LESIONES QUIRURGICAS DE LA VIA BILIAR

Dres. Jorge A. Sivori * MAAC, Eduardo de Santibáñez ** MAAC,
Juan Pekolj MAAC y Osvaldo Campi

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

RESUMEN

Se presentan 48 pacientes con lesiones quirúrgicas de las vías biliares, 31 de ellos mujeres. La media etaria fue de 46,1 años. Trece fueron advertidas y 35 inadvertidas. Los medios diagnósticos más usados fueron la ECO, TAC y colangiografía percutánea. El procedimiento de reparación de elección fue la hepáticos oeyuno-
anastomosis en Y de Roux utilizada en 39 oportunidades. Dos pacientes de esta serie recibieron sendos trasplantes hepáticos por tratarse de cirróticos terminales con grave hipertensión portal. El drenaje percutáneo descompresivo fue utilizado en 7 casos, la dilatación neumática y prótesis autoexpansible en 1 caso de reestenosis. La mortalidad global de la serie, incluidos los dos trasplantes hepáticos, fue del 8,3%. La morbilidad del 33%.

SUMMARY

A series of 48 patients with surgical injuries on biliary tract was presented; 31 of them were female, with 46.1 years of median age. In 13 patients, the lesions were seen in the operative act and 35 in the postoperative. Sonography, computed tomography and percutaneous cholangiography were the diagnostic methods used. The elective surgical procedure was the Roux in Y hepaticojejunosomy, used in 39 cases. Two patients underwent hepatic transplantation by were terminal cirrhotic disease with portal hypertension. Percutaneous drainage in 7 cases and autoexpansible prothesis in the other case with stricture were used. Overall mortality was of 8.3 and de morbility of 33%.

Palabras clave: vía biliar - lesión quirúrgica

Las lesiones de la vía biliar siguen constituyendo un motivo de preocupación para los cirujanos. Producidas generalmente como consecuencia de una operación común, como la colecistectomía, representan para el paciente un grave riesgo, pudiendo en algunos casos obligar a operaciones iterativas. La hipertensión biliar crónica y la colangitis pueden concluir en una cirrosis biliar secundaria con su hipertensión portal consecuente; patología de difícil solución y alto costo.

Las implicancias médico legales no son menos presentes.

Los objetivos de este trabajo apuntan a señalar algunos hechos producidos en los últimos años que han modificado la incidencia de las lesiones y algunos aspectos de su tratamiento; no se pretende de manera alguna cometer todas las implicancias del problema, muchas de las cuales ya han sido contempladas en un trabajo anterior conduciendo este mismo ámbito.
Las razones hasta aquí expuestas nos han parecido suficientes para considerar en el seno de esta Academia el tema que hoy nos ocupa.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Desde el año de 1977 a febrero de 1992 han sido admitidos 48 pacientes con lesiones de la vía biliar de tipo iatrogénico y etiología; 31 fueron mujeres. La media etaria fue de 46,1 años (17-82). Treinta y nueve lesiones fueron derivadas de otros centros y nueve eran autóctonas. Estas lesiones ocurrieron sobre un total de 4.676 intervenciones biliares practicadas en el periodo señalado (0,19%).

En 35 de los 48 casos la lesión pasó inadvertida diagnosticándose en el acto quirúrgico primario los tres reces responsables.

Las operaciones que les dieron origen fueron: colecistectomía en 39, colecistectomía más coledoctomía en 6, se recogieron 3 coleocistectomía y papilotomía en 2 y hepatectomía en 1.

La topografía de las lesiones se distribuyeron en: hepático común 30, coledoco 12, confluencia de ambos hepáticos 3, coledoco inferior 2 y hepático derecho 1.

Con referencia al tipo de lesión se observaron 15 secciones, 14 ligaduras, 8 estenosis, 4 ligaduras más sección, 3 resecciones con amplia pérdida de substancia, 3 desgarros y 1 de origen indeterminado.

Treinta y nueve pacientes no presentaron intentos de corrección quirúrgica previos, 3 un intento de reparación, 4 los intentos y 2 tres intentos previos.

Cuando las lesiones autóctonas fueron advertidas se solvieron mediante anastomosis coledoco-coleocist pancreaticas sobre tubo de Kehr en cinco casos, coledoco-arranque de dos, hepaticoyeyunoanastomosis en uno y coledocoduodenoa- nanstomosis en uno.

Las lesiones advertidas, derivadas luego a nuestro hospital fueron tratadas inicialmente mediante coledoco-arranque en 2 casos y drenaje externo de hepático derecho en tres.

En las lesiones inadvertidas los síntomas y signos dominantes fueron: ictericia en 32 casos, coleperitoneo en 7, ambos en 10, hipertermia en 26 y fistula biliar externa en 1. Síntomas de sepsis sistémica acompañaron a todos los pacientes con compromiso peritoneal y/o colangitis severas.

El tratamiento quirúrgico definitivo utilizado en esta serie se detalla en el cuadro 1.

Las hepaticoyeyunoanastomosis fueron realizadas utilizando la primera asa de intestino delgado, en Y de Roux con el pie a 60 cms. de la neoboca, tras mesocolon y en un solo plano de sutura; se tuvo especial cuidado en lograr un correcto aforamiento mucoso y dentro de lo posible anastomosis sobre una vía biliar libre de fibrosis.

En algunos casos la disección debió superar el nivel de la placa biliar avanzando sobre el hepático izquierdo.

En cuatro pacientes se resecó el segmento B 4 de cuinaud para mejorar la exposición de la vía biliar intrahepática y lograr una anastomosis amplia.

