

HERIDAS OPERATORIAS DE LOS CANALES BILIARES
Y LA VIA PRINCIPAL

Prof. Dr. Carlos Stajano

Consecuente con determinadas normas traigo a consideración de ustedes este asunto de real utilidad y de provechosa docencia.

Hago la salvedad de que no soy responsable del accidente que trato en ningún caso. Tuve que reoperar a dos. Las otras son observaciones de enfermos de colegas amigos que me han sido cedidos, o de asistentes ayudantes a mi allegados. No quiero decir con esto que me considere libre de caer en falta, pues tal vez mañana tenga que lamentar un accidente del tipo que hoy comentamos. Por otra parte sostengo que el presentar estos casos debería ser lo habitual y completamente despojado de una crítica que no corresponde. Cualquier cirujano, por más valor que posea y de cualquier parte del mundo, está expuesto a tener accidentes inesperados de este tipo. Por eso es que traigo estos temas a la sociedad por su rendimiento en enseñanzas, por cuanto creo que enseña más un error que veinte éxitos. Además doy por descontado que no faltará el mal intencionado que podrá utilizar mis comunicaciones como elemento de mala crítica. En efecto: he traído a esta Sociedad, en diversas oportunidades un estudio clínico y experimental, sobre las hemorragias del post-operatorio abdominal con conclusiones prácticas de valor indudable y analizaba los *doce casos personales* que tengo en toda mi vida quirúrgica.

Ningún cirujano ha hecho nada semejante. Pareciera no existir ese accidente. Conozco en cambio innumerables casos que no se publican, ni se publicarán jamás.

Del mismo tipo es el estudio de la evolución de compresas y gasas abandonadas en el abdomen. Presenté veinte y tantos casos, que luego me fueron personalmente asignados.

Los accidentes de ligaduras y sección del uréter — conozco legión — que se silencian lamentablemente. Puedo afirmar que en treinta años de cirugía activa, no he herido ni seccionado un solo uréter. El único caso de presunta ligadura, fué presentado a las primeras sesiones de esta Sociedad, con un trabajo de conjunto sobre el Peligro Ureteral en el año 1920. Me fueron luego asignados los casos publicados a propósito de ese trabajo.

En esta circunstancia, espero no me asignarán como entonces los caso de Heridas de Vías Biliares que presento. Por convencimiento publicaría de inmediato el caso personal con la enseñanza que resultare, para bien de los demás, al día siguiente de producido.

CASO N° 1. — **Primer tipo anatómico de herida. — La herida del confluente.** — A. G. G., treinta años, soltera. Ingres a Sala 4 de Ginecología el día 5-XII-926, con intensa ictericia por retención, que refiere la enferma data de cuatro meses y qué aparece al mes de un post-operatorio de vías biliares.

Enferma apirética, con ictericia intensísima, coluria persistente. Prurito generalizado con lesiones de rascado en todo el cuerpo. Insomnio. Materias fecales blancas. Algunos días lenteria. Nunca tuvo temperatura. Pulso 60 a 65. No tuvo dolores ni cólicos. Como necesitamos urgir en los antecedentes, recurrimos al Hospital donde fué intervenida, recabando los siguientes datos:

Fué operada el 26 de junio de 1926 (colecistectomía por litiasis biliar). En su primera semana de post-operatorio — supuración y drenaje — de un absceso de la logia. A la semana, drenaje de bilis, por la herida y ligera subictericia. Fístula que disminuye progresivamente e ictericia progresiva o con decoloración total de materias fecales a los catorce días.

Hacen diagnóstico de especificidad a pesar de su Wassermann negativo y se le instituye tratamiento a base de neo Salvarsan y mercurio. La ictericia mejora en los días sucesivos y es dada de alta el 10 de agosto (un mes y medio del post-operatorio).

El 14 de agosto, a los cuatro días del alta, reingresa con una profusa fístula biliar. A los quince días cierra nuevamente la fístula y es dada de alta.

A los pocos días de esto se reinstala una ictericia progresiva e irreductible y es a los cuatro meses de este episodio que llega a nuestras manos.

