Complicaciones en la Cirugía de las Vías Biliares *

Dr. Leonidas Poveda E. ** Dr. Juan Jaramillo A. ***

Con el perfeccionamiento de la técnica y los métodos modernos de anestesia y tratamientos pre-operatorios y post-operatorios, el índice de mortalidad de la Colecistectomía y en general de la cirugía de vías biliares ha bajado notablemente; gracias a ello, son numerosísimas las intervenciones que se practican de este tipo, en todos los centros quirúrgicos del mundo.

Pareciera paradójico, pero son generalmente las colecistectomías que parecen más fáciles de efectuar, las causantes con mayor frecuencia de catástrofes muchas veces irreparables, en las cuales pasan desapercibidas a un operador "rápida", las lesiones que su euforia de la velocidad o el exceso de seguridad, imprudentemente provocaron.

Aunque el debido tratamiento pre y post-operatorio es esencial y puede salvar muchas vidas, sin embargo es talvez en este tipo de cirugía, en la cual es de importancia capital descubrir los errores u omisiones durante el acto operatorio mismo.

Las lesiones de las vías biliares, cuando son vistas inmediatamente y reparadas en la misma intervención quirúrgica en que se produjeron, generalmente evolucionan bien; de lo contrario una segunda operación sobre esta región es sumamente difícil y aparte de las enormes dificultades técnica que se pueden presentar y el alto índice de mortalidad que este tipo de reintervención tiene, no se puede garantizar al paciente en muchas ocasiones, que con esa reintervención su problema logre resolverse.

---

* Trabajo elaborado en colaboración con La Caja Costarricense del Seguro Social.

** Jefe de la Clínica, Hospital San Juan de Dios. Asistente de Cirugía del Hospital Seguro Social.

*** Hospital Central del Seguro Social. Servicio de Cirugía A.

Son muy frecuentes como lo veremos más adelante, las anomalías de los conductores biliares y de la irrigación sanguínea de la región, y por lo tanto para evitar accidentes es indispensable descubrir bien el campo operatorio e identificar con exactitud cada tejido.

Es de suma utilidad la regla de no extirpar nunca la vesícula biliar antes de haber identificado el conducto hepático común, el conducto cístico y el colédoco. La falta de observancia de esta regla puede originar el traumatismo del colédoco, del hepático común, de la arteria hepática o inclusive de la vena porta.

La destrucción operatoria involuntaria del canal hepático común tiene como causa principal la hemostasia desordenada de una hemorragia cística o hepática, o las dificultades en la disección de la vesícula, de su cuello o de su canal cístico, quererlo hacer rápidamente y con desconocimiento de la anatomía de la región o por anomalías existentes y no previstas.

Se puede evitar la hemorragia, despegando y ligando la arteria cística separadamente del conducto cístico. Si se presenta la hemorragia, el tratar apresuradamente y a ciegas de comprimir el vaso sangrante pondrá en peligro los tejidos contiguos, especialmente la hepática derecha o el tronco común y los otros elementos enumerados anteriormente. El vaso sangrante podrá identificarse haciendo presión cuidadosa con una torunda montada o valiéndose del aspirador, y se deberá hacer hemostasia temporal del pedículo hepático entre el índice y el pulgar a nivel del Hiatus de Winslow, logrando de esta manera visualizar los elementos del pedículo y poder así ligar sin ningún peligro el vaso que sangra.

En las páginas siguientes trataremos de dar un esbozo general (sin pretender profundizar en ningún tema) de las complicaciones que se presentan en este tipo de cirugía, tanto trans como post-operatoriamente y demostrando con algunos esquemas varias de esas anomalías. Al final hacemos un breve comentario sobre diversos métodos médicos de desobstrucción del colédoco debido a cálculos residuales post-operatorios, métodos estos que están de moda en los últimos años en Estados Unidos y Europa y que algún valor han de tener, cuando autores como Warren Cole, Claude Olivier y Pribram los preconizan y señalan buenos resultados.

1) *LESIONES TRANS-OPERATORIAS DE LOS VASOS:*

Anomalías de la arteria Cística

a) Duplicidad de la arteria cística, 20% de los casos según *Olivier*. 25% *según T. Orr.* [7] Una va por delante y otra por detrás del cístico. La primera es derecha y anterior, va por cara anterior de vesícula viene del tronco común de la hepática. La segunda corta alta izquierda, de la rama derecha de la hepática, va por cara post de vesícula.

b) Cística larga, naciendo de la arteria gastroduodenal por delante del colédoco.

c) Cística corta naciendo de la hepática derecha por delante o por detrás del colédoco, o *hepático común.*

Anomalías de la arteria Hepática

d) Existencia de una curva o angulación de la arteria hepática común antes de dar la cística o en el momento de darla, y que sea posible lesionarla al ligar la cística. Puede *estar situada por delante o detrás* del cístico.

e) Que la cística salga de la hepática derecha por detrás y lejos del cístico, confundiendo la hepática derecha con la cística y ligándola.

f) Que la arteria hepática derecha venga de la arteria mesentérica superior por detrás del colédoco (12% de los casos) y sea seccionada al disecar el cístico.

g) La hepática derecha suele pasar por detrás de los conductos biliares, pero ocasionalmente pasa por delante y cerca del cístico, lo cual la expone a lesión.

"El punto fijo y constante en que todas las císticas, ya sean dobles o anormales desembocan a la vesícula, es siempre el punto de unión del cuerpo con el cuello (pelvis) en su lado interno. Antes

de ligar una arteria que se crea cística, se deberá estar seguro que ésta termina en ese punto".

