

Vesícula y vías biliares

Dr. Miguel Ángel Mercado*

* Departamento de Cirugía. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México, D.F.

Se analizan los trabajos de vesícula y vías biliares presentados en el Congreso de la Sociedad Americana de Cirugía Hepatopancreatobiliar.

VESÍCULA

Se presentó un trabajo de Al-Azzawilt y cols. (H.P.H. Indianápolis) en donde analizaron los hallazgos histopatológicos de tres grupos de pacientes (Grupo 1: colecistitis crónica acalculosa, Grupo 2: control por colecistectomía incidental, Grupo 3: pacientes con colecistitis). El análisis concluyó que los pacientes con colecistitis acalculosa son más jóvenes y tienen aumento del contenido de grasa. Los pacientes con colecistitis calculosa tienen más contenido de grasa e inflamación. Postularon que el aumento en la grasa de la pared disminuye el vaciamiento vesicular y produce síntomas, por lo cual la esteatolecistitis incrementa la necesidad de colecistectomía y el mayor porcentaje de colecistopatía acalculosa.

Comentario

Hallazgos interesantes con una entidad, si no nueva, se involucra en la fisiopatología del trastorno de motilidad. Difícil el diagnóstico preoperatorio (¿engrosamiento de pared en US?). De cualquier forma la colecistopatía acalculosa debe seguir manteniéndose como un diagnóstico de exclusión.

Mc Phee y cols. analizaron el carcinoma vesicular y su diagnóstico y prevalencia en los Estados Unidos, en una amplia base de datos. La conclusión señala que el carcinoma vesicular temprano continúa siendo un diagnóstico incidental en colecistectomía y que se justifica el tratamiento agresivo con intento curativo.

El carcinoma de vesícula sigue siendo curable únicamente cuando el hallazgo es incidental. Numerosos estudios han demostrado que las resecciones radicales tienen impacto positivo en supervivencia.

Breitenstein F. y cols. (Clavien, Suiza) analizaron un estudio comparativo que compara resultados y análisis de costos de colecistectomía laparoscópica y cirugía asis-

tida con brazos mecánicos (robots). Concluyeron que la cirugía es factible con los robots, reportaron disminución de tiempo; sin embargo, un incremento importante en costos.

Yoan, et al. (Corea del Sur) reportaron sobre los factores que influyen en la recurrencia de carcinoma de vesícula en estadio II. Señalaron que como en todo el mundo, el diagnóstico se hace tardíamente.

En 100 pacientes realizaron cirugía radical. Con promedio de seguimiento 21.1 meses, 56.7% desarrollaron recurrencia abdominal. Concluyeron que el carcinoma vesicular avanzado tiene una mayor frecuencia de recidiva y que es necesario el desarrollo de terapia adyuvante.

Comentario

Complementa otros estudios que demostraron la misma tendencia. Como conclusión deriva el enfoque hacia el desarrollo de tratamiento adyuvante (sin bases en el trabajo) el cual, desafortunadamente, al momento actual no se encuentra establecido.

La factibilidad de los procedimientos quirúrgicos asociados o realizados con brazos mecánicos no deja al momento actual ninguna duda. Es evidente que la amortización de costos seguirá siendo un problema debido al alto costo de adquisición y mantenimiento de estos equipos.

Fayek SA y cols. reportaron sobre el papel de la gammagrafía CCK-HIDA y la colecistectomía en pacientes con síntomas biliares y ultrasonido normal.

Bajo la tesis de un incremento en colecistectomía asociada o disquinesia, analizaron el papel del estudio mencionado con fracción de eyección anormal. En 51 pacientes sintomáticos y con ultrasonido negativo divididos en dos grupos con fracción de eyección $\leq 35\%$ y otros con fracción de eyección mayor a 35%, encontraron resultados exitosos en 67% de los pacientes tratados con síntomas y fracción de eyección disminuida. En patología, 39 tuvieron hallazgos de colecistitis. Concluyeron que el diagnóstico de disquinesia biliar es un reto y que 70% de los casos mejoró con colecistectomía.

Este tipo de estudios han sido realizados en muchas ocasiones con resultados variables. La utilidad del gammagrama todavía está por demostrarse; sin embargo, en pacientes cuidadosamente seleccionados puede ser una herramienta importante para llegar a este controversial diagnóstico de exclusión. Ninguno de los estudios señaló la severidad de síntomas y la posibilidad de manejo medio antes del quirúrgico.

LESIONES DE VÍAS BILIARES

De Reuver, et al. (Gouma, Holanda) reportaron un estudio que intentó analizar si la anastomosis término terminal para las lesiones biliares se encuentra justificada. En 485 pacientes de su serie, 56 (11.5%) fueron referidos con historia de anastomosis término terminal. En 42 de ellos (75%) por transección completa. En 87% de los casos se realizó sobre una sonda en T. Fueron referidos por fístula biliar 18% y en 82% por obstrucción.