Resumen: Colecistectomizada en junio, hace cinco meses y días, con episodios inmediatos de supuración local, luego de fístula biliar que se cierra y de ictericia que fué fluctuante al principio, persistente y progresiva después.

Previa preparación durante quince días, a base de sueros glucosados, salinos, urotropina, etc., decidimos intervenir quirúrgicamente con el diag-

nóstico supuesto y probable de: a) cálculo residual enclavado; o b) cicatriz al nivel de la ligadura del cístico, dado el antecedente fistuloso; o c) colédoco en estasis por pancreatitis. Wassermann H⁵. Albúmina de orina 0 gr. 15. Urea del suero 0.13. Hemostasis 7'; coagulación 3'.

Intervenimos el 22 de diciembre de 1926. Anestesia éter. Ayuda el Dr. C. Crispo. Incisión de Mayo Robson. Campo cerrado de adherencias en varios planos con epiploitis y perivisceritis, haciendo un magma al borde del hígado, duodeno y colon, convirtiendo en laborioso y difícil el acceso al pedículo hepático.

Reconocemos el hepático dilatado y lo vaciamos por punción. Disecamos su trayecto viendo que su dilatación termina bruscamente en una estrechez que tiene aproximadamente cuatro centímetros de largo, y que es realmente sólida e impermeable. Por debajo de esa estrechez filiforme

*ESQUEMA DE LOS TIPOS ANATÓMICOS DE LESIÓN y
La alerta que se impone al cirujano.*

Lesión del confluente de angulación por tracción



y con todos los caracteres del tejido cicatricial se continúa el colédoco con su calibre normal hasta desaparecer en el retro-duodeno. Tamaño y consistencia del páncreas normal.

Ni siquiera intentamos reseca el trayecto esclerosado y reconstruir el canal cabo a cabo con sutura por la gran separación de los mismos. No es posible intentar la dilatación de la estrechez, dado que no hay canal y en caso de haberlo conseguido, la recidiva hubiera sido fatal. Procedimos a hacer lo más simple, sin sospechar en el resultado brillante y definitivo que conquistamos. En efecto:

Conservamos el trayecto cicatricial filiforme, impermeable en su totalidad como guía, que impedirá la separación del canal permeable supra e infrayacente. Introducimos una rama del tubo en T de Kerh en el hepático y la otra en el colédoco, aseguradas con dos puntos en cada sitio. El trayecto intermediario estenosado quedó en un plano posterior al tubo y sirvió de tutor a la reconstrucción. Acercamos el epiplón. Drenaje de la fosa infrahepática con banda de goma y gasa, que retiramos al 10º día. Evolución post-operatoria inmediata perfecta. El drenaje de bilis por el tubo fué en los primeros días progresivamente en aumento (a 800 grs.). Disminución progresiva en el mes siguiente

y total desaparición de la ictericia. Mejora el estado general. A los tres meses y medio retiramos no sin temor el Tubo de Kerh. Curación total al 8º día. Alta curada.

Abril de 1928. — Al año de salud perfecta nos consulta por una nueva ictericia que resultó ser una ictericia catarral que no dejó rastros.

Abril de 1946. — Hace próximamente veinte años que operamos a esta enferma que es lo que da interés a esta comunicación. Ha tenido en ese transcurso dos hijos, verdadera prueba de fuego sin la menor incidencia, conservando su salud integral hasta el momento actual. (1926 - 1946).

