

REINTERVENCIONES URGENTES EN VIAS BILIARES, HIGADO Y PANCREAS

Dr. LUIS ALBERTO GREGORIO

Del estudio realizado en los 18.000 ingresos pasados en revista, correspondientes a la Clínica del extinto Prof. Dr. Pedro Larghero Ybarz, ahora del Prof. Walter Suiffet, hemos tomado a nuestro cargo la consideración de la cirugía sobre vías biliares e hígado. Dado que es frecuente que las afecciones quirúrgicas del páncreas mantengan vinculación con aquélla y además reclamen intervenciones con participación predominante de las vías biliares, las hemos incorporado al grupo, toda vez que esas circunstancias se han dado.

El estudio pormenorizado nos permitirá, bajo las orientaciones que trazara nuestro maestro, llegar a importantes conclusiones en materia de reintervenciones de urgencia en esta parte de la cirugía abdominal.

En el cuadro 1 se resume globalmente el núcleo central de los enfermos que hemos considerado, así como el número de operaciones realizadas y las reintervenciones que entran en las limitaciones que el propio enunciado del tema impone.

Cuadro 1

CIRUGIA DE VIAS BILIARES, HIGADO Y PANCREAS

Ingresos	18.000	
Operaciones realizadas	6.636	(36,8%)
Operaciones del grupo	1.997	(30,1%)
Reoperaciones totales	59	(2,1%)
Muertos totales del grupo	143	(7,1%)
Muertos no reoperados	124	(6,2%)
Reoperados muertos	19	(32,2%)

A los efectos de un ordenamiento adecuado, hemos dividido el tema en tres capítulos fundamentales: a) cirugía propia de

las vías biliares; b) cirugía del hígado; y c) cirugía del páncreas. Como en nuestra serie no se registraron reintervenciones de páncreas que queden comprendidas en el tema, hemos de referirnos en detalles a los dos primeros grupos.

Como es natural, la mayor parte de esta cirugía se ha realizado en vías biliares: 1.602 operaciones, contra 358 en hígado y 37 en páncreas.

Para dar una idea de la actividad desarrollada en cirugía de las vías biliares, se ha confeccionado el cuadro 2.

Cuadro 2

CIRUGIA PROPIA DE LAS VIAS BILIARES

Operados totales	1.602
Colecistectomía	721
Colecistectomía, coledocostomía	362
Colecistostomía	290
Laparotomía exploradora por cáncer vesicular	9
Operaciones combinadas	220

Se ha denominado operaciones combinadas a todas aquellas que, escapando a los grupos aquí reunidos, incluyen más de un gesto quirúrgico para resolver la situación anatomoclinicopatológica, como por ejemplo, colecistostomía y coledocostomía, o coledocostomía más duodenotomía con papilectomía, etc., que fueron estudiados en detalles, pero que a los efectos de estas apreciaciones no interesa desarrollar.

En el cuadro 3 se han tenido en cuenta los aspectos que en nuestro concepto han sido factores fundamentales determinantes de las reintervenciones. Es notorio que cada grupo, sin tener una limitación absoluta, encierra un concepto. Con excepción del grupo llamado por extensión lesional, juega papel principal la responsabilidad del cirujano.

En siete enfermos el tratamiento fue incompleto: en unas circunstancias, porque el estado del paciente no permitió sino hacer lo mínimo y, en otras, porque el cirujano se "quedó corto". Así, por ejemplo, en la historia 19.026, a una enferma portadora de una litiasis vesicular, conjuntamente con una hidronefrosis, le fue practicada una simple colecistostomía, acompañando a la nefrectomía. Debió ser reintervenida a los quince días, por litiasis residual de colédoco. Se le hizo entonces coledocostomía, duodenotomía y papilectomía. La evolución fue buena.

A una enferma, cuya historia es el N^o 20.886, se le hizo una colecistostomía únicamente. dado su mal estado general; su litia-

sis vesicular y coledociana fue tratada ya mejorada su situación general diecisiete días después. Se le practicó entonces colecistectomía, coledocostomía y drenaje de un canal biliar intrahepático por encontrarse como afección sobreagregada un cáncer del hepático derecho que había pasado inadvertido en la primera operación. La evolución inmediata fue buena.

