

REINTERVENCIONES POR INFECCION BILIAR

Dr. JUAN E. CENDAN ALFONZO

Nada menos que el 6º Congreso Alemán sobre Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutrición, realizado en 1953, fue dedicado al estudio de las *colangitis* como único tema.

Posiblemente, si dispusiera de una hora, podría dar un panorama coherente sobre reintervenciones por infección biliar.

En 15 minutos no es posible siquiera resumir los hechos salientes del problema más importante de la cirugía biliar.

Principalmente, trataré de dar la orientación para que sirva de base para la discusión, dejando para la publicación el desarrollo, aunque resumido, de tan importante tema.

En medicina no son muchas las situaciones donde el conocimiento de procesos de antiguo estudiados, como la infección biliar, hayan sufrido, en un lapso relativamente corto, tantas variaciones en lo referente a etiopatogenia, frecuencia características ambientales y regionales, importancia actual y evolutiva, y orientaciones terapéuticas.

Desde los estudios de Naunynn y Umber, en Alemania, con el concepto de la colangia, y los de Cruveilhier y Jaccoud, en Francia, sobre las angiolitias, hasta nuestros días, la infección biliar ha sido ampliamente estudiada por clínicos, patólogos y experimentadores, precisando el concepto etiopatogénico y demostrando su polimorfismo no sólo en función de los factores individuales, sino también de las condiciones ambientales, cuyo papel trascendente quedó indiscutiblemente demostrado en los períodos de la guerra de 1940-44 y en los períodos de carencia y de resurgimiento de la postguerra, y que son confirmados por las peculiaridades regionales del proceso que estudiamos, como es dable observar en las angiolitias corrientes en los países escandinavos, en el Extremo Oriente, etc.

Además, los considerables adelantos de la cirugía biliar en base no sólo a los perfeccionamientos de la cirugía, sino y en

particular, a las precisiones logradas con los estudios funcionales y bacteriológicos, el sondeo duodenal, las exploraciones colangiográficas y manométricas, y la biopsia hepática han permitido comprender mejor los problemas de la infección biliar y orientar su tratamiento quirúrgico en forma más racional y efectiva.

Todo ello ha traído, como en otros campos de la medicina, variaciones en el concepto quirúrgico de la infección biliar, que de las formas obstructivas o ectásicas de causa orgánica extrahepática, ha ido extendiéndose hacia las formas funcionales y hacia ciertas formas intrahepáticas consideradas hasta hace poco del resorte exclusivamente médico, y para las que el drenaje biliar es algo así como la traqueostomía para ciertos procesos respiratorios no obstructivos.

Es el momento de recordar aquí la noción de las *angiocolitis* o *colangitis sépticas*, las clásicamente quirúrgicas, de las que debemos ocuparnos no sin vernos obligados a referirnos a las otras formas, ya que los límites no pueden permanecer estrictamente demarcados.

Cuando se analiza la bibliografía sobre reintervenciones en vías biliares, inmediatamente llama la atención la poca referencia a la infección biliar, a la que a veces ni siquiera se menciona.

En general se especifica como motivo de la reintervención, la litiasis de la vía principal, subsistente, residual o recidivante, el muñón cístico patológico, la pancreatitis persistente o recidivante, las estenosis más o menos completas, la patología del confluente vateriano, etc., y si bien generalmente se hace referencia a la infección biliar, tan frecuente en todas estas situaciones, no se la jerarquiza en su significación y no se destaca la importancia del tratamiento correcto específicamente dirigido a ella, dando por aceptado que la corrección de los procesos patológicos causales que han orientado la conducta en la reintervención, basta para terminar con la infección.

Sin embargo, la infección en sí, tiene un significado mucho más importante.

En primer lugar, en la gran mayoría de las situaciones antes apuntadas, la infección es el proceso que llama la atención sobre las vías biliares. Pero su presencia tiene significado no sólo como patología de acompañamiento, sino como proceso de trascendencia propia, por su gran significado actual o por su potencial evolutivo, siendo muchas veces la rectora de la reintervención en cuanto a oportunidad y táctica, y requiriendo atención especialmente dirigida a ella, en la conducción del tratamiento.

Por otra parte, la presencia de infección en los procesos citados tiene una incidencia frecuentemente decisiva sobre el riesgo

operatorio, la evolución inmediata y especialmente la alejada, pudiendo afirmarse que ella incide pesadamente sobre el porcentaje de mortalidad en las reintervenciones y que en muchos casos el pronóstico inmediato o alejado está condicionado fundamentalmente por la entidad y características de la infección biliar.

Además, cuando se estudian las estadísticas de cirugía biliar surge como evidencia que la infección biliar es la complicación que más frecuentemente condiciona la reintervención, por sí o por la patología asociada, y siendo una complicación vinculada a las oportunidades de contaminación bacteriana de las vías biliares en el curso de la vida, su eclosión tiene relación con el tiempo transcurrido desde la intervención y la frecuencia y virulencia de irrupciones bacterianas por vía hematógena o canalicular, por una parte, y por otra, con las posibilidades de colonización vinculadas al estado anatómico y funcional postoperatorio de las vías biliares, y a las condiciones generales relacionadas con la edad o estados fisiológicos o patológicos que reducen la resistencia a la infección.

Todo lo expuesto justifica ampliamente que cuando se plantea el problema de las reintervenciones en cirugía biliar, se adjudique a la infección el papel de primera plana que le corresponde.

SITUACIONES EN QUE SE PRESENTA LA INFECCION BILIAR

La infección biliar puede presentarse, cronológicamente, en tres situaciones:

1) *La infección persiste después de la primera intervención:*

- a) porque persiste la causa;
- b) porque la mantienen causas iatrogénicas;
- c) porque las bacterias resisten a los antibióticos.

2) *Se opera un caso aparentemente no infectado, y en el postoperatorio inmediato acontece la infección biliar por:*

- contaminación operatoria;
- lesiones anatómicas de las vías biliares;
- cirugía incompleta que mantiene el estasis biliar;
- contaminación postoperatoria a través del drenaje externo.