Consideraciones de este caso

Transcribimos sin modificar, lo textualmente escrito en el año 1926 al cerrar esta observación:

a) Declaramos no haber sospechado antes de operar a esta enferma, en la verdadera causa de su grave ictericia por retención;

b) El tipo anatómico de la estenosis de por sí era elocuente. Faltaba en totalidad la confluencia cístico-hepática y parte del colédoco;

c) Daba el aspecto de un reloj de arena con la parte cicatricial intermediaria;

d) Los datos recabados de la observación del primitivo servicio que nos fué amablemente cedida, dejan constancia de que la colecistectomía fué rápida, simple y sin ninguna incidencia ostensible en el campo operatorio. Esta circunstancia aparentemente contradictoria, es a nuestro juicio la realmente favorable para el accidente en cuestión. En efecto: la colecistectomía tanto de fondo a cuello como la retrógrada, en el momento de la ligadura directa del cístico, o de su pinzamiento previo debe de hacerse conociendo bien la dirección del cístico y la orientación de la pinza, así como tener muy presente la angulación de las vías biliares, provocada por el cirujano, que al traccionar el cístico directamente o al través de la vesícula, ofrece el vértice de ese ángulo formado por el confluente hepato-cístico a la pinza criminal o a la ligadura inconscientemente ubicada.

El resto de las consecuencias y la lectura de la observación

completan su enseñanza, sacando la conclusión de que el cirujano desprevenido está expuesto a incurrir en este error, en la colecistectomía, muy fácil, mucho más que en los casos difíciles de infiltración de pedículos y donde la tracción no permite esa benevolencia a la angulación, ofreciéndose a la pinza o a la ligadura. Dejamos expresamente constancia de que hablamos de las disposiciones anatómicas normales de vías biliares con el accidente particular en cuestión. Excluimos de este comentario las heridas de canales biliares por disposiciones anatómicas anormales, que requiere un análisis muy distinto y ofrece problemas técnicos de otro orden que son enteramente diferentes.

Por otra parte, en los casos difíciles, con gran infiltración del cístico, o en aquellos casos en que el proceso inflamatorio aún no extinguido, presume hacer grave la colecistectomía, así como en ciertas colecistitis litiásicas muy antiguas en las cuales la identificación dentro de un magma escleroso haga peligrosa la colecistectomía total, en su tiempo cístico, es que recurrimos en infinidad de circunstancias a la práctica quirúrgica precozizada ya en el año 1920 ⁽¹⁾ por nuestro distinguido amigo y eminente cirujano Dr. Adrián Bengolea ⁽²⁾. El nos enseñó a realizar las colecistectomías parciales sin sección del cístico, resecando toda la cara inferior del árbol accesorio y dejando el lecho de vesícula y la confluencia "in situ", con los detalles y variantes circunstanciales, así como los resultados admirables de evolución con garantías de seguridad y menores riesgos en una cirugía en ciertos momentos evidentemente peligrosa. Numerosa casuística nos autoriza a ser oportunistas en la elección de la táctica quirúrgica en cada caso, habiendo valorado la práctica prudente aconsejada por el eminente cirujano amigo, que ha dado desde entonces, un nuevo medio de evitar muchos decesos, accidentes o secuelas, en el curso de la cirugía biliar.

El otro aspecto es el del resultado terapéutico. — Escribimos entonces, inmediatamente en la observación del post-operatorio: el post-operatorio inmediato nos autoriza a ser optimistas del futuro lejano de este caso. Hemos reconstruido el

1. Bengolea. Boletines y Trabajos de la Soc. de Cirugía de Buenos Aires. 1920, pág. 285.

2. Zabala - Bengolea. Lyon Chirurgical. Año 1924, pág. 281.

tránsito biliar sobre las ramas del Tubo de Kerh. Esperamos que en nuestro caso se rehaga el canal como en casos similares se han reparado sobre tubos perdidos. Nuestro tubo de Kerh, puede en cambio ser retirado, después de un plazo prudencial.

Recordamos el primer trabajo uruguayo a ese respecto del Dr. Ruvertóni presentado a esta Sociedad, el 4 de diciembre de 1924, (Anales de la Facultad de Medicina) La reparación de los canales sobre tubos perdidos). Hasta aquí lo escrito entonces.

Hoy damos valor a esta observación inédita, diciendo que han transcurrido veinte años, sin secuelas, con salud total, y con la prueba elocuente de dos embarazos sin ningún inconveniente, dando firmeza y aliento a una práctica quirúrgica de reparación inocua y fácil y de restitución ultra-perfecta, como lo es la natural, incomparablemente superior a toda sutura, u otra operación plástica, sujeta no raramente a retracciones, estrecheces, etc., a plazos más o menos breves.

