

# Lesiones Iatrogénicas de las Vías Biliares

Arnoldo Fernández S. \*

Juan Pérez Q. \*\*\*

Juan Arce V. \*\*

Virgilio Chinchilla \*\*\*\*

Las lesiones de las vías biliares extrahepáticas constituyen una complicación grave de la Cirugía General y están asociadas con una apreciable mortalidad y morbilidad. Si a esto se agrega el hecho de que casi invariablemente son producidas por el cirujano y por lo tanto previsibles, hacen de esta complicación una de las mayores tragedias de la práctica quirúrgica. Como si no fuera poco lo antes anotado, la mayoría se producen en el transcurso de una colecistectomía, operación casi siempre practicada en mujeres que están en el período más activo y productivo de vida lo que implica sufrimiento humano, pérdida económica y grados diversos de invalidez.

## MATERIAL Y METODO

Se revisaron todas las operaciones realizadas sobre el tracto biliar en el Servicio de Cirugía General No. 2 del Hospital México de La Caja Costarricense del Seguro Social en un período comprendido entre enero 1970 y octubre de 1973. Durante este período se realizaron 425 operaciones de las vías biliares las cuales en su mayoría consistieron en colecistectomías simples por colecistitis aguda o crónica y en segundo lugar exploración de las vías biliares por coledocolitiasis. En esta revisión encontramos cuatro casos de lesiones iatrogénicas de vías biliares extrahepáticas dos de ellas producidas por miembros de nuestro grupo de cirugía y otras dos referidas por otros centros. Se agrega a estos casos la experiencia del Jefe de Servicio con seis casos más tratados por él en otros centros asistenciales.

De los diez casos estudiados las lesiones ocurrieron en el transcurso de operaciones por colelitiasis en nueve pacientes y en otro paciente durante una resección gástrica por úlcera duo-

denal. En lo que respecta al sexo, nueve correspondieron al sexo femenino y uno al masculino. La edad varió entre 28 y 50 años. En tres de los casos, estas lesiones fueron reconocidas durante el acto operatorio y reparadas inmediatamente y el resto fueron referidas luego de frustrado intento de reparación o el daño no fue reconocido durante la intervención primaria siendo remitidos a centros hospitalarios especializados luego de colecistectomía de evolución tórpida. Los sitios de lesión más frecuentemente encontrados fueron: el hepático común en 7 casos, el colédoco en dos casos, y el hepático derecho en un caso (Tabla No. 1).

<u>LESIONES IATROGENICAS DE</u>	
<u>VIAS BILIARES</u>	
<u>SEXO.-</u>	
Femenino	8
Masculino	2
<u>RELACION</u>	4-1
<u>EDAD.-</u>	28-60 a.
<u>PROMEDIO</u>	44 a.
<u>CIRUGIA PREVIA</u>	
COLECISTECTOMIA	9
GASTRECTOMIA	1
<u>TIPO DE OPERACION</u>	
HEPATICO DUODENO ANASTOMOSIS	6
COLEDOCO DUODENO ANASTOMOSIS	1
COLEDOCO GASTRO ANASTOMOSIS	1
COLEDOCO COLEDOCO ANASTOMOSIS	1
SUTURA DEL HEPATICO DERECHO	1
<u>TOTAL.</u>	<u>10</u>

\* Jefe de Servicio de Cirugía General No.2, Hospital México, C.C.S.S.

\*\* Jefe de Clínica de Cirugía General No.2, Hospital México, C.C.S.S.

\*\*\* Residente Cirugía General No.2, Hospital México, CCSS

\*\*\*\* Residente Cirugía General No.2, Hospital México, CCSS

La reparación se efectuó con anastomosis del conducto hepático común al duodeno término lateral en 6 casos (Fig. No. 1-2) y látero lateral en un caso, (Fig. No. 3) En el caso de lesión del hepático derecho se hizo una reparación del conducto con sutura de las paredes seccionadas sobre una sonda en "T", la cual fue dejada in-situ por el espacio de 9 meses (Fig. No. 4).

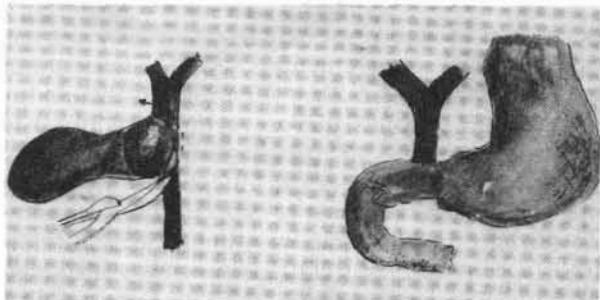


Figura 1. Sección completa hepática. Reparación con anastomosis hepático duodenal término lateral,



Figura 2. Sección inadvertida de colédoco; inserción de la sonda en "T" pero la paciente desarrolló fístula biliar. Reparación con anastomosis hepático duodenal.



