

# La hepático - yeyunostomía como procedimiento paliativo en las obstrucciones biliares por cáncer céfalo - pancreático

A propósito de 39 casos

Dres. Alberto Estefan, Jorge Pomi, Jorge Baldizán,  
Daniel Pignata y Raúl Praderi

*Clinica Quirúrgica "3" (Prof. R. Praderi).  
Hospital Maciel. Montevideo.*

Los autores efectúan un estudio retrospectivo de 39 hepático - yeyunostomías efectuadas en cánceres céfalo - pancreáticos irreseccables. La edad varió entre 41 y 85 años, con una media de 63 años. Corresponden a 21 hombres y 18 mujeres. Veintisiete cánceres estaban en etapa regional y 12 en etapa de diseminación. Se efectuaron 25 hepático - yeyunostomías látero - laterales y 14 término - laterales. La morbilidad fue del 28 % y la mortalidad del 13 %. La edad mayor de 70 años, el tiempo de ictericia prolongado, bilirrubinas por encima de 15 mgs./% y existencia de elementos de diseminación neoplásica demostraron ser factores de mal pronóstico.

La sobrevida global fue de 8 meses. La calidad de la sobrevida fue buena en el 76 % de los casos.

En función de esta experiencia y de sus resultados exponen las ventajas de la hepático - yeyunostomía sobre los otros procedimientos de derivación biliar. Establecen las indicaciones y la modalidad técnica de elección del calibre de la neoboca y de la confluencia biliar superior. Aconsejan el uso del asa de Hivet - Warren modificada y la asociación de una gastro - enterostomía. El tratamiento coadyuvante con radioterapia y 5 - fluoracilo parece mejorar los resultados en términos de sobrevidas alejadas.

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:*  
Biliary Tract Surgery / Pancreatic neoplasms.

## INTRODUCCION

El síndrome colestático (v. g. ictericia y prurito) está presente en la casi totalidad de los enfermos portadores de un cáncer céfalo - pancreático. Hacen excepción a esta regla:

Presentado al 30º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, 1979.

Profesores Adjuntos, Residentes y Profesor de Clínica Quirúrgica. Fac. de Medicina. Montevideo.

Dirección: José H. Figueira 2302, Montevideo (Dr. A. Estefan).

- Enfermos a los cuales previamente se le había efectuado una derivación bilio - digestiva por otra patología (los autores tienen 2 casos de este tipo).
- Hallazgo accidental de un tumor céfalo - pancreático en el curso de una laparotomía indicada por otra causa.
- Actualmente, y merced a los nuevos procedimientos de estudio del páncreas (ultrasonografía, tomografía computada, colangio - pancreatografía endoscópica retrógrada) es teóricamente posible detectar un cáncer pancreático antes de que condicione una obstrucción biliar.

El cáncer de la cabeza del páncreas es irreseccable en el 10 % (17) al 38 % (18) de los casos. Ello explica que el cirujano que enfrenta a estas neoplasias frecuentemente debe recurrir a una cirugía exclusivamente paliativa tendiente a resolver eficazmente el síndrome de obstrucción biliar.

Las posibilidades quirúrgicas para solucionar el síndrome colestático secundario a un cáncer céfalo - pancreático irreseccable son múltiples y muy variadas. Ellas varían de acuerdo al sector biliar derivado (hepato - colédoco, hepático izquierdo, vesícula, V.B. intrahepática) y al segmento del tubo digestivo derivado (estómago, duodeno o yeyuno).

Esta comunicación tiene por finalidad evaluar y discutir los resultados obtenidos con la hepático - yeyunostomía.

## MATERIAL CLINICO Y METODO

La serie clínica está constituida por 39 hepático - yeyunostomías efectuadas en enfermos portadores de un cáncer de la cabeza del páncreas irreseccable.

Todos los enfermos fueron operados por los autores entre enero 1970 y diciembre 1978.

*Diagnóstico de cáncer céfalo - pancreático.*  
El diagnóstico de localización del tumor fue

efectuado en todos los casos por la exploración operatoria, colangiografía pre o intraoperatoria y/o autopsia.

El diagnóstico de malignidad fue establecido en el 41 % (16/39) por biopsias (malignidad histológica) tomadas de metástasis de hígado (5 casos); ganglios (4 casos); tumor (3 casos) y autopsia (4 casos). En el 59 % (23/39) el diagnóstico de malignidad se efectuó por la exploración operatoria, la colangiografía y la evolución (malignidad clínica).

*Edad y sexo.* — Corresponden a 21 hombres (53,9 %) y a 18 mujeres (46,1 %). La edad varió entre los 41 y los 85 años, con una edad media de 63 años.

*El síndrome colestático.* — La ictericia estaba presente en todos los casos. La tasa de bilirrubinemia total varió, al momento de la laparotomía, entre 7 y 31 mmg./%, con una media de 18 mmg./%. El tiempo transcurrido entre la instalación de la ictericia y la operación fluctuó entre 14 y 73 días, con una media de 23 días.