Observaciones de tipo anatomo-quirúrgicas semejantes

CASO N° 2. — Ficha 7751. Julio 15-1944. Accidente del primer tipo. En el confluente.

Colecistitis calculosa. Anestesia éter. Paramediana derecha. Vesícula con algunas adherencias que se liberan fácilmente. Paredes en buenas condiciones. Gran cantidad de cálculos. Cístico grueso. Colédoco al parecer normal. La mala anestesia impone terminar brevemente el acto operatorio. Colecistectomía retrógrada sin inconvenientes. Peritonización del lecho. Cierre con pequeño drenaje de tubo y mecha. En resumen: caso fácil y favorable para la incidencia ocurrida.

Post-operatorio. Ictericia por retención. Acolia. Coluria. Muy poco febril. Buen estado general. Detalles de laboratorio en humores detallados en la fecha.

12 agosto 1944. Reintervención al mes. Anestesia éter CO². Campo muy adherente y plástico. Pedículo envuelto en un block fibroso único. Se puede insinuar el dedo por el hialo de Winslow, evidenciando al pedículo. Aparece un nudo de Catgut que atricciona vías biliares, al nivel del confluente. Dilatación por encima y esclerosis intermediaria a forma de puente con el colédoco supra-yacente.

Se respeta el puente fibroso y se hace con ambas ramas del tubo de Kerh el tránsito biliar. Post-operatorio normal. Se retira el tubo pasado los dos meses.

CASO N° 3. — Ficha 445 - 673. Accidente del primer tipo. V. G., 35 años. En 20 de febrero de 1937, colecistectomía por colecistitis calculosa sin ninguna incidencia operatoria ostensible. Alta en perfectas

condiciones, el 16 de mayo de 1937. En agosto de 1939 reingresa nuevamente por un estado de mal que se instala y agrava rápidamente en los últimos 20 días. (Diarrea postprandial, decolorada). Está nauseoso, prurito intenso generalizado, ictericia progresiva, orinas colúricas. Crisis dolorosa en el hipocondrio derecho, con irradiación epigástrica y a veces hasta el hipocondrio izquierdo (?). Pulso bradicárdico a 55.

Segundo tipo anatómico de herida. — La herida baja del colédoco

CASO N° 4. — Enfermo R. R. L. 39 años, soltera. Un distinguido cirujano amigo, opera el día anterior (agosto 1937) una colecistitis calculosa y realiza colescistectomía. Operación laboriosa, por la mala anestesia a éter que no realiza silencio abdominal. Comprueba en el curso de la operación que ha seccionado el colédoco y resuelve el caso con una correcta colédoco-duodenostomía. Desea compartir responsabilidades en el caso y soy llamado a colaborar, a las 24 horas, en que se reinterviene la enferma por abrigar dudas el cirujano operador de la integridad de la anastomosis. Se comprueba la perfección de la sutura y se cierra.

Post-operatorio normal hasta el cuarto mes en que se instala, y aumenta progresivamente una ictericia por retención, apirética, que es atribuida a su presunta naturaleza. Pensamos en la estrechez cicatricial de la neo-boca bilio-duodenal. Preparación pre-operatoria adecuada y reintervenimos con^r Raquianestesia a la Percania (0 gr. 0075 mm.) a nivel de la 12 D. el día 12 de enero de 1938.

Nuestra táctica quirúrgica es: a) Reconocer la anastomosis, con el propósito de explorarla, a los cuatro meses de realizada. En efecto: el colédoco está dilatado por encima de la boca término lateral que se ha estrechado. La anastomosis está implantada en la extrema derecha de la primera porción y no la removemos hasta tanto no cumplir el segundo objetivo que es el de buscar el cabo inferior coledociano en pleno pedículo y disecarlo para la conducta ulterior.

b) Descubierta y preparación del cabo inferior del colédoco en pleno pedículo cicatrizal. Pasamos dos asas de hilo para levantarlo.

c) Se deshace la primitiva anastomosis y cierre del duodeno en dos planos y volvemos a traer el colédoco a su sitio normal, colocando a las ramas del tubo de Kerh en ambos cabos de sección. Fijamos con dos puntos laterales que arriman los cabos, tumelizados con el tubo en T.

