



## Cartas científicas

# Prolongación del asa biliopancreática para el control del reflujo enterobiliar tras coledocoduodenostomía en un cruce duodenal

## Enlargement of the biliopancreatic channel to control the enterobiliary reflux after a choledochoduodenostomy in a duodenal switch

Tanto la obesidad como la rápida pérdida de peso tras la cirugía bariátrica son factores de riesgo conocidos de formación de litiasis biliar<sup>1</sup>, con mayor incidencia tras las técnicas derivativas frente a las restrictivas<sup>2</sup>. Brockmeyer et al.<sup>3</sup> comunican el 8% de síntomas biliares tras *bypass* gástrico, el 1,6% tras gastrectomía vertical; y Sucandy et al.<sup>2</sup> el 22% tras cruce duodenal.

Un 10-15% de los pacientes con litiasis vesicular pueden desarrollar coledocolitiasis, colangitis, pancreatitis o íleo biliar. Cuando esto ocurre tras cirugía bariátrica, el manejo diagnóstico-terapéutico puede ser especialmente complejo en las técnicas derivativas por la dificultad de acceso a la papila y al colédoco<sup>4</sup>.

Presentamos el caso de una paciente intervenida de cruce duodenal, por obesidad mórbida, que a los 11 años de la cirugía presentó cuadro de colelitiasis y posterior colangitis, donde tanto el diagnóstico como la resolución fue un reto para el equipo, que requirió alterar la técnica bariátrica.

Paciente mujer de 59 años, con antecedentes de apendicectomía y estenosis del canal lumbar, intervenida de obesidad mórbida en 2001, en otro centro, con un índice de masa corporal (IMC) de 45 kg/m<sup>2</sup>, mediante derivación biliopancreática con cruce duodenal por laparotomía. Se realizó gastrectomía longitudinal con preservación pilórica y derivación duodeno-ileal, dejando 50 cm de asa biliopancreática y 75 cm de asa común. A los 2 años y tras buena pérdida de peso, fue intervenida de eventración y abdominoplastia. A los 11 años de la cirugía derivativa (2012), comenzó con pancreatitis biliar y se realizó colecistectomía abierta.

Acudió a nuestro hospital por primera vez en enero de 2013, con episodios recurrentes de fiebre alta, dolor abdominal epigástrico y escalofríos, que cedían con antibióticos. La exploración física era normal, el IMC de 23 kg/m<sup>2</sup> y la analítica con leve colestasis. Se realizó ecografía, tomografía axial computarizada (TAC) y colangiorresonancia, que halló

coledocolitiasis residual de la vía biliar distal. Se decidió exploración de la vía biliar mediante laparotomía, y tras un intento fallido de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica a través del asa biliopancreática se realizó una coledocotomía, limpieza de la vía biliar y coledocoduodenostomía.

En el postoperatorio recurrieron las crisis de colangitis, con hemocultivos positivos para *Escherichia coli*. La colangiorresonancia evidenció defectos de repleción milimétricos en el colédoco prepancreático, compatibles con microlitiasis o detritus. Con el diagnóstico de síndrome del sumidero se realizaron dilataciones vía transparietohepática del esfínter



**Figura 1 – Tránsito baritado. Se observa relleno de todo el árbol biliar (flechas cortas) por existencia de reflujo de contraste (flecha larga) que proviene del asa biliopancreática del cruce duodenal.**

de Oddi. Pero ante la falta de respuesta al tratamiento intervencionista y la gravedad del cuadro se reintervino a la paciente para realizar una esfinteroplastia transduodenal y colocación de drenaje de Kehr (noviembre 2013). Las colangiografías a través del Kehr, mostraban buen relleno de la vía biliar y desagüe sin dificultades al duodeno.

Tras breve mejoría, la paciente vuelve a presentar episodios de fiebre alta (39-40 °C), tiritona y dolor, precisando varios ingresos hospitalarios y administración continua de antibioterapia. Se realizó TAC abdominal que descartó colecciones intraabdominales, líquido libre o alteraciones en la vía biliar, gammagrafía hepatobiliar (185 MBq <sup>99m</sup>Tc-mebrofenina) que no halló obstrucción o retraso del vaciamiento biliar y enterorresonancia que no mostró lesiones en las asas intestinales. Finalmente, un tránsito baritado evidenció reflujo de contraste del asa biliopancreática del cruce duodenal, rellenando todo el árbol biliar (fig. 1).

Con el diagnóstico de colangitis por reflujo desde el asa biliopancreática del cruce duodenal hacia la vía biliar y con el fin de tratar este componente perpetuador de la colangitis se decide nueva revisión quirúrgica (noviembre 2014), para actuar sobre las longitudes de asa, realizando sección de 1 m de intestino del asa alimentaria e interponiéndolo en el asa biliopancreática (figs. 2A y B). La paciente evolucionó satisfactoriamente, excepto un cuadro intercurrente de diarrea por *Clostridium difficile* que respondió a antibioterapia, siendo dada de alta a los 22 días.