El prurito, en grado variable, estaba presente en la totalidad de la serie. En 12 casos (30,8 %) fue catalogado como "muy importante" y rebelde a todo tipo de tratamiento medicamentoso.

*Grado de extensión neoplásica a la exploración quirúrgica.* — Fue catalogada del siguiente modo:

- a) Regional (27 casos): tumor fijo a estructuras anatómicas adyacentes (vena porta, retroperitoneo, mesocolon transverso, raíz del mesenterio, etc.).
- b) Con metástasis de hígado (9 casos): se trataban de metástasis únicas o de metástasis múltiples pero no diseminadas ni masivas.
- c) Ascitis y/o carcinomatosis peritoneal (3 casos).

*Sector biliar derivado.* — La altura de emplazamiento de la hepático - yeyunostomía fue: en el hepático común, 32 casos (82,1 %) y en el hepático izquierdo, 7 casos (17,9 %).

*Tipo de anastomosis hepático - yeyunal.* — En 25 (64,1 %) se practicó una hepático - yeyunostomía látero - lateral y en 14 (35,9 %) una hepático - yeyunostomía término - lateral.

*Tubos calibradores.* — Treinta y cuatro hepático - yeyunostomías fueron calibradas (81,7 por ciento). En 25 se efectuó el calibrado de la anastomosis hepático - yeyunal (18 tubos de Kehr y 7 tubos transhepáticos en sedal). En 9 (23 %) se calibró la anastomosis y la confluencia biliar superior mediante un tubo transhepático en sedal. Corresponde a 5 hepático - yeyunostomías látero - laterales (5/7) emplazadas sobre el hepático izquierdo y 2 hepático - yeyunostomías látero - lateral (2/18) efectuadas sobre el hepático común.

La totalidad de las hepático - yeyunostomías látero - laterales (25) y 5 de 14 término - laterales (35,7 %) fueron calibradas.

El recambio de un tubo transhepático en sedal fue efectuado en 4 oportunidades a los 2, 4, 5 y 10 meses.

*Procedimientos asociados.* — En 12 casos a la derivación biliar se le asoció una gastroenterostomía y en 1 caso se practicó hepático - yeyunostomía, gastroenterostomía y Wirsung - yeyunostomía.

## RESULTADOS

**Las complicaciones precoces (11/39 = 28,2 %)**

### *Fístula biliar externa*

Bilirragia de grado leve existió en la mayoría de los casos. De acuerdo con nuestra experiencia en derivaciones biliodigestivas (5), consideramos a estas bilirragias no como una complicación sino como el devenir habitual de toda anastomosis biliodigestiva que nunca es hermética.

Fístula biliar externa fue constatada en dos enfermos (5,1 %). En un caso se instaló al 3er. días del postoperatorio (hepático - yeyunostomía látero - lateral) con un débito diario de 200 - 300 cm.<sup>3</sup>. Fue tratada mediante la aspiración continua y cesó al cabo de 21 días.

En el otro caso, se instaló al 5º día y fue de un gasto diario de 800 - 900 cm.<sup>3</sup>. Falleció a los 14 días y la autopsia re eló la dehiscencia casi total de la anastomosis hepático - yeyunostomía término - lateral secundaria a la necrosis del hepático común.

### *Absceso subfrénico*

Dos casos (5,1 %). En realidad se trataban de colecciones hemato - bilio - purulentas que curaron con el drenaje quirúrgico y la antibióticoterapia específica.

### *Insuficiencia hepatocítica*

Dos enfermos (5,1 %) presentaron en el postoperatorio inmediato un cuadro clínico y biológico de insuficiencia hepatocítica. Ambos fallecieron.

### *Hemorragia digestiva*

Tres casos (7,6 %). En uno, la endoscopia demostró la existencia de una gastritis erosiva. En otro, la Rx. contrastada puso en evidencia una úlcera gástrica. En el tercer enfermo no se efectuó el diagnóstico de certeza de causa del sangrado.

Todos fueron tratados con tratamiento medicamentoso y reposición de volemia y la hemorragia cesó.

### *Complicaciones no específicas*

Dos casos (5,1 %). Un caso de infarto agudo de miocardio y otro de descompensación grave de una insuficiencia cardíaca congestiva. Ambos fallecieron.

Ambos eran portadores de metástasis de hígado y uno, además, de ascitis. La muerte se produjo a los 7 y 15 días.

