

LA VIA BILIAR PRINCIPAL EN LA COLECISTITIS OBSTRUCTIVA

Dra. DINORAH CASTIGLIONI

Los problemas de la vía biliar principal (V. B. P.) que se pueden presentar en una colecistitis obstructiva aguda o subaguda son los mismos que pueden verse en las colecistopatías litiásicas crónicas, obstructivas o no, y están enumerados en el cuadro 1.

Cuadro 1

PROBLEMAS DE LA VIA BILIAR PRINCIPAL

Litiasis	{ Unica, 30 %. Múltiple, 70 %. { Simple. Complicada	{ Obstrucción. { Infección.
Infección	{ Enterógena { Hematógena.	{ Canalicular. { Portal.
Colédoco terminal	{ Problemas funcionales { Anatómicos	Coledocitis. Estenosis del Oddi. Pancreatitis. Neoplasias: V. biliares. Páncreas.

El tratamiento de las lesiones de la V. B. P. debe ser realizado en el mismo acto quirúrgico que la colecistitis, siempre que el estado del paciente y del foco patológico lo permitan.

En lo que se puede considerar el desarrollo histórico del tratamiento de la colecistitis aguda, existen tres etapas:

En una *primera etapa*, se reservaba la cirugía para las complicaciones graves de las colecistitis, empiema, gangrena, abscesos pericolecistíticos, perforaciones, y el cirujano se limitaba a efectuar simples drenajes de focos supurados o colecistostomías que pusieran a salvo la vida del enfermo, sin entrar a considerar las secuelas de este tratamiento incompleto.

En una *segunda etapa*, se trataba de intervenir más precozmente, antes de que se produjeran las complicaciones; se hacía colecistostomía o colecistectomía, según las tendencias del cirujano, pero no se exploraba la V. B. P. a menos que hubiera indicaciones perentorias de hacerlo, como obstrucción o infección importante, o vesícula distendida con cístico permeable, que indica un obstáculo por debajo de la unión císticocoledociana.

En una *tercera etapa*, el mejor conocimiento de los problemas quirúrgicos del proceso y la forma de solucionarlos, los progresos de la anestesia y las terapéuticas antishock, la protección dada por los antibióticos, permiten encarar con otro criterio el tratamiento de la colecistitis en su etapa aguda y subaguda, y el cirujano no se limita a actuar sobre la vía biliar accesoria sino que investiga el estado de la V. B. P. a fin de tratar de no dejar secuelas.

En el momento actual podemos decir que el ideal de tratamiento de la colecistitis obstructiva es la colecistectomía con exploración manual, instrumental y colangiográfica de la V. B. P., solucionando los problemas que ésta pueda presentar. Se pretende así resolver no solamente el episodio agudo, sino tratar de evitar al paciente sufrimientos postoperatorios y reintervenciones.

Hay casos en que la disminución orgánica del enfermo o la gravedad de las lesiones locales evolucionadas, no permitirán más que una cirugía de drenaje, como la de la primera etapa, pero, en la mayoría de los casos, alrededor del 80 %, se está en condiciones, en los medios quirúrgicos apropiados, de ofrecer al paciente la colecistectomía con exploración de la V. B. P. como tratamiento de su colecistitis.

Esta cirugía, considerada como la mejor, no siempre puede hacerse, no solamente en agudo sino, también, en cualquier etapa

de la cirugía de vías biliares. Los inconvenientes para realizarla pueden depender del enfermo, del cirujano o del ambiente quirúrgico en que éste actúa (cuadro 2).

Cuadro 2

INCONVENIENTES PARA LA CIRUGIA COMPLETA
EN LA COLECISTITIS AGUDA O SUBAGUDA
DEPENDIENTES DEL ENFERMO

Causas generales	...	Obesos con cardiopatías descompensadas. Insuficiencia respiratoria. Fragilidad por mucha edad o carencias. Enfermedades intercurrentes graves. Diabéticos descompensados.
Causas locales		Imposibilidad de individualizar estructuras anatómicas. Dificil manejo del pedículo principal. Adherencias de la vesícula a los órganos vecinos que puedan ser lesionados en la liberación. Distensiones vesiculares con cístico permeable o peritonitis biliares por permeación en las cuales la colecistectomía no resuelve todo el problema. Lesiones extravesiculares, neoplasias de páncreas o de cóleoco bajo, litiasis coledociana, que no pueden ser resueltas en la misma operación.

En todos estos casos una simple colecistostomía es una maniobra de mayor seguridad y permite el control postoperatorio de la V. B. P. cuando el cístico es o se vuelve permeable (cuadro 3).

Cuadro 3

CAUSAS DEPENDIENTES DEL CIRUJANO
O DEL AMBIENTE QUIRURGICO EN QUE DEBE ACTUAR

- Mala anestesia.
- Dificultades de instrumental.
- Mala exposición del campo operatorio.
- Falta de equipo de rayos X para colangiografía.

El plan quirúrgico de elección, la colecistectomía con exploración y tratamiento de la V. B. P. puede realizarse en gran número de casos. En una serie de 108 colecistitis obstructivas agudas y subagudas operadas en el Servicio del Prof. del Campo, en estos últimos años de actuación en el Hospital de Clínicas se realizó en 74 casos; en 77 agudos se hizo en 44; de 31 subagudos en 30.

Las situaciones que pueden considerarse ideales para este tratamiento son los de los pacientes con poco pasado de sufrimiento biliar y buen estado general, que son entregados al cirujano oportunamente, antes de las 48 ó 72 horas de iniciado el episodio agudo, o sea cuando se puede hacer una operación precoz que contemple todas las necesidades de tratamiento.

