



Fístulo-yeyunostomía como alternativa de tratamiento en la reparación de una fístula biliar compleja

Fistulo-jejunostomy as an alternative treatment in the repair of a complex biliary leak

El conocimiento de las variantes anatómicas de la vía biliar (VB) es de gran importancia por la creciente prevalencia y complejidad de la cirugía hepatobiliar. La VB¹ en la mayoría de los casos (60%) presenta un conducto hepático derecho (CHD) y un conducto hepático izquierdo (CHI) confluyendo en un conducto hepático común (CHC), lo que conlleva que en un 40% de los casos existan variantes anatómicas que será imprescindible conocer antes de plantear cualquier intervención hepatobiliar². Una de las principales variantes es la existencia de un CHD posterior que drena en el CHI, presente hasta en el 20% de los casos y que va a tener una gran relevancia a la hora de plantear tanto una hepatectomía izquierda, como una cirugía del donante vivo³. El estudio preoperatorio exhaustivo de la anatomía biliar será clave para

evitar lesiones iatrogénicas cuya reparación pueda ser de alta complejidad.

Presentamos el caso de una mujer de 43 años sin antecedentes de interés diagnosticada de un colangiocarcinoma intrahepático, que fue sometida de forma electiva a una hepatectomía izquierda con linfadenectomía del ligamento hepatoduodenal, región suprapancreática derecha y arteria gástrica izquierda. El estudio histopatológico fue compatible con un colangiocarcinoma intrahepático multinodular bien diferenciado con márgenes libres y afectación de 5 ganglios de los 15 analizados (pT2bN1). En el estudio preoperatorio (tomografía computarizada y entero-resonancia) no se describió la existencia de ninguna variante anatómica de la VB. La intervención transcurrió sin incidencias. Tras una evolución

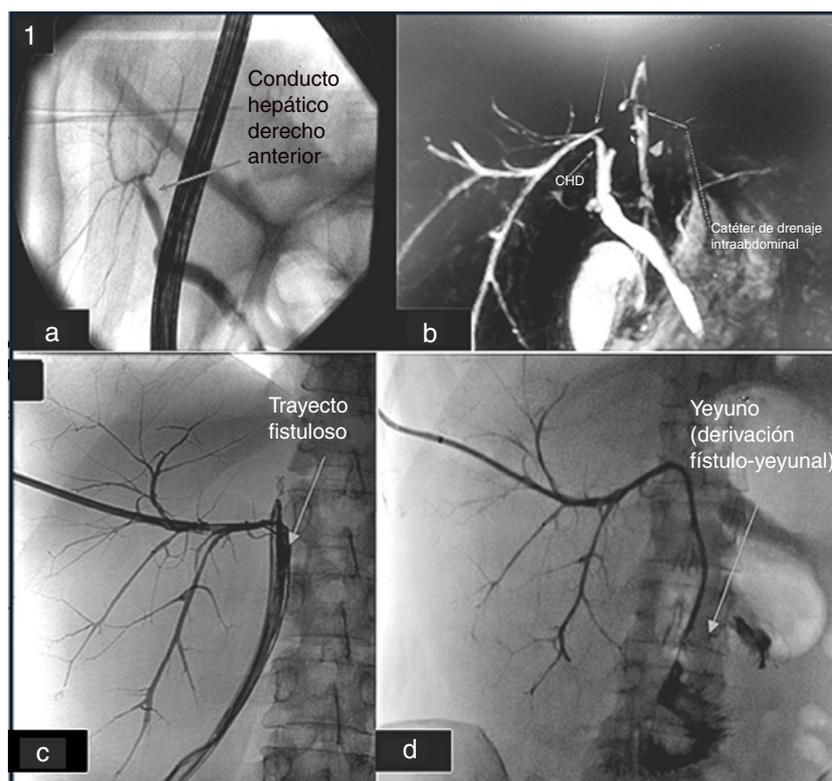


Figura 1 – Evolución radiológica tras hepatectomía izquierda: a) CPRE del estudio posthepatectomía donde se observa el CHD, y no se observa el CHDP; b) Colangio-RMN con reconstrucción, posthepatectomía. Se observa el CHDP que drena en el borde de sección hepático donde se encuentra el drenaje intraabdominal; c) Colangiografía transcáteter, posthepatectomía donde se observa el CHDP con el catéter biliar en su interior (colocado por CTPH) y el trayecto fistuloso; d) Colangiografía transcáteter tras cirugía derivativa biliar donde se observa el paso de contraste a yeyuno.