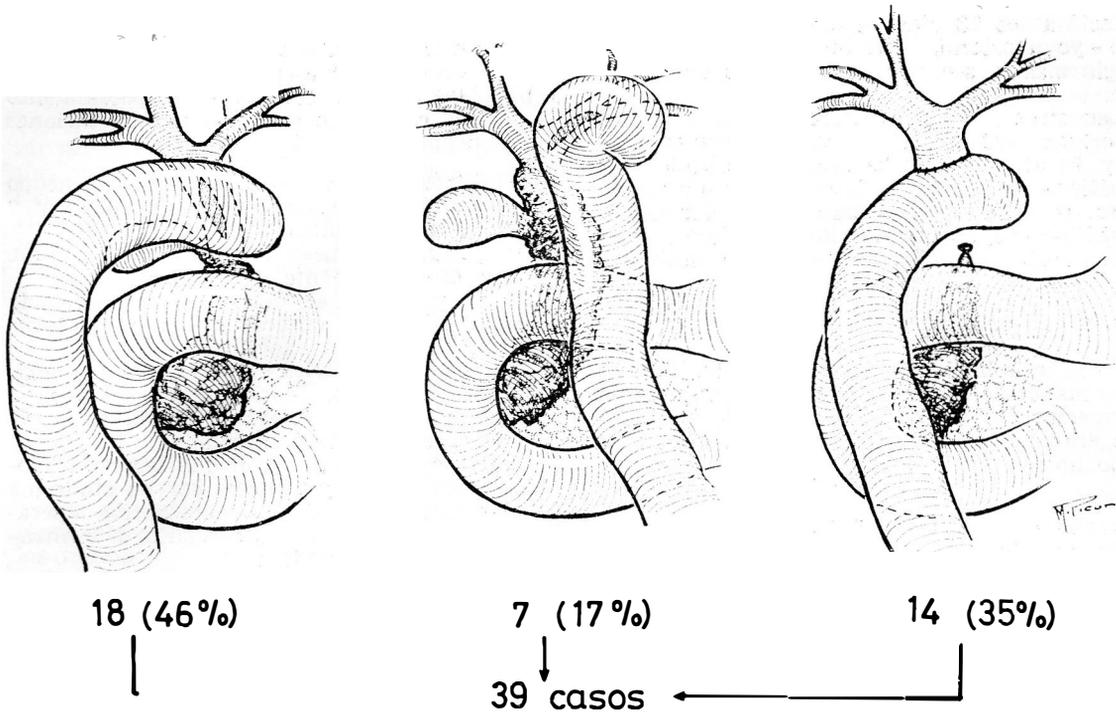


FIG. 1.— Tipos de hepático - yeyunostomía empleados.

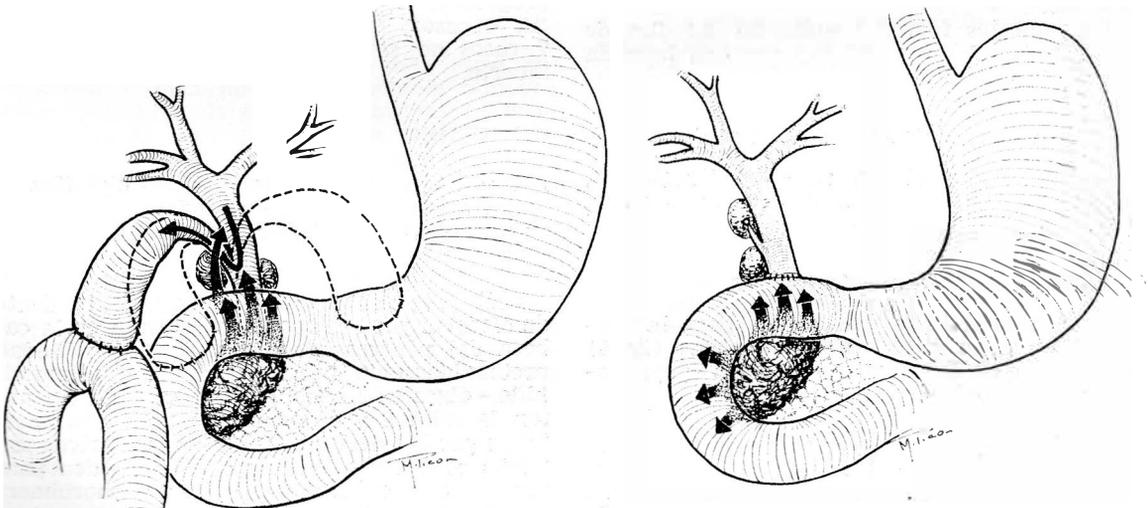


FIG. 2.— Inconvenientes de las derivaciones colecisto - digestivas y colédoco - duodenales. Invasión del cístico en las primeras, obstrucción de la anastomosis y del duodeno en las segundas.

**Mortalidad operatoria**

Tomamos como mortalidad operatoria a todo fallecimiento ocurrido antes de los 30 días de la operación. Hubieron que lamentar 5 (12,8 %) muertes operatorias.

*Causas de muerte*

Dos enfermos fallecieron en insuficiencia hepática. Corresponden a un hombre de 85 años y una mujer de 91 años, con un tiempo de ictericia de 43 y 58 días, respectivamente.

