser-

var una función hepática postoperatoria adecuada a través de la atrofia lobar o sectorial del hígado a resecar y una hipertrofia contralateral previa a la resección valorada mediante volumetría. Su aplicación en esta entidad ha aumentado con la magnitud de las resecciones actuales.<sup>7</sup> Con el objetivo de realizar cirugías R0, la resección vascular asociada se ha incrementado, hallando en series de referencia hasta un 30% de resecciones de vena porta con sobrevidas comparables.<sup>6,7</sup> La duodenopancreatectomía debería considerarse en casos seleccionados con extensión distal del tumor.<sup>7</sup> El colangiocarcinoma hiliar presenta una sobrevida global post-resección del 67% al año y del 22% a los 5 años pero la misma asciende al 86% y 37% respectivamente en las resecciones curativas.<sup>6</sup> En el Hospital Dr C Argerich en Agosto del 2001 iniciamos un nuevo protocolo de tratamiento del colangiocarcinoma hiliar. Hasta Dic 2004 se han operado 16 pacientes. El índice de reseccabilidad fue del 75%. Se asociaron embolización portal en el 41%, resecciones vasculares en el 33% y duodenopancreatectomía en un paciente. La sobrevida actuarial al año fue del 44%.

### Bibliografía

1. Burke E, et al. Cholangiocarcinoma, patterns of spread the importance of hepatic resection for curative operation and a pre surgical clinical staging system. *Ann Surg* 1998; 228:385-394
2. Cherqui D. et al Major liver resection for carcinoma in jaundiced patients without preoperative biliary drainage. *Arch Surg* 2000; 135:302-308
3. Janargin WR, et al. Staging, respectability and outcome in 225 patients with hilar cholangiocarcinoma. *Ann Surg* 2001; 234(4): 507-519
4. Kahn SA, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of cholangiocarcinoma: consensus document. *Gut* 2002; 51(6): vi1-vi9
5. Lee SG, et al. One hundred and eleven liver resections for hilar bile duct cancer. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2000; 7:135-141
6. Neuhaus P, et al. Extended resections for hilar cholangiocarcinoma. *Ann Surg* 1999; 230(6): 808-819
7. Nimura Y, et al. Aggressive preoperative management and extended surgery for hilar cholangiocarcinoma: Nagoya experience *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2000; 7:155-162