3) *La infección se produce a distancia del acto operatorio inicial después de un período sin síntomas más o menos largo, en vías biliares previamente infectadas, o en vías biliares vírgenes de infección.*

1) *En el primer grupo* y dejando aparte los casos en que el proceso patológico no tiene posibilidades de solución quirúrgica efectiva, se resumen en su mayor parte, las situaciones relacionadas con: *cirugía biliar incorrecta*:

- a) *por incompleta o insuficiente*, dejando factores de estasis, focos infecciosos, drenajes inefectivos, etc.;
- b) *por excesiva o agresiva*, determinando lesiones que permiten la persistencia de la infección.

No podemos extendernos sobre estos problemas, que son, sin embargo, de fundamental importancia.

En cuanto a las infecciones resistentes a los antibióticos y también dejando de lado los casos en que una terapéutica antibiótica intensiva pre y postoperatoria ha sido realmente necesaria, cabe recordar que son numerosos los casos en que el uso indiscriminado de los antibióticos en cuanto a dosis, tipos, duración, combinaciones, etc., tanto en el pre como en el postoperatorio, permiten o provocan el desarrollo de cepas resistentes de difícil erradicación.

2) *En el segundo grupo*, también los factores iatrogénicos ocupan un lugar preponderante y obligan a meditar sobre la responsabilidad que corresponde al cirujano en la eclosión de la infección biliar postoperatoria que significa tan pesado handicap en el futuro del paciente.

3) *En el tercer grupo*, la infección biliar, más directamente relacionada con las posibilidades de bacteriocolia y demás elementos a que hacíamos referencia hace un momento, está vinculada a estados patológicos no siempre controlables, especialmente cuando la primera intervención tuvo lugar en vías biliares infectadas, que constituyen un sitio de elección para reinfecciones a poco que otros factores incidan.

Puede aplicarse aquí, con salvedades, el concepto que rige para las pielonefritis, de que una vez que las vías biliares han sido el sitio de una infección importante, constituyen un "locus minoris resistentiae" con repetidas posibilidades de reinfección a través del tiempo.

Y son precisamente estos casos, con procesos patológicos asociados, en los que se dan con mayor frecuencia las reintervenciones iterativas, donde el círculo vicioso: lesiones cicatrizales, infección biliar residual, hace cada vez más problemática la posibilidad de curación.

La infección biliar puede presentarse en diversas formas:

1) *En una primera serie de situaciones, la infección biliar es el hecho clínico que llama la atención sobre un proceso patológico asociado de la vía biliar, hasta entonces silencioso.* Son los casos más frecuentes y constituyen las formas conocidas como colangitis de acompañamiento.

Una litiasis residual, una estenosis incompleta, un megacólecoco, y más especialmente una colecistectomía incompleta, un muñón cístico, una cavidad residual de Q. H. de hígado, e incluso una pancreatopatía crónica, pueden no tener una traducción clínica llamativa hasta que la infección biliar residual, postoperatoria inmediata, o sobreviniendo en la evolución alejada, con un intervalo de salud real o aparente más o menos largo, abre la escena clínica con manifestaciones que van desde el gran síndrome coledociano con componente obstructivo a veces predominante, o con participación parenquimatosa ostensible, o con predominio de las manifestaciones septicémicas, hasta las formas que sólo son reconocibles en su verdadera etiología, si se las conoce y se piensa en ellas, y se objetivan mediante las exploraciones auxiliares y los datos de laboratorio, cosa especialmente difícil cuando el tiempo transcurrido libre de síntomas desde la primera intervención, a veces de años, hace difícil referir a su verdadero origen los síntomas actuales.

2) *Otras veces, la infección biliar que motivará la reintervención, se presenta en ausencia de las condiciones patológicas de las vías biliares antes apuntadas, dejando al cirujano en la perplejidad cuando en la exploración no encuentra obstáculo aparente al corrimiento biliar, máxime si en la primera intervención, dirigida por ejemplo a la colecistectomía por litiasis vesicular no complicada, la exploración operatoria permitió objetivar una vía biliar principal de caracteres normales, y especialmente si el estado bacteriológico de la bilis en ese momento, no mostró elementos de infección.*

Se piensa entonces en problemas funcionales ya que, desde Naunynn y Cruveilhier, las opiniones son acordes en adjudicar a la estasis biliar, un papel patogénico fundamental en el desencadenamiento de la infección biliar.

3) *En muchas ocasiones, hay que buscar el factor determinante de la localización infecciosa, en alteraciones anatómicas de la vía biliar, que, aún no estenosantes, y sin que exista estasis biliar, por lo menos permanente, dichas alteraciones constituyen lugares de menor resistencia provocados ya sea por lesiones cicatrizales de la pared canalicular, secuelas de coledocotomías, o de cuerpo extraño (úlceras de decúbito por cálculo, lesiones por tubo*

de Kehr); o de infección importante canalicular parietal previa, o de origen granulomatoso por infección residual o por acción medicamentosa (antibióticos, sulfas) o de orden químico irritante por reflujo pancreático biliar o por líquido hidático; o por parásitos (ankilostomiasis, distomatosis de vías biliares) o por fístula biliobiliar espontánea, etc.

4) *Finalmente*, existen formas de *infección biliar postoperatoria*, en las cuales no se encuentran los factores localizadores que podríamos llamar quirúrgicos, descritos en lo que antecede, y que, teniendo su origen en infecciones de los segmentos de conexión, el tendón de Aquiles del sistema biliar, en el concepto de Aschoff, corresponden al grupo de las *angiocolitis* o *colangitis descendentes*.

PATOLOGIA

Es un hecho generalmente admitido que la infección biliar exige, para su estallido, la combinación de dos factores:

- la estasis biliar;
- la infección.

Pero este es un concepto que como hemos de ver, es en cierto modo restrictivo. La estasis biliar pura, provocada por obstrucciones completas o incompletas de las vías biliares o por hipotonía de las mismas, puede existir sin infección a veces durante mucho tiempo, acompañada de manifestaciones clínicas evidentes o no, y con alteraciones funcionales e histológicas variables, entre otras determinantes, según la importancia de la hipertensión biliar, el tiempo de evolución, las posibilidades de compensación, etc. (Fiessinger, G. Albot, Caroli, Paraf, Eteve, Poilleux, etc.). Lo demuestran los hechos experimentales y la experiencia clínica. La ictericia obstructiva fría, aséptica, en el cáncer de la cabeza del páncreas, es el ejemplo clásico.