"Toda arteria cística, deberá disecarse lo más lejos que se pueda del conducto hepático y la ligadura ponerla cerca de la vesícula." (1) (9)

"Toda arteria descubierta en el triángulo de Budde, cuyo calibre sea el de una radial, deberá ser considerada una arteria hepática".

En casos de sección de la hepática común, talvez aunque es muy difícil, será posible hacer una anastomosis término-terminal; a veces hay circulación colateral o accesoria para el hígado proveniente de la mesentérica superior y coronaria estomáquica, en cuyo caso se hará ante la probable imposibilidad de anastomosis, la ligadura de la hepática; de no haber esa circulación accesoria, habrá que intentar a como haya lugar la anastomosis o la muerte será segura. En casos de sección de la arteria hepática derecha o si esta se ha ligado, a veces no sobreviene la muerte debido a nastomosis entre la hepática derecha y la izquierda que se efectúan intrahepáticamente, o por ramos accesorios de la mesentérica superior. De lo contrario habrá que hacer hepatectomía derecha, si uno ve cambios de coloración del hígado posterior a la sección o a la ligadura. La ligadura o sección de la arteria hepática común o de sus troncos, es una indicación intensa de antibióticoterapia masiva, ya que esta medida disminuye la mortalidad en un 50% de los casos.

FIGURA 1.—Corresponde a anomalía (a). También puede corresponder a anomalía (c), pero sin la existencia de la cística anterior.

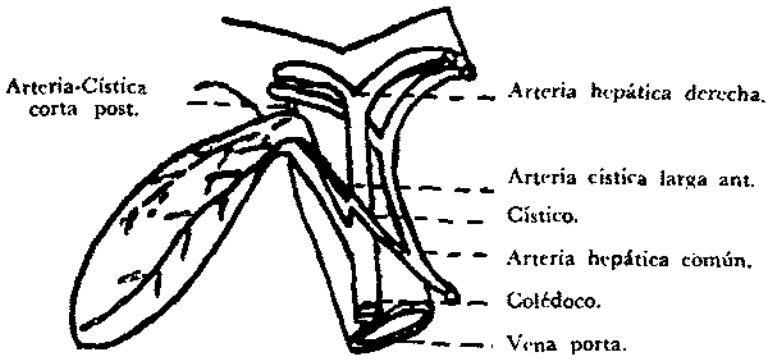


FIGURA 2.—Anomalía (c).

FIGURA 3.—Anomalía (c) y también a anomalía (g).

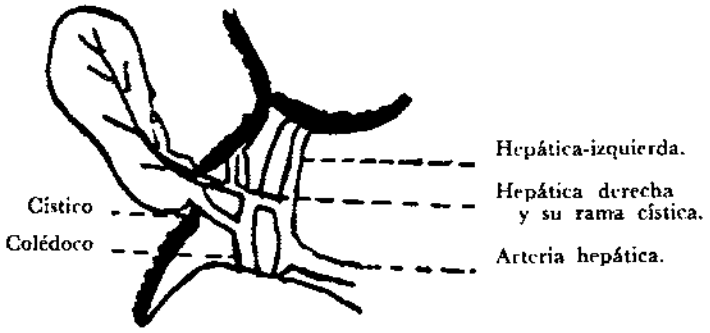


FIGURA 4.—Anomalía (b).

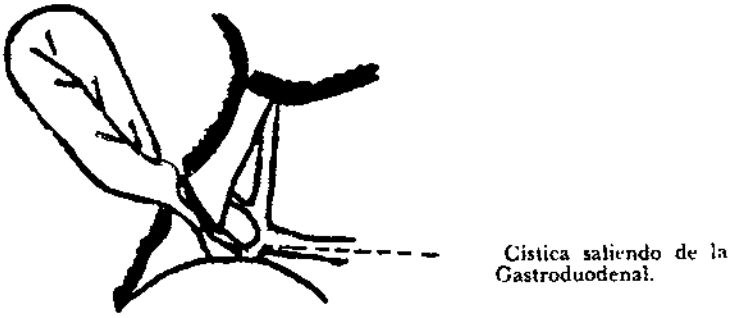


FIGURA 5.—Anomalía (d).

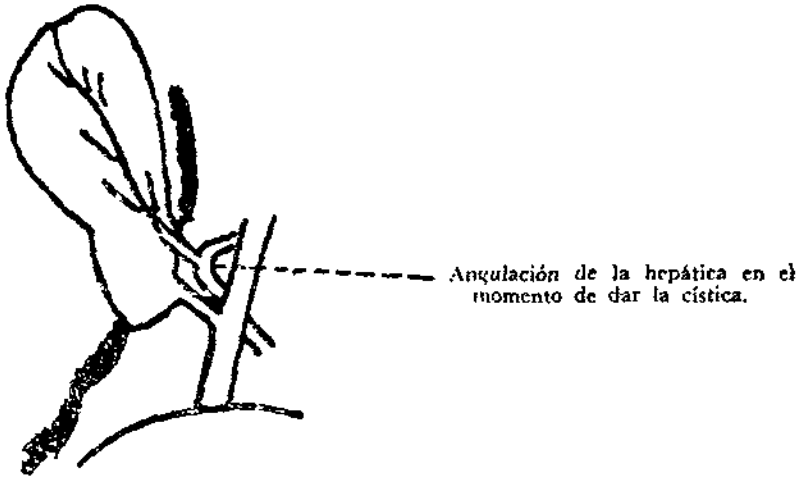


FIGURA 6.—Conjunto de las diversas anomalías de la cística.