Las anastomosis coledocianas fueron confeccionadas con material de sutura 6/0 y 7/0 aguja atraumática y utilizando ópticas de por lo menos dos aumentos y medio, siempre sobre tubo de Kehr del calibre apropiado.

En las anastomosis con amplia neoboca no se dejaron tutores, si en cambio en las anastomosis finas.

Finalmente en 15 pacientes se practicaron cultivos de bilis.

**RESULTADOS**

De los 48 pacientes tratados, 4 fallecieron, siendo la mortalidad global del 8,3%. Si se excluyen los dos pacientes tratados mediante trasplante hepático, la mortalidad descende al 6,2%.

La morbilidad global fue del 33%.

Las complicaciones inmediatas (dentro de los 30 días) más comunes, se detallan en el cuadro 2.

**CUADRO 1**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tratamiento Quirúrgico</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hepaticoyeyunoanastomosis</td>
</tr>
<tr>
<td>Coledoco-eyunoanastomosis</td>
</tr>
<tr>
<td>Hepaticoyeyunoanastomosis</td>
</tr>
<tr>
<td>Coledoco-eyunoanastomosis sobre Kehr</td>
</tr>
<tr>
<td>Separación de hepático derecho</td>
</tr>
<tr>
<td>Coleoeyunoanastomosis</td>
</tr>
<tr>
<td>Implant Hepático</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
</tr>
<tr>
<td>48</td>
</tr>
</tbody>
</table>

En un paciente al cual se le seccionó accidentalmente la arteria hepática derecha, ésta fue reparada sin consecuencias ulteriores. De los 4 pacientes fallecidos, 2 lo hicieron por complicaciones sépticas, una de las cuales se debió a dehiscencias de la anastomosis biliodigestiva; otro presentó un cuadro psiquiátrico y paro cardíaco posterior de causa no definida.
De los 2 pacientes que recibieron un trasplante hepático, uno evolucionó bien durante 7 meses, presentando actualmente formación de cálculos intrahepáticos originados probablemente en una trombosis tardía de arteria hepática. Está en lista de espera para recibir un trasplante; el segundo falleció en el 7mo. día del postoperatorio; la autopsia demostró una neumopatía de base derecha y el hígado trasplantado estaba en perfectas condiciones. Los cultivos de bilis realizados en quince pacientes desarrollaron flora mixta en trece casos y monomicrobiana en dos. Los géneros más comunes fueron: Escherichia coli: 5 casos, Klebsiella: 5, Enterococo: 5, Pseudomonas: 5, Enterobacter: 3, Citrobacter: 2 y Bacteroides fragilis: 1.

Por último, de los 39 pacientes tratados con heparinoyunoonastomosis se logró el seguimiento en 28, (72%). Dos de ellos presentaron estenosis a los dos y once años respectivamente. Ambos fueron reoperados. El porcentaje de estenosis de este grupo fue del orden del 7,2%.

**DISCUSIÓN**

Pese a los avances tecnológicos, la cirugía hepatobiliar continúa siendo agravada por el riesgo de producir una lesión, en algún sector del árbol biliar.

La aparición de la colecistectomía laparoscópica y los tratamientos modernos de la patología canicular por esta misma vía, parecen, por lo menos inicialmente, no haber contribuido a resolver el problema. En efecto, publicaciones recientes señalan un incremento de las lesiones. Lawrence, comentando un informe del Southern Surgeons Club17, sobre 1,518 colecistectomías laparoscópicas muestra un 2,2% de lesiones y propone nueve recursos técnicos para evitarlas, aconsejando el uso de la colangiografía operatoria. Para este mismo autor, la lesión de vía biliar en la colecistectomía convencional es, en los E.E.U.U., del 0,5%; para un promedio anual de 500,000 colecistectomías, deberían esperarse más de 2,000 lesiones por año. Señala que dicho porcentaje aún es incierto con el método laparoscópico.

Davidoff y colaboradores7 de la Universidad de Duke refieren 12 casos producidos en 11 meses. Hace poco tiempo en esta misma Academia una conferencia de Horacio Laffaye mostró más del 1% de lesiones de la vía biliar secundarias a colecistectomía laparoscópica en un estudio realizado en Connecticut sobre más de 3,600 procedimientos. También indicó este autor que muchas lesiones no son denunciadas. Si bien es cierto que parecen producirse al comienzo de la experiencia, lo concreto es que hasta hoy han aumentado diez veces, con relación a la cirugía convencional. En nuestra experiencia sobre un total de 97 colecistectomías laparoscópicas no observamos ninguna lesión.

El diagnóstico se ve facilitado por el uso de la colangiografía operatoria, permitiendo en algunas series arribar al 80% de reconocimientos durante la operación en contraposición con el 25% clásicamente aceptado15-16-18, hecho de singular interés, pues no es lo mismo el pronóstico de la lesión advertida y reparada en el momento, que el de la lesión inadvertida. En nuestra serie solo el 22% de las lesiones derivadas fueron advertidas versus el 78% de las autóctonas.

La confirmación diagnóstica se logra con los estudios contrastados de la vía biliar, fistulografía, colangiografía percutánea o endoscópica. Somos partidarios del método percutáneo pues brinda mayor información sobre la altura y extensión de la lesión y la situación de la vía biliar intrahepática, factores que decidieron la elección terapéutica4-6-14-20.

La TAC y ECO son útiles para definir la existencia de colecistoespasmos, subfrénicos y la atrofia y hiperplasia de los lóbulos hepáticos 4-6. El centelleograma hepático es útil para el control alejado del funcionamiento anatómico 4-14.

