

Cartas científicas

Tratamiento percutáneo de una obstrucción tumoral de asa aferente de hepaticoyeyunostomía**Percutaneous treatment of a tumour obstruction of the afferent loop of a hepaticojjunostomy**

El tratamiento quirúrgico del colangiocarcinoma hiliar incluye la reconstrucción de la vía biliar mediante una hepaticoyeyunostomía. La recidiva tumoral a nivel anastomótico y el tratamiento quirúrgico no suele ser curativo. La única opción factible es la paliación, que consiste en la colocación percutánea radioguiada de stents transhepáticos con el fin de mejorar la colestasis y de prevenir o tratar la colangitis¹⁻³.

Ocasionalmente, la recidiva tumoral puede obstruir el asa yeyunal aferente, cuyo extremo se comporta como un asa ciega y cuyo tratamiento difiere del de la estenosis anastomótica biliodigestiva.

Se trata de un varón de 67 años ingresado para estudio de una ictericia obstructiva indolora de un mes de evolución. La ecografía y la TC abdominal evidenciaron una dilatación de vías biliares intrahepáticas y una vesícula biliar alitiásica. La colangiografía endoscópica retrógrada objetivó una estenosis del conducto hepático común a nivel hiliar, sugestiva de un tumor de Klatskin.

Se colocó una endoprótesis biliar metálica transestenótica y se recogió bilis para estudio citológico que confirmó la presencia de células malignas. El estudio de imagen no evidenció signos de afectación vascular ni diseminación metastásica. El paciente fue intervenido quirúrgicamente realizándose una resección de vía biliar extrahepática y de ambos conductos hepáticos, hasta la segunda bifurcación biliar junto con los segmentos hepáticos I y IVB. La reconstrucción se efectuó mediante una hepaticoyeyunostomía en Y de Roux con 4 conductos hepáticos (antero-medial y postero-lateral derechos, segmentarios II y III izquierdos). El postoperatorio fue marcado por una fistula anastomótica auto-limitada.

El examen patológico evidenció un colangiocarcinoma hiliar con posible afectación del margen proximal de resección, difícilmente valorable debido al proceso inflamatorio relacionado con el stent.

A los 13 meses de la intervención, el paciente desarrolló una nueva ictericia obstructiva progresiva asociada con una elevación del marcador tumoral CA 19-9. La colangiorresonancia magnética objetivó una dilatación de los conductos segmentarios izquierdos y sectorial anteromedial derecho, con atrofia del parénquima hepático adyacente. El cuadro clínico, la elevación de marcadores tumorales y el tipo de resección quirúrgica inicial (probablemente R1) sugirieron una recidiva tumoral. Se desestimó una nueva cirugía optándose por un drenaje biliar percutáneo paliativo.

La colangiografía transparietohepática evidenció una masa tumoral que afectaba el asa aferente de la hepaticoyeyunostomía, causando una obstrucción de la misma con aparición de un asa ciega hacia el extremo proximal donde drenaban los conductos izquierdos. En un primer tiempo, se colocó un drenaje biliar interno-externo en el conducto sectorial anterior derecho y se realizó un drenaje biliar externo de ambos conductos izquierdos.

Posteriormente, el conducto del segmento II se tutorizó con una guía metálica con la que se franqueó la estenosis tumoral comunicando el asa ciega con el asa funcional.

En un tercer tiempo, el procedimiento se repitió a través del conducto del segmento III y en ambos conductos segmentarios izquierdos se colocaron stents de 8 × 60 mm y 10 × 100 mm respectivamente (fig. 1). La colangiografía de control mostró un buen paso de contraste a intestino. El paciente presentó una resolución completa de la ictericia, permaneciendo asintomático y con buena calidad de vida a los 5 meses.

Las opciones de paliación no quirúrgica de las estenosis biliares malignas han sustituido prácticamente la cirugía para esta categoría de pacientes, con una expectativa de vida de menos de un año⁴.

En nuestro caso, en la intervención inicial se realizó una resección extensa, hasta la segunda bifurcación de los conductos biliares intrahepáticos. La probabilidad muy baja de realizar una resección radical de la recidiva y las

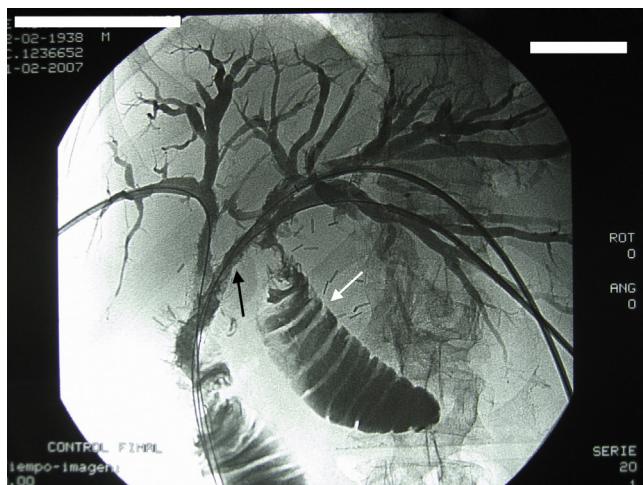


Figura 1 – Tratamiento percutáneo de una obstrucción de asa aferente de hepaticoyeyunostomía por recidiva tumoral endoluminal. Flecha negra: zona estenótica tumoral. Flecha blanca: extremo proximal del asa de yeyunostomía, convertida en asa ciega.

dificultades técnicas de una nueva reconstrucción biliodigestiva nos hicieron desestimar la reintervención quirúrgica.