Figura 3. Estrechez de colédoco luego de tres intentos de reparación. Se practicó anastomosis hepático-duodenal látero lateral con excelentes resultados.

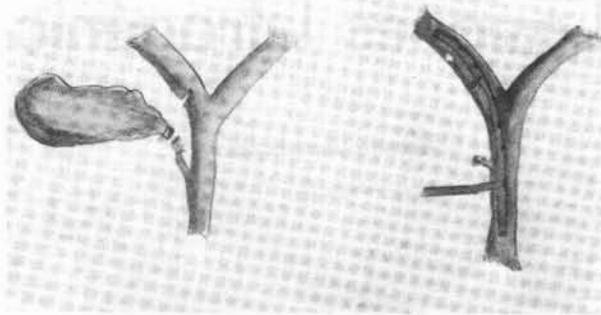


Figura 4. Sección de hepático derecho. Reparación sobre sonda "T".

En los dos casos de lesiones del conducto colédoco, en uno de ellos se realizó anastomosis término terminal entre los segmentos lesionados, también sobre una sonda en "T", la cual se exteriorizó por debajo de la anastomosis y dejada in-situ por 9 meses. En el caso en el cual la lesión del colédoco se produjo durante la realización de una gastrectomía, se hizo una anastomosis término lateral del colédoco al duodeno también sobre una sonda en "T" y se descomprimió el muñón duodenal con un cateter hacia el exterior de acuerdo con la técnica preconizada por Welch (Fig. No. 5).

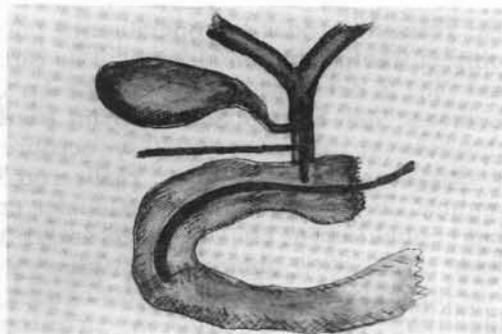


Figura 5. Sección de colédoco durante gastrectomía. Reparación con anastomosis colédoco duodenal con inserción de sonda en "T" y descompresión del muñón duodenal.

No hubo mortalidad operatoria y los pacientes fueron seguidos por un período de cinco años, en cinco de ellos; dos años en tres casos; y 4 meses en un caso. Un paciente fue visto un año después de la operación en buenas condiciones, pero luego desapareció del control no conociéndose su estado actual.

#### COMENTARIO:

La incidencia de lesiones de las vías biliares extrahepáticas durante la colecistectomía y

otros procedimientos que se llevan a cabo en la vecindad del hilio hepático es desconocida; probablemente fue alta en el pasado cuando la cirugía era hecha por médicos generales sin entrenamiento quirúrgico adecuado y sin el beneficio de las técnicas modernas de anestesia. Sin embargo, este accidente operatorio se ve con relativa frecuencia en el presente debido a que existen muchas variaciones anatómicas a nivel del hilio hepático o distorsión de la anatomía normal por proceso de fibrosis y adherencias de la vesícula a las vías biliares principales. Por otro lado se debe admitir el hecho de que muchas veces se considera la colecistectomía como una operación de rutina realizándola en forma apresurada sin una disección cuidadosa de los elementos anatómicos de la región. Además, como lo enfatizó el Dr. Lahey hace muchos años la prevención empieza con la realización de una incisión amplia que permita una exposición adecuada del campo operatorio y una buena iluminación. Antes de ligar cualquier estructura hepática debe ser identificados. La arteria cística debe ser ligada antes que el conducto cístico y cerca de la vesícula para evitar la lesión del conducto hepático y la arteria hepática derecha. En caso de extensa fibrosis es preferible hacer disección del fondo hacia el cuello de la vesícula. Cuando se produce hemorragia excesiva debe tenerse extremo cuidado en no aplicar en forma ciega y apresurada pinzas hemostáticas. En los casos de gastrectomía por úlcera duodenal penetrada a pared posterior, en las cuales las vías biliares están envueltas en el tejido fibroso, se puede usar otro método alternativo a la resección, o como lo aconsejaba el Dr. Lahey, canular primero el colédoco y luego proceder a la resección.