Una mujer de 75 años y 51 días de ictericia falleció a los 23 días de efectuada una hepático - yeyunostomía término - lateral por bili-rragia masiva secundaria a necrosis del hepático.

Las otras 2 muertes corresponden a causas de origen cardíaco. Se trataba de mujeres de 65 y 70 años que se le había practicado una hepático - yeyunostomía látero - lateral a la primera, y a la segunda una triple derivación (hepático - yeyunostomía látero - lateral, gastroenterostomía y Wirsung - yeyunostomía).

#### *Mortalidad vs. Edad*

En la serie había 14 enfermos que tenían una edad mayor de 70 años. En este grupo hubieron 3 muertes (21,4 %). Por otro lado, había 25 que eran menores de 70 años, y en ellos sólo hubo una muerte (4 %).

#### *Mortalidad vs. Tasa de bilirrubina preoperatoria*

No hubieron muertes en pacientes con tasas de B.T. entre 2 - 10 mg./%. En tanto que la mortalidad fue del 7,1 % (1/14) cuando las B.T. fluctuaban entre 10 - 15 mg./%, y del 16,6 % (3/18) cuando las B.T. eran mayores de 15 mg./%.

#### *Mortalidad vs. Tiempo de ictericia*

Cuando el tiempo de ictericia previa a la operación fue menor de 20 días no hubieron muertes.

Las muertes fueron 1 entre 20 - 30 días de ictericia (20 %) y 4 (80 %) con una ictericia mayor de 30 días.

#### *Mortalidad vs. Extensión de la neoplasia*

Dos enfermos estaban en etapa "regional", 2 con ascitis y uno con ascitis y metástasis de hígado.

#### *Mortalidad vs. Procedimiento*

La mortalidad fue del 14,2 % para las hepático-yeyunostomías término-laterales (2/14) y del 12 % (3/25) para las hepático - yeyunostomías látero - laterales.

#### **Sobrevida alejada**

Cuatro enfermos fueron perdidos después del alta, no conocemos su evolución. La sobrevida media global fue de 8 meses. Veinticuatro pacientes vivieron más de 6 meses, 18 lo hicieron más de 8 meses, 5 más de 10 meses y 2 sobrepasaron los 12 meses (actualmente llevan 14 y 18 meses y están en buenas condiciones).

#### *Calidad de sobrevida*

Para evaluar la calidad de sobrevida la hemos clasificado en:

- a) Buenas: desaparición del síndrome colestático con mejoramiento del estado general posibilitando un retorno a la vida normal o cercana a la normal.
- b) Malas: persistencia o empeoramiento del estado general con manifestaciones neoplásicas predominantes.

Veintitrés (76,6 %) corresponden al grupo de sobrevida calificadas como "buenas" y 7 (23,4 %) al de "malas".

La pérdida de peso fue frecuente, aunque no fue específicamente evaluada.

En ningún caso se determinó la existencia de manifestaciones clínicas evidentes de insuficiencia pancreática exócrina.

Tampoco se sospechó clínicamente la aparición de una úlcera péptica gastro - duodenal, aunque es necesario aclarar que esta patología no fue específicamente estudiada.

Cuatro enfermos tuvieron que ser reintervenidos a los 3, 4, 6 y 7 meses por un síndrome de estenosis duodenal. La exploración operatoria demostró que era secundaria a infiltración tumoral del duodeno.

En todos ellos se practicó una gastro - enterostomía premesocolónica.

Seis pacientes reinstalaron un síndrome icterico con episodios de colangitis. Corresponden a una hepático - yeyunostomía término - lateral y 5 hepático - yeyunostomía látero - laterales.

#### **Causa de muerte alejada**

Pudo ser determinada en 23 casos. Ella fue: progresión de la neoplasia, 13 casos; colangitis, 4 casos; oclusión intestinal, 3 casos. En 7 casos no se pudo saber la causa final de muerte.

#### **DISCUSION**

##### **¿Se justifica una derivación bilio - digestiva paliativa en un enfermo portador de una obstrucción biliar por cáncer céfalo - pancreático?**

Crile (3), en 1970, propuso como tratamiento de elección para el adeno - carcinoma de la cabeza del páncreas en etapa de "resecabilidad pretendidamente curativa" a las anastomosis bilio - digestivas. Según la experiencia del autor, la calidad y el tiempo de sobrevida aportadas por las derivaciones bilio - digestivas son similares a las obtenidas con la duodenopancreatectomía cefálica, pero con una morbimortalidad operatoria sustancialmente menor.

Nosotros, al igual que la mayoría de los autores (2, 12, 14, 20, 25, 26), no participamos de este criterio. Consideramos que la duodenopancreatectomía cefálica o, mejor aún, la pancreatomectomía total es la única, aun cuando estadísticamente escasa (2/5 %), posibilidad de curación que tienen estos enfermos.