Post-operatorio perfecto. Dejamos el drenaje tres meses. Cierre de la fistulita, casi de inmediato. Han pasado ocho

años. Vemos continuamente a esta enferma en perfecto estado de salud y desempeñando sus activas funciones de Nurse en el mismo Sanatorio.

Breves consideraciones de este caso

El lugar de la sección del colédoco, muy por debajo de la confluencia del cístico, y en pleno colédoco supra-duodenal no hace equiparable este caso al anterior. En efecto: no es el peligro de herida en la angulación del confluyente el que condicionó esta emergencia. Todos los que han operado vías biliares saben bien que la pericolecistitis — rodeando el cístico dilatado — o a la pared inflamada de una logia calculosa en la última porción del cístico, adhiere por adosamiento el divertículo así formado, al

2º TIPO.

(Infinitas variantes de esta disposición morfológica lo da la clínica atípica del proceso inflamatorio)



El buche exuberante, sacculus cístico adosado y adherido al colédoco - ha conducido al desprevénido a seccionar el colédoco creyendo seccionar el cístico.

Confluyente adherente.

J. Esposito.

colédoco, enmascarando la realidad anatómica del origen real del cístico.

El cirujano no rehace siempre su anatomía normal; no separa del colédoco, a la bolsa adherente, que como un verdadero “buche”, adosa al cístico terminal dilatado, al canal principal y de ahí el pinzamiento bajo del colédoco, como en este segundo caso. En las colescistitis sin cálculos, este “buche” exuberante es de observación también corriente, siendo menester comprobar de “visu” este frecuentísimo adosamiento sáculo-cístico coledociano y defenderse de su peligro por el simple hecho de conocerlo. Además este accidente fué favorecido por una mala anestesia, conjurándose así, diversas dificultades en el acto operatorio.

En segundo término, la anastomosis término lateral colédoco-duodenal, perfecta en el acto operatorio, hecha con habilidad y técnica impecable, cumplió normalmente su función, sólo

tres meses. Se dibujó rápidamente una estrechez, que dió razón de la ictericia por retención y de la dilatación del colédoco supra-estrictural. Hemos insistido persistentemente, haciendo el juicio de las anastomosis término-laterales en general-canalículo viscerales, en numerosas circunstancias de la cirugía general, con acopio de hechos de observación y a largo plazo. No insistimos hoy en ello.

En tercer término: resolvemos el caso utilizando la aptitud normal a la reparación sobre tubo no perdido, sino sobre tubo de Kerh, obteniendo una canal permeable, no expuesto a estenosis, como en algunos casos de reparación con sutura.

Este caso tiene valor e interés además, por la evolución clínica después de *ocho años* de operada, con salud totalmente y persistentemente lograda.

CASO N° 5. — Ficha 6616. Accidente del segundo tipo. Colédoco debajo del confluente.

Gran vesícula adherente de contenido sólido, block macizo, tamaño de un puño. Gran dilatación del cístico con un grueso cálculo. Buche en la parte terminal real del cístico adherente al colédoco en cañón de fusil. El asistente operador corta el colédoco creyendo cortar el cístico.

Reconoce la falsa ruta de inmediato. Coloca tubo de Kerh, hace colecistectomía. Evolución perfecta. Hacen colangioscopia a los veinte días: pasaje a duodeno normal. Discreta dilatación de los conductos hepato-colédoco. Histológicamente se comprueba un cáncer vesicular (epitelioma cilíndrico pseudo-glandular y en parte papilar (Dr. Scandroglio) en una antigua litiásica. Caso publicado en el trabajo Cáncer Vesicular (Clínica del Prof. Stajano - Dr. Walter Suiffet).