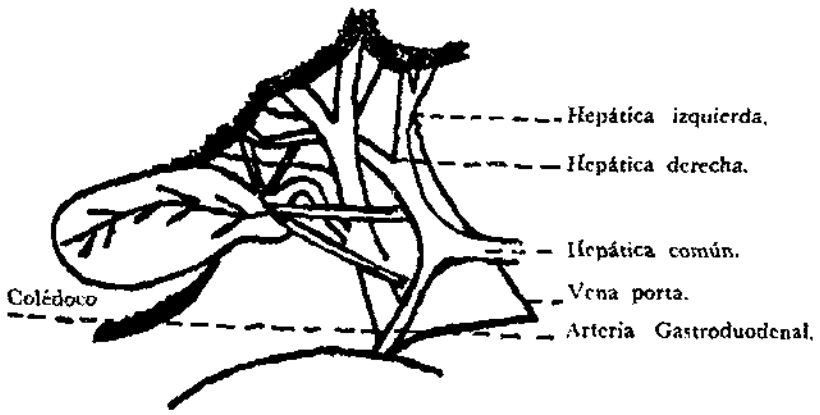
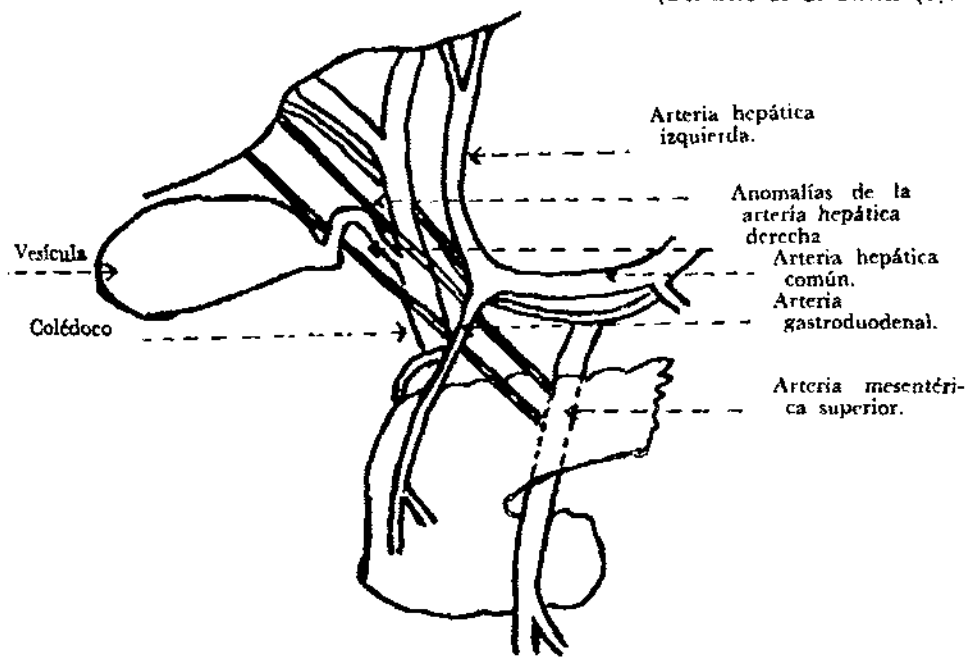


FIGURA 7.—Anomalías de la arteria hepática derecha, originadas a expensas de la arteria mesentérica superior. Anomalía (f).

(Del libro de C. Olivier (6).



2) LESIONES TRANS-OPERATORIAS DE LOS CONDUCTOS BILIARES:

Lesión del hepático común o del colédoco

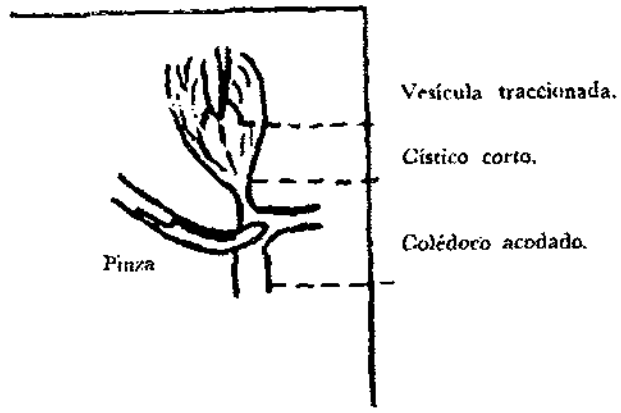
a) Lesión involuntaria por hacer una hemostasia desordenada en caso de hemorragia cística o de la hepática.

b) Lesión del colédoco por tratar de disecar hasta su base el cístico, especialmente si éste es corto o en casos de vesículas muy inflamadas y con el cuello adherido al colédoco.

c) Anomalías de posición del colédoco (rara)

d) Acodamiento colédoco, (el colédoco forma ángulo consigo mismo) y es ligado con la base del cístico. Esta angulación puede ser congénita, por adherencias inflamatorias o debida a exceso de tracción del cuello de la vesícula, lo que acerca del colédoco al cístico.

FIGURA 8.—Anomalía (d).



El *tratamiento* ideal de estas lesiones, es repararlas en el mismo momento en que se producen, haciendo un solo plano de sutura; puntos perforantes, la sutura deberá hacerse habiendo colocado antes un tubo en T. (excepto que únicamente hubiera sido una simple punzada de la vía biliar).