Sin embargo, la comunicación de Crile (3) demostró definitivamente las bondades de las derivaciones bilio - digestivas en cuanto a calidad y tiempo de sobrevida que pueden aportar.

La cirugía paliativa tiene, genéricamente considerada, dos objetivos básicos fundamentales: a) mejorar el confort, y b) aumentar el tiempo de sobrevida.

La hepático - yeyunostomía cumple con creces ambos postulados. En efecto, al asegurar un drenaje biliar efectivo y duradero se logra un retroceso completo del síndrome colestático. En nuestra serie la desaparición del prurito fue constatada en todos los casos en el postoperatorio inmediato. Fue particularmente notable la mejoría obtenida en los pacientes que padecían un prurito intenso y rebelde a todo tipo de tratamiento medicamentoso.

La ictericia retrocedió más lentamente. El tiempo medio requerido para obtener cifras de B.T. por debajo de 2 mg./% fue de 25 días.

Con la desaparición del prurito y de la ictericia se ofrece una indudable e indiscutible mejoría del confort de estos enfermos.

Por lo demás, al evitar la insuficiencia hepática secundaria a la obstrucción biliar completa que estos tumores condicionan, se elevan los índices de sobrevidas.

La sobrevida media de 8 meses para el grupo en conjunto la consideramos como aceptable por cuanto se incluyó en esta serie casos en etapa muy avanzada.

Estamos de acuerdo con el viejo aforismo quirúrgico que estipula para toda cirugía paliativa: "Lo importante no es lograr cantidad de sobrevida sino calidad de sobrevida". En este sentido, la hepático - yeyunostomía aportó un 76 % de resultados catalogados de buenos.

Mejorando, pues, el confort y aumentando el tiempo de sobrevida se le ofrece a estos enfermos, además, al decir de Hivet y Richarme (16): "La ilusión de curación".

El 12.8 % de mortalidad en esta serie homogénea si bien no es despreciable tampoco debe considerársela como prohibitiva. La edad mayor de 70 años, el tiempo de ictericia prolongado (mayor de 30 días), la tasa preoperatoria de B.T. por encima de 15 mg./%, y la comprobación operatoria de metástasis hepáticas, acitis y/o carcinomatosis peritoneal demostraron ser elementos de evidente mal pronóstico.

Es en estos casos en los cuales la hepático - yeyunostomía debe evitarse. Aquí la derivación biliodigestiva de elección es la colecisto - yeyunostomía o colecisto - gastrostomía, siempre que la colangiografía demuestre un cístico permeable, de calibre aceptable y con un abocamiento en el hepato - colédoco lejano al tumor. La solución táctica de alternativa es el puente vesicular en forma de hepático - colecisto - yeyunostomía (procedimiento que es el que nosotros preferimos).

#### **Ventajas de la hepático - yeyunostomía sobre otros procedimientos de derivación biliar**

La hepático - yeyunostomía ha demostrado sus virtudes definitiva y concluyentemente en el tratamiento de las lesiones biliares obstructivas histológicamente benignas (v. g. lesiones iatrogénicas, litiasis biliar, etc.).

Nuestros resultados y los de otros autores (1, 12, 19, 28) demuestran también la utilidad de la hepático - yeyunostomía como procedimiento paliativo en lesiones histológicamente malignas.

Su mayor y teórico inconveniente, es que predispondría a la enfermedad úlcera péptica (O. Malley, 1951). Si bien este punto es actualmente polémico, es indudable que en enfermos portadores de una neoplasia y con una expectativa de vida limitada pierde valor.

En obstrucciones biliares neoplásicas irreseables con V.B. supratumoral manejable quirúrgicamente caben plantear las siguientes alternativas tácticas (8, 9): a) hepaticostomía o colecistostomía; b) utilizar la vesícula como "puente" derivativo ya sea hacia el yeyuno (lo más frecuente), al duodeno, o incluso al estómago; c) hepático - duodenostomía; d) hepático - yeyunostomía.

El drenaje biliar externo (hepaticostomía o colecistostomía) es un procedimiento de necesidad, por cuanto condiciona una fístula biliar externa de alto débito.

Utilizar la vesícula para derivar la V.B.P. lo consideramos como un procedimiento no totalmente seguro. La anastomosis colecisto - digestiva es funcionante mientras el cístico sea o esté permeable. Los tumores pancreáticos suelen crecer a lo largo de la vaina pericoleodociana y obstruir precozmente el cístico. Esta eventualidad es tanto más frecuente cuanto más baja sea la desembocadura del cístico en el hepato - colédoco. Los resultados reportados por Dancer y Duval (4) y Buckwalter y cols. (1) son ilustrativos de esta complicación evolutiva de las colecisto - yeyunostomías.