Cuadro 3

CAUSAS DE REINTERVENCIONES EN VIAS BILIARES

Operados totales	1.602	
Reoperados de urgencia	36	(2,24%)
Reoperados fallecidos	13	(36,1%)
Reoperados por tratamiento incompleto	7	
Muertos en reop. por trat. incompleto	1	
Reoperados por defecto de técnica	17	
Muertos en reop. por defecto de técnica.	6	
Reoperados por diagnóstico incompleto..		
Muertos en reop. por diag. incompleto	0	
Reoperados por extensión lesional		
Muertos en reop. por extensión lesional	6	

Historia N° 8.320, litiasis vesicular y coledociana. Colecistectomía y coledocostomía. Por persistir el síndrome coledociano fue reintervenido a los dieciséis días. Había un cálculo impactado en la porción terminal del colédoco. Debió hacerse duodenotomía y papilotomía. La evolución fue buena. Hubo una falta evidente en el tratamiento efectuado en la primera operación.

Historia N° 16.812, mujer, con litiasis vesicular y coledociana a la que se hizo colecistectomía y coledocostomía. La evacuación insuficiente de la litiasis de su colédoco determinó una colédocopancreatitis que obligó a una reintervención a los veinte días. Falleció a los seis días. Tampoco cabe duda de que el tratamiento incompleto inicial fue la causa posterior de la muerte.

El número de reoperados más alto correspondió a los enfermos en los que se cometieron defectos de técnica en la operación primera. Es además un grupo afectado por alta mortalidad. Citaremos los casos más típicos.

Historia N^o 19.597, mujer, con litiasis vesicular y dilatación de colédoco. Colectectomía y coledocotomía llamada ideal. Drenaje subhepático. A los nueve días debió ser reintervenida por colección biliar subhepática, debida a permeación a nivel de los puntos de sutura del colédoco, en la que se usaron agujas inadecuadas. En otros 4 enfermos debieron practicarse reintervenciones por defectos de técnica, ya sea por ajuste incompleto del tubo de Kehr, ya sea por salirse éste prematuramente. Estos hechos ocurrieron en los enfermos con las historias N^{os} 20.089, 10.216, 7.440 y 8.580. La evolución de todos fue buena. Dentro de este grupo hubieron groseras fallas técnicas en los enfermos con las historias N^{os} 7.265 y 7.301, a quienes por litiasis vesicular y coledociana se les practicaron colectectomía y coledocostomía. En el postoperatorio hicieron graves flemones pútridos de pared que obligaron a la reintervención de drenaje en el tercer día al primero y en el sexto al segundo. La evolución de ambos fue favorable, no así para la enferma de historia N^o 17.626, colectectomizada, que a las 48 horas por gangrena gaseosa debió reintervenirse, falleciendo a los tres días.

Historia N^o 13.059, operada en otro Servicio, ingresó con estenosis de colédoco por cicatriz consecutiva a herida del mismo. En primera instancia se le hizo anastomosis colédocoyeyunal, que se fistulizó. Un mes más tarde debió reconstruirse el colédoco, falleciendo una semana después por peritonitis biliar.

Historia N^o 18.893. Enfermo con colecistitis aguda y pericolecistitis. Colectectomía y coledocostomía. Fue reoperado a las 48 horas por peritonitis biliar. Se mantuvo con distensión abdominal irreductible, falleciendo a la semana de la reintervención. La necropsia reveló oclusión intestinal por adherencias. En este enfermo se acumularon varios errores: a) operación excesiva en la primera oportunidad; b) desconocimiento de la oclusión intestinal, cuyo diagnóstico hubiera impuesto otra conducta; c) mantenimiento de la ignorancia del factor mecánico en juego, que revelado hubiera determinado una segunda reintervención de urgencia y quizá salvado la vida del enfermo.

Historia N^o 13.423. Colectectomizada, que a los tres días debió ser reintervenida de urgencia por distensión abdominal y cuadro de anemia aguda, debido a mala hemostasis del lecho vesicular. La evolución fue buena.

Es de hacer notar que en toda la serie pasada en revista no hubo falla alguna de ligadura del muñón cístico.

Por haberse hecho diagnóstico incompleto debieron reintervenirse tres enfermos, sin que se produjeran muertes por esta causa. Ejemplo de este grupo es la historia N° 6.534, correspondiente a un enfermo en el que se practicó colecistectomía por litiasis vesicular. Escapó al diagnóstico una litiasis coledociana, que debió ser tratada al mes, por síndrome coledociano. Evolución buena.

Por extensión lesional debieron ser reoperados nueve enfermos, de los que fallecieron seis. Es un grupo en el que el cirujano poca o ninguna responsabilidad tiene si ha actuado en el tiempo debido. Generalmente son enfermos con mal estado general, en los que sus lesiones progresan pese a todas las medidas que se adoptan. En sus tratamientos la sagacidad y precisión del cirujano son fundamentales para alentar esperanzas de recuperación.