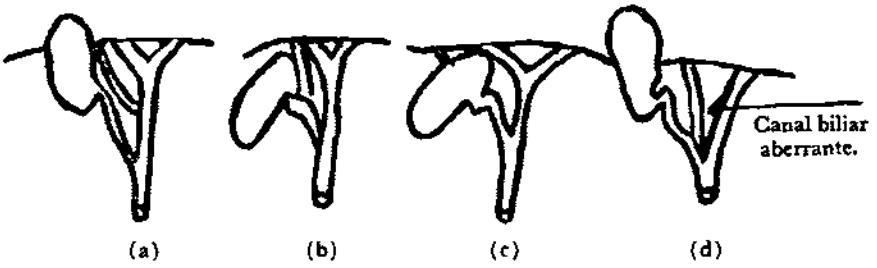
En caso de *sección completa* de la vía, hacer una anastomosis término terminal. Lo ideal es colocar un drenaje en T por una contraincisión a un centímetro de la sutura.

"En toda intervención sobre vías biliares, se deberá dejar un drenaje peritoneal, lo cual servirá para evitar el biliperitoneo provocado por una herida del colédoco o hepático, o por dehiscencia de la sutura de un muñón cístico, y además el exceso de drenaje nos servirá de diagnóstico de que esa lesión existe".

SECCION DE CANALES BILIARES ABERRANTES

Estos canales traen una parte importante de bilis del hígado y viniendo de éste desembocan a:

a) Al colédoco.
b) Al cístico, cerca de su desembocadura en la vesícula.
c) A la vesícula directamente.
d) Al cístico cerca de su desembocadura en el colédoco. (En estos casos generalmente representan el hepático derecho).



La sección de uno de estos canales, provocará atrofia de la parte del hígado afectada y ocasiona también una fístula biliar. La atrofia del hígado está en relación con la reserva funcional restante de ese hígado y su poder de regeneración.

TRATAMIENTO: Si el canal aberrante se reconoce se deberá respetar, si es seccionado por no haberlo reconocido hacer:

1) De ser posible anastomosis al cístico o al colédoco.
2) Si no se puede la anastomosis, ligarlo con seda.
3) Drenaje al exterior con sonda de polietileno, conectada al cabo proximal del canal seccionado.

4) Drenaje de Penrose ancho, al exterior asociado a un sistema de aspiración para evitar el biliperitoneo, en caso de que al seccionar el canal, éste se retraiga siendo poposible localizarlo.

El elemento que indica la importancia del canal seccionado es su espesor; ya que a mayor espesor del canal aberrante seccionado, mayor área hepática drenará por ese canal y mayor será la lesión.

En casos de que el canal aberrante sea de espesor de importancia y desemboque a vesícula, se ha puesto inclusive hacer únicamente en estos casos una colecistectomía subtotal, respetando la parte de la vesícula adonde desemboque ese canal.

3) COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS PRECOCES

a) HEMORRAGIA INTRAPERITONEAL — (hipotensión, taquicardia, palidez, anemia, salida de sangre por el drenaje, dolor epigástrico, shock.)

— Hemorragia del lecho de la vesícula 80% de los casos.
— Ligadura cística floja 15%
— Cística doble seccionada y no ligada.

— Desgarro de la hepática derecha o común.
— Lesión de arteria anómala.
— Lesión de vena porta (muy rara).
— De los vasos pericoledocales.
— Pequeñas heridas producidas en el parénquima hepático accidentalmente.

TRATAMIENTO: Si la hemorragia requiere el empleo de transfusión sanguínea, es imperativa la reintervención para ligar el lugar que sangre. "Siempre antes de abrir el colédoco o lo que se crea colédoco, se deberá hacer punción previa con aguja 23 y aspirar para ver si sale bilis".

b) HEMORRAGIA INTRACOLEDOCIANA: Anemia, subaguda y sus síntomas, salida de sangre por sonda en T, o por sonda de Levín, melena, etc.

— Por lesión de vasos de la mucosa del colédoco al abrirlo o con el drenaje.
— Por lesión en la esfinterotomía trasduodenal, de casos del duodeno o de la papila duodenal.

c) PERITONITIS BILIAR (Biliperitoneo): "La colecistectomía sin drenaje, es el mejor modo de hacer un biliperitoneo".

Por lo tanto, creemos que es obligatorio, dejar un drenaje de Penrose que se extiende hasta el hiato de Winslow y descansa sobre la hendidura hepática de la que ha sido separada la vesícula. Mínimo de estadía de ese drenaje 48 horas. [5]

SINTOMAS: Enfermo molesto, con dolor abdominal difuso, taquicardia, fiebre, hipotensión, dolor a la palpación abdominal también difuso, deshidratación, srock, etc. [2]

Causas:

— Lesión del colédoco o del hepático, de manera accidental y que no se notó en el acto operatorio.
— Cístico mal ligado y permeabilizado posterirmente el muñón con escape de bilis.
— Lesión de canales aberrantes.
— Por rebasamiento, al existir persistentemente un cálculo en el Oddi, que haga refluir la bilis, habiendo sonda en T, sale por esta y por los alrededores de la sutura de la sonda en el colédoco, especialmente si está mal hecha.

— Desplazamiento del drenaje o sonda en T, con fuga de bilis a través de la sutura del colédoco.

El Biliperitoneo, aparte de la peritonitis aguda secundaria al mismo tiempo puede provocar también posteriormente:

a) Fístula biliar externa.

b) Absceso subfrénico.

c) Adherencias post-operatorias.

d) PANCREATITIS POST-OPERATORIAS: Síntomas: Dolor constante epigástrico, intenso de tipo transfictivo a región posterior, cuadro de shock, amilasa (+) más de 400 U. S., escurrimiento de líquido sanguinolento por drenaje. Por fortuna es una complicación poco frecuente.