La hepático - duodenostomía no la efectuamos. La anastomosis queda muy próxima a la masa tumoral y por lo tanto es fácilmente estenosada. Además, los cánceres pancreáticos infiltran y estenosan al duodeno con el consiguiente reflujo duodeno - biliar y colangitis grave.

La hepático - yeyunostomía deriva directamente la V.B.P. y su funcionamiento depende exclusivamente de la permeabilidad de la neoboca. Por ello, la hepático - yeyunostomía emplazada en el sector alto del hepático aleja la posibilidad de estenosis de la neoboca por infiltración tumoral y/o por compresión extrínseca por adenopatías metastásicas o el propio tumor.

Es por estas razones, que en la situación anatómo - quirúrgica establecida (V.B. supratumoral manejable quirúrgicamente) consideramos a la hepático - yeyunostomía como el procedimiento de derivación biliodigestiva de elección.

#### **¿Hepático - yeyunostomía látero - lateral o término - lateral?**

La hepático - yeyunostomía látero - lateral es un excelente tipo de anastomosis biliodigestiva. Sin embargo, cuando se la evalúa como procedimiento de derivación biliar paliativo tiene sus inconvenientes.

En efecto, la neoboca puede ser infiltrada, aún cuando esté emplazada en el sector alto

del hepático, por el crecimiento del tumor a lo largo de la vaina peri-coledociana. Esta contingencia es tanto más frecuente cuanto más próxima sea la distancia entre el tumor y la neoboca.

La hepático-yeyunostomía término-lateral tiene la ventaja de "desconectar" la anastomosis biliodigestiva del tumor pancreático. De este modo se aleja la posibilidad de su infiltración neoplásica. Al efectuarse este tipo de anastomosis biliodigestivas debe tenerse la precaución de no disecar excesivamente el cabo proximal del hepático para evitar su desvascularización que puede ser la causa de desvitalización y dehiscencia de la anastomosis hepático-yeyunal.

En suma: la hepático-yeyunostomía término-lateral es, a nuestro criterio, la anastomosis biliodigestiva de elección. Reservan a la hepático-yeyunostomía látero-lateral para aquellos casos en que por raras técnicas no es posible o no es conveniente efectuar una hepático-yeyunostomía término-lateral.

#### ¿Cuándo calibrar una anastomosis hepático-yeyunal?

En razón de lo antedicho, es nuestra práctica calibrar las hepático-yeyunostomías látero-laterales para evitar su estenosis por crecimiento tumoral ( $5/22 = 22,7\%$ ). El calibre puede efectuarse mediante un simple tubo de Kehr o, mejor aún, con un tubo transhepático en sedal por sus ventajas ya conocidas (21).

Las hepático-yeyunostomías término-laterales actualmente no las calibramos por cuanto su posibilidad de infiltración es poco frecuente ( $2/12 = 8,3\%$ ).

#### ¿Cuándo calibrar la confluencia biliar superior?

La importancia de la permeabilidad de la confluencia biliar superior cuando se emplaza una anastomosis biliodigestiva ya ha sido analizada y jerarquizada en trabajos previos (7, 10, 20).

Debe procederse al calibrado de la confluencia de los hepáticos en las hepático-yeyunostomías látero-laterales emplazadas cerca o en la propia confluencia y en las efectuadas en el hepático izquierdo. El tipo de calibrado que utilizamos es:

- a) en las hepático-yeyunostomías sobre el hepático; tubo transhepático doble (derecho e izquierdo) en sedal (20, 21, 22).
- b) en las hepático-yeyunostomías sobre el hepático izquierdo, tubo transhepático derecho pasado a través del confluente superior (convergencia de ambos hepáticos) (10, 20).

#### El montaje yeyunal de elección

En trabajos anteriores ya hemos expuesto las ventajas del asa yeyunal de Hivet-Warren

modificada (6, 22). Este montaje yeyunal es, a nuestro criterio, el de elección.

El ascenso del asa yeyunal debe ser efectuado sistemáticamente por vía premesocolónica. Así se aleja el asa de la masa tumoral, evitándose su estenosis por infiltración tumoral.

En la serie no hemos comprobado complicaciones atribuibles al uso de este tipo de asa yeyunal.

#### ¿Qué procedimientos asociados están indicados?

Nuestra experiencia y la de otros (1, 12, 19, 28), demuestra que la estenosis duodenal es una contingencia frecuente en la evolución de los cánceres de la cabeza del páncreas. Cuatro enfermos de la serie, que corresponden a los primeros casos tratados, tuvieron que ser reintervenidos para solucionar un síndrome de estenosis duodenal. Por ello, actualmente asociamos a la hepático-yeyunostomía una gastro-enterostomía. Su emplazamiento debe efectuarse siempre por vía premesocolónica por las mismas razones señaladas para la derivación biliodigestiva.

Cattel, Warren y Au (2) sugirieron en 1959 efectuar una Wirsung o pancreato-yeyunostomía.