El diagnóstico de las lesiones de los conductos biliares es en general fácil. Sin embargo en la serie de Dumphy (10) solamente en el 50% de los casos el cirujano reconoció la lesión durante la operación inicial. Cuando la lesión es reconocida en el momento en que ocurre, la morbilidad y mortalidad pueden ser prevenidas en un alto porcentaje de los enfermos. La reparación inmediata brinda la oportunidad de restablecer una función biliar normal. Desafortunadamente cuando la lesión inicial pasa inadvertida, las consecuencias para el paciente son graves.

El desarrollo de ictericia 24 a 48 horas después de colecistectomía o salida abundante de bilis por la herida operatoria o drenajes, debe hacer pensar fuertemente en la lesión de las vías biliares. El diagnóstico es confirmado por las pruebas de laboratorio que muestran una ictericia de tipo obstructivo. Puede haber escalofríos, fiebre, dolor e ictericia debidos a colangitis.

Ocasionalmente estos síntomas aparecen meses o años después de cirugía de vías biliares haciendo el diagnóstico diferencial con litiasis residual del colédoco, muy difícil. En los casos de obstrucción biliar de larga duración puede haber esplenomegalia asociada a otros estigmas de hipertensión portal. En la serie de Warren de 958 casos, había hipertensión portal en el 19% (7-8-9). La preparación preoperatoria de estos enfermos incluye transfusión de sangre y albúmina, antibióticos de amplio espectro, vitamina K, etc. En la actualidad, se cuenta con los métodos modernos de hiperalimentación intravenosa que sin duda son de extraordinaria ayuda en el manejo pre y post operatorio de estos enfermos. Cuando existe hipertensión portal, Sedgwick aconseja la corrección de ésta por medio de una derivación espleno-renal antes de corregir la lesión biliar. Varias consideraciones son importantes en la elección del procedimiento quirúrgico para la reparación de estas lesiones: sitio de la lesión, calibre del conducto proximal, naturaleza y extensión de la lesión, la calidad del conducto colédoco distal y la condición general del paciente en momento de la cirugía. Así mismo el pronóstico luego de la corrección dependerá de:

- 1) Grado de colangitis y tejido fibroso circundante.
- 2) Número de operaciones practicadas anteriormente.
- 3) Situación anatómica de la lesión.
- 4) Estado de la función hepática.
- 5) Experiencia y juicio del cirujano para seleccionar y realizar el procedimiento adecuado para cada caso en particular.

En la serie de Warren (7) antes citada, el factor más importante en el éxito o fracaso de una operación es el estado del conducto proximal a la lesión así como el número de operaciones realizadas anteriormente ya que éste último influye en el grado de fibrosis y colangitis haciendo la reparación sumamente difícil. En la serie de este autor, los resultados fueron buenos en el 80% de los pacientes siempre y cuando hubieran sido operados menos de tres veces. Los resultados fueron siempre malos en todos aquellos pacientes que tuvieron que ser operados más de siete veces. (8). Varias técnicas han sido recomendadas por diferentes autores siendo el resultado variable para cada uno de ellos y pareciera haber predilección por determinado tipo de reparación según la experiencia de cirujanos con esta patología. Cattell prefería las anastomosis término terminal entre los segmentos lesionados, siempre que fuera posible (9). Este tipo de reparación pareciera más fisiológica, pero la experiencia de varios autores como

Dunphy (10) Lindenauer (2) y Longmire (3) esto es raramente posible, ya que infrecuentemente se encuentra suficiente tejido en el segmento distal para hacer una anastomosis satisfactoria. En la serie de Longmire, (3) de veinte y cuatro casos en los cuales a nueve de ellos se les practicó anastomosis término terminal, se obtuvo buenos resultados en un caso solamente. Este autor junto con Cole, (1) Dunphy (10) y Warren (9) favorecen la hepático yeyunostomía o colédoco yeyunostomía con o sin Y de Roux. Por otro lado Walter y Rammelles, (6) en su estudio de 380 casos prefieren hepático duodenostomía o colédoco duodenostomía opinión compartida por Remine (4) de la Clínica Mayo. La meta de la operación es establecer un drenaje de bilis adecuado al intestino proximal, y si este principio puede ser llevado a cabo, el paciente tiene una excelente oportunidad de obtener una cura permanente, no importa el procedimiento o técnica empleados. En nuestra experiencia, las correcciones hechas por medio de anastomosis del conducto biliar al duodeno y en un caso al estómago nos brindaron amplia satisfacción en sus resultados. Consideramos fundamental realizar la anastomosis sin que exista la menor tensión en sus suturas. La aproximación fácil del órgano a anastomosar debe ser condición indispensable. En nuestro caso de anastomosis del estómago al hepático (fig. 6-7) lo hicimos en virtud de que éste órgano estaba fácilmente adosado al sitio en que se realizó la anastomosis. A esto atribuimos en gran parte el exitoso resultado.