CASO N° 6. — Ficha 8297 del Servicio. Accidente del segundo tipo. (27 enero de 1945). Incisión de Arce estelar. Vesícula calculosa con pericolecistitis que se libera. Vesícula muy acodada en varias direcciones y fija en adherencias y con gruesa pared (colecistitis crónica antigua). Se palpa un grueso cálculo en el cuello vesicular en una logia al parecer tabicada alojada en el "buche" del cístico terminal. El cirujano abre siguiendo las directrices de Bengolea, la cara inferior de vesícula con el fin de hacer una colecistectomía parcial y abre el colédoco al final de su incisión, creyendo haber abierto el cístico. (Adherencia cístico-colédoco más que frecuente) dificultosa extirpación de cálculos enclaustrados en logias y resección parcial de pared vesicular. Winslow libre, colédoco sin cálculos a la palpación. Tubo simple de drenaje en ileocolédoco y dos mechas. Cierre. Evolución hasta el día 3 de mayo de 1945, con discreto estado general. Bilirragia externa total, materias blancas. Estudio completo de humores y tratamiento intensivo del estado general. Los ci-

rujanos intervienen en un campo difícil totalmente cicatrizal, falleciendo en el acto operatorio.

Antecedentes. — Declara que desde el acto operatorio hace dos años, sufre de ardores de estómago y de una anorexia electiva por las grasas. Astenia post-prandial, distensión epigástrica-eructos. (Ver historia detallada del Servicio a mi cargo). (445 y 673) que omitimos. Recién en agosto su cuadro ya descripto determina su reinternación; se prepara y se interviene. El 16 de noviembre de 1939, dos distinguidos asistentes intervienen con anestesia éter y se comprueba:

- a) Un magma escleroso en pleno pedículo hepático indisecable y muy vascularizado;
- b) Imposibilidad de reconocer elementos del pedículo;
- c) Hemorragia en rocío de todo el campo operatorio. Cierre del vientre sin poder cumplir ningún cometido. Fallece a las 24 horas en colapso.

Extractamos del protocolo de autopsia lo que nos interesa: hígado, voluminoso, de color verde amarillento. Su sección da una bilis de color oro. El pedículo hepático, presenta en la zona de continuación del hepático con el colédoco, una zona cicatrizal imposible de cateterizar, determinando por encima de la misma una dilatación de ambas ramas de bifurcación del hepático. No existe vesícula.

Histológicamente fué estudiado el canal biliar en toda su extensión: a) en plena estrechez cicatrizal, dando una luz microscópicamente persistente, con una intensa reacción fibrosa que invade toda la pared del canal y ahoga su luz. Existen lesiones neuríticas evidentes (Scandroglio). Esta zona es bastante extensa y contrasta con la integridad anatomo-histológica del cabo distal del colédoco con su luz amplia y paredes normales, así como la zona supra estrictural, donde se extingue la reacción fibrosa peri canalicular a medida del distanciamiento de la cicatriz. La ubicación de la lesión cicatrizal responde al sitio de implantación del pedículo cístico.

Consideraciones

- a) Pasó desapercibida la lesión por pinza o ligadura en la primera operación que fué fácil y sin incidencias.
- b) La estenosis residual por cicatriz no dió una retención completa sino a los dos años.
- c) Ver historia. Una discreta sintomatología hepática persistió después de la primera operación.
- d) El estudio de la pieza reconstruye el tipo de la incidencia operatoria y la evolución de la lesión provocada por el traumatismo accidental.

Dr. Prat. — El Dr. Stajano nos ha traído una comunicación importante de complicación de fistulas biliares: 6 casos como consecuencia de la cirugía biliar y que, como lo dijo muy bien el comunicante, es raro el cirujano que haga una cirugía intensiva de las vías biliares y no haya tenido esta complicación. Lo que es interesante destacar en estas observaciones que nos ha presentado el Dr. Stajano, es sobre todo, la reoperación que realizó en estos casos complejos y graves, donde ha practicado una reconstitución del canal biliar principal con tubo de Kehr, vale decir, una anastomosis con tubo de caucho, mejor dicho más que anastomosis con tubo de caucho, practicó una continuidad del canal principal con tubo de Kehr.