Por otra parte, la contaminación de las vías biliares en el sentido de bacteriocolia, es un hecho relativamente frecuente, sin que ello signifique infección porque no hay en esos casos, modificaciones de las vías biliares.

De no ser así, la frecuencia de las infecciones biliares sería considerable y casi inevitable en el curso de la vida. Es sabido que casi todos los microorganismos que llegan a la circulación sanguínea pueden ser eliminados a través del hígado por la bilis. Y la bilis en sí, lejos de poseer poder bactericida, es un excelente caldo de cultivo por lo menos para algunas especies. Por otra parte, es un hecho comprobado que la bilis de la porción

terminal del colédoco puede estar contaminada lo que se considera una consecuencia natural del reflujo séptico duodenal.

La razón de la no infección en esas condiciones es la integridad anatómica del epitelio canalicular, y la acción de arrastre y lavado de la coleresis.

Si a la bacteriocolia se agrega la estasis biliar cualquiera sea la causa, o lesiones epiteliales más o menos importantes, que incluso pueden ser determinadas por la agresión bacteriana directamente en ciertos casos, queda constituida la infección biliar.

De esto surge la importancia de las lesiones y alteraciones anatómicas y funcionales de las vías biliares en el desencadenamiento de la infección biliar. Ello explica porqué en el cáncer de la cabeza del páncreas, las vías biliares anatómicamente sanas no se infectan habitualmente a pesar de la estasis biliar, en tanto que la infección sobreviene más o menos rápidamente en las estenosis inflamatorias o cicatrizales, en la litiasis de la vía principal y en los neoplasmas de la vesícula o de la vía biliar principal, por la participación de las lesiones anatómicas del epitelio canalicular. Y esto permite jerarquizar debidamente la trascendencia de todo acto quirúrgico sobre las vías biliares, para el futuro, en materia de posibilidades de infección, especialmente si se ha actuado directamente sobre la vía principal.

La coledocotomía, las exploraciones y demás maniobras instrumentales intracaniculares, los tubos de drenaje, los despegamientos y drenajes, ocasionando adherencias con distopias y acodamientos, son otros tantos factores de lesiones cicatrizales, y de estasis por dificultad de evacuación. Si sus consecuencias no son tan frecuentemente observadas, ello obedece al gran poder de regeneración del epitelio canalicular que hace que cuando se han extraído los cálculos y se han eliminado los factores que se oponen al libre curso de la bilis, la vía excretora principal recupera su natural esterilidad. Estos son precisamente como veremos, los fundamentos que justifican el cierre primario del colédoco.

También es importante recordar las consecuencias que tienen las operaciones que suprimen la barrera del Oddi. Es opinión general que en las anastomosis biliodigestivas, la infección biliar no ocurre si no hay estenosis que provoque estasis biliar. Esto es cierto sólo en parte, pues también en ausencia de estenosis; la infección puede aparecer ligada a nuevos factores:

- a) Las situaciones hipertensivas periódicas o permanentes de la viscera anastomosada (estómago, hipertensión duodenal o yeyunal) permitiendo la inyección a presión de su contenido séptico en la vía biliar.

- b) La mayor septicidad del contenido gástrico y del duodeno en los pacientes con hipoacidez e hipoquilia y/o con estasis biliar por dificultades de evacuación de orden mecánico o funcional.
- c) La estasis residual en la vía biliar en las anastomosis de cavidades atónicas o diverticulares (vesícula, quiste del colédoco, cavidad residual de quiste hidático, megacolédoco atónico).

Se discute aún la influencia que tendrían ciertas alteraciones de constitución de la bilis: la proteinocolia y la discolia (Markoff), y la influencia de factores fermentativos, quimiotóxicos o alérgicos, sobre las pequeñas vías biliares cuya importancia, según Franke, no puede ser juzgada exactamente todavía.

LAS VIAS DE LA INFECCION BILIAR

Clásicamente se admiten cuatro vías para la contaminación de las vías biliares, cuya frecuencia e importancia es aún discutida.

a) *La vía hematógena, a través de la arteria hepática o la cística*, segura en las bacteriemias y septicemias.

b) *La vía hematógena portal*, segura también en las septicemias de cortocircuito a punto de partida de focos abdominales, especialmente en las que se acompañan de pyleflebitis, y muy frecuente en las bacteriemias portales a punto de partida de procesos inflamatorios intestinales, especialmente de las zonas ileocecal y sigmoidea, que están en el substrato patogénico del síndrome enterohepatorrenal de Heitz-Boyer.

c) *La vía linfógena*, invocada para las infecciones biliares consecutivas a procesos inflamatorios abdominales: apendicitis, periduodenitis, perinefritis anteriores, etc.

La importancia de las vías descendentes de la infección biliar es sostenida desde antiguo por los franceses, para quienes la angiocolitis séptica es familiar, atribuyéndose gran importancia práctica a la colibacilosis de Gilbert en los cuadros corrientes y proteiformes de las inflamaciones alitiásicas de las vías biliares.

También en Alemania, cuya escuela ha dado tanta importancia al estudio de la colangitis, las punciones hepáticas realizadas por Gaida, Kalk y Wildhirst han mostrado que la colangitis de origen intrahepático es mucho más común de lo que se suponía hace algunos años, dando mayor apoyo a los conceptos de los que, desde Aschoff, daban importancia a la infección descendente.

d *La vía canalicular ascendente*, es también considerada de particular importancia por su frecuencia, y su conocimiento por parte del cirujano, adquiere particular importancia, especialmente en los operados de vías biliares. De las investigaciones de Henning y Baumann, y de Markoff, surge que la vía canalicular ascendente tiene gran importancia en enfermedades del estómago e intestinos (gastritis, duodenitis, diverticulitis, enteritis, úlceras, etc.), en las diskinesias de las vías biliares extrahepáticas, en las afecciones pancreáticas (pancreatitis, fibrosis quísticas, tumores); en las distopias adhesivas, la litiasis biliar, las alteraciones cicatrizales del colédoco, las fístulas y anastomosis biliodigestivas. También la gastrectomía o las intervenciones que reducen o suprimen la secreción ácida y permiten una mayor actividad bacteriana en los sectores altos del tubo digestivo, son factores favorables de la infección biliar.

