

Patología incidental en cirugía biliar a cielo abierto. Hallazgos en 4000 operaciones

Dres. Daniel Czarnevicz, Julio Iacopino, Martín Odriozola, Alberto Estefan, Raúl Praderi

Resumen

Se analiza la patología incidental en 4000 intervenciones sobre la vía biliar, hallándose ésta presente en 10.3%. La mayor proporción correspondió a afecciones hepáticas (30.5%), ginecológicas (21%), parietales (14.4%), colo-rectales y neoplasmas digestivos (12% cada uno), afecciones gastroduodenales (6%) y patologías varias (6%).

Se proponen lineamientos de conducta a seguir frente a los hallazgos de patología incidental para resolver el problema técnico que representan y se deja planteada la problemática médico-legal.

Palabras clave: Patología de vía biliar
Técnicas quirúrgicas

Summary

Incidental pathology in 4000 operations on the biliar viae is analysed, finding it is present in 10.3%. The majority corresponded to hepatic disease (30.5%), followed by gynecological (21%), parietal (14.4%), colorrectal and digestive neplasms (12% each), gastroduodenal (6%), and various pathologies (6%). In order to solve the technical problem they represent, conduct outlines to be followed for each of the findings of incidental pathology are discussed, and medico-legal problems are established.

Introducción

Las intervenciones sobre la vía biliar siguen siendo estadísticamente las más frecuentes en cirugía abdominal.

Los pacientes con esta indicación quirúrgica pueden tener patología asociada conocida que requiera su tratamiento en el mismo acto quirúrgico; pero la exploración abdominal, ineludible en toda laparotomía, revela a veces la presencia de patologías desco-

nocidas previamente que pueden plantear problemas terapéuticos a veces serios y de difícil conducción.

La finalidad de este trabajo, es analizar qué conducta debe seguir el cirujano frente al hallazgo de una patología desconocida en el curso de una colecistectomía, y llamar la atención sobre determinados puntos hasta el día de hoy no analizados.

En nuestro país los profesores de ginecotocología J.J. Crottogini y M. Rodríguez López, insistieron en la apendicectomía incidental durante las intervenciones ginecológicas. A Cendán ⁽¹⁾ le corresponde la única publicación sobre el tema en nuestro medio.

Material y método

Se analizaron retrospectivamente 4000 intervenciones sobre la vía biliar realizadas en los últimos 20 años (1970-1990), en la población hospitalaria y mutual por los autores.

De los 4000 pacientes considerados, 412 (10.3%) presentaron más de una patología de sanción quirúrgica, 31 (7.5%) extraabdominal y 381 (92.5%) abdominal.

Consideremos solamente el segundo grupo, los portadores de otra patología abdominal aparte de la biliar. De estos 280 (73.5%) eran pacientes de coordinación y 101 (26.5%) de urgencia.

Las afecciones hepáticas fueron las que se presentaron más frecuentemente acompañando a la patología biliar (30.5%), siguiéndole en orden de frecuencia las ginecológicas (21%), hernias y eventraciones (14.4%), afecciones colo-rectales no neoplásicas y los neoplasmas digestivos (12% cada uno), las afecciones gastroduodenales no neoplásicas (6%) y por último en 3.9% se constató patologías varias, fundamentalmente vasculares.

Comentarios

Muchos de los problemas que se plantean tienen que ser resueltos en cada caso particular, pero de su manejo surge una serie de hechos que deben ser

Trabajo de la Clínica Quirúrgica «3» (Director Prof. Dr. Raúl Praderi). Hospital Maciel. Facultad de Medicina, Montevideo. Presentado como tema libre en el XLII Congreso Uruguayo de Cirugía, Punta del Este, 1 al 5 de diciembre de 1991.

Correspondencia: Dr. Daniel Czarnevicz. Dr. Gastón Ramón 2372. CP 11600. Montevideo.

analizados, pues llevan a conclusiones de orden general que pueden servir de orientación en la solución de situaciones que a veces son de extrema dificultad. Dado los numerosos factores que intervinieron en la cirugía incidental, se hace difícil realizar una clasificación que reúna todas las situaciones posibles. A modo de orientación podemos diferenciar 2 grupos de pacientes:

- A) Aquellos con patología conocida en el preoperatorio y en los cuales contamos con el consentimiento del paciente para su tratamiento.
- B) Pacientes con patología desconocida en el preoperatorio, verdadero hallazgo en el intraoperatorio, en el cual obviamente no contamos con el consentimiento del paciente para su tratamiento.