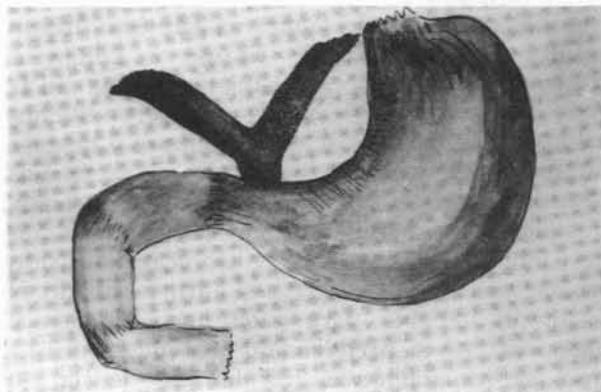


Figura 6. Anastomosis del hepático común al estómago.

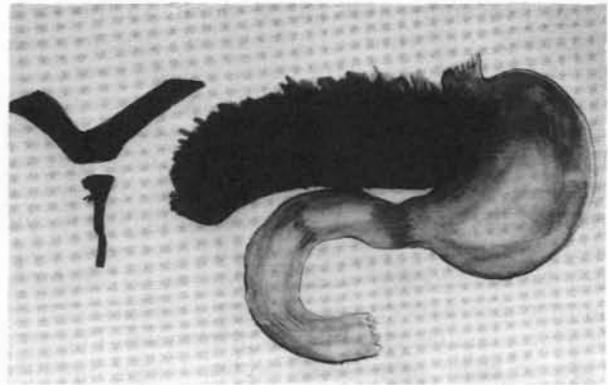


Figura 7. Sección alta del hepático común a su emergencia del hilio hepático. Reparación con hepático duodeno anastomosis.

#### RESUMEN Y CONCLUSIONES

- 1.— Se revisa la experiencia del Servicio de Cirugía No. 2 del Hospital México de la C.C.S.S. con reparaciones de lesiones iatrogénicas de las vías biliares.
- 2.— Se enfatiza la necesidad de una disección adecuada de todas las estructuras antes de proceder a la colecistectomía.
- 3.— El reconocimiento de la lesión durante el acto operatorio inicial y la reparación de la misma asegura cura permanente en casi el 100 % de los casos.
- 4.— La anastomosis del conducto principal al duodeno, sin que exista tensión en las suturas nos ha brindado resultados muy satisfactorios.
- 5.— En casos de vesículas pequeñas escleroatróficas por proceso de colecistitis crónica es preferible la disección de fondo de cuello, que como decía el Dr. Finochetto de Argentina, lastima un poco la variedad del cirujano hábil experimentado pero permite una disección más segura. Bien decía este cirujano: No es lo mismo un cirujano humilde que un humilde cirujano. Esto que pareciera pura sintáxis no lo es; la verdad es que existe una gran diferencia entre uno y otro.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- COLE W.H. Strictures of the Common Duct. Surgery- Vol 43, pag. 320. 1958.
- 2.- LINDNAWER S.M. Surgical Treatment of Bile Duct. Strictures. Surgery- Vol 43. pag. 875. 1973.
- 3.- LONGMIRE W.P. Early Management of Injury to the Extrahepatic Biliary Tract. Jama- Vol 195, pag. 623, 1966.
- 4.- REMINE W.H. FERRIS D.O., Surgery for Biliary Strictures Sug. Cl. N.A.-Vol 47. Tomo 11, pag. 877. 1967.
- 5.- SEDGWICH CE Humea Management of Bile Duct, Strictures with Associated portal Hypertension.
- 6.- WALTERS W. RAMSDELL J.A. Study of three hundreds and eight op. for stric. of Bile Ducts. Follow up of one to five years and five to twenty years Jama-Vol 171. pag. 872, 1959.
- 7.- WARREN K.W. MOUNTAIN J.C. MIDELL A.I. Management of strictures of the Ciliary Tract. Surg. CL. N.A. -Vol 51, pag. 711. 1971.
- 8.- WARREN K.W. HARDY K.J. The Demaged Bile Duct. Surg. Cl. N.A. Vol 47, Tomo 11, 1967.
- 9.- WARREN K.W. MC DONNALD W.M. Facts and Fiction Regarding Strictures of the Extrahepatic Bile Ducts. Ann. Surg. Vol 159. pag. 966. 1964.
- 10.-WAY J.W. DUNPHY J.E. Biliary Stricture Amer. J. Surg. Vol 124. pag. 287. 1972.
- 11.-WELCH E. CLAUDE. Cirugía Gastroduodenal Pág. 220. Cuarta Edición Editorial Interamericano 1969. México.