En un periodo de siete años 66% fueron manejados endoscópicamente y 32% con hepatoyeyunostomía. Señalaron que es una opción aceptable, ya que dos terceras partes fueron manejados con endoscopia y el resto quirúrgico, además de efectivo es de baja morbimortalidad.

Comentario

Probablemente sea el primer estudio que analizó el resultado de la anastomosis término terminal. Todos los grupos señalaron que es una mala opción la anastomosis término terminal y un alto índice de fracaso (probablemente porque sólo reciben los complicados). La frecuencia elevada de fracasos se debió a los factores: isquemia ductal (que se manifiesta como fístula y tardíamente estenosis) y pérdida de sustancia (que se manifiesta por anastomosis tensa, que fácilmente se hace dehiscente aunado a la isquemia. Son tan difíciles (los bien hechos) como las reconstrucciones del yeyuno. Evidentemente que algunos funcionan y apuestan el primer dato de que probablemente las dos terceras partes requieran y respondan a manejo endoscópico. No mencionaron cuántas no requieran intervención (quirúrgica y/o endoscópica). Asumo que es excepcional.

Mercado y cols. reportaron su experiencia con las lesiones relacionadas con la sonda T y su papel en el espectro de las lesiones. Se encontraron 42 casos de 343 pacientes con lesiones relacionadas a sonda T.

El cuadro clínico fue el de fístula biliar (16) externa o interna (26). La fístula biliar interna se relaciona con la

penetración a víscera adyacentes (duodeno principalmente, yeyuno y colon en minoría). Se realizó la reparación de la vía biliar con cierre de los defectos (plastia y/o resección), con mayor estancia hospitalaria, sin otras comorbilidades.

Se concluye que la colocación inadecuada de las sondas, ya sea por exploración y la mayor parte de las veces por lesiones reparadas sobre sonda, contribuye al desarrollo de lesiones que eventualmente requieren de reparación compleja. La estancia prolongada debe evitarse para evitar el desarrollo de penetraciones y fístula interna.

Comentario

El estudio señala un factor más en el espectro de las lesiones. La mayoría de las veces que se coloca una sonda en T está relacionada con algún tipo de lesión, ya que la mayor parte de las exploraciones biliares se realizan por endoscopia y una pequeña minoría por laparoscopia. Pocas son las relacionadas con la colocación inadecuada de sonda en T por exploración de vías biliares, donde la mayor parte son adecuadamente colocadas y retiradas en tiempo.

Jiménez M y cols. analizaron el papel de las prótesis metálicas por vía endoscópica y/o percutánea para los pacientes con obstrucción neoplásica combinada de duodeno y vía biliar. Señalaron que el abordaje transhepático o transgástrico puede ser usado y que el abordaje percutáneo es posible para la colocación de endoprótesis metálica. El estudio fue hecho en una población pequeña (seis pacientes) y el porcentaje de complicaciones o disfunción no es despreciable (2 de 6). La supervivencia es muy pobre (92 días).

Comentario

La colocación de endoprótesis metálica tiene un papel paliativo en pacientes irresecables manejando la calidad de vida. La obstrucción duodenal asociada a la de vía biliar traduce un paciente francamente terminal.

COLANGIOMIOMA

Konstadoulakis y cols. analizaron la experiencia en su hospital de la resección quirúrgica extensa y agresiva (sic). En 73 casos con carcinoma biliar, en estadio I y II, se realizó resección de la vía biliar extrahepática con linfadenectomía y hepatoyeyunostomosis. En esta-

dio III y IV se agregó hepatectomía parcial. La toma de resección fue de 80.8%, con 86.4% resección mayor y 31.4% resección vascular.

Se lograron bordes libres en 50% de los estadios I y II y en 68.6% de III y IV. La morbilidad fue de 6.8% con morbilidad de 25.4%. Supervivencia a 12 meses de 84.9%, 36 meses de 54.1% y a 60 meses de 41.2%. Se encontraron como pronóstico negativo la presencia de metástasis linfática, disminución de peso y resección de vena cava.

Concluyeron que la cirugía extensa tiene mejor impacto en supervivencia. Aun los resecaos con márgenes positivos tienen mejor pronóstico que los no resecaos.

Cleary S y cols. analizaron el mismo tipo de pacientes. En 66 casos tratados encontraron 4.5% de mortalidad. En 56 se hicieron resecciones con intento curativo que incluyeron resecciones hepáticas estenosos. Los factores pronósticos encontrados fueron resección hepática, resección de cándado y márgenes negativos (unos como en estadio I y II) concluyeron que una estrategia quirúrgica agresiva incrementan la posibilidad de resecciones curativas.