En las lesiones postcolecistectomías laparoscópicas, la observación del video tape es de utilidad diagnóstica.

El tratamiento de las lesiones, depende de distintos factores a saber: tipo y altura de la misma, estado del paciente, momento del diagnóstico, experiencia del equipo quirúrgico y condiciones del medio asistencial 1-3-9-20.

Las lesiones advertidas deben ser resueltas, preferentemente en el momento. Las lesiones parciales o totales mediante anastomosis término terminales y sutura cirúrgica ultrafina 0/0 ó 1/0 a puntos separados y tubo de Kehr. No interesa que el calibre de la vía biliar sea fino, magnificación se logran buenos resultados. Si existe perdida de substancia la anastomosis bilo digestiva es mandatoria 3-5-11-20.

El drenaje externo y la derivación a un centro especializado es aconsejable cuando no se dan las condiciones para una reparación inmediata. No somos partidarios de ligadura de la vía biliar y posterior derivación 2-6-20.

Cuando la lesión pasa inadvertida, complicaciones intraabdominales y/o sépticas obligan generalmente a repetir la cirugía de reparación; en estos casos los drenajes percutáneos guiados son de suma utilidad para aunar la vía biliar o para drenar colecciones abdominales, mediante que se conjuga con la antibiótico terapia y la alimentación enderal o parenteral permitirán abordar esos pacientes en condiciones más favorables 2-4-6-20.

El tratamiento definitivo se basa en las anastomosis biliodigestivas. Nuestro criterio actual es que la heparinoyunoonastomosis en Y de Roux resulta la derivación más efectiva. Treinta y nueve de los 48 casos de la serie fueron tratados con esta modalidad que nos parece superar cualquier otro tipo de anastomosis 1-11-13.

Los procedimientos de dilatación de estenosis por percutánea o endoscópica pueden ser útiles en casos seleccionados.
La estenosis recidivante es el talón de Aquiles de esta cirugía. En épocas pasadas se señalaban hasta un 40% de fracasos, hoy se informan resultados satisfactorios en el 85 al 90% de los casos 3-4,5-8,11-14,16. Las anastomosis término terminales del colédoco han mejorado notoriamente sus resultados alejados como pude observarse en miles de pacientes transplantados hepáticos donde su funcionamiento correcto alcanza al 85%. La condición es que sean ejecutadas por cirujanos entrenados y con técnicas modernas 5-14,15-18. El tiempo durante el cual estás anastomosis deben ser controladas no está definido; el 80% de las estenosis se observan entre los 2 y 3 años, y el 90% dentro de los 7 años. Algunas series refieren estenosis hasta 20 años después; hemos tenido 2 casos a los 2 y 11 años respectivamente 3-8,11-13-15.

Por último debemos recordar una vez más que lo esencial es la profilaxis de las lesiones. Para lograrlo se deberá contar con cirujanos entrenados, ámbito quirúrgico apropiado y utilización de los procedimientos de diagnóstico y control intraquirúrgico que sean necesarios 3-14,15-16-18-20.

BIBLIOGRAFÍA

DISCUSION

Dr. Manuel A. Casal* MAAC FACS: Coincido con todo lo expuesto por el Dr. Sívori sobre el diagnóstico y tratamiento de las heridas de las vías biliares.

En la actualidad existe un generalizado consenso, prácticamente sin disidencias, en los beneficios de la anastomosis altas, sobre el hepático izquierdo utilizando una anastomosis en Y de Roux, para tratar las estenosis tardías ocasionadas por heridas iatrogénicas de las vías biliares extrahepáticas.

Las anastomosis terminoterminales, útiles para ciertas heridas diagnosticadas y tratadas inmediatamente en el mismo acto quirúrgico, han sido abandonadas en las reparaciones secundarias o tardías desde que, sus resultados alejados indicaban una incidencia del 50% de fracasos, con estenosis en todas las estadísticas conocidas comenzando por la de la Clínica Lahey.

Por estos motivos, desde hace 3 décadas, los cirujanos comenzaron a efectuar las anastomosis bilioeyunayuales altas, extendidas al hepático izquierdo con éxitos permanentes, a través del tiempo, que superan el 90% de los casos.

El Dr. Sívori ha expuesto su amplia experiencia en el tratamiento de estas difíciles complicaciones de la cirugía biliar y, también se ha referido a los factores que influyen en los eventos claros quirúrgicos, como la coexistencia de cirrosis biliar, hipertensión portal, número de intervenciones previas y la extensión de la fibrosis hacia los conductos hepáticos; sin embargo, no ha mencionado la presencia concomitante de fistulas biliares externas y, por esta razón, quiero contribuir con la experiencia adquirida en 32 casos, operados personalmente, en los hospitales de Ciudadela, Rosadas y la actividad privada, desde 1966 hasta la fecha.

En esta diapositiva se exponen las edades, las operaciones originarias, los tiempos transcurridos hasta su corrección quirúrgica y las complicaciones que presentaban los 32 pacientes. Entre las complicaciones se anotan 16 colangitis, 3 cirrosis biliares, 1 colangitis estenosante y 8 fistulas biliares externas.

En esta otra diapositiva se esquematizan las ubicaciones de las estenosis, con o sin fistulas, comprobándose, lo mismo sucede en la serie de Sívori, que la mayoría de ellas se encuentran en el tercio superior de la vía biliar principal correspondiendo a los grupos II, III y IV de la clasificación de Bismuth.