Por último, hay que dar importancia a las contaminaciones directas de origen exógeno, ya sea operatoria, ya lo que es menos raro, por los drenajes (tubos de Kehr, o transcísticos, o transpapilares, o colecistostomías, drenaje de cavidad hidática, etc.) y las contaminaciones directas de origen endógeno, consecutivas a fístulas biliodigestivas y abscesos o cavidad séptica abiertas en vías biliares (abscesos, neoplasmas infectados, quistes hidáticos supurados, etc.) cuando no se toman las precauciones debidas en su manejo.

Razones de espacio nos impiden hacer referencia a otros aspectos de la patología de la infección biliar postoperatoria, cuyo conocimiento es de fundamental importancia.

También serían de interés algunas consideraciones clínicas y diagnósticas, en las que se basa la indicación de la reintervención, en las que no entraremos por el mismo motivo, y pasamos directamente a la reintervención.

LA REINTERVENCION

Decidida la reintervención, las situaciones que pueden plantearse son tan numerosas que resulta imposible ni siquiera su enumeración.

La elección del momento, la táctica, etc., de la reintervención, dependen de la consideración de un cierto número de factores:

- 1º) De la importancia y repercusión actual de la infección biliar y de sus caracteres evolutivos.
- 2º) Del diagnóstico seguro o probable de los procesos patológicos determinantes o concomitantes con la infección biliar.

- 3º) De la evaluación del riesgo operatorio que condicionará la reintervención según que dé al cirujano cierta latitud para la elección del momento y táctica o que incline hacia el procedimiento más simple o más rápido.
- 4º) Del resultado de la preparación preoperatoria fundamental en todos los casos, aun realizada en breve tiempo.
- 5º) De las dificultades técnicas previsibles en relación con obesidad, eventraciones, intervenciones iterativas, complicaciones infecciosas de vecindad, etc., etc.

DIRECTIVAS PARA LA REINTERVENCION

Las directivas para la reintervención son esquemáticamente y en teoría fáciles de establecer:

1º) *Asegurar lo antes posible un avenamiento suficiente para:* a) descompresión, si hay hipertensión biliar; b) drenaje efectivo, único medio de combatir eficazmente la infección y la estasis, y restablecer o preservar la función hepática. Ello se realiza mediante el drenaje orientado al sitio o sitios donde la reintervención y la estasis facilitan la progresión o persistencia de la infección (es decir, que el drenaje no puede ser ciego, sino orientado).

2º) *Asegurarse de la supresión de recesos capaces de mantener una infección residual:* colecistectomía, tratamiento de divertículos quísticos del colédoco; tratamiento de cavidad residual de Q. H.; pesquisa y desobstrucción de vías biliares intrahepáticas, mediante aspiración y lavado intracanalicular con sondas flexibles y avenamientos localizados; incluso resecciones segmentarias o sectoriales.

3º) *Tratar la causa.* Pretender, aunque no sea más que enumerar aquí los diferentes principios terapéuticos concernientes, significaría recorrer toda la cirugía biliar. En general, y según los casos, el tratamiento de la causa puede y debe ser realizado en el momento de la reintervención, pero muchas veces, motivos de orden local o general, obligan a postergarlo para otro acto quirúrgico. Sin embargo, el cirujano debe tener siempre presente el grave problema de las reintervenciones iterativas, en las que se multiplican las dificultades y disminuyen las posibilidades de recuperación efectiva. La solución integral de los problemas biliares, en la primera operación, que es la mejor profilaxis de la complicación que estudiamos, adquiere así particular importancia en la reintervención.

4º) *Asegurar un buen drenaje interno que restablezca el flujo biliar hacia el intestino sin estancamiento en el futuro.*

Este punto significa abordar el problema de las indicaciones y técnica de las reconstrucciones de las vías biliares, de la cirugía de la papila y de las anastomosis biliodigestivas en la infección biliar.

Establecidas esas directivas generales, ellas deben ser aplicadas en cuanto a oportunidad, cronología y conducción de la reintervención, en función de las situaciones clínicas.

Entre el programa mínimo de descompresión y drenaje biliar, y el programa máximo de solución integral del problema, del punto de vista quirúrgico, existe toda la gama de soluciones intermedias en función de los diversos factores relacionados con la evaluación del riesgo operatorio, la entidad de los gestos quirúrgicos requeridos por la reintervención, el estado general del enfermo, etc.

El hecho que rige la conducta es que la infección biliar no admite dilaciones. Salvo los casos poco frecuentes en que puede suponerse que no hay factores obstructivos importantes ni hipertensión biliar, en cuyo caso puede intentarse el tratamiento médico de la infección difiriendo el momento de la reintervención, el diagnóstico de infección biliar en un operado de vías biliares, es indicación de reintervención a breve plazo. En tanto que persiste la ectasia, persiste o progresa la infección y si a ello se agrega la hipertensión biliar, la repercusión parenquimatosa suma rápidamente sus efectos.

Quiere decir que la cirugía de la infección biliar, debe ser encarada como cirugía de urgencia, y como tal exige del cirujano prudencia en el establecimiento del pronóstico, el momento de la intervención y la táctica a seguir.

Varios hechos rigen fundamentalmente las posibilidades del cirujano: 1º) el grado de repercusión funcional hepática; 2º) las características de la infección biliar; 3º) las complicaciones sépticas de vecindad; 4º) las complicaciones pancreáticas; 5º) las dificultades técnicas a resolver.

1º) *Grado de repercusión funcional hepática*

La insuficiencia hepática, constituye el factor de mayor gravedad pronóstica y el que limita más las posibilidades del cirujano. Pero lejos de ser una contraindicación para la intervención, en principio, exige el drenaje en forma más perentoria que cuando hay estasis mecánica pura. Son los casos que exigen mayor prudencia por parte del cirujano, pero al mismo tiempo exigen decisión. En tanto que el drenaje no sea establecido, no podrá pretenderse, cualquiera sea la terapéutica médica instituida, la recuperación de la función parenquimatosa. Ello no

obsta para que se realice la terapéutica médica intensiva dirigida especialmente a la más grave complicación operatoria en estas circunstancias, la hemorragia, que es la causa más común de muerte en el postoperatorio inmediato.