Historia N° 4.455. Síndrome coledociano por litiasis, angiolocolitis supurada y absceso hepático. Se practicó colecistostomía, coledocostomía y drenaje del absceso. A los veintiséis días evisceración. La reintervención no pudo impedir la muerte.

Historia N° 9.099. Peritonitis biliar por colecistitis perforada. Se hizo colecistostomía y drenajes peritoneales múltiples. Rápidamente se agregaron bilirragia profusa, hemobilia, deshidratación. La coledocostomía realizada en la reintervención, seis días después, no logró la recuperación.

Historia N° 17.346. Colecistitis aguda. Colecistectomía. A los nueve días fue reintervenido con diagnóstico de absceso intrahepático. Le fue drenado el mismo, pese a lo cual el enfermo falleció a los cinco días.

Las reintervenciones de urgencia en la cirugía propia del hígado han sido tomadas del cuadro representado aquí:

Cuadro 4

CIRUGIA DEL HIGADO

Total operaciones	
Quistostomías	181
Quistotomía	6
Quistectomía ..	
Operaciones combinadas (equinoc. más litiasis, etc.)	101
Operaciones por contusiones y heídas	7
Laparotomía exploradora por hígado secundario	22
Abscesos	17
Abscesos amebianos	4

A igualdad de lo que ocurre con las vías biliares, idénticas causas las determinan. Por ello, hemos realizado la misma división. Cabe la misma constancia, en el sentido de no pretender que cada grupo tenga una delimitación absolutamente precisa; muchas veces se sobremontan factores. Han sido tomados los aspectos predominantes para su confección.

Ejemplo típico de tratamiento incompleto es la historia N° 7.320. Quiste hidático abierto en bronquios, que fue drenado. Debíó sufrir dos reintervenciones, a los veinte y treinta y cuatro días respectivamente, por sendos quistes de hígado supurados y no tratados. Evolucionó bien.

Cuadro 5

CAUSAS DE REINTERVENCIONES
EN CIRUGIA DEL HIGADO

Operados totales	358
Muertos	29 (8,1%)
Reoperados	23 (6,4%)
Reoperados muertos	6 (26%)
Reoperados por tratamiento incompleto	3
Muertos en reop. por trat. incompleto	0
Reoperados por defecto de técnica	12
Muertos reoperados por defecto de técnica	
Reoperados por diagnóstico incompleto	3
Muertos reop. por diag. incompleto	1
Reoperados por extensión lesional	
Muertos reoperados por extensión lesional	3

También aquí hay gran incidencia de enfermos reintervenidos de urgencia por defecto de técnica. Cuatro lo fueron por contaminación exógena o endógena, que hicieron serios procesos

supurados subfrénicos (historias N^{os}. 11.474, 18.720, 20.456 y 20.413). Cinco por drenaje insuficiente y retención posterior en la cavidad residual (historia N^o 10.169, que falleció a las 24 horas de la reintervención por septicidad de la contaminación, en un operado por quiste hialino). Completan el grupo las historias N^{os}. 10.751, 5.135, 6.229 y 6.395.

Historia N^o 14.368. Enfermo de 28 años de edad, portador de quiste hidático supurado de hígado abierto en vías biliares. Quistostomía y colecistostomía. Debió reintervenirse a los quince días por absceso subfrénico originado en compresa olvidada. Falleció al cuarto día.

Historia N^o 14.075. Enfermo de 55 años de edad, con quiste hidático hialino y vesícula malformada. Quistectomía y colecistectomía. A las seis horas, reintervenido por anemia aguda. Hemoperitoneo por hemorragia en tranche hepática y desgarró de bazo. Taponamiento, esplenectomía. Muerte a las 24 horas.

Por no efectuarse diagnóstico completo, debieron reintervenirse 3 enfermos, habiéndose perdido 1. Historia N^o 4.687: quiste hidático supurado de lóbulo izquierdo de hígado. Quistostomía. Al mes debió reintervenirse por otro quiste, del lóbulo derecho, abierto en pleura. Nueva quistostomía y drenaje pleural. Falleció a los nueve días. Historia N^o 6.192: quiste hidático supurado de lóbulo derecho del hígado. Quistostomía. Continuó con fiebre y peoría del estado general. A los veinticinco días reintervención por otro quiste supurado, ubicado en cara pósterosuperior de hígado. Abordaje posterior. Evolución buena.