La prevalencia ubicación en el sector proximal de las vías biliares a pesar que, muchas veces, las heridas se produjeron en su tercio medio, obedeciendo a la éstasis biliar supraestenótica y la consecutiva infección ascendente que extiende la fibrosis en sentido proximal.

En esta diapositiva se pueden observar los antecedentes clínicos y los diagnósticos colangiográficos señalando las estenosis en el hepático común -tipo II- en 16 casos, 6 de ellos con fistulas biliares; en 15 casos las estenosis son más altas -tipo III- pero con la convergencia conservada, dos de ellos con fistulas y por último, un caso con la convergencia separada -tipo IV-

En la misma diapositiva se mencionan las operaciones correctivas que fueron llevadas a cabo en los 32 casos, con una yeyunay en Y de Roux. En 28 casos, la anastomosis fue realizada sobre el hepático izquierdo, con la técnica original de Hepp sobre el hepático común abierto, secundariamente, hacia el hepático izquierdo. En 4 casos recurrimos a la técnica de Smith porque no teníamos posibilidad de suturear las circosis, colangitis estenosante o simplemente por una masa fibrosa que se propagaba dentro del hepático. En estas mismas circunstancias la mejor solución que encontré fue el primeramiento de Rodney Smith consistente en una anastomosis sutilera, pues un cono de mucosa yeyunal, arrastrado por un sonda transtumérica, se introduce dentro de un conducto biliar.

Esta operación ha tenido mala prensa y, en general, los cirujanos europeos y sudamericanos no la consideran conveniente, solamente los ingleses y algunos norteamericanos la usan en ciertas circunstancias; por este motivo quisiera conocer la opinión del Dr. Sívori.

En esta última diapositiva se constata la buena evolución alejada de los operados, la mayoría de ellos, controles a los 10, 15 y 20 años, considerando que los resultados de las intervenciones reparadoras deben evaluarse después de 5 años prolongados, 5 a 10 años por lo menos.

En la misma diapositiva están indicados, con número, los pacientes con fistulas biliares, comprobándose que esta complicación no influyó en los resultados alejados a pesar de nuestros publicaciones que señalan una mayor incidencia de fistulas biliares pues la bilis al evacuarse hacia el exterior permite dilatación de los conductos hepáticos que facilitan las anastomosis.

Por último se señala el primer paciente con el que iniciamos serie y a quien, en 1965 le efectué, por una estenosis posthepática, una hepaticoduodenostomía terminal de 12 mm de diámetro y que consideré técnicamente perfecta; sin embargo a los 4 años recibió y fue necesario reoperarlo realizándose una hepaticoduodenostomía tipo Hepp que lleva ya, sin incomodidades, 12 años de evolución.

Desde entonces mi conducta ha sido invariable, las estenosis tardías por heridas operatorias deben tratarse con anastomosis amplias, por lo menos de 25 mm y, para ello, tienen que ser laterales y para que sean laterales deben extenderse sobre el hepático izquierdo que tiene una disposición transversal.

Las anastomosis terminoterminal no podrán tener resultados satisfactorios inmediatos pero el desarrollo fibroso de sus paredes continúa su lenta evolución y, al cabo de meses o años la estenosis es su consecuencia final como sucede en los pacientes operados con esas técnicas.

Las mismas consecuencias pueden producirse con la colocación de las modernas prótesis metálicas, mencionadas por el Dr. Sívori, y que no tienen todavía la prueba del tiempo, que en tratamiento de las heridas de las vías biliares, sigue en estudio.

* Miembro Académico Titular
Dr. Claudio Barredo* MAAC: Quería referirme en especial a las lesiones quirúrgicas producidas en el curso de la cirugía endoscópica. En la serie de nuestro grupo de trabajo, sobre 400 intervenciones laparoscópicas hemos tenido 3 lesiones, o sea una incidencia de un 0,7%. De esas lesiones, 2 fueron secciones del cístico tomado como cístico, ambas reconocidas en el acto quirúrgico, convertida la operación y reparadas con anastomosis terminal, y colocación de tubo de Kehr. No tenemos una estadística demasiado alejada para saber los resultados finales de lo que por ahora los enfermos están bien. Una tercera lesión también está descrita, ocurriendo por recaílentamiento de uno de los Clips del cístico que produjo una necrosis del colédoco no reconocida en el acto quirúrgico, sino a los dos días por la presencia de una bilirragia que obligó también a una reintervención del paciente con colocación de tubo de Kehr al día. Considero que es fundamental para evitar este tipo de lesiones que el cirujano de biliar por laparotomía y que tenga además la convicción que no es ningún fracaso abrir un enfermo cuando la situación es difícil, el que deba obstinarse en operaciones prolongadas, para que colecistectomía laparoscópica, es lo que va a llevar a más lesiones. El uso de la colangiografía intraoperatoria consideramos útil, en forma selectiva. Nuestras lesiones fueron conocidas sin necesidad de la colangiografía operatoria.

Dr. Francisco Torino**: Quisiera hacerle al Dr. Sivori tres preguntas:

1. De los nueve casos, cuáles lesiones fueron producidas en su Servicio, cuántos fueron operados por Residentes y cuántos por Médicos entrenados?
2. Si esos nueve casos tuvieron colangiografía intraoperatoria y por último,
3. Cuántos de esos 9 enfermos fueron operados por procesos agudos?