Cuando la alteración funcional hepática es mayor, como en el caso de una hepatonefritis, con trastornos de la diuresis asociados o no a una azoemia elevada, las restricciones en materia de agresión operatoria llegan al máximo. Pero el drenaje efectivo de la vía biliar se impone como la solución para salvar la vida del paciente.

2º) *Las características de la infección biliar*

La importancia, extensión, tipo, naturaleza, etc., de la infección plantean problemas tácticos muy diferentes en la reintervención y aquí cabe considerar diversas situaciones:

a) Cuando la infección séptica está más o menos *limitada a los grandes canales de la vía principal*, las posibilidades del cirujano son grandes en el sentido de poder encarar una solución integral del problema biliar, sobre todo si el tratamiento de la causa, como en el caso de la litiasis del colédoco, puede ser realizado sin mayores dificultades técnicas.

En tales casos, solucionada definitivamente la obstrucción y la estasis, queda el problema de la infección. Y aquí aparecen las diferencias entre quienes se mantienen fieles al drenaje externo con tubo de Kehr, y quienes, desde Kirschner, sostienen que la infección biliar no es contraindicación para el cierre primario del colédoco siempre que el drenaje interno esté asegurado.

Se basa tal conducta en la reconocida resistencia de las paredes de la vía principal a la infección, y la capacidad de regeneración del epitelio canalicular una vez suprimida la estasis con lo cual se evita el drenaje externo con los trastornos inherentes a la expoliación biliar y su repercusión sobre la función digestiva.

Personalmente, y siguiendo a Mirizzi, somos partidarios de la coledocorrafia inmediata, que al restituir totalmente la bilis al intestino, permite la normalización de la función biliar y la recuperación de la célula hepática. Cuando las alteraciones parietales no son muy intensas y no hay dilatación atónica importante, practicamos el cierre sin drenaje.

Si la entidad de la infección parietal canalicular y la importancia de la dilatación hacen dudar de la eficacia del drenaje interno o si los valores manométricos son elevados por el edema inflamatorio, dejamos una sonda transcística que permita eventualmente la desgravitación en los primeros días postoperatorios, la coledococlis, y el control manométrico, colangiográfico y bacteriológico biliar.

b) *El tratamiento de las infecciones de las zonas diverticulares de la canalización biliar con infección autóctona o secundaria a la de la V. B. P.*, es de extrema importancia porque su infección residual significa mantenimiento de la sepsis biliar por reinfecciones de la vía principal. El problema es simple en el caso de las infecciones vesiculares residuales o secundarias a colecistectomía, cavidad residual de quiste hidático, muñón residual, etc.

Más difícil es la detección y tratamiento de cavidades intrahepáticas por evacuación de abscesos angiocolíticos o quistes abiertos en vías biliares. Aquí, la colangiografía operatoria es soberana y mediante su control puede resolverse la localización, abordaje y tratamiento adecuado de estos recessos mediante evacuación y cierre o drenaje directo externo o drenaje transcanalicular en caso necesario.

c) *Angiocolitis propagadas por vía canalicular ascendente y descendente.* Cuando la infección purulenta canalicular se propaga a los canalículos biliares, la situación se vuelve grave y las posibilidades terapéuticas disminuyen considerablemente. Y todavía es más grave en las formas descendentes, colangioliticas, que en las ascendentes, ya que en estas últimas la función hepática y el flujo biliar se conservan más tiempo y sólo se deterioran secundariamente.

Los abscesos miliars, resultantes de la colección purulenta en los canalículos biliares, se drenan mal por la ausencia o gran disminución del flujo biliar.

En estas situaciones se impone el drenaje de Kehr, muchas veces inefectivo porque a la insuficiencia del flujo biliar se suma a menudo la estasis mantenida por litiasis o estenosis diafragmática de las vías biliares intrahepáticas. *La topografía sectorial* de estos procesos, por lo menos predominante, hecho no excepcional, tiene enorme importancia quirúrgica. La colangiografía permite su descubrimiento y el cateterismo, lavados y desobstrucción de esas zonas pueden contribuir a la solución eficaz de tan graves situaciones.

d) *Abscesos de origen canalicular.* No haremos más que citarlos. Cuando la supuración rompe la barrera canalicular y se originan los abscesos periangiocolíticos, desaparece toda posibilidad de drenaje quirúrgico efectivo; no obstante, el drenaje de la vía principal, facilitando el flujo biliar, contribuye a mantener por lo menor ciertas zonas en buenas condiciones, preservando la función parenquimatosa y permitiendo obtener el máximo posible de la terapéutica antibiótica y de sostén.

Otras veces, la confluencia de focos origina el conocido absceso areolar de Chauffard, cuyas cavidades anfractuadas son muy difíciles de drenar.

En esta etapa, la insuficiencia hepática se instala más o menos rápidamente, consecutiva a hepatitis grave, más o menos aguda, o sobreagregándose a la cirrosis colostótica que acompaña a corto plazo a estas infecciones biliares.

Salvo casos excepcionales en que se observa una verdadera resucitación mediante antibioticoterapia y terapéutica de sostén asociada al drenaje, casi siempre sobreviene la muerte como consecuencia de la sepsis y la insuficiencia hepática.

e) *Coledocitis gangrenosas y necróticas.* La clínica y la experimentación demuestran que el colédoco resiste más que la vesícula a los fermentos pancreáticos y a la infección, al punto de que mientras que es de relativa frecuencia observar la necrosis séptica en colecistitis obstructivas evolucionadas y en colecistitis no obstructivas con reflujo pancreático, el colédoco permanece indemne si se suprime a tiempo la estasis biliar. Pero hay casos en los que se asiste a verdaderas *coledocitis filtrantes* y aun a formas hipersépticas, donde el colédoco aparece friable, con las clásicas manchas verdáceas de la necrosis séptica desgarrándose ante las más suaves maniobras en procura del drenaje. En un caso que tuvimos oportunidad de enfrentar esta gravísima situación y a pesar de haber logrado instalar un drenaje de Kehr efectivo, la paciente falleció en pocas horas en estado de grave insuficiencia hepática y sepsis. Es evidente que a las causas locales se suman en estos casos factores generales que disminuyen la resistencia a la infección: grave insuficiencia hepática, diabetes, obesidad, edad avanzada, etc. Es posible también que en algunos de estos casos se trate de infecciones polivalentes con participación de anaerobios. Resulta pues importante la investigación de anaerobios en la bilis de estos pacientes.