Su presentación se ha atribuido al reflujo biliar o a la sonda en T larga que ocluye el Wirsung. A propósito de esto dice Cattell:

La frecuencia de la pancreatitis tras las operaciones de las vías biliares, es la misma se emplee o no en T de brazo horizontal largo. El autor dice que no se debe a esto, sino al manipuleo o disección del páncreas y de tejidos vecinos, en este tipo de cirugía. Para evitar que la sonda o tubo en T (de Cattell) ocluya el orificio del conducto pancreático en la ampolla de Vater, siempre este tubo en T., deberá tener un calibre mucho menor que el del colédoco y quedar algo flojo en el interior del mismo. Catell y Braasch dan una estadística de 535 enfermos en los que se había empleado tubo en T de brazo largo por diversas intervenciones en las vías biliares, solamente en el 0,9% de los casos se presentó Pancreatitis Post-operatoria. Y esta se presentó en el 0.6% de 637 pacientes en los que no se había empleado tubo o éste era un tubo en T de brazo corto. [4]

4) ICTERICIA

La aparición de Ictericia después de una operación sobre vías biliares, suele indicar una complicación grave.

— DE TIPO OBSTRUCTIVO: Cálculo residual en Oddi, colédoco o bifurcación del hepático.
Ligadura accidental del colédoco o del hepático.
Acodadura de la sonda en T.
Retracción cicatricial del colédoco (tardía).

SINTOMAS: se nota franca reducción de la salida de la bilis al exterior por la sonda en T (si hay) y progresivamente aumento o aparición de Ictericia, que suele ser intermitente, bilirrubinemia especialmente directa (+). Fosfatasa alcalina (+). Dolor hipocondrio derecho, fiebre, prurito, etc. La Colangiografía por sonda en T o I. V. nos darán el diagnóstico.

— POST TRANSFUSIONAL: Suele aparecer a las 12 a 24 horas después de la transfusión y cede en unos 5 días (si no hay insuficiencia renal y muerte por uremia).

SINTOMAS: Anemia, Ictericia acolúrica, la bilirrubina indirecta suele estar más aumentada, pruebas de funcionamiento hepático son normales. [2]

— POST-HEMATOMA PERITONEAL: La reabsorción de un voluminoso hematoma puede dar Ictericia leve, sin acolia.

— COLANGIOHEPATITIS: Se verá en el siguiente tema.
— COMA HEPATICO: Se verá al final.

5) FIEBRE

En los primeros días de una Colecistectomía puede haber fiebre de 38° máximo, pasando esos primeros días se deberá:

— COLANGIOHEPATITIS: A consecuencia de cálculos residuales obstructivos o debido a infecciones provocadas por pacientes que se operaron en la fase aguda.

SINTOMAS: Escalofríos, fiebre alta en agujas, Ictericia, hepatomegalia dolorosa, leucocitosis con neutrofilia.

— TROMBOSIS VENOSAS POST-OPERATORIAS: A veces por empleo excesivo de Vitamina K pre-operatoriamente. La trombosis de la vena porta da: dolor abdominal, náuseas, vómitos, hematemesis, ileo paralítico, ascitis, shock y si progresa, la muerte.

— ABSCESO SUFRENICO: Generalmente da fiebre tardía, aunque puede ser precoz. Se verá más adelante.

6) HEMORRAGIAS.

a) MECANICAS: (anotadas en el capítulo N° 3).

b) INFECCIOSAS: Se presenta en el curso de la segunda semana, y se deben a necrosis infecciosa de la pared arterial.

La angiocolitis, una fístula biliar o pancreática, una supuración subhepática la preceden habitualmente.

c) TRASTORNOS DE LA COAGULACION: (Hipoprotrombinemia). La hemorragia intracoledociana se asocia a esto, tienden a desaparecer con solo el tratamiento con Vita K. Los enfermos Ictéricos tienen tendencia a este tipo de hemorragia.

"En casos de Ictericia dar Vit K y sangre preoperatoriamente" (1).

7) SINDROME POST-COLECISTECTOMIA

Pacientes a quienes se les hizo colecistectomía y sin embargo continúan presentando patología de esa región. 5% al 15% según diversas estadísticas. Causas:

1) Espasmos del esfínter de Oddi.

2) Fibrosis del esfínter de Oddi. O estenosis inflamatoria de la ampolla de Vater.

3) Fibrosis de la cabeza del Páncreas (post-pancreatitis) la cual comprime el colédoco.

4) Estenosis adquirida o congénita del colédoco.

5) Cálculos residuales obstructivos en oddi, colédoco o hepático.

6) Muñón cístico largo y doloroso.

TRATAMIENTO: Extirpación de los cálculos residuales o tratamiento médico de ellos tipo Pribram. Anastomosis término terminales del colédoco, extirpacin de muñón cístico, dilatación con bujías y drenaje transpapilar consecutivo, esfinterotomía y coledocoduodenostomía, etc., según sea la técnica necesitada y el problema que hubiera que resolver.

8) COMPLICACIONES DE LA PARED ABDOMINAL:

a) Abscesos de la pared.

b) Hematomas.

c) Hernia incisional (tardía)

d) Fístula biliar externa.

e) Eventración (gordos, hipoproteicos, anémicos, ictéricos, los

intensa, ileoparalítico severo, vómitos, mala técnica en la sutura, hilos de la sutura en mal estado).

9) FISTULA BILIAR EXTERNA:

Se deben a salida de bilis a cavidad peritoneal y que tiende a buscar salida al exterior, generalmente por el orificio de drenaje.

— Después de colecistectomías ,si han quedado cálculos residuales en Oddi, que ocluyen la vía biliar, o estenosis cicatricial o pancreatitis y edema de la cabeza del páncreas, fenómenos estos, que aumentan la presión del colédoco y del muñón residual del cístico, no es raro que éste, se pueda abrir y se produzca así la fístula.