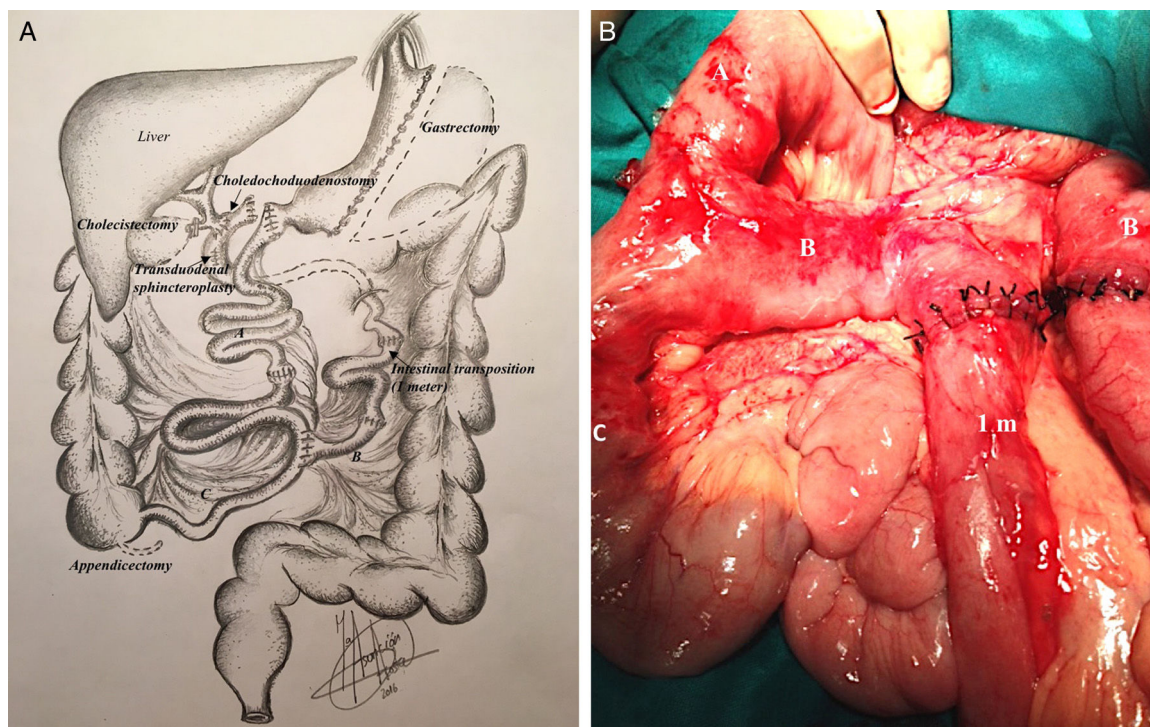
Tres años después, la paciente no ha vuelto a presentar colangitis, ni muestra alteraciones malabsortivas tras el acortamiento del asa alimentaria. Únicamente destaca una pequeña eventración de la laparotomía.

La prueba clave en la resolución definitiva del cuadro fue el tránsito baritado, poniendo de manifiesto reflujo hacia el árbol biliar desde el asa biliopancreática; guiándonos en la elección de la terapéutica adecuada, que consistió en el alargamiento de dicha asa a expensas del asa alimentaria.

Larrad-Jiménez et al.<sup>5</sup> describieron una modificación en la longitud de asas (biliopancreática corta y alimentaria larga) sobre la derivación biliopancreática de Scopinaro et al.<sup>6</sup>. Esta modificación ha sido aplicada al cruce duodenal por algunos autores<sup>7</sup>, como ocurrió en nuestro caso. Aunque la longitud del asa biliopancreática en la técnica de Larrad-Jiménez et al. es de 50 cm, este procedimiento no se acompaña de mayor índice de complicaciones biliares mientras el mecanismo esfinteriano se mantenga indemne<sup>5</sup>. Pensamos que la integridad de la papila juega un papel fundamental y que la papilotomía podría favorecer el reflujo.

La coledocoduodenostomía, ampliamente avalada<sup>8-10</sup> para el manejo de la coledocolitiasis, tras cirugía bariátrica derivativa presenta el riesgo de favorecer el reflujo alimentario del asa biliopancreática hacia la vía biliar. Este empeora si añadimos esfinterotomía por «síndrome del sumidero». Alqahtani et al.<sup>4</sup> tratan un caso de colangitis tras *bypass* gástrico mediante coledocoduodenostomía, para evitar la interferencia con la Y-de Roux, teniendo finalmente que convertir a una hepaticoyunostomía debido al síndrome del sumidero.

Proponemos valorar el alargamiento del asa biliopancreática como alternativa eficaz para tratar la colangitis tras cruce duodenal, cuyo elemento perpetuador sea el reflujo biliar por pérdida de la integridad del mecanismo esfinteriano de la papila.



**Figura 2 – Técnica quirúrgica. A)** Se observa esquema de la técnica quirúrgica de transposición de un metro de asa alimentaria a la biliopancreática del cruce duodenal. **B)** Imagen intraoperatoria que muestra el asa alimentaria (A), el asa biliopancreática (B), el asa común (C) y el segmento intestinal de 1 m insertado en medio del asa biliopancreática.