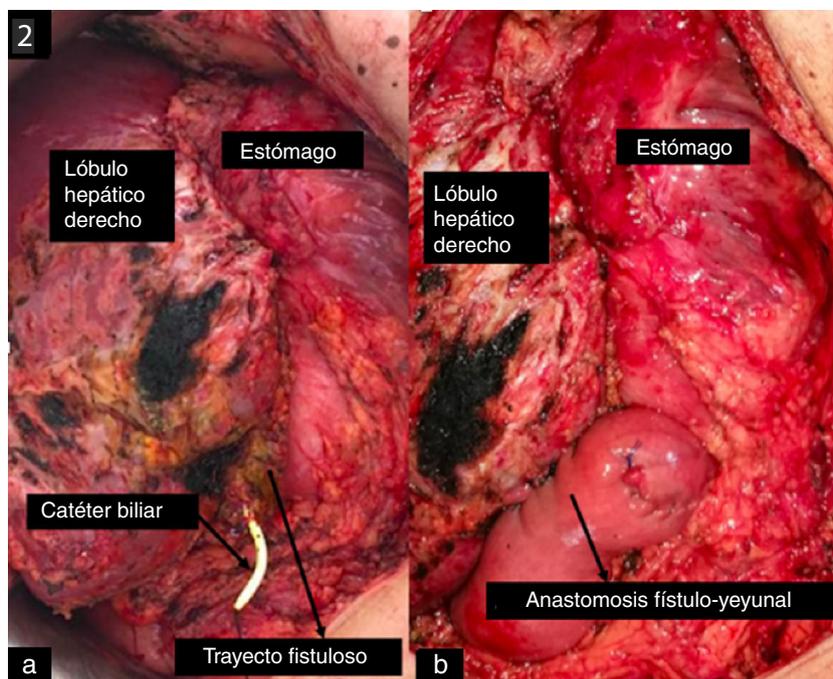


Figura 2 - Cirugía derivativa del trayecto fistuloso: a) Identificación del trayecto fistuloso con el catéter biliar en su interior entre el borde del lóbulo hepático derecho y el estómago; b) Anastomosis del trayecto fistuloso al asa de yeyuno.

inicial favorable, la paciente desarrolló una fístula biliar de alto débito que se manejó de forma conservadora. Ante la persistencia de la fístula, se realizó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), donde se evidenció un buen paso de contraste a la VB intrahepática, pero en la que no se observaba el CHD posterior (fig. 1a). Se amplió el estudio con una colangiorresonancia magnética (CRM) en la que se objetivó la presencia de un CHD posterior que cruzaba la línea media y que drenaba en el borde de sección hepático, donde se encontraba colocado el drenaje intraabdominal (fig. 1b), por lo que se decidió la colocación de un catéter biliar externo en el trayecto fistuloso por colangiografía transparietohepática (CTPH) (fig. 1c). Pasados más de 3 meses de la cirugía, se planteó tratamiento quirúrgico con el fin de intentar realizar una derivación bilioentérica. Durante la cirugía se identificó un trayecto fistuloso con el catéter biliar en su interior saliendo entre el borde de sección hepático y el estómago, con un calibre de aproximadamente 1 cm y con una pared gruesa de 2-3 mm (fig. 2a). Ante los hallazgos y para evitar una disección profunda del hilio hepático, con el consiguiente riesgo de causar una nueva lesión iatrogénica, se decidió realizar una hepático-yeyunostomía en Y de Roux sobre el trayecto fistuloso, dejando el catéter biliar transanastomótico (fig. 2b). El postoperatorio transcurrió sin incidencias y tras la realización de una colangiografía transcatéter (fig. 1d) se demostró la ausencia de fugas con buen paso de contraste al asa yeyunal, por lo que se retiró el drenaje intraabdominal y el catéter biliar.

La utilización de un trayecto fistuloso bien consolidado para la realización de una derivación bilioentérica, es una

alternativa terapéutica eficaz para el tratamiento de fístulas biliares complejas⁴. De entrada, existen diferentes opciones terapéuticas. Puede optarse por un tratamiento conservador⁵, un manejo endoscópico o un abordaje mediante radiología intervencionista⁶, con la cual podemos llevar a cabo distintos procedimientos como la embolización del radical biliar, la creación de un trayecto fistuloso biliar: biliar-biliar, biliar-gástrico, biliar-duodenal, etc.; o la embolización portal del territorio que drena la fístula, entre otros. En los últimos años, el tratamiento quirúrgico de fístulas biliares complejas cobra mayor importancia, con la publicación de varios casos de derivación fístulo-digestiva⁷, con resultados satisfactorios a corto plazo. La utilización del trayecto fistuloso para realizar la derivación, se está proponiendo como base de tratamientos alternativos en casos complejos. En la mayoría de las revisiones bibliográficas matizan la necesidad de esperar entre 3 y 4 meses^{7,8} para la formación de un trayecto fistuloso consistente que permita realizar una anastomosis sobre el mismo. Cabe destacar, dada la prevalencia de las variantes anatómicas de la VB, y las consecuencias que pueden derivar de las lesiones de la misma⁹, la necesidad de realizar un estudio preoperatorio completo y minucioso del árbol biliar, por radiólogos y cirujanos expertos en la anatomía de la VB¹⁰, siempre que se vaya a realizar una cirugía hepatobiliar mayor.