— Heridas del colédoco o hepático.

— Heridas de canales biliares aberrantes.

Tienden a dar: biliperitoneo, deshidratación, hipoprotrombinemia, acidosis, hemorragias, etc.

10) REFLUJO DUODENAL

Se señala por la aparición de un líquido incoloro, que puede aparecer en los primeros días por el sifonaje que provoca el colocar muy abajo el trasco de drenaje, cede a la elevación de la botella a nivel de las vías biliares. También se puede deber a una ampolla insuficiente después de haberle hecho esfinterotomía transduodenal.

11) ABSCESOS SUBFRENICOS:

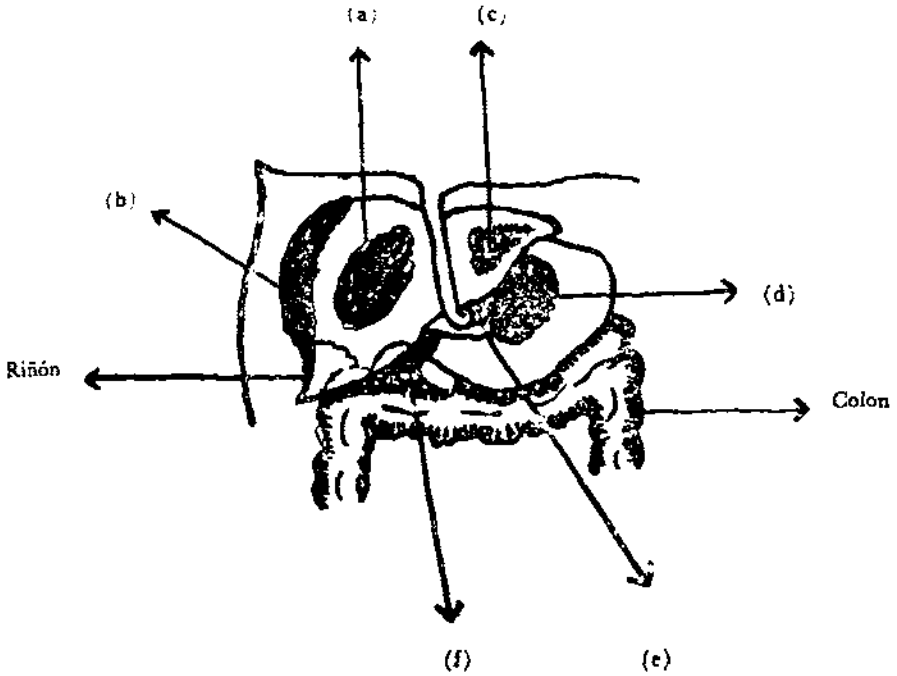
Se producen abscesos subfrénicos en el espacio limitado: arriba por el diafragma, abajo el mesocolon y el colon transverso; el hígado lo divide en dos compartimentos, suprahepático e infrahepático, en la línea media, el ligamento falciforme lo separa en dos mitades, derecha e izquierda Se desarrollan de manera gradual y las seis regiones son: [3]:

a) Anterosuperior derecha.
b) posterosuperior derecha.
c) anterosuperior izquierdo.
d) anteroinferior izquierdo (perigástrico)
e) posteroinferior izquierdo (retrogástrico)
f) inferior derecho.

SINTOMAS: dolor hipocondrio derecho y subcapular, fiebre *en agujas, escalofríos, sudoración* leucocitosis alta hepatomegalia dolorosa. Hemidiafragma derecho inmovilizado y elevado.

A veces el absceso es visible si contiene gas o presenta *nivel líquido.* [8]

Después de las intervenciones sobre las vías biliares se produce siempre acumulación de sangre, linfa y bilis más líquido peritoneal, si no se ha dejado drenaje y la colección es pequeña, el peritoneo la reabsorbe, si por el contrario es grande, irrita aún más ese peritoneo y si no se dejó drenaje o este se desplazó o retiró antes de tiempo; o si hay un biliperitoneo por alguna de las causas enumeradas anteriormente, el líquido tiende a organizarse y formar el absceso subfrénico.



INDICACIONES PARA LA COLEDOCOSTOMIA Y USO DE LA SONDA EN T.

a) Antecedentes ictéricos.

b) Ataques de colangiohepatitis

c) Atrofia de la vesícula biliar.

d) Colédoco ensanchado.

e) Cálculos en el interior del colédoco.

f) Cálculos pequeños o arenillas en vesícula.

g) Fibrosis del esfínter de Oddi.

h) Páncreas duro, aumentado de consistencia.

12) **ACCIDENTES DEL DRENAJE BILIAR** :(Usando la sonda en T pequeña tipo Kehr.)

1) Hay ausencia de drenaje biliar por mala posición del dreno o tubo, por error es colocado en un enorme cístico residual y no en el colédoco.

2) El drenaje choca contra la unión de los canales hepáticos al ir a formar el colédoco y se dobla por tal motivo la sonda.

3) Que la rama externa (extracoledosciana) de la sonda en T se haya retorcido.

4) Que existan cálculos por encima de las vías biliares superiores (encima de la sonda).

5) Que se introduzca en un cístico aberrante y no en el hepático, ese cístico desemboca al cístico primitivo.