Hay que distinguir estas formas de otras, no tan raras, donde no es la infección, sino la acción enzimática pancreática lo que parece tener predominancia en las lesiones necrosantes y donde el drenaje de Kehr nos ha resultado eficaz.

f) *Formas esclerosas, estenosantes o retráctiles.* En ellas, las lesiones predominan en la pared canalicular y en la atmósfera conjuntiva vecina, en tanto que no se acompañan de mayores alteraciones del epitelio. Llevan al espesamiento, esclerosis y retracción de la vía biliar principal y ocasionan una reducción a veces muy considerable de la luz.

En los casos que hemos podido observar, la luz canalicular era de 1 a 2 mm. Conocidas desde Lancereaux y descritas con diversos nombres (angiocolitis esclerosas, productivas o proliferativas, pediculitis, coledocitis estenosante, periportitis, etc.), engloban procesos patológicos que tienen tal vez un común substratum inflamatorio, pero de distinta localización, por lo menos

en su sitio de origen, y cuya expresión común es la considerable reducción del calibre, en zonas de extensión variable de la vía biliar principal.

Su etiopatogenia es oscura. La infección ascendente, la linfangitis y celulitis de los espacios portales, del pedículo hepático y la pericoledocitis de la zona retro e intrapancreática, las hepatitis mesenquimatosas hematógenas consecutivas a procesos infecciosos a punto de partida abdominal parecerían ser la causa. Llama la atención su poca incidencia en relación con la importancia frecuente de los procesos inflamatorios linfáticos y mesenquimatosos del pedículo hepático, cuya organización no va seguida, habitualmente, de tal extensión.

Pueden ser generalizadas o difusas, lo que es excepcional.

Habitualmente son segmentarias o localizadas a los canales hepáticos, al hepatocolédoco, al colédoco retropancreático o al colédoco terminal.

Las formas que toman todo el hepatocolédoco son muy raras. Sólo conocemos tres casos, de los cuales tuvimos ocasión de tratar uno con excelente resultado.

Las localizaciones en colédoco inferior pueden ser difíciles de distinguir de las pancreatitis estenosantes, con las que frecuentemente se las confunde.

Las localizadas en colédoco terminal, las más frecuentes en razón de las oportunidades inflamatorias de la zona, son las mejor conocidas: odditis esclerorretráctiles de del Valle, odditis estenosantes de Mirizzi, o papilitis de Caroli.

El diagnóstico operatorio se hace por el aspecto estenosante, con considerable reducción de la luz en más o menos extensión, y la imagen colangiográfica, que muestra la zona de rigidez e inextensibilidad a pesar de la hiperpresión, las irregularidades de calibre, y por encima una dilatación más o menos pronunciada.

Estas situaciones han sido resueltas en diversas formas: anastomosis biliodigestivas por encima de la zona estenosante, dilataciones, drenaje prolongado, etc. En el caso que tuvimos ocasión de operar, obtuvimos un excelente resultado mediante la extirpación de la vaina fibrosa pericoledociana, lo que permitió obtener una considerable recuperación del calibre del colédoco.

3º) *Complicaciones sépticas de vecindad*

La infección biliar grave adopta frecuentemente la forma septicémica, con las clásicas manifestaciones de la fiebre bilio-séptica de Chauffard; y sus propagaciones regionales y a distancia, son frecuentes.

Dejando de lado las localizaciones metastásicas a distancia, por vía hematógena o linfática, que implican un gravísimo pronóstico y serias dificultades de diagnóstico y tratamiento quirúrgico, debemos recordar las supuraciones de vecindad por propagación directa o por vía linfática; abscesos subfrénicos y subhepáticos, intra y subperitoneales, subpleurales, empiemas, etc., todos los cuales deben ser motivo de pesquisa, so pena de ser causa de fracaso terapéutico.

4º) *Complicaciones pancreáticas*

Ocupan un lugar muy importante en las reintervenciones para tratamiento de la infección biliar.

Un grado variable de pancreatitis edematosa circunscrita a la zona pericoledociana, o englobando la cabeza del páncreas, o extendida a toda la glándula, y más o menos estenosante, respondiendo a una propagación linfática del proceso inflamatorio, acompaña a las coledocitis supuradas o no, y no requiere acción directa, pues cura con las medidas destinadas al tratamiento de la infección biliar.

Pero queremos referirnos particularmente a las pancreatitis agudas o subagudas, a veces supuradas, de topografía cefálica predominante, pero con participación más o menos importante de toda la glándula, de origen canalicular por reflujo biliopancreático, o por vía linfática, que suelen observarse en las impacciones litiásicas y en las odditis estenosantes, y donde las alteraciones inflamatorias y traumáticas de la zona oddiana, pueden interferir con el drenaje pancreático, máxime que en estos casos no se puede contar con el drenaje supletorio, por otra parte inconstante e insuficiente, del canal de Santorini.

Generalmente la supresión del obstáculo (cálculo, papilotomía, etc.) basta para asegurar el drenaje pancreático, pero cuando el *Wirsung* persiste dilatado, y especialmente si hay abscesos, hay que asegurarse un buen drenaje y se impone la investigación del poro pancreático y su cateterismo y sección, seguido de *wirsunografía*, cosas nada fáciles de realizar y peligrosas por el desencadenamiento de pancreatitis agudas postoperatorias, pero que en determinados casos son el único medio de evitar la persistencia de los fenómenos agudos o la pancreatitis crónica recidivante.

5º) *Dificultades técnicas a resolver*

Las reintervenciones en cirugía biliar, siempre difíciles y laboriosas, especialmente si se trata de reintervenciones iterativas, son particularmente riesgosas en los casos de infección.

Las razones son numerosas:

a) Factores previsibles (a que ya hemos hecho referencia) en relación con la obesidad, eventraciones, cicatrices, abordajes incorrectos o múltiples anteriores, fístulas, complicaciones infecciosas parietales y de vecindad, etc.

b) Dificultades de abordaje del pedículo y del hilio:

—Por el estado del hígado: hepatomegalia, friabilidad, poca elasticidad, dificultad por imposibilidad de separarlo o luxarlo, fácil lesión y hemorragias difíciles de cohibir.