En mi práctica profesional me ha tocado operar pocos casos de complicaciones fistulosas de las vías biliares y he hecho la cirugía de reconstitución con tubo de caucho, pero tubo de caucho perdido y realmente la impresión que he tenido no ha sido tan favorable como la del Dr. Stajano, porque en general he tenido fracasos.

Son pocos, contadísimos, pero no he tenido el éxito franco, categórico que ha tenido en sus casos el comunicante, que con el tubo de Kehr, ha tenido resultados tan completos que no están de acuerdo con la gravedad que asignamos generalmente a estas complicaciones de tan difícil curación. Precisamente existe en la Clínica, en estos momentos, un caso de fístula biliar, por sección de la vía biliar principal y reoperada con tubo de vitalio y con un éxito muy bueno, excelente e inmediato, pero posteriormente en esa enferma ha reaparecido nuevamente una ictericia y seguramente tendrá que ser reoperada.

Me parece que el tubo de vitalio es el método de elección para estas anastomosis, pero a pesar de que se use el tubo de vitalio, hay que tener en cuenta que es una cirugía grave y compleja.

Creo que lo fundamental en cirugía biliar es realizar la profilaxis de los accidentes de vías biliares y en ese sentido, aunque estaría de más decirlo aquí en una reunión de cirujanos ya hechos y consagrados, se debe recordar que cuando se opera vías biliares, hay que hacer una brecha operatoria amplia, donde la región se pueda visualizar perfectamente y en ese sentido después de mucho estudiar y de mucho buscar esta cuestión de las incisiones operatorias me he inclinado fundamentalmente por las incisiones de Bevan y Mayo Robson. Una incisión amplia, que permita ver bien la región biliar, es lo fundamental para poder exponer bien la región anatómica y el triángulo de las vías biliares y poder operar correctamente, ya sea en la primitiva operación que se realiza o cuando hay que hacer una reoperación para investigar y liberar los cabos de la vía biliar seccionada y hacer su reconstitución. La vía operatoria amplia es lo fundamental para el éxito operatorio en vías biliares, pero creo también que constituye una ayuda muy grande la colangiografía operatoria, que a veces es muy importante para resolver bien un caso difícil.

Conviene recordar que una de las anomalías de la rama derecha de

la hepática está ocupada por el sitio del cístico y puede confundirse con la cística. Días pasados estaba uno de mis ayudantes operando una colecistitis y siguiendo esa técnica de aislar perfectamente todo el triángulo biliar de Budde, pude ver que un vaso marchaba paralelamente al cístico, un vaso bastante grueso, y le dije: "Cuidado que eso puede ser la hepática, la rama derecha de la hepática". Después de ver bien todos los elementos y una vez aislado el cístico y bien liberado, se pudo comprobar que la cística estaba en un plano más interior y casi junto con el grueso vaso que se identificó como rama derecha de la hepática, no comprobado esto de una manera perfectamente absoluta, pero sí, con casi seguridad. Quiere decir que el cirujano tiene que tener bastante experiencia y haber visto muchos casos de esta clase para evitar lesiones importantes de las vías biliares en los casos de anomalía. Así por ejemplo, la confusión del cístico con la hepática es completamente posible, cuando existe esta anomalía y a menudo se comete un error. El Dr. Stajano en sus seis casos ha tenido un resultado brillante, muy bueno, con reconstitución de canal con el tubo de Kerh y es el caso de felicitarlo por los éxitos obtenidos.

Dr. Stajano. — Yo tengo gusto en presentar comunicaciones de este tipo relacionadas con accidentes o inconvenientes o peligros, porque creo que son de mayor enseñanza que el presentar 20 éxitos. El que no tenga experiencia suficiente, aborda una cirugía difícil como es la de las vías biliares, y cree resolver sus incidencias con el conocimiento de las técnicas de las (colecistectomías típicas con las técnicas acostumbradas) y en realidad las cosas son muy distintas.