Dr. Alejandro S. Oria* MAAC: El trabajo presentado por el Dr. Sivori muestra que aún hoy la incidencia de la lesión quirúrgica de la vía biliar alcanza una cifra alarmante. Si se conoce que la cirugía laparoscópica triplica el número de estas lesiones en pélvico, hace que su diagnóstico sea más tardío, es natural que se dé sea de gran actualidad. Barredo ha dicho recientemente que la colangiografía intraoperatoria sólo está indicada ante la duda sobre la anatomía del pélvico hepático. Personalmente creo que esta precaución disminuye el número de lesiones. En efecto, un hecho conocido y ratificado por el Relato de Bismuth al Congreso Francés de Cirugía de 1981, que hasta el 50% de las lesiones quirúrgicas de la vía biliar ocurren durante colecistectomías jugadas como de fácil ejecución. Las imágenes que ha presentado Sivori impresionan y parece mentira que estos ecceccios hayan sido enfermos originalmente operados por una litiasis vesicular simple. No me cabe duda que el abandono progresivo de la colangiografía operatoria es la razón que más ha contribuido a esta situación. En oportunidad del reciente trabádo de Izbarren y col. me ha dado la impresión que, por lo menos, Perera y quién habla, no parecen haber otros académicos dispuestos a continuar con el empleo sistemático de la colangiografía operatoria. Creo que las imágenes que nos ha mostrado esta noche Sivori son suficientes para concluir que los gastos y el tiempo perdido durante la colangiografía operatoria son inconvenientes pequeños en comparación con los desastres que provoca una sola lesión de la vía biliar principal.

Dr. Vicente P. Gutiérrez* MAAC FACS: Quiero comentar aspectos sobre este tema de gran actualidad. En primer lugar se muestra que es difícil adquirir experiencia en la reparación de vías biliares cuando en 15 años y en un centro tan importante como el Hospital Italiano, el promedio fue de 3 reparaciones por año. Si bien es una patología actualmente de menor incidencia, no son muchos los cirujanos entrenados en reparaciones. Otra enseñanza de este trabajo es que se ha aceptado que en lesiones graves es preferible la derivación a un centro especializado que intentar reparaciones sin sólida experiencia. Esta serie tiene pocos enfermos en los que se hicieron reparaciones previas, mientras que en series antiguas era común ver 3, 4 o 5 intentos de reparación.

También es interesante destacar que es la primera vez en la que se presenta un trasplante de hígado como consecuencia de una lesión de las vías biliares en la Argentina.

En cuanto a los estudios auxiliares, creo que la colangiografía endoscópica debe ser previa a la transplanteotérmica pero que se esté absolutamente seguro de una lesión, porque en un postoperatorio puede haber sólo una filtración del cístico o una litiasis residual.

Y casi no se discute que la anastomosis hepático yeyunal es la reparación más utilizada, quisiera preguntar si usan tutoriales y en caso afirmativo por cuánto tiempo.

Un último punto es que en la etiología de las lesiones, no todas son secciones o ligaduras. Hay estenosis por isquemia. En una reparación que hicimos hace poco, a raíz de cirugía laparoscópica, los "clips" no comprimían la vía biliar, ni la pinzaban. Esta etiología de la isquemia tan bien explicada por Telfarunde de Sud Africa, estaba pálida y papirácea como se puede ver en un intestino con isquemia avanzada. Por lo tanto algunas lesiones pueden ocurrir a raíz de operaciones en que no se lesionó directamente la vía biliar.

Dr. Jorge Manrique*** MAAC: Se ha mencionado a la cirrosis biliar como una consecuencia grave de las operaciones iterativas sobre vías biliares realizadas para la corrección de sus lesiones. En nuestra experiencia esta cirrosis no siempre depende del número de operaciones ni del tiempo transcurrido. Algunos pacientes tienen una tendencia más manifesta que otros y la desarrollan en menos tiempo y con menos operaciones. Por ello es importante considerar que la isquemia, que aparece luego de las operaciones plásticas de las vías biliares, no siempre es una manifestación de la estenosis de la derivación practicada sino que puede ser debida al desarrollo de la cirrosis. Este es pues un
diagnóstico que debe aclararse antes de decidir una reparación, ya que si el problema es de tipo hepatocelular la cirugíacarece de objeto y resulta innecesaria. La clínica en forma exclusiva no permite efectuar ese diagnóstico diferencial por lo que resulta imprescindible realizar el estudio que corresponda para determinar el estado de la anastomosis.

Para la reparación de las lesiones de las vías biliares la anastomosis con un asa en Y de Roux es en la actualidad el método preferido; por motivos basados en la disparidad existente entre el diámetro de la vía biliar por derivar y el del intestino, así como por la dificultad que a veces se presenta para colocar el extremo del intestino en la zona hiliar, la anastomosis se realiza casi siempre sobre el borde antimesentérico, quedando un segmento remanente de intestino por encima de la neoboca. Se ha propuesto que este segmento sea ubicado cerca de la pared abdominal y convenientemente reparado para, en caso de reaparición de la ictericia, poder realizar su trasplante por vía percutánea el estado de la vía biliar. Por igual acceso se pueden introducir instrumentos de observación y dilatación que pudieran ser necesarios para diagnosticar y tratar la posible estrechez, evitando así una nueva operación. En consecuencia, quisiera preguntar al Dr. Sivori si tiene experiencia con esta modalidad técnica.