—Por las adherencias organizadas, pero en inflamación activa, con alteración de la anatomía, riesgo para el colon y el duodeno, y sin la guía de la vesícula, generalmente extirpada en operaciones anteriores.

—Por la organización más o menos avanzada de los procesos inflamatorios y las gruesas adenopatías que hacen extremadamente difícil darse luz en la zona retraída del pedículo, y el reconocimiento de los elementos nobles y la disección y abordaje del colédoco en un magma con gran hiperemia inflamatoria y por hipertensión portal de grado variable.

c) Necesidad de abordajes amplios, a veces de ambos lóbulos, y sobre todo, zona de la cúpula y cara posterior, para el drenaje de abscesos, cavidades residuales, etc.

CONDUCCION DE LA REINTERVENCION

En base a lo que antecede habrá que encarar la conducción de la reintervención. Al respecto consideraremos sumariamente:

a) *La anestesia.* Salvo casos de operaciones limitadas al drenaje de colecciones, o casos de extrema gravedad, la reintervención requiere anestesia general con buena relajación, sin olvidar que ella debe ser todo lo poco agresiva que sea posible para la célula hepática y en tal sentido, aparte de la naturaleza y dosificación del anestésico, interesa una amplia oxigenación.

b) *El abordaje.* Requiere una incisión de suficiente extensión para permitir acceso directo a la zona del pedículo hepático y amplitud de maniobras; susceptible de ser ampliada especialmente para el dominio de la zona hiliar y eventualmente para el domo hepático y la cara posterior, para el drenaje de abscesos o cavidades.

El abordaje que usamos, por considerar que es el que mejor cumple con estos requisitos, es la incisión arciforme subcostal, partiendo oblicuamente descendente del xifoides. seccionando

recto anterior, pasando por el borde externo de la vaina, de dos a cuatro traveses de dedo bajo el reborde según el tamaño del hígado, y horizontalizándose hacia afuera, en dirección del décimo espacio, susceptible de ser seguido, en caso de necesitar ampliación, convirtiendo el abordaje en laparotoracotomía con desinserción del diafragma. Se logra así la entrada desde la línea media, o mejor desde el flanco, hacia el foco de adherencias subhepáticas con la ventaja de que se domina el pedículo lateralmente en la zona generalmente menos alterada por la patología, permitiendo la individualización del hiato de Winslow, siempre difícil desde adelante porque está bloqueado. Se tiene así la referencia de la vena porta, e individualizando la arteria hepática por palpación, se busca el colédoco.

Una maniobra que resulta muy útil es el abordaje del pedículo por la izquierda, seccionando la parte flácida del pequeño epiplón, lo que permite controlar la arteria hepática y completar las maniobras realizadas desde el flanco derecho del pedículo. El pasaje de una mecha de gasa a través del hiato de Winslow reconstruido, permite una orientación invaluable para el manejo del pedículo.

c) *La exploración sistemática, ordenada, minuciosa*, permitirá realizar el inventario lesional y establecer un diagnóstico operatorio que confirme, complete o corrija el diagnóstico preoperatorio.

Insistimos en la importancia de:

- 1) La colangiografía por punción transhepática o del colédoco, previa a toda maniobra de abordaje canalicular, de ser posible con röntgentelevisión, que permite una rápida información sobre la morfología del árbol biliar, sus alteraciones, obstáculos, topografía, etc.
- 2) El examen de la bilis extraída por punción, del punto de vista macro y microscópico y bacteriológico.
- 3) El estudio colangiomanométrico, de preferencia transcístico, previo y después de las maniobras exploratorias, manuales e instrumentales, del tratamiento de las lesiones anatómicas y de la instauración del drenaje externo o interno.

El control manométrico y colangiográfico peroperatorio realizado después de las maniobras de desobstrucción, da datos importantes para la conducción del postoperatorio y para prevenir complicaciones.

- 4) La biopsia hepática, de importancia fundamental para el diagnóstico y pronóstico.

d) *El abordaje de la vía biliar.* Muchas veces el colédoco dilatado y de paredes gruesas se ofrece con relativa facilidad una vez que se ha logrado, mediante la liberación de adherencias postoperatorias, restablecer, aunque sólo sea groseramente, la anatomía de la fosa subhepática. Pero otras, el proceso inflamatorio pericoledociano adquiere tal jerarquía, ya por la importancia de las adherencias duodenohepáticas, ya por la esclerosis y organización del sector pedicular, que llega a hacer irreconocibles las estructuras del pedículo y muy riesgosa toda tentativa de disección y abordaje del colédoco. Es en esos casos de intensa *pediculitis esclerosa*, donde más interesa disponer de una vía de abordaje directa, amplia y ensanchable, que permita dominar la zona operatoria desde todos sus ángulos, y en tal sentido, la vía de abordaje que hemos propuesto más arriba, ofrece las mejores posibilidades de maniobra al menor costo.

Entre esas formas de pediculitis esclerosa, debemos recordar la coledocitis estenosante, proceso de estenosis pericanalicular que puede ser difuso, tomando las ramificaciones intrahepáticas pero que habitualmente se limita al sector coledociano, ocasionando una estenosis más o menos extendida de la luz, que dificulta considerablemente su abordaje.

Cuando no se logra llegar al colédoco en estos casos, una maniobra muy útil es el cateterismo retrógrado transpapilar, previa duodenotomía, y la disección y abordaje del colédoco sobre conductor.

e) *Tratamiento quirúrgico de la infección biliar y solución de los problemas patológicos asociados.*

Encarar este capítulo significa recorrer toda la cirugía biliar.

La cirugía restauradora de la canalización biliar, seguida o no de una derivación interna y externa complementaria, significa la operación ideal.

Pero muchas veces el balance funcional hepático, la evaluación preoperatoria de la resistencia y el inventario lesional, indican la prudencia; y la conducta de la reintervención en dos tiempos, habitual en la cirugía del pasado, encuentra su indicación, a veces formal.