## BIBLIOGRAFÍA

- Chang J, Corcelles R, Boules M, Jamal MH, Schauer PR, Kroh MD. Predictive factors of biliary complications after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2016;12:1706-10.
- Sucandy I, Abulfaraj M, Naglak M, Antanavicius G. Risk of biliary events after selective cholecystectomy during biliopancreatic diversion with duodenal switch. *Obes Surg.* 2016;26:531-7.
- Brockmeyer JR, Grover BT, Kallies KJ, Kothari SN. Management of biliary symptoms after bariatric surgery. *Am J Surg.* 2015;210:1010-6.
- Alqahtani MS, Alshammary SA, Alqahtani EM, Bojal SA, Alaidh A, Osian G. Hepaticojejunostomy for the management of sump syndrome arising from choledochoduodenostomy in a patient who underwent bariatric Roux-en-Y gastric bypass: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2016;21:36-40.
- Larrad-Jiménez A, Díaz-Guerra CS, de Cuadros Borrajo P, Lesmes IB, Esteban BM. Short-, mid- and long-term results of Larrad biliopancreatic diversion. *Obes Surg.* 2007;17:202-10.
- Scopinaro N, Gianetta E, Civalieri D, Bonalumi U, Bachi V. Bilio-pancreatic bypass for obesity: II. Initial experience in man. *Br J Surg.* 1979;66:618-20.
- Sánchez-Pernaute A, Pérez-Aguirre E, Díez-Valladares L, Robin A, Talavera P, Rubio MA, Torres García A. Right-angled stapled latero-lateral duodenojejunal anastomosis in the duodenal switch. *Obes Surg.* 2005;15:700-2.
- Thomas C, Nicholson C, Owen J. Effectiveness of choledochoduodenostomy and transduodenal sphincterotomy in the treatment of benign obstruction of the common bile duct. *Ann of Surg.* 1971;173:845-56.
- Madden J, Chun J, Kandalafm S, Parekh M. Choledochoduodenostomy. An unjustly maligned surgical procedure? *Am J Surg.* 1970;119:45-54.
- DuCoin C, Moon RC, Teixeira AF, Jawad MA. Laparoscopic choledochoduodenostomy as an alternate treatment for common bile duct stones after Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis.* 2014;10:647-52.

María Asunción Acosta Mérida<sup>a\*</sup>, Joaquín Marchena Gómez<sup>a</sup>, José Vicente Ferrer Valls<sup>b</sup>, Álvaro Larrad Jiménez<sup>c</sup> y José Antonio Casimiro Pérez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España

<sup>b</sup>Servicio de Cirugía Bariátrica y Metabólica, Clínica Obésitas, Valencia, España

<sup>c</sup>Servicio de Cirugía Endocrina y Metabólica, Hospital Nuestra Señora del Rosario, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [maacosta03@yahoo.es](mailto:maacosta03@yahoo.es) (M.A. Acosta Mérida).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.10.006>  
0009-739X/

© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Liposarcoma gigante de esófago en paciente joven, asintomático

### Giant Esophageal Liposarcoma in Asymptomatic Young Patient



Los liposarcomas son tumores infrecuentes y su localización en el esófago tiene una incidencia muy baja. Presentamos el caso de un paciente de 26 años en estudio por anemia y pérdida de peso de 10 kg en los últimos meses, sin otros síntomas asociados al que se le diagnosticó un liposarcoma esofágico gigante bien diferenciado con componente indiferenciado.

En la esofagogastroscoopia se aprecia una lesión submucosa que se extiende desde 18 hasta 39 cm de arcada dentaria, que ocupa toda la luz esofágica.

La TAC toracoabdominal confirma la presencia de una voluminosa masa esofágica de 21 cm de longitud, de contornos bien delimitados, aparentemente submucosa y densidad grasa (fig. 1). Se acompaña de dilatación esofágica y compresión traqueal. No se detectan adenopatías ni signos de extensión a distancia.

Se completa el estudio con una ecoendoscopia, en la que se visualiza una masa que depende de la submucosa de la pared esofágica y se descarta infiltración de las estructuras

desplazadas. La PAAF de la lesión informa de una lesión mesenquimal maligna, indiferenciada, con Ki-67 > 30%.

Se indica cirugía, realizándose una esofagectomía mediante triple vía de acceso: toracoscopia, laparoscopia y cervicotomía. El esófago cervical se secciona a unos 2 cm de la boca esofágica dada la extensión del tumor a nivel cervical. Se realiza extracción de la pieza por vía abdominal debido al gran volumen de la misma. La reconstrucción se lleva a cabo mediante tubular gástrico ascendido por trayecto mediastínico posterior y anastomosis cervical manual.

A la apertura de la pieza se objetivó una gran tumoración intraluminal que ocupa la totalidad del esófago torácico y la porción distal del esófago cervical, pediculada y con una base de implantación en esófago cervical (fig. 2).

La anatomía patológica informa de una lesión submucosa pediculada de 16 × 9 × 7 cm. Se trata de un liposarcoma bien diferenciado con componente desdiferenciado, con pedículo libre de tumor, sin metástasis ganglionares. El estudio inmunohistoquímico revela inmunorreactividad para las