En pacientes ancianos o con enfermedad diseminada a nivel hepático/peritoneal, las opciones terapéuticas que se deberían considerar son la radioterapia y el drenaje biliar externo. En cambio, en algunos pacientes jóvenes con tumores irresecables pero con buena calidad de vida, el drenaje biliar externo no es la mejor alternativa.

En el caso comentado, el remanente hepático funcionante era representado por el lóbulo izquierdo puesto que el hígado derecho se había atrofiado en gran parte. Sin embargo, el drenaje biliar izquierdo se realizaba en un asa ciega por lo que un stent biliar interno colocado a este nivel no hubiese logrado paliar la ictericia.

En casos seleccionados, algunos autores abogan por la realización de un by-pass quirúrgico para derivar el segmento ciego a otra asa yeyunal⁵. No obstante, esta técnica es raramente utilizada hoy en día, debido al riesgo elevado de dehiscencia anastomótica en pacientes con una alteración importante del estado general y nutricional.

El by-pass interno, transtumoral, con prótesis autoexpandibles colocadas en las anastomosis gastrointestinales y cónicas es una técnica común en pacientes con cáncer gástrico/colorrectal recidivado a nivel endoluminal^{2,6–9}. En una amplia revisión de la literatura, no hemos encontrado ninguna comunicación de un abordaje similar al que hemos descrito para las estenosis malignas de las anastomosis biliointestinales.

En nuestro caso, no se han producido complicaciones relacionadas con el procedimiento intervencionista como perforación digestiva o hemorragia, lo cual sugiere que en

manos expertas el abordaje descrito puede resolver la obstrucción del asa aferente de una anastomosis biliointestinal de manera rápida, indolora y satisfactoria.

B I B L I O G R A F Í A

1. Kim YH, Han JK, Lee KH, Kim TK, Kim KW, Choi BI. Palliative percutaneous tube enterostomy in afferent-loop syndrome presenting as jaundice: clinical effectiveness. *J Vasc Interv Radiol.* 2002;13:845–9.
2. Moriura S, Takayama Y, Nagata J, Akutagawa A, Hirano A, Ishiguro S, et al. Percutaneous bowel drainage for jaundice due to afferent loop obstruction following pancreateoduodenectomy: report of a case. *Surg Today.* 1999;29:1098–101.
3. Moriura S, Ikeda S, Kimura A, Iwatsuka Y, Ikezawa T, Naiki K. Jaundice due to afferent loop obstruction following hepatectomy for a hilar cholangiocarcinoma. *Abdom Imaging.* 1996;21:226–7.
4. Ramos Rubio E. Radical surgery for hilar cholangiocarcinoma (Klatskin tumor). *Cir Esp.* 2007;82:11–5.
5. Aimoto T, Aichida E. Malignant afferent loop obstruction following pancreateoduodenectomy: report of two cases. *J Nippon Med Sch.* 2006;73:226–30.
6. Gwon DI. Percutaneous transhepatic placement of covered, self-expandable nitinol stent for the relief of afferent loop syndrome: report of two cases. *Vasc Interv Radiol.* 2007;18(1 Pt 1):157–63.
7. Chevallier P, Novellas S, Motamed JP, Gugenheim J, Brunner P, Bruneton JN. Percutaneous jejunostomy and stent placement for treatment of malignant Roux-en-Y obstruction: a case report. *Clin Imaging.* 2006;30:283–6.
8. Yoshida H, Mamada Y, Tanai N, Kawano Y, Mizuguchi Y, Shimizu T, et al. Percutaneous transhepatic insertion of metal stents with a double-pigtail catheter in afferent loop obstruction following distal gastrectomy. *Hepatogastroenterology.* 2005;52:680–2.
9. Caldicott DG, Ziprin P, Morgan R. Transhepatic insertion of a metallic stent for the relief of malignant afferent loop obstruction. *Cardiovasc Interv Radiol.* 2000;23:138–40.

Sorin Niky Mocanu^{a,*}, José Antonio González López^a, Jordi Villalba Auñón^b y Vicente Artigas Raventós^a

^aServicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

^bServicio de Radiodiagnóstico, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mocanu.sorin@gmail.com (S.N. Mocanu).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.05.021>