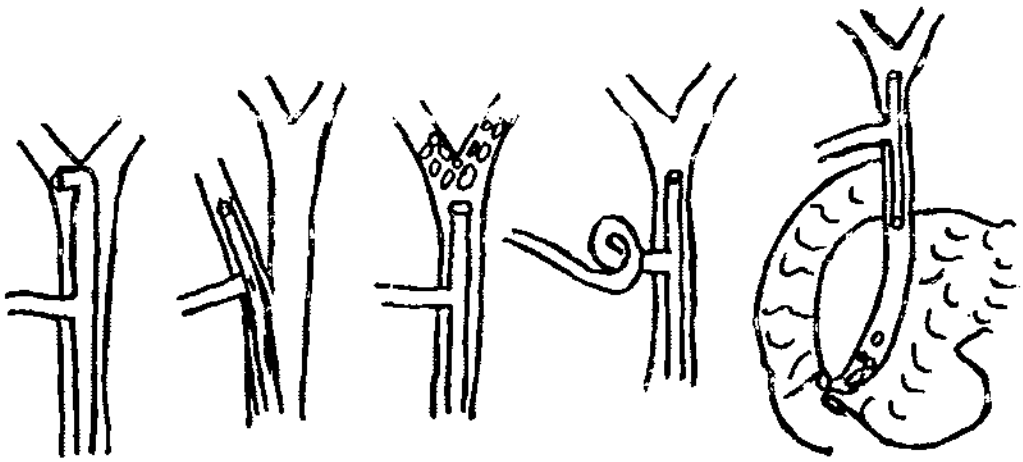
6) Persistencia de cálculos en la ampolla de Vater, que impiden el paso de la bilis al duodeno, (inclusive un coágulo organizado puede causar esto).

7) Desplazamiento del tubo en T, por no haberlo fijado a piel, y que por maniobras bruscas del paciente se desplazara fuera del colédoco. Si esto ocurre precozmente no ha habido tiempo de que se forme una fístula externa y sobreviene biliperitoneo.

"El excesivo drenaje por la sonda en T tipo Kehr, indica que talvez hay un obstáculo por debajo de la sonda; en tal caso la colangiografía por la sonda dará el diagnóstico".

"Siempre antes de quitar la sonda en T se deberá practicar colangiografía por la misma sonda". Nunca quitar los drenajes sin antes haberlos venido cerrando poco a poco y día con día. La sonda en T, se deberá emplear siempre que se abra colédoco, ya

sea la de Kehr de ramas iguales o la de Catell de rama duodenal larga; esta última evita la estenosis cicatricial y garantiza drenaje constante de bilis a duodeno.



13) COMA HEPATICO.

Se puede decir a:

a) Ligadura de una arteria hepática común o de sus ramas, *especialmente la derecha más expuesta.*

b) Ligadura del colédoco de manera accidental.

c) Colangiohepatitis severa post colecistectomía.

d) Ictericia de larga duración, más lo anterior.

e) Otras causas.

SINTOMAS: Apatía, conducta inadecuada, agitación, confusión, somnolencia, delirio, estupor y coma al final. Modificación de los reflejos, exaltación de los tendinosos y Babinsky (+). En el coma profundo, abolición de todos los reflejos. Temblor especialmente en las extremidades (temblor en aleteo). Ictericia, oliguria, edemas, ascitis, leucocitosis, hipoalbuminemia, respiración de Cheyne-Stokes, Glutamia elevada en L. C. R. Elevación del amoníaco en la sangre (normal 55 mcgm) más de 200. Generalmente hipopotasemia, acidosis y muerte.

dan obstrucción incompleta. Hay que hacer notar que en todos estos pacientes el esfínter de Oddi debería haber sido dilatado o seccionado en la primera operación ya que de lo contrario no se pueden garantizar buenos resultados. Parece que con el control de placas se va viendo una desintegración progresiva de las piedras, debida sin duda a modificaciones fisioquímicas, en la bilis, que actúan por mecanismo parecido del que precede a la disolución de cálculos humanos colocados en la vesícula de ciertos animales.

2) METODO:

Según el Dr. Geffroy su patrocinador, éste se aplica no solamente a los enfermos que tienen un drenaje biliar, sino también a los que no lo tienen y consiste en relajar la musculatura de la ampolla de Vater. Durante 5 días cada 12 horas el enfermo recibe 25 ctg. de Aminofilina I.V. y 6 hora, después ½ (medio) mg. de sulfato neutro de atropina I.V. Una de estas inyecciones asociada a una ampolla de Hiposulfito de Sodio. Además todas las mañanas el paciente toma un laxante a base de Leche de Magnesia. Unicamente deberá ser ensayado en casos de cálculos pequeños si se quieren obtener buenos resultados.

3) METODO:

El éxito de este método llamado de "Pribram" por ser éste médico quién lo introdujo, se debe más que todo, o tiene como primera indicación el que exista permeabilidad del esfínter de Oddi (ya sea por dilataciones hechas durante la primera intervención o por esfinterotonomía practicada). Si existe esta permeabilidad hay muchas posibilidades de buenos resultados para la litiasis residual con éste método.

El autor señala que la disolución del cálculo con éter está también condicionada a que este tenga una proporción apreciable de colesterol, la base del colesterol así atacada, deja un barro biliar que es como se comprenderá mucho más fácil de eliminar.