Dr. Claudio Iribarren* MAAC: El trabajo del Dr. Sivori trajo a comentario la forma de prevenir las lesiones de las vías biliares, para no tener después que repararlas, mencionando al respecto que la colecistectomía laparoscópica no había contribuido en disminuirlas. Más bien habría que decir que las ha aumentado porque según varias experiencias, por ahora hay aparentemente diez veces más lesiones de vías biliares en la cirugía laparoscópica que en la abierta. Para su prevención, en la discusión se ha insistido en la utilidad de la colangiografía sistemática. Pensamos que se está dejando de lado un hecho muy importante, como es la prola disección del hilo vesicular en la colecistectomía laparoscópica, en que a veces hay dificultades en reconocer la salida del cístico de la vesícula y si ésta desemboca en un hepático derecho supernumerario por medio de un cístico corto, puede confundirse este hepático derecho fino con el cístico y seccionarlo. Otra causa de lesión biliar es la inflamación aguda o crónica del hilio vesicular que impide su adecuada disección.

Creemos que más importante que hacer una colangiografía laparoscópica sistemática, que no se realiza a veces en el cístico, sino seccionando un colédoco fino o un hepático derecho con desembocadura anómala en el colédoco, es decidirse a convertir la cirugía laparoscópica en cirugía abierta cuando hay dificultades. Si se desea hacer una colangiografía operatoria antes de convertir la cirugía laparoscópica en cirugía abierta, puede hacerse en estos casos una colangiografía por función vesicular y objetivar la anatomía de la vía biliar sin lesionarla. De manera que no creemos que el problema se resuelva con la decisión de hacer una colangiografía operatoria transtésica sistemática, pues igual puede lesionarse la vía biliar si se diseca inadecuadamente un hilio vesicular. Se me dará que la colangiografía señalará la lesión producida y que ésta será siempre un poco más leve, pero se habrá evitado.

Dr. Horacio Achaval Ayerza* MAAC: Solamente quiero poner énfasis en dos detalles del trabajo que nos ha traído el Dr. Sivori y sus colaboradores, uno que hace a la técnica y que hace a los resultados. El Dr. Sivori, ha dado por sobresaliente que el detalle fundamental de cualquiera de estos tipos de anastomosis es hacerlo mucoso-mucoso. Cualquier anastomosis que se haga, en la cual la mucosa de los extremos no estén en contacto, tienen una gran posibilidad de realizar una fibrosis que se estrechará al cabo de cierto tiempo. En lo que hace a los resultados, desearía insistir en algo que dijo el Dr. Casal. Nosotros con los que en el resultado de cualquiera de las técnicas estomácatas y comentadas hoy, no pueden ni deben ser evaluadas antes de los ocho o diez años de transcurrida la anastomosis, pues enfermos realizan estenosis en forma muy alejada de la operación.

CIERRE DE LA DISCUSIÓN

Dr. Jorge Sivori MAAC FACS: Dr. Casal, usted hizo rememorar, al problema de las fistulas biliares. Nosotros decidimos más de la introducción del trabajo, que el mismo no pretende ser un estudio exhaustivo sobre el tema, sino, para marcar algunas cuestiones que nos parecen relativamente novedosas referidas a las lesiones de vías biliares, y por ese motivo no hemos ahondado en detalles. Si lo hemos hecho en un trabajo anterior leido hace tres años, esta Academia sobre aspectos vinculados a la estenosis acolectómica y también a la técnica y la profilaxis de las lesiones. Estamos de acuerdo en que los seguimientos deben ser largos. En este sentido, el trabajo da claramente que el ochenta por ciento de las estenosis se observan después de los dos o tres años y el restante por ciento dentro de los siete años, pero que hay casos documentados hasta veinte años o más. Este trabajo no pretende ser los resultados en función de las estenosis acolectómicas, pero de entenderlos que hay considerado mayor cantidad de tiempos de advertimos en la introducción. En cuanto a la intervención de Rodney Smith que la conocemos bien, no la hemos utilizado en nuestro servicio. Por lo tanto lamento Dr. Casal no poder dar información en cuanto a resultados. Lo que sí tenemos son informes contradictorios de la literatura en cuanto a su valoración.

El Dr. Barredo hace referencia específica a las lesiones acolectómicas laparoscópicas y dice que tuvo una lesión acolectómica con una quempadura. El trabajo de Lawrence, mencionando la bibliografía, precisamente habla de los peligros del cierre de la lesión en la colecistectomía laparoscópica, sobre todo cuando se digiere y que se utiliza láser en el triángulo de Calot señala algunas lesiones que realmente dan miedo. Me parece que la literatura internacional con estudios que superan los mil, están mostrando lesiones importantes y un porcentaje elevado de las mismas. Es posible que se deba al inicio de las experiencias, puede ser que en el futuro cuando todo el mundo tenga práctica con el método, ese porcentaje de lesiones bajas, como así será; pero bueno, por ahora lo real, es que la incidencia...
Lesiones quirúrgicas de la vía biliar

octubre de 1992

plantemos el problema acá y coincidimos totalmente en que un paciente puede estar icterico, no porque tenga una reestenososis, sino porque ha desarrollado una cirrosis biliar secundaria como consecuencia de sus colangitis repetidas y de la hipertensión biliar crónica. Obviamente, en esos casos el trasplante hepático es el tratamiento ideal.

En cuanto a la utilización del asa subcutánea, es una técnica que nosotros aprendimos o la vimos con un grupo italiano que nos mostró una experiencia bastante importante, simplemente el asa en "Y de Roux" es llevada subcutánea sobre la línea media y queda cerrada ahí, subcutánea; lo que se hace después es abrir la piel, deshacer la jareta e introducir un endoscopio por esa asa llegando hasta la anastomosis que estará a diez o quince centímetros y por ahí instrumentarla para hacer dilataciones, es una técnica en la cual no tenemos experiencia, pero tal vez convendría considerarla porque es ingeniosa, sobre todo para el tratamiento de pacientes con estenosis repetidas.