Finalmente, en el grupo de reintervenciones por extensión lesional se ha registrado el más alto índice de mortalidad: 3 muertos en 5 reoperados. Historia N^o 20.098: quistostomía por quiste hidático supurado. La cavidad residual se abrió en bronquios. Reintervención al mes, con doble drenaje. Buena evolución. Historia N^o 18.993: quistostomía y coledocostomía por quiste

Cuadro 6

CIRUGIA DEL PANCREAS

Total operaciones	37
Gastroduodenopancreatectomía	3
Derivaciones por cáncer	26
Laparotomía exploradora	7
Drenaje de quiste y colédoco	1
Reoperaciones	0
Muertes	20

hidático supurado abierto en vías biliares. Extensión de la supuración al peritoneo y a la pleura. Reintervención a los once días. Drenajes múltiples. Muerte al cuarto día. Historia N° 4.189: drenaje de absceso hepático. A los siete días reoperación por apertura del absceso en pleura. Falleció a los siete días. Historia N° 9.703: quistostomía por quiste hidático hialino. A los diecisiete días hemorragia intraquistica. Reoperación. Taponamiento de la cavidad. Muerte a las 48 horas.

Por no corresponder al tema, no son citadas las muertes que debieron ser reintervenidas, pero que por causas diversas perdieron por lo menos la esperanza de un beneficio cierto.

CONCLUSIONES

El número de enfermos estudiados, sus intervenciones y reintervenciones suponen una experiencia que, referida al tema, nos permiten deducciones de interés:

1º) El ordenamiento de las causas que promueven una reintervención de urgencia, establece que en lo que ha hecho el cirujano como gesto inicial al tratar a su enfermo, ha trazado su destino en el más alto porcentaje: los defectos de técnica son, a nuestro modo de ver, las causas más frecuentes de una reintervención.

2º) Los diagnósticos incompletos y los tratamientos parciales —sean éstos por la razón primera o porque el enfermo por su estado no permite completarlos— se constituyen igualmente en factores importantes determinantes de reintervenciones.

3º) En el capítulo señalado como reintervenciones por extensión lesional, si bien corresponde atribuir la mayor parte a la evolución natural de la enfermedad, no quedan en modo alguno descartados la intervención de algunas o todas las causas anteriores como elementos complementarios de la situación que determina la nueva decisión operatoria.

4º) Si bien la reintervención es un hecho infeliz en la actividad del cirujano, ella debe estar siempre presente en su espíritu y lejos de rechazarla, deberá saberla decidir con precocidad y firmeza suficientes como para reclamarle los mejores resultados. Con ello, podrá trocar en satisfacción el gesto reparador de una omisión suya, de un error, de una enfermedad que avanza a pesar de todo, o simplemente de un imprevisto. Razones todas por las que se siguen perdiendo vidas.

BIBLIOGRAFIA

- BORTAGARAY, C. A. Reintervenciones de urgencia en cirugía abdominal. Relato. "XV Congreso Uruguayo de Cirugía", 1964.
- CAMAÑO, M. C. Reintervenciones en la cirugía del bazo, peritoneo, retroperitoneo y aparato urigenital. "XV Congreso Uruguayo de Cirugía", 1964.
- CAZABAN, L. A. y CASTIGLIONI BARRIERE, J. C.—Reintervenciones en cirugía gastroduodenal. "XV Congreso Uruguayo de Cirugía", 1964.
- ITUÑO, C. Reintervenciones sobre la pared abdominal. "XV Congreso Uruguayo de Cirugía", 1964.
- LOYUDICE, F. Reintervenciones de causas mecánicas en el postoperatorio inmediato. Relato. "XXXV Congreso Argentino de Cirugía", 1964.
- MACHADO DA LUZ, R. Reintervenciones en cirugía del apéndice ileocecal. "XV Congreso Uruguayo de Cirugía", 1964.
- PRADINES, J. Reintervenciones en cirugía abdominal. Estadísticas y conclusiones sobre 6.636 operaciones abdominales. "XV Congreso Uruguayo de Cirugía", 1964.
- RIOS, G.—Análisis de las causas de muerte en reintervenciones en cirugía abdominal. "XV Congreso Uruguayo de Cirugía", 1964.
- SANCHEZ ZINNY, J.—Reintervenciones de urgencia en cirugía abdominal (de causa inflamatoria). Relato. "XXXV Congreso Argentino de Cirugía", 1: 141; 1964.
- SUGASTI, J. A.—Reintervenciones urgentes por hemorragia en cirugía abdominal. Relato. "XXXV Congreso Argentino de Cirugía", 1: 245; 1964.
- SILVA, C.—Reintervenciones en cirugía intestinal. "XV Congreso Uruguayo de Cirugía", 1964.