Dentro del primer grupo podemos dividir la patología acompañante, y según la morbimortalidad que requiera para su tratamiento, en mayor, igual o menor jerarquía que la vía biliar.

A manera de ejemplo podemos citar la equinocosis hidática hepática como patología de mayor jerarquía que la vía biliar y en la cual está unánimemente aceptado su tratamiento en forma incidental.

Como ejemplo de patología de igual jerarquía podemos citar la hernia hiatal, la cual también es tratada en el mismo acto quirúrgico, siempre y cuando tenga indicación.

La hernia umbilical o de otra topografía constituiría un claro ejemplo de patología de menor jerarquía que la biliar, y en la cual también está aceptado el tratamiento incidental.

En los pacientes del segundo grupo, o sea aquellos con patología asociada desconocida en el preoperatorio, y en los cuales obviamente no contamos con el consentimiento para el tratamiento de la misma, surge la problemática médico legal. Por un lado la exploración abdominal es obligatoria en todo acto quirúrgico y el no realizarla constituye una verdadera negligencia médica; pero si en el curso de la misma encontramos una patología, ¿cuál debe ser nuestra conducta? ¿Debemos tratarla o simplemente consignarla en la descripción operatoria e informar al paciente de la misma?

Trataremos de establecer lo que a nuestro juicio y del análisis de esta serie debe ser el proceder del cirujano, para lo cual podemos clasificar a estos pacientes en varios grupos según la jerarquía de la patología hallada en:

- 1) Patología que requiere gesto terapéutico mínimo.
- 2) Patología con procesos evolutivos que pone en peligro la vida del enfermo.
- 3) Patología que obliga a suspender la intervención planeada.
- 4) Patología no comprendida en los grupos anteriores.

1) Patología que requiere gesto terapéutico mínimo

Como ejemplo podemos citar:

- Quiste renal derecho (destechado según el tamaño).
- Quiste simple de hígado (destechado técnica de Lin).
- Quiste de ovario (punción o resección de acuerdo a las características del mismo, sabiendo que esta última puede obligarnos a realizar una incisión complementaria).
- Hematoma hepático (biopsia).

Dentro de este grupo quedan incluidas también patologías que no requerirían tratamiento como ser:

- Diverticulosis sigmoidea.
- Neumatosis quística del delgado (de acuerdo a la magnitud de la misma podrá ser necesaria la resección segmentaria).
- Diverticulosis yeyunoileal.
- Miomatosis uterina.

En todas estos casos, con la salvedad hecha por la neumatosis quística pensamos que nuestra conducta debe limitarse a consignar la patología hallada en la descripción operatoria e informar al paciente que es portador de la misma.

2) Procesos evolutivos que ponen en peligro la vida del enfermo

Dentro de este grupo incluimos las patologías inflamatoria, vascular y tumoral.

Hemos vivido casos con patología inflamatoria concomitante como ser apendicitis, plastrón apendicular, absceso perisigmoideo, etc., los cuales siempre tratamos en forma incidental debido a la gravedad evolutiva de estos procesos⁽²⁾.

La patología vascular aneurismática descubierta durante la cirugía por otra causa constituye una problemática en constante revisión⁽³⁻⁷⁾. Actualmente está aceptado por la mayoría de los autores el tratamiento de los aneurismas de arterias viscerales (renal, esplénica, hepática, etc.), en el mismo acto quirúrgico. Pero ¿qué pasa en el aneurisma de aorta? Se ha comprobado que la laparotomía es un factor desencadenante en la rotura del aneurisma de aorta al inducir la colagenólisis, sobre todo en la primera semana del posoperatorio, y si bien son pocos los trabajos que consignan este hecho, también existe un mayor porcentaje de colecistitis posoperatorias en los pacientes que solamente se les realizó la aneurismografía. La decisión de realizar un procedimiento u otro o ambos al mismo tiempo, no dependerá del tamaño del aneurisma como afirman algunos autores ya que sabemos que tanto los aneurismas chicos como los grandes pueden sufrir complicaciones. Nuestra conducta en esta situación es realizar la cirugía incidental solamente si la intervención sobre la vía biliar es de coordinación, sin abordaje de la VBP y con signos de

pre-rotura aneurismática. En todas las demás situaciones estará contraindicada la aneurismorrafía por la posibilidad de infección protésica.

Pensamos que la patología tumoral de naturaleza maligna hallada en forma casual obliga a su tratamiento, perdiendo eventualmente oportunidad la patología biliar, siempre y cuando no existan criterios de irreseccabilidad y contemos con un equipo quirúrgico adecuado.