El Dr. Iribarren hace referencia al problema de la profilaxis, le conto lo mismo que a los demás. Me limito a señalarle que no estamos de acuerdo con la colangiografía por punción de la vesícula biliar en la colecistectomía laparoscópica.

Señala que el hecho de colocar un tubo no previene la lesión pero si la advierte; y bueno, creo que es importanteísimo que la advierta porque ya dijimos en el trabajo que las lesiones inadvertidas son de mucho mejor pronóstico que las inadvertidas. Por lo tanto, no estamos de acuerdo en ese concepto.

Dr. Achival, hablamos en el trabajo en detalle del afrontamiento mucous-mucoso; estamos totalmente de acuerdo en que los seguimientos de estos pacientes deben ser prolongados.

A PROPOSITO DEL ACTA

Sesión del 29 de julio de 1992

Dr. Jorge R. Defelitto* MAAC: Los casos estudiados junto a nuestro maestro, el Dr. Mainetti y nuestra experiencia, incluida en un período de 19 años, de 19 casos sin mortalidad operatoria y con seguimiento personal de los mismos, más de la mitad de los casos por más de 10 (17 Mx. - 3 meses nos lleva a expresar nuestra posición.

Estamos de acuerdo que en las lesiones bajas, si es posible, la mejor solución es la anastomosis término-terminal a la que aplicamos con 2 triángulos anteriores. Cuando la vía biliar es muy fina preferimos el drenaje transhepático al tubo de Keir, pues éste puede dejar una estenosis secundaria al retirarlo, como lo hemos observado.

Las lesiones son generalmente altas y coincidimos con los autores en que la mejor reparación es la hiliar y digestiva con un yeyunal en "Y de Roux" que realizamos según nuestra

* Miembro Correspondiente Nacional
** Miembro Asociado Titular
Todas las operaciones se realizaron con la técnica de fondo a cuello, técnica obligatoria por las características de la incisión que impide abordar el hilio en forma primaria.

La hemostasia y el tratamiento del cístico se efectuaron mediante ligaduras con material irreabsorbible.

La cifra presentada permite conjeturar que con esta técnica la tasa de lesión de las vías biliares no puede superar el uno o dos por mil, cifra que coincide con lo publicado en la literatura con cerca de 2000 colecistectomías realizadas por minilaparotomía, por esta razón vale la pena hacer hincapié en los detalles técnicos.

Desde hace mucho tiempo importantes cirujanos aconsejan realizar la colecistectomía de fondo a cuello para evitar la lesión de las vías biliares. Entre nosotros Ricardo Finocchietto insistió mucho en este concepto que creemos fundamental. Esta técnica permite "desplegar" la vesícula una vez desprendida del lecho hepático, la tracción vesicular en este momento hace tensar las ramas anterior y posterior de la arteria cística, las que se ligan con facilidad contra el cuello vesicular y evitar tener que abordar el tronco de la cística en el triángulo de Calot. Terminada la ligadura de estos vasos se facilita la superficialización del conjunto cístico-coledociano lo que permite realizar sin dificultades la cateterización del cístico y su ligadura.

A partir de nuestra experiencia me permito señalar los principios tácticos y técnicos que considero son la clave para tener una baja tasa de lesiones de las vías biliares:

- Efectuar siempre la colecistectomía de fondo a cuello.
- Hacer la hemostasia por ligadura de las ramas anterior y posterior de la arteria cística, solo después que la vesícula haya sido desprendida del lecho hepático y no hacer maniobras sobre el tronco de la arteria cística.
- La ligadura del conducto cístico debe ser el último gesto de la colecistectomía.
- Utilizar sólo ligaduras de material irreabsorbible, no emplear clips ni elementos de foto o electrocoagulación, en particular en las inmediaciones del hilio.
- La prevención de las lesiones de las vías biliares es independiente del tamaño de la incisión.
- Agregamos que las colecistitis agudas deben ser operadas solo en los primeros días del cuadro, a los efectos de evitar importantes problemas técnicos que se producen luego, en caso contrario conviene esperar que se enfríe el proceso.

Concluyo, expresando que consideramos que no es ético emplear técnicas quirúrgicas cuya tasa de lesión de las vías biliares se mide en porcentaje.

De ellas 9 veces se complementó con sedales. Pero hubo también 6 anastomosis hepaticoduodenales que hacíamos en los primeros años, 6 operaciones de Hepp-Couinaud, 4 operaciones de Smith y 1 de Longmire. Podemos decir hoy que esta variada de técnicas redujo en beneficio de los resultados, ya que se adaptaron a las distintas situaciones que se presentaban en estos enfermos. Cinco casos fueron tratados al advertirse la lesión de anastomosis T.T.

El amplio período de tratamiento nos ha permitido observar evoluciones muy largas, que son las que tienen real valor en cirugía, llegando a establecer que los mejores resultados obtenemos con las operaciones de Hepp-Couinaud y con las anastomosis hepatoyeyunales calibradas con sedales a tensión, en las cuales fue suficiente efectuar una sola operación salvo en los casos más graves y en los que para el problema técnico que el cirujano que estaba haciendo la cirugía no se nos. Técnicas de las que hemos obtenido muy satisfactorios resultados y que nos hemos aplicado a la solución del problema. Las primeras, porque cuando hay un tronco de la vesícula reducido o ubicación profunda del hepatico izquierdo es imposible su anastomosis y las segundas cuando hay vías biliares difusamente finas.