La derivación pancreático-digestiva tendría como fundamento: a) asegurar el reintegro del jugo pancreático del tubo digestivo, y b) aliviar el dolor secundario a la dilatación del Wirsung.

En nuestro criterio el déficit de secreción pancreática exócrina puede ser resuelto fácilmente mediante la administración oral de enzimas pancreáticas. La dilatación lenta y progresiva del Wirsung, como sucede en el cáncer pancreático, seguramente no es causa de dolor. Por lo demás, una triple derivación (biliar, digestiva y pancreática) representa una verdadera "gran cirugía" que desborda el concepto de cirugía paliativa. Por estas razones nosotros no la practicamos ni la aconsejamos.

#### Tratamiento coadyuvante de la cirugía paliativa

Mucho se ha discutido (27) sobre la real utilidad de la radioterapia (a dosis bajas, medias o altas) y de la quimioterapia (en especial con el 5-fluoracilo) solas o combinadas como tratamiento coadyuvante del adenocarcinoma pancreático irresecable.

Recientemente el grupo de estudio de los Tumores Gastrointestinales (14) ha reportado los resultados de un ensayo clínico multinacional prospectivo y rambdomizado en el cual se comparan los resultados alcanzados con radioterapia a altas dosis y la radioterapia a dosis media (4.000 - 6.000 R) combinada con 5-fluoracilo.

Los resultados demuestran la ineffectividad de la radioterapia a altas dosis en el cáncer pancreático regional. La radioterapia a dosis medias asociada a 5-fluoracilo mejora los índices de sobrevida.

## RESUME

**L'hépatico - jéjunostomie comme procédé palliatif dans les obstructions biliaires par cancer pancréatique. A propos de 39 cas**

Les auteurs réalisent une étude rétrospective de 39 hépatico-jéjunostomies effectués chez des cancers céphalo-pancréatiques qu'on ne pouvait pas réséquer.

L'âge a varié entre 41 et 85 ans, avec une moyenne de 63 ans. Ils correspondent à 21 hommes et 18 femmes. 27 cancers se trouvaient à une étape régionale et 12 à une étape de dissémination. On a effectué 25 hépatico-jéjunostomies latéro-latérales et 14 termino-latérales. La morbidité a été de 28 % et la mortalité de 13 %. L'âge par dessus les 70 ans, le temps d'ictère prolongé, les bilirubines par dessus les 15 mgrs./% et l'existence d'éléments de dissémination néoplasique ont montré être les facteurs d'un mauvais pronostic.

La survie globale a été de 8 mois. La qualité de la survie a été bonne dans le 76 % des cas.

En fonction de cette expérience et de ses résultats, ils exposent les avantages de l'hépatico-jéjunostomie, sur les autres procédés de dérivation biliaire. Ils établissent les indications et la modalité technique à choisir de préférence pour le calibrage de la néo-bouche et de la confluence biliaire supérieure. Ils conseillent l'usage de l'anse de Hivet-Warren modifiée et l'association d'une gastroentérostomie.

Le traitement avec la radiothérapie et le 5 fluoruracile aide et paraît améliorer les résultats en ce qui concerne les survies éloignées.

## SUMMARY

**Hepaticojejunostomy as a Palliative Procedure in Biliary Obstruction due to Pancreatic Tumors. A Series of 39 Cases**

The authors analyze retrospectively 39 hepaticojejunostomies used in the treatment of non resectable cephalic cancer of the pancreas. Age varied between 41 and 85 years, with a mean age of 63. 21 patients were male and 18 female. 27 tumors were in a regional stage of growth and 12 in a generalized stage.

25 latero-lateral and 14 termino-lateral hepaticojejunostomies were performed. Morbidity and mortality of the series was of 28 % and 13 % respectively.

Bad outcome factors were advanced age, prolonged jaundice, bilirubin over 15 mg./% and neoplastic dissemination signs. Global survival was of 8 months, with good quality survival in 76 % of the patients.

On the basis of this experience and the results obtained, the authors stress the advantages of the procedure over other methods of elective biliary by-pass.

They establish the indications for this surgery and make technical considerations of calibration of hepatic duct junction. They recommend the utilization of the modified Hivet-Warren loop associated to a gastroenterostomy.