3) Patología que obliga a suspender la intervención planeada

Esta situación puede darse por los riesgos que implicaría la cirugía planeada como ser en el caso de la trombosis o hipertensión portal o ambos, o por que no se justificaría frente a la magnitud de la patología hallada, como por ejemplo en la carcinomatosis peritoneal.

Debemos considerar por separado el caso de la cirrosis hepática, sabido es el aumento de la morbimortalidad que ella condiciona en la colecistectomía. Evaluando los casos vívidos podemos establecer que la colecistectomía está justificada cuando el paciente es portador de una litiasis biliar sintomática; si ésta fuese asintomática nuestra conducta es realizar una biopsia hepática y suspender la intervención sobre la vía biliar.

4) Patología no comprendida en los grupos anteriores

En este grupo hemos incluido:

- Apéndice subhepática, la cual pensamos debe ser siempre resecada dado los problemas diagnósticos que puede generar sumados a la baja morbimortalidad que posee el procedimiento.
- Patología ulcerosa benigna gastroduodenal, si bien existen algunos trabajos en la literatura internacional sobre la cirugía incidental de la úlcera, los resultados son dispares; basados en estos 4000 casos en los cuales hubo pacientes con úlcus gastroduodenal algunos de los cuales retrocedieron con tratamiento médico, y otros presentaron complicaciones como la perforación, que obligaron a la reintervención, y dado el arsenal farmacológico con el que contamos en la actualidad para el tratamiento de estas lesiones, podemos afirmar que si el paciente no estaba bajo tratamiento médico, éste debe ser instituido no realizando ningún gesto quirúrgico sobre la lesión. Pero si el paciente ya estaba bajo tratamiento y en la exploración comprobamos una úlcera grande o en actividad debemos realizar un procedimiento denervativo, ya sea una vagotomía troncal con piloroplastia o una vagotomía supraselectiva.
- Embarazo extrauterino no complicado; en estos casos debemos siempre actuar sobre él dada la

gravedad de las complicaciones que puede presentar en su evolución.

Conclusiones

En esta serie de 4000 casos la cirugía incidental fue realizada en 9.52% de los casos.

Desde el punto de vista conceptual podemos concluir que el hallazgo de una patología desconocida como fruto de la exploración abdominal durante una intervención sobre la vía biliar, nos plantea 2 grandes problemas:

- A) Un problema técnico que es decidir en cada caso en particular si se debe o no, realizar cirugía incidental.
- B) Un problema médico-legal.

El primer problema, es decir el técnico, se resuelve con dos interrogantes que muchas veces no son fáciles de contestar:

¿El procedimiento inicial ve su morbimortalidad elevada significativamente con el agregado de la cirugía incidental?

¿Aumentan los riesgos de complicaciones de alguna de las patologías, si no son tratadas en el mismo acto quirúrgico?

El segundo problema, el médico-legal, es aún mucho más difícil de resolver ya que implica el concepto del consentimiento médico, y si bien algunos de los casos citados quedarían amparados por los artículos 27 y 28 del Código Penal que se refieren a los estados de necesidad, la mayoría no lo están. Pensamos que la única manera de resolver este punto es mediante un consentimiento informado por escrito. El consentimiento escrito que debe firmar el paciente a su ingreso en el estado de California⁽⁸⁾, donde específicamente se habla de la cirugía incidental.

Bibliografía

1. **Cendán JE.** Operaciones asociadas en vías biliares. Curso graduados «Operaciones asociadas en cirugía». (Cl. Quir. «B»). Montevideo: Facultad de Medicina. 1958.
2. **Hess W, Rohner A, Cirenei A, Akovbiantza A.** Malattia delle vie biliari e del pancreas. Padova: Piccin, 1987/90.
3. **Glenn F, McSherry CK.** Secondary abdominal operations for symptoms following biliary tract surgery. Surg Gynecol Obstet 1965; 121:979.
4. **Praderi R.** Problemas vasculares en cirugía de la litiasis biliar. Curso Graduados «Cirugía de las vías biliares». Clin Quirúrgica «A» 1967 (inédito).
5. **Ormaechea C, Praderi R, Gómez Fossati C.** Aneurisma de art. esplénica. A propósito de dos casos tratados con éxito. Cir. Uruguay 1971; 41: 503.
6. **Praderi R.** Aneurismas e ictericia. Rev Med Uruguay 1977; 3: 151.
7. **Bogliaccini G, Pomi J, Navarro T et al.** Plicatura incidental de vena cava inferior. Cir. Uruguay 1978; 48: 290.
8. **California Association of hospitals and health systems.** Consent Manual. Los Angeles, California, 1988.