Actualmente podemos decir que tenemos un protocolo establecido. Al efectuar la CTHP o eventualmente la fistulización externa, si comprobamos un buen muñón, va directamente a anastomosis hepaticoeyunal. Si no, dejamos un drenaje que es muy útil como luego veremos. Si en el acto quirúrgico venos conducto izquierdo fácilmente accesible hacemos a veces prolongación hacia él o la Hepp-Couinaud. Esto permite ampliar una neoboca. Si la lesión es más baja y hay amplio muñón anastomosis hepatoyeyunal clásica en Y de Roux es la que se elige lógica y más común.

Pero los problemas surgen cuando la lesión es muy alta y cuando el hilio está congelado, cuando las vías biliares son finas o cuando se trata de operaciones reiterativas. Aquí son de ayuda las alternativas que comentaremos.

La primera de ellas es ubicar sedales con tensión y puede dilatar enormemente bocas estrechas. Somos felices admiradores de su empleo a pesar de su incomodidad y mayor labor quirúrgica que requieren.

En vías biliares aún más finas en que no pueden usarse puntos de sutura, como sucede a veces cuando hay fistulas externas, la operación de Smith es una excelente solución. Recuerden dejar la sonda tubular cerrada durante 3 ó 4 meses. En caso de los 4 casos, al tener que acelerar la intervención haciendo anastomosis llevando directamente un cono de mucosa duodenal. Tuvimos un buen resultado, pero no se si repetiríamos esta técnica que fue realmente de necesidad.

La operación de Longmire, otra alternativa, fue la solución en un caso en que estaba ligeramente dilatado el hilio y el hepatico izquierdo y que encontramos un hilio congelado.

Ultimamente se nos ocurrió una técnica que presentamos en el próximo Congreso Argentino de Cirugía. En enfermos con los inconvenientes mencionados, dejamos, como dijimos, el drenaje durante la CTHP, que hacemos llegar hasta la obstrucción (si es viable se analiza la oportunidad de tratamientos instrumentales) manteniéndolo hasta el acto quirúrgico. Igual hacemos, si se diera previamente, por ejemplo. En la operación introducimos en su luz un mandril metálico flexible que le da mayor consistencia. Si poseemos intermedio.

**Dr. Rodolfo Mazzariello** MAAC FACS: En un trabajo anterior comunicado a esta Academia, presentamos 51 lesiones tratadas desde 1964 a 1988. Actualmente los casos son 59, que hemos clasificado en menores, parciales o incompletas. 17, y mayores, totales o completas, 42. Las características de nuestros tratamientos es que fueron variados. Predominó la anastomosis hepaticoeyunal en Y de Roux con 24 operaciones en 20 casos.

* Miembro Académico Titular
LESIONES QUIRURGICAS DE LA VIA BILIAR

 quiere, como todos sabemos, en los últimos años a aumentado la incidencia de lesiones, a raiz de la práctica de la cirugía laparoscópica, pero estamos convencidos que eso se debe a que es un método relativamente nuevo y que disminuirá a medida que los centros que la practican aumenten su experiencia.

 Sesión del 05 de agosto de 1992

 Dr. Jorge A. Sivori * MAAC FACS: El Dr. Defelitto manifestó que en su serie de 19 pacientes tiene el 0% de mortalidad, nos parece excelente, pero debo recordar que en la nuestra, la mortalidad fue considerada en forma global, incluyendo pacientes con peritonitis biliares, shock séptico e inclusive dos trasplantes hepáticos.

 Dice también que prefiere dejar un catéter antes que un tubo de Kehr por el problema de la estenosis, en las anastomosis coledocoocolordianas. Nosotros no hemos tenido problemas con el tubo de Kehr ultrafinos y suturas y técnica adecuada.

 Por último hace referencia al abordaje de la plaza biliar. Djimos en el trabajo que así lo hacemos, avanzando sobre el hepático izquierdo y que en 4 casos resecamos el segmento 4 B de Couinaud para lograr mejor exposición de la vía biliar intrahepática.

 El Dr. Buoni hizo referencia a una serie de más de 600 colecistectomías por minimilaparotomía sin lesiones de la vía biliar, reconoce que la incidencia media de lesiones en la colecistectomía convencional oscila entre el 1 y 2%. No dudamos que la colecistectomía por minimilaparotomía, en buenas manos, tiene igual incidencia de lesiones que la colecistectomía convencional.

 Por último el Dr. Mazzariello nos mostró una serie numerosa de más de 50 lesiones tratadas a partir de los años cincuenta. Creemos que es riesgoso comparar pacientes y resultados, considerando épocas donde los recursos técnicos, anestésicos, etc., eran muy diferentes a los actuales. Nos dice que en dos oportunidades usó la técnica de Rodney Smith, utilizando por necesidad el duodeno. Queremos insistir que las anastomosis con el duoden no nos parecen adecuadas, toda vez que nos separan el tránsito digestivo del tránsito biliar, son más proclives a producir colangitis aleyadas y en caso de fistulizarse su tratamiento es más complejo.

 Hizo también referencia a los problemas de anastomosar una vía biliar fina. Repetimos lo dicho en el trabajo, con sutura ultrafina 6/0 7/0 ópticas de 2 1/2 aumentos y técnica protija se obtiene un 85% de buenos resultados.

 Así lo demuestran miles de pacientes transplantados hepáticos con coledocoescalol Anastomosis término terminal, en vías biliares finas.

 Dr. Rodolfo Mazzariello * MAAC FACS: Quería solamente hacer una pequeña corrección, mi estadística es del año 1964, no de 1950, Dr. Sivori y a partir de esa fecha todos hacemos la actual técnica.

 * Miembro Académico Titular.