Aunque Pribram insiste en que un drenaje de doble vía es lo mejor, ya que uno de los canales sirve para instilar el disolvente y el otro sirve para la evacuación de los vapores producidos por la elevación de la temperatura en el interior de las vías biliares, que al dar aumento de la presión en el interior de ellos provoca molestias al enfermo; nosotros a falta de este tipo de sonda, empleamos la sonda de Kehr, introduciendo en su luz una pequeña sonda de polietileno, la cual deberá llegar hasta

14) METODO DE DESOBSTRUCCION MEDICA DE LA VIA BILIAR POST-CALCULOS RESIDUALES

Posteriormente a haber efectuado una colecistectomía con coledocostomía, especialmente en el post-operatorio reciente, si al ir a retirar el drenaje de Kehr, se probaba a los Rx, la presencia de uno o varios cálculos residuales en la vía biliar, durante mucho tiempo la regla fue la de reintervenir sin más tardanza. Actualmente creemos nosotros, que la indicacin quirúrgica inmediata persiste. Unicamente cuando hay una Colengiohepatitis o una Ictericia condicionada por esos cálculos residuales, lo cual haría urgente la liberación del flujo biliar a través del hepatocolédoco. Al Al mismo tiempo estos dos hechos contraindican el empleo de procedimientos no quirúrgicos.

De lo contrario, en los otros casos de litiasis residual postoperatoria (si no hay Ictericia ni fiebre) se puede esperar, o sea, no se hace necesaria la intervención quirúrgica inmediata, a pesar de que según algunos, en esta etapa es más fácil la reintervención debida la presencia del conductor que representa el drenaje de Kehr en la vía biliar. Inclusive, aún habiendo fracasado la desobstrucción médica se puede esperar ya que como bien dice Warren Cole, en estos casos y cuando el cálculo o los cálculos son pequeños, se limita a cerrar o inclusive quitar el drenaje, esperando el resultado favorable de la naturaleza, que contribuye a eliminarlo de la vía biliar, y que ha podido comprobar con radiografías posteriores las cuales le han mostrado desaparición de los mismos en su gran mayoría.

Otro dato más en favor de la espera es, que durante las primeras semanas post-operatorias persiste un estado de hiperemia y edema de los tejidos de la región, lo cual hace sus paredes más frágiles y fácilmente lesionables con la disección, siendo por esta razón preferible, fuera de los casos de urgencia indicados, esperar varios meses antes de reintervenir.

Así pues está justificado en toda litiasis residual hacer intentos médicos de desobstrucción como los que señalaremos.

1) METODO:

Cerrar el tubo en T., irrigarlo mañana y tarde con suero fisiológico, administrar al enfermo una vez al día 3 gm. de sales biliares y vigilar la evolución con calangiografías repetidas. Este método sólo emplearlo en casos de cálculos pequeños y que solo

la T, lo que se nota porque la de polietileno choca con el final de ésta, antes de dar sus ramas.

Técnica: La instilación debe hacerse gota a gota, reaspirando si el enfermo siente sensación de opresión. Se alternan un día con otro 5 cc. de una mezcla conteniendo dos tercios de éter y un tercio de alcohol en el primer día, y al siguiente 5 cc. de Cloroformo calentado hasta cerca de un punto de vaporización (debe ser cloroformo puro). Es absolutamente necesario que la bilis haya sido aspirada por la sonda en T un rato antes y que el enfermo esté en ayunas.

El empleo de 5 o 10 cc. de Procaína o Xilocaína por la sonda en 2, 5 minutos antes de lo anterior, parece reducir mucho las sensaciones desagradables.

Una vez terminada la instilación de éter o de Cloroformo, se inyectan lentamente 5 a 10 cc. de Aceite de Oliva caliente por la sonda en T y se cierra ésta durante varias horas (6 h.) aproximadamente: advirtiéndole al enfermo que él mismo puede quitar la pinza (abrirla) si siente sensación de opresión.

Una inyección o dos por día de esta solución y Colangiografía cada tercer día, representan una buena medida.

Nosotros empleamos 15 mts. antes una ampolal de Baralgina I.V., lo que contribuye a calmar el dolor que pudiera presentarse; también puede usarse nitrito de amilo, o Papaverina.

Es también nuestra opinión, que el uso de Cloroformo a veces dé algunas complicaciones, por lo que, el tratamiento únicamente lo hacemos con Eter/alcohol *diariamente y no alternado* como en el método descrito.

BIBLIOGRAFIA

1) CUTLER C. Elliot and ZOLLINGER M., R. — Cholecystectomy, Retrograde Method. Atlas of Surgical Operations. 3rd, Edition. The MacMillan Company. Pág. 98. 1961.

2) GLENN, F. — Complicaciones de la Cirugía Biliar. Revista de la Confederación Médica Panamericana. Vol. VIII. N° 9-10 Sept.-Oct. Pág. 189. 1961.

3) LICHTENSTEIN E., M. — Abcesos Subrénicos y otros acúmulos líquidos. Tratado de Patología Quirúrgica (Christopher). Sexto edición. Editorial Interamericana. Pág. 496. 1958.

4) CATTELL B., R. and BRAASCH W., J. — Long tube in T, how cause of Pancreatitis. Ann. Surg., 154: 252-254, 1961.

5) MADDEN L., J. — Colecistectomía. Atlas de Técnicas en Cirugía. Editorial Interamericana. Pág. 414. 1961.

6) OLIVIER, CLAUDE — Echecs Peroperatoires. Chirurgie des Voies Biliaires. Masson et Cie, Editeurs. Chapitre premier. Pg. 196-247. 1961.

7) ORR G., T. — Operaciones en la Vesícula y los Conductos Biliares Operaciones de Cirugía General. Unión Tipográfica Editorial Hispano Americana. Pág. 403-412. 1954.

8) THOREK, P. — Sindrome Post-Colecistectomía. Diagnóstico Quirúrgico. Editorial Interamericana. Pág. 186. 1957.

9) THOREK, Max — Colecistectomía. Técnica Quirúrgica Moderna. Salvat Editores. Tomo III. Pág. 2365. 1953.