

## CONSIDERACIONES CLINICOQUIRURGICAS EN LA CIRUGIA BILIAR

Dr. RAUL EDUARDO M. PATARO  
(Hospital Italiano - Buenos Aires)

Es absolutamente cierto que el pronóstico operatorio de las intervenciones sobre las vías biliares ha mejorado en forma notable en los últimos años; la morbilidad y la mortalidad han disminuido y en la mayoría de los casos el período postoperatorio cercano y alejado es bueno; esto revela que los progresos alcanzados en el dominio de la técnica, en el estudio de las reacciones humorales, en la colaboración extraordinaria de la anestesia y en los modernos conceptos sobre el postoperatorio han permitido que estos resultados sean logrados.

Pero existe un porcentaje de enfermos en donde esto no sucede, y con el fin de aportar nuestra experiencia, nos proponemos puntualizar ciertos puntos de vista.

Pues bien, podemos sintetizar el origen de estos trastornos a tres circunstancias fundamentales, que son:

- 1º) Errores de diagnóstico.
- 2º) Fallas en la técnica quirúrgica.
- 3º) Lesiones residuales.

### 1º) ERRORES DE DIAGNOSTICO

Una prolija historia clínica es esencial en el diagnóstico de enfermos de las vías biliares; el dolor aparece como síntoma más importante cuando es típico y se repite con irradiaciones hacia la espalda y hacia el reborde costal derecho, acompañándose de trastornos digestivos; aquí el diagnóstico es evidente.

Si no presenta dolor o éste es mínimo, excepto en los enfermos con ictericia obstructiva, el diagnóstico de la enfermedad biliar debe hacerse luego de un cuidadoso examen.

La colecistografía es de real importancia en el estudio de la colecistitis, pues, además de demostrarnos la capacidad funcional de absorción o de contracción del órgano, a menudo nos pone en la evidencia de una litiasis en su interior. Cuando en la historia del enfermo aparecen cólicos hepáticos típicos, y el examen clínico y de laboratorio nos confirman una colecistitis, se debe practicar una colecistectomía aun con el colecistograma normal.

Sin embargo, sin la confirmación radiológica, el cirujano deberá ser cauto antes de operar una colecistopatía.

Existen diversas enfermedades del aparato digestivo o de órganos vecinos con síntomas similares a los presentes en las enfermedades del árbol biliar; si en estos casos practicamos una colecistectomía, estaremos seguros que persistirán los síntomas anteriores.

Entre ellos tenemos: la *dispepsia gastrohepática*, uno de los trastornos más comunes atribuibles a las enfermedades de las vías biliares. En este grupo se encuentran el mayor número de colecistectomizados con persistencia de los síntomas anteriores a la intervención.

El *colon irritable* se acompaña de trastornos digestivos y puede coexistir con una colecistitis; en este caso, si no son típicos los síntomas de enfermedad vesicular, la intervención no mejora el cuadro.

*Trastornos pancreáticos* suelen simular una enfermedad biliar; afortunadamente, tanto unas como otras se tratan en el primer momento medicalmente, estando a la espera de resolver quirúrgicamente el problema cuando el diagnóstico sea confirmado.

*Será necesario descartar al *ulcus gastroduodenal**, cuyos síntomas pueden, en ocasiones, confundirse. Las *hernias diafragmáticas*, preferentemente las *del hiatus*, en el cual el techo gástrico se halla en contacto con el diafragma, presentan el cuadro de dispepsia crónica que suele atribuirse a una enfermedad vesicular, esto se aclara ante un examen radiológico de esófago y estómago; otras veces un *angor pectoris* puede simular un cólico hepático; aquí el examen cardiovascular completo aclara el origen.

Para terminar, insistiré que el cuadro clínico y la historia del enfermo, deben predominar en el diagnóstico, al que los exámenes de laboratorio o complementarios lo atestiguarán.

## 2º) FALLAS DE TECNICA

Actualmente se halla bien aclarado que la mayor parte de los trastornos dispépticos biliares se deben a una hipertonía del Oddi; consecuencia de una vesícula enferma, que impide el normal escurrimiento de la bilis vesicular en el acto de la digestión. La desaparición de estos síntomas, luego de la colecistectomía, es motivada por la supresión de la espina irritativa que actúa sobre el esfínter de Oddi; esta hipertonía exige una correcta técnica quirúrgica.