En el primer caso de hace 20 años, en que no podía tener la experiencia de hoy me resolví como pude y por instinto, e hice lo mejor que pude hacer para la enferma, haciendo el simple drenaje con tubo de Kehr, dejando el tubo intermediario. Ese caso me enseñó mucho. Después tuve ocasión de ver casos similares del primer tipo de pinzamiento y después de haber pensado y haber leído numerosas observaciones me he dicho: Cuántas veces esos trabajos que estudian sobre secuelas en la cirugía biliar no son debidas a lesiones incompletas de los canales y se hace mucha fantasía buscando una cantidad de interpretaciones, explicando razones en los 20 procedimientos o por 20 procesos que en realidad no son culpables y por tal razón son terapéuticamente irreductibles.

En realidad esta revisión de casos y en especial una de las observaciones anotadas, nos permiten ver una cosa: que un canal parcialmente herido, no totalmente seccionado, con una cicatriz que se va estableciendo poco a poco permite una tolerancia absoluta y que los trastornos por secuela de colecistectomía se establecieron una vez establecida la estenosis cerrada con su ictericia por retención.

La prueba histológica, porque ese caso murió y se estudió bien, merece leerse nuevamente por sus grandes enseñanzas. Es mucho más útil hablar de esto que de éxitos o de casos normales. Es el peligro que se

debe anotar y yo por mi parte publicaré cuanto accidente tenga, porque creo así, ser más útil a los demás.

En lo que dice el Dr. Prat sobre incisiones, yo siempre hago la incisión de Mayo Robson porque prefiero ver bien. Pero otra cosa importante en cirugía biliar es el silencio abdominal operatorio. En una cirugía que no se duerma bien el enfermo y que no se pueda exponer bien la región se está expuesto a los mil peligros de la cirugía, peligros acrecentados en la cirugía biliar. Yo opero con anestesia general, con gases últimamente pero preferentemente uso raquianestesia con percaína dominando el campo operatorio con gran facilidad y gran exposición.

En cuanto a la 2ª parte que menciona el Dr. Prat no lo quise ni abordar porque es una cosa que está fuera del tema que tratamos hoy: las anomalías del pedículo hepático. Yo pienso como el Dr. Prat, que ese caso que tuvo la desgracia de pinzar un vaso fué la rama derecha de la hepática evidentemente. Se habla mucho de las muertes hepáticas, esas muertes misteriosas, en las que se invocan una serie de explicaciones cuando no se hace la autopsia y que giran alrededor de los procesos isquémicos del parénquima hepático.

Dr. Prat. — Esta muerte no fué misteriosa, fué una muerte normal, que tuvo características especiales y se pensó que posiblemente era un cardíaco. Lástima grande no haber podido efectuar la autopsia.

Dr. Stajano. — Fué un colapso. Oí muy bien. Tuve dos casos en la clínica de muertes hepáticas que nos dejó sorprendidos y en la duda me puse a investigar sobre las conclusiones de esas muertes hepáticas. Constata en los trabajos de ligadura de la rama hepática derecha, que algunos mueren teatralmente, otros en 2, 3, 4 ó 5 días, y entran en un estado vago, indeciso y mueren en colapso casi todos, de acuerdo con la extensión del territorio hepático isquémico. Expresamente ese capítulo no lo quise tocar. Es demasiado extenso y especial, dado que las condiciones y la extensión territorial de la isquemia varían de acuerdo con las circunstancias anatómicas y operatorias e individuales de cada caso.

Dr. Prat. — A algunos no les hace nada.

Dr. Stajano. — A algunos no les hace nada y curan perfectamente, será posible. Existen casos, pero no lo puedo afirmar. Por otra parte no he querido tocar este tema porque es un capítulo distinto. Yo sólo quise puntualizar uno de los tantos accidentes de la cirugía biliar corriente y no referirme a todos los errores y accidentes canaliculares o vasculares de esta hermosa cirugía.