En conclusión, el estudio preoperatorio de posibles variantes de la VB es fundamental para prevenir lesiones iatrogénicas de la VB. En los casos de fístulas biliares complejas, el abordaje quirúrgico con derivación del trayecto fistuloso al tracto digestivo es una alternativa de tratamiento eficaz que permite la resolución de la fístula con menor riesgo de

iatrogenia al evitar una disección profunda para buscar el conducto biliar lesionado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Duran C. Liver: Seven Hepatic Segments. *Int J Morphol.* 2016;34:1522-30.
2. El Gharbawy R, Skandalakis L, Heffron T, Skandalakis J. Aberrant Bile Ducts, 'Remnant Surface Bile Ducts' and Peribiliary Glands: Descriptive Anatomy Historical Nomenclature, and Surgical Implications. *Clin Anat.* 2011;24:429-40.
3. Mitidieri V, Ottone N. Intrahepatic Biliary Ducts. Anatomic and Surgical Classification after Cholangiographic Findings. *Int J Morphol.* 2015;33:1427-35.
4. Akamatsu N, Sugawara Y, Komagome M, Ishida T, Shin N, Cho N, et al. Left hepatic trisectionectomy for hilar cholangiocarcinoma presenting with an aberrant biliary duct of segment 5: A case report. *J Med Case Rep.* 2010;4:250.
5. Donadon M, Costa G, Cimino M, Procopio F, del Fabbro D, Palmisano A, et al. Diagnosis and Management of Bile Leaks after hepatectomy: Results of a prospective analysis of 475 hepatectomies. *World J Surg.* 2010;40:172-81.
6. Fragulidis G, Marinos A, Polydorou A, Konstantinidis C, Anastasopoulos G, Contis J, et al. Managing injuries of hepatic duct confluence variants after major hepatobiliary surgery: An algorithmic approach. *World J Gastroenterol.* 2008;14:3049-50.
7. Shao-Ciao L, Shao-Bin C, Cheng-Chung W, Chu-Chu W, Yi-Ling L, Fang-Ku P. Embedding fistulojejunostomy: An easy and secure technique for refractory external pancreatic fistula. *Asian J Surg.* 2016;41:143-7.
8. Kada F, Abyad M, Contini S, de Paoli L, Mancini L. Fistulojejunostomy for refractory post-traumatic biliary fistula in an austere environment: An unusual time-honored procedure. *J Am Coll Surg.* 2015;220:e61-3.
9. Shakamoto K, Tamesa T, Yukio T, Tokuhisa Y, Naeda Y, Oka M. Risk factors and managements of beal leakage after hepatectomy. *World J Surg.* 2016;40:182-9.
10. Micó B, León W, Romaguera D, Lozada P, Rodriguez F. Characterization of patients with surgical iatrogenic injuries of the biliary apparatus. *Medisan.* 2015;19:6004-15.

Beatriz López de la Torre Molina*, Oscar Caso Maestro, María García Conde Delgado, Alejandro Manrique Muncio y Carmelo Loinaz Seguro

Unidad Hepatobiliar y Trasplante, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: zirtaebmolina@gmail.com

(B. López de la Torre Molina).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.06.008>
0009-739X/

© 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Respuesta patológica completa tras quimioterapia neoadyuvante en cáncer de colon localmente avanzado

Complete pathologic response after neoadjuvant chemotherapy in locally advanced colon cancer



El cáncer de colon es una enfermedad de elevada prevalencia cuya incidencia ha aumentado en los últimos años¹. El tratamiento actual del cáncer de colon localmente avanzado, entendiendo como tal los estadios II (T3-4/N0/M0) y III (T1-4/N+/M0), se fundamenta en la realización de cirugía oncológica. En los estadios III y en los II que, en ausencia de inestabilidad de microsatélites, asocian factores de mal pronóstico-tumores T4, indiferenciados, con invasión perineural o linfovascular, con obstrucción o perforación intestinal, con una linfadenectomía menor a 12 ganglios, con márgenes afectos tras la intervención o con un valor del

CEA al diagnóstico mayor a 5-10 ng/dl, se recomienda la administración de quimioterapia adyuvante²⁻⁵.

Con esta combinación terapéutica, la supervivencia a 5 años oscila ampliamente entre el 66% en el estadio IIA y el 28% en el estadio IIIC⁶. Estos resultados, que de alguna manera distan de ser óptimos, representan un fracaso parcial en el control local y a distancia de la enfermedad.

En este escenario parece razonable buscar alternativas de tratamiento para mejorar el pronóstico de los pacientes. Una de ellas es la quimioterapia neoadyuvante, con la que existe amplia experiencia en otros tumores digestivos⁷. Esta modi-