Se realiza un tratamiento quirúrgico incompleto, cuando se practica una colecistectomía parcial o se deja un bacinete o cístico largo, donde nuevos cálculos o lesiones de colesterosis (cisticitis, pequeñísimos cálculos en su interior) nos obligan a una reintervención por reaparición de los síntomas. Císticos largos aún sin cálculos, dan origen a reflejos persistentes en el tercio inferior del colédoco.

Fallas en la exploración del colédoco, es otra de las causas de la persistencia de los síntomas; nuestra sistemática exploración colangiográfica nos pone al abrigo de esta posibilidad; hemos puntualizado concretamente en varios trabajos la opinión que nos merece la colangiografía operatoria y las indicaciones de una coledocotomía exploradora en todos los casos de dudas. Otras fallas de técnica pueden aparecer por lesión de la arteria hepática, de los conductos biliares extrahepáticos, o de anomalías del desarrollo en algunos elementos comunes con el confluente biliar; por ello, no debe ligarse ni seccionarse ningún elemento anatómico que no sea previamente reconocido.

## 3º) LESIONES RESIDUALES

Dentro de éstas, tenemos:

a) Estrecheces de los conductos extrahepáticos; consecutiva a una erosión por cálculo o proceso inflamatorio prolongado, pero más frecuentemente como consecuencia de dificultades técnicas o errores durante el acto quirúrgico.

b) Litiasis residual de colédoco es otro de los factores etiológicos de estas lesiones residuales y es el resultado de una exploración insuficiente del hepatocolédoco y debe sospechársela siempre en el postoperatorio inmediato si al cerrar el tubo de drenaje del enfermo, éste acusa dolor, si aparece ictericia o si en la colangiografía postoperatoria se observan defectos de relleno.

c) Muñón cístico: las variaciones anatómicas de desembocadura del cístico o el temor de herir el colédoco pueden llevar al cirujano a una disección incompleta, pudiendo persistir un largo remanente con sus lesiones de cisticitis o cálculos en su interior con todos los trastornos que esto acarrea.

d) Colecistostomía: en algunos pacientes la sola extirpación de los cálculos dejando la vesícula, puede hacer necesaria la reintervención y efectuar la colecistectomía por persistencia de los síntomas que la llevaron a la primera intervención.

e) Odditis esclerorretráctil; fibrosis del esfínter de Oddi: esta lesión, que se produce por inflamación del colédoco terminal con esclerosis de sus paredes y lesiones del esfínter, es causa también, de trastornos postoperatorios que debieron ser resueltos en la primitiva operación. Agregaré, también, las pancreatitis, el cáncer de papila no explorado y los trastornos causados por los pequeños neuromas que se forman en las fibras nerviosas englobadas por procesos cicatrizados en los alrededores del cístico y del colédoco.

## CONCLUSIONES

Hemos pasado revista a los trastornos postoperatorios alejados en los pacientes colecistectomizados, y quisiéramos dejar establecido que la mejor manera de hacer profilaxis de estas secuelas es: 1º) la inutilidad del tratamiento médico en toda colecistitis evidente; 2º) que las intervenciones sobre las vías biliares, deben ser resueltas en la primera intervención; 3º) que las maniobras quirúrgicas deben ser cuidadosas y completas y que no sólo debemos efectuar la exploración manual e instrumental del conducto sino, también, efectuar la colangiografía de Mirizzi que, para nosotros, es de una utilidad extraordinaria y la realizamos en todos nuestros intervenidos.

En los últimos años llevamos realizadas más de 600 colecistectomías, practicándose en la gran mayoría de ellas el examen colangiográfico; esto nos ha hecho efectuar más de 180 coledocotomías; la razón de esta exploración se justifica por las reintervenciones que se debieron hacer en enfermos con trastornos postoperatorios y por el hallazgo de las siguientes anormalidades radiológicas comprobadas quirúrgicamente que, de no haber sido tratadas, hubieran ocasionado este síndrome, a saber: 130 odditis secundarias; 115 litiasis del colédoco y del hepático; 38 odditis esclerosantes; 10 casos de cístico en espiral; 4 estrecheces; 5 neoplasias de ampolla; 2 distomatosis hepáticas y 6 císticorresiduales; esto nos obligó a dejar en 180 casos drenaje externo, con: sonda Pezzer transvesicular; Nélaton transcística o tubos de Kehr, o Cattell endocoledocianos en los casos indicados.