Habitualmente operamos con anestesia general; la utilización de la local surge de las contraindicaciones de la general, pero cuando el caso lo requiere se puede realizar la colecistectomía con exploración manual, instrumental y colangiográfica de la V. B. P. y la coledocotomía, si es necesaria, con una anestesia locorregional bien conducida.

En agudo realizamos la colecistectomía directa, por dos razones: primero, porque si no se individualizan bien las estructuras es de mayor seguridad que la retrógrada y, segundo, porque como intentamos siempre la exploración transcística del colédoco la exposición del cístico traccionando la vesícula se hace mejor.

Cuando no se puede individualizar bien la terminación del cístico en la V. B. P. por el edema, se secciona a ras de la vesícula y por dentro de su luz, con un explorador, el cirujano, busca orientarse.

A través del cístico se pasan beniqués o exploradores de Bakes y, a veces, cucharillas finas para explorar el colédoco y la facilidad de pasaje a través del Oddi.

Si el cístico es fino y no hay indicaciones de actuar sobre el colédoco, colocamos una sonda Nélaton 6 u 8, transcística, para hacer una colangiografía peroperatoria que documente el estado de la V. B. P.

Mediante la instilación de suero tibio a través de la sonda, controlamos la hermeticidad del cierre a su alrededor, la facili-

dad de pasaje al duodeno y vigilamos la posibilidad de que un canalículo biliar accesorio haya quedado abierto y sea la causa de una bilirragia postoperatoria.

Asegurada la hermeticidad de la V. B. P., realizamos la colangiografía.

La colangiografía operatoria tiene mucho valor en la colecistitis aguda, pues, permite establecer el estado de la V. B. P. sin maniobras y decolamientos que pueden resultar dificultosos o peligrosos, en medio de tejidos edematosos, congestivos. Gracias a ella se evidencia la situación y contenido del hepatocolédoco y alguna vez la existencia de anomalías de los canales, que es necesario conocer para no cometer errores quirúrgicos. La existencia de una litiasis coledociana asintomática puesta de relieve por la colangiografía, obliga al cirujano a tratarla, o si la coledocotomía no es posible, a asegurar el drenaje externo de la vía biliar, para evitar complicaciones postoperatorias (obstrucción, infección, fístula biliar, o peritonitis biliar por ruptura del canal).

La colangiografía operatoria es pasible de los mismos errores que cualquier otro tipo de colangiografía, pero nosotros creemos que sus ventajas son lo suficientemente grandes como para preconizarla, cuando se sabe manejar con una buena técnica.

En el terreno agudo es donde la colangiografía operatoria puede resultar de gran utilidad, evitando maniobras peligrosas, como el decolamiento duodenopancreático, en casos en que el duodeno participa en el foco inflamatorio y sus paredes están friables, o evitando coledocotomías que resulten, además de peligrosas, inútiles, cuando no se individualizan bien las estructuras y hay firmes sospechas clínicas de una litiasis coledociana que después no se confirma.

En el período agudo de las colecistitis se deben hacer las coledocotomías con datos de seguridad que la indiquen, pero no se deben prodigar a fin de no aumentar los riesgos de la intervención.

Es precisamente la colangiografía peroperatoria la forma de obtener con mayor seguridad los datos sobre la V. B. P. y las indicaciones para abrirla sin movilizar demasiado el foco inflamatorio.

Las indicaciones para abrir una V. B. P. en el curso de una colecistitis aguda o subaguda pueden ser consideradas en dos grupos: relativas y perentorias.

Cuando las cosas se presentan fáciles, rigen las normas corrientes de la cirugía biliar en frío, que están expresadas en el cuadro 4.

Cuadro 4

INDICACIONES PARA ACTUAR SOBRE LA V. B. P.

- 1) Palpación de cálculos en la V. B. P.
- 2) Ictericia tipo obstructivo actual o reciente.
- 3) Dilatación de la V. B. P.
- 4) Salida a través del cístico de bilis infectada o barro biliar provenientes de la V. B. P.
- 5) Cálculos pequeños en vesícula y cístico dilatado.
- 6) Espesamiento de la pared del colédoco o induración de la cabeza del páncreas.
- 7) Visualización radiológica de cálculos en V. B. P.

Pero cuando las cosas no se presentan fáciles para abrir un colédoco en agudo, se necesitan indicaciones netas, perentorias, como de ictericia obstructiva o infección biliar importante, cuyo úrenaje no puede ser asegurado por una colecistostomía o un tubo transcístico.

En una serie de 131 casos de colecistitis obstructivas estudiadas por nosotros, 23 fueron colecistitis crónicas, en las cuales las directivas de tratamiento, en lo que respecta a la exploración y tratamiento de la vía biliar principal, son las mismas que en la litiasis vesicular simple.

De los 108 casos restantes, en agudo se operaron 77 y, en subagudo, 31.

De los 77 casos operados en agudo, en 44 se hizo un tratamiento completo, o sea exploración y drenaje transcístico del colédoco; 14 con colangiografía peroperatoria y 30 con colangiografía postoperatoria. En ambos grupos hubo una litiasis residual de colédoco.

En 15 casos de operación en agudo no se hizo drenaje transcístico, y en los 18 restantes se hicieron simples colecistostomías; en este grupo hubo una muerte y una litiasis residual del colédoco.

En los 31 casos que se operaron en subagudo, en 30 se hizo el tratamiento completo: 25 con colangiografía peroperatoria (3 coledocostomía y 1 hepaticostomía), y 5 con colangiografía postoperatoria (1 litiasis residual del colédoco).

En 108 casos operados en agudo y subagudo, tuvimos una muerte (en una simple colecistostomía) y 4 litiasis residual de colédoco.