Fue presentado un simposium sobre colangiocarcinoma, en donde fueron abordados varios aspectos.

Jarnagin abordó el tema de diagnóstico y estadificación señalando que el objetivo final es la resección con intento curativo y esto requiere de resección hepática (incluido seg I) y ocasionalmente resección vascular. El objetivo final fue planear un procedimiento en el cual quedara un remanente hepático adecuado, bien perfundido y con drenaje biliar adecuado. Los métodos diagnósticos fueron tomografía, colangiorresonancia, laparoscópica estadificadora y PET.

Belghithi abordó la optimización preoperatoria. Enfatizó que el drenaje percutáneo permite la evolución de la extensión, así como la embolización de la vena porta ipsilateral al tumor. La hipertrofia compensadora del lado contralateral facilitó el resultado funcional hepático postoperatorio. Este hecho también fue apoyado por el grupo del Memorial Sloan K.

Este hecho aumentó resecabilidad y disminuyó complicaciones. La laparoscopia preoperatoria fue efectiva en 20% de los casos para impedir laparotomías innecesarias en pacientes considerados previamente resecaos.

Nishio analizó el resultado del tratamiento quirúrgico con resultados similares a los comentados en los trabajos previos (Konstadoulakis y Cleary). Dinant desta-

có la necesidad de resecar el segmento I, no aumenta en su experiencia la morbimortalidad y promueve la resección curativa.

Ampliamente discutido fue el papel de trasplante, por Jarnagin, Broelsch, Blumgart y Nagorney.

El consenso es que el trasplante es una opción secundaria a la resección; sin embargo, para el colangiocarcinoma asociado a colangitis esclerosante diagnosticado precozmente, resulta una opción a considerar fuertemente. Muy analizado el trabajo de la Clínica Mayo (Nagorney) en donde, en un protocolo con radioterapia neoadyuvante, experimentó sensibilización y trasplante subsecuente, logró buenos resultados en pacientes con colangiocarcinoma no considerado a resección (Sx a un año: 82%, tres años: 82% y cinco años 82%) significativamente mejor que el grupo resecao (82, 48 y 21%, respectivamente). El trabajo fue ampliamente criticado dado el punto de vista metodológico. Plantó la necesidad de nuevos estudios.

REFERENCIAS

1. Konstadoulakis M, Roayie S, D'Amico F, Schwartz ME. Agresive surgical resection for cholangiocarcinoma. *HPB* 2006; 51(8): 46.
2. Fayek SA. The role of CCK-HIDA scan and cholecystectomy in patients with biliary symptoms and normal ultrasound. *HPB* 2006; 51(8): 45.
3. Yoon D'-S. Factory influencing recurrence following curative resection in Stage II Gallbladder carcinoma. *HPB* 2006; 51(8): 45.
4. McPhee JT, Zayaruzny M, Whalen GF, et al. Biliary tract cancer: disease demographics and current trends in surgical intervention. *HPB* 2006; 51(8): 45.
5. Cleary S, Adams R, Shah S, et al. Surgical resection for proximal cholangiocarcinoma. *HPB* 2006; 51(8): 46.
6. Gimenez M, D'Agostino HB, Schönholz HH, et al. Percutaneous metallic stents imention for management of combined biliary and duodenal obstruction. *HPB* 2006; 51(8): 46.
7. Mercado MA, Chan C, Orozco H, et al. Bile duct injuries related to T tubes. A comorbid factor in the spectrum. *HPB* 2006; 51(8): 46.
8. Reuver PR, Van Delden O, Rauws ZA, et al. Is a preoperative end to end anastomosis for a bile duct injury justified? *SSAT* 2006.
9. Al-Azzani, Nakeeb A, Saxena R, et al. Stectocholecystitis: an explanation for increased cholecystectomy rates. *SSAT* 2006.
10. Jarnagin W, Winston C. Hilar cholangiocarcinoma: diagnosis and staging. *HPB* 2005; 7: 244-51.
11. Belghithi J, Ogata S. Preoperative optimization of the liver for resection in patients with hilar cholangiocarcinoma. *HPB* 2005; 7: 252-3.
12. Pavikh AA, Abdalla EK, Vauthey JN. Operative considerations in resection of hilar cholangiocarcinoma. *HPB* 2005; 7: 254-9.
13. Nishio H, Nagimo M, Nimura Y. Surgical management of hilar cholangiocarcinoma. *HPB* 2005; 7: 259-62.
14. Dinant S, Gerhards MF, Olivier RC, et al. The importance of complete excision of the caudate lobe in resection of hilar cholangiocarcinoma. *HPB* 2005; 7: 263-7.
15. Lang H, Sotiropoulos GC, Kaiser GM, et al. The role of liver transplantation in the treatment of hilar cholangiocarcinoma. *HPB* 2005; 7: 268-72.