Adjuvant therapy with irradiation and 5 FU may prolonge survival.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BUCKWALTER JA, LAWTON RL, TIDRICK RT. By-pass operations for neoplastic biliary tract obstruction. *Am J Surg*, 109: 100, 1965.
- CATTEL RB, WARREN KW, AU FTC. Periampullary carcinomas: diagnosis and surgical management. *Surg Clin North Am*, 39: 781, 1959.
- CRILE GF. The advantages of by-pass operations over radical pancreatoduodenectomy in the treatment of pancreatic carcinoma. *Surg Gynecol Obstet*, 130: 1049, 1970.
- DANCER JT, DUVAL MK. Carcinoma of the head of the pancreas. *Am J Surg*, 110: 704, 1965.
- ESTEFAN A, POMI J. Falla de suturas biliares, bilio-digestivas y duodenorrafias de abordaje papilar. *Cir Uruguay*, 49: 412, 1979.
- ESTEFAN A, SILVA C. Montaje de asas yeyunales en las anastomosis bilio-digestivas. Terceras Jornadas de Actualización en Cirugía. Montevideo. Universidad de la República. *División Publicaciones y Ediciones*, 1: 157, 1978.
- ESTEFAN A, KAMAID E, GOMEZ FOSSATI C, DELGADO B, PRADERI R. Anastomosis colangio digestivas en el cáncer biliar. Presentación de 15 casos y revisión de la literatura. *Cir Uruguay*, 47: 51, 1977.
- ESTEFAN A, PRADERI R. Formas evolucionadas y complicadas del cáncer de vesícula. A propósito de 148 casos. *Prensa Méd Argent*, 63: 375, 1976.
- ESTEFAN A, PRADERI R. El drenaje biliar paliativo en los cánceres de las vías biliares extrahepáticas. Paysandú. Lab. Roche, 1976.
- ESTEFAN A, PRADERI R. Calibrado de la confluencia de los hepáticos en las derivaciones izquierdas por obstrucciones biliares neoplásicas. *Cir Uruguay*, 45: 157, 1975.
- ESTEFAN A, PRADERI R, GOMEZ FOSSATI C, MAZZA M, PATIÑO V. Evolución alejada del montaje yeyunal con el procedimiento de Hivet-Warren. *Cir Uruguay*, 43: 126, 1973.
- FEDUSKA NJ, DENT TL, LINDENAUER SM. Results of palliative operations for carcinoma of the pancreas. *Arch Surg*, 103: 330, 1971.
- FORTNER JA. Regional resection of cancer of the pancreas: a new surgical approach. *Surgery*, 73: 308, 1973.
- GASTROINTESTINAL TUMOR STUDY GROUP. Multi-institutional Comparative Trial of Radiation Therapy alone and Combination with 5-Fluorouracil for locally Unresectable pancreatic carcinoma. *Ann Surg*, 189: 205, 1979.
- HINES LH, BURNS P. 10 year's experience treating pancreatic and periampullary cancer. *Am Surg*, 184: 441, 1976.
- HIVET M, RICHARME J. Les cancers biliaire du hile hépatique. *Ann Chir*, 19: 1046, 1965.
- MONGE J. Survival of patients with small carcinoma of head of pancreas; biliary intestinal by-pass vs. pancreatoduodenectomy. *Ann Surg*, 166: 908, 1967.
- NAKASE A, MATSUMOTO Y, UCHIDA K, HONJO I. Surgical treatment of cancer of the pancreas and the periampullary region: cumulative results in 57 Institutions in Japan. *Ann Surg*, 185: 52, 1977.
- POPE NA, FISH JC. Palliative Surgery for carcinoma of the pancreas. *Am J Surg*, 121: 271, 1971.
- PRADERI R, ESTEFAN A. Intubation canalculaire pour cancer des voies biliaires. *Encycl Méd Chir Tech Chir Appareil Digestif*, 3: 40970, 1977.
- PRADERI R, MAZZA M, GOMEZ FOSSATI C, ESTEFAN A. Le drainage transhépatique en séton. *Nouv Presse Méd*, 3: 2015, 1974.
- PRADERI R, GOMEZ FOSSATI C, MAZZA M. Cambio incruento de drenajes biliares. *Cir Uruguay*, 44: 10, 1974.
- PRADERI R, ESTEFAN A, GOMEZ FOSSATI C, MAZZA M. Dérivations bilio-jéjunales sur anses exclus. Modifications techniques du procédé de Hivet-Warren. *Lyon Chir*, 69: 459, 1973.
- PRADERI R, ORMAECHEA C, DELGADO B. Duodenopancreatectomia cefálica. Consideraciones técnicas a propósito de 18 casos operados. *Cir Uruguay*, 41: 298, 1971.
- PRADERI R, PARODI H, DELGADO D. Tratamiento de las obstrucciones neoplásicas de la vía biliar supraduodenal. *An Fac Med Montevideo*, 49: 221, 1964.
- SMITH PE, KREMENTZ ET, REED R, B KIN WJ. An analysis of 600 patients with carcinoma of the pancreas. *Surg Gynecol Obstet*, 124: 1288, 1967.
- VIOLA ALLES A. Cáncer de páncreas. Experiencia de los últimos 10 años. *Cir Uruguay*, 49: 3, 1979.
- WINEGARNER FG, HAG E WH, ELLIOTT D. Tissue diagnosis and surgical management of malignant jaundice. *Am J Surg*, 111: 5, 1966.