Sin embargo, hay que recordar que el déficit hepático no se repara fácilmente con una simple derivación externa, sea que ésta sea insuficiente (colecistostomía) o que agregue otros trastornos (expoliación, etc.), o sea que la persistencia de la infección y del proceso asociado no permita la mejoría de la colostasis mixta.

Si a ello se agrega la gravedad y dificultades de las reintervenciones iterativas y sus secuelas cada vez mayores, se explica que en todos los casos haya que *actuar con el firme pro-*

pósito de resolver íntegramente el problema quirúrgico en un tiempo. Los adelantos en cuidados pre y postoperatorios, anestesia, etc., permiten obtenerlo en la mayoría de los casos.

POSTOPERATORIO

El postoperatorio de las reintervenciones por infección biliar está lejos de ser tranquilo. La repercusión general de la infección (que muchas veces cursa con los caracteres de la septicemia biliar, de la fiebre bilioséptica de Chauffard), el toque hepatocítico más o menos severo, la agresión anestésica y operatoria en estas reintervenciones siempre laboriosas y a menudo prolongadas, son causa de desequilibrios metabólicos y claudicaciones viscerales de muy difícil control. Las complicaciones infecciosas, especialmente pulmonares, las flebotrombosis, la hepatonefritis, en pacientes generalmente añosos y que han sufrido desde largos períodos las consecuencias de la infección biliar, contribuyen también a la *alta mortalidad en estas situaciones que constituyen el capítulo más difícil de la cirugía biliar.*

Una mención particular merece la *complicación hemorrágica*, frecuente, en relación con la insuficiencia hepática, en el foco o en la herida operatoria; o la hemobilia en la cual participa, como factor desencadenante, la descompresión biliar brusca por el drenaje de las formas hipertensivas biliares; o la hemorragia digestiva, en que al factor insuficiencia hepatocítica se agrega una hipertensión portal más o menos importante vinculada al edema hepático, la cirrosis colangítica y la esplenomegalia congestiva del estado septicémico biliar. Todo ello demuestra la gravedad extrema de estas situaciones y las pocas posibilidades de tratamiento efectivo. También la *pancreatitis aguda postoperatoria* es una complicación temible en las intervenciones en que hay que actuar en la zona del confluente biliopancreático en condiciones inflamatorias y de septicidad que obligan a la mayor prudencia.

La evolución postoperatoria de la infección biliar en sí, ofrece también grandes sorpresas. A veces se asiste a una rápida recuperación merced a un buen funcionamiento hepático que permite, gracias a una abundante coleresis, un buen drenaje del árbol intrahepático y la rápida esterilización de la bilis.

Otros, por el contrario, el escaso corrimiento biliar por un lado y por otro una flora bacteriana a menudo polivalente, de gran poder patógeno y resistente a los antibióticos después de un prolongado tratamiento médico preoperatorio, hacen que la infección progrese y difunda en el árbol biliar, a pesar del drenaje efectivo y la coledococlastia, pasando a la etapa de abscesos miliares y periangiocolíticos, generalmente irreversibles.

Y para terminar, vamos a referirnos a uno de los problemas más importantes en la conducción del postoperatorio de estos pacientes: es *el manejo del drenaje externo*. Cuando se ha logrado eliminar los factores de estasis y obstrucción, el drenaje interno es frecuentemente suficiente por sí solo o complementado por el tubo de Kehr o la sonda transcística, y en tal caso la expoliación biliar no cuenta.

Pero cuando la vía biliar no ha quedado totalmente expedita o la septicidad de la bilis obliga a un drenaje externo total o casi total, la repercusión de la expoliación mantenida y de la hipotensión brusca del árbol biliar, hasta entonces sometido a la hipertensión, es causa de un desequilibrio del que difícilmente se puede recuperar el hepatocito. Este hecho, que es muy a tener en cuenta por sus serias consecuencias en el drenaje de las vías biliares no infectadas en hipertensión por obstrucción neoplásica, adquiere particular gravedad en las infecciones biliares con hipertensión. Por ello es necesario ser cautelosos y preferimos sustituir el clásico drenaje en sifón corrientemente utilizado, y causa de severo shock y expoliación, por el drenaje a presión mantenida, alternado con coledococclisis que al mismo tiempo que actúa como drenaje por el mecanismo de la trompa de agua, es un medio excelente de hidratación y corrección de los desequilibrios metabólicos.

Tiene enorme gravitación en la evolución, la estrecha vigilancia postoperatoria, del punto de vista clínico y de los controles radiológicos y operatorios, y creemos necesario insistir en la importancia de los controles manométricos, que permiten conducir adecuadamente a cada etapa, los drenajes intermitentes y la coledococclisis.

RESULTADOS ALEJADOS

En los resultados alejados de las reintervenciones por infección biliar intervienen una serie de factores muy importantes a considerar:

1º) *La eficacia lograda para suprimir los obstáculos y otras causas de estasis e hipertensión biliar.*— Hay que recordar que la cirugía reparadora del tránsito biliar se hace en terreno inflamatorio y cuando la evolución del proceso inflamatorio parietal canalicular y del ambiente linfático y conjuntivo que lo rodea ha llegado a cierto grado, la cicatrización va seguida de fibrosis más o menos importante, con estenosis secundaria que puede comprometer los resultados en el futuro.

2º) *El grado de alteración anatómica y funcional de las paredes canaliculares, ya sea por el proceso en sí, ya por las maniobras operatorias a que obliga su tratamiento quirúrgico.*— El espesamiento parietal con hiperplasia epitelial, las ulceraciones de decúbito, las zonas de necrosis séptica y por digestión, las cicatrices de coledocotomías, a veces iterativas, los granulomas de cuerpo extraño por material de sutura, las lesiones parietales por drenajes prolongados, no se reparan sino a expensas de tejido de granulación y fibrosis, y a pesar del enorme poder de regeneración del epitelio canalicular biliar, éste puede volverse polipoide, y en el mejor de los casos, y aun cuando no queden estenosis residuales, esas zonas constituyen sitios de menor resistencia. Las alteraciones funcionales provocadas por estas lesiones, variables según su intensidad, extensión y sitio, son otros tantos factores que favorecen la estasis biliar y unidos a las anteriores, crean el ambiente propicio para la colonización de las bacterias provenientes de la bacteriocolia o del reflujo.

3º) *El grado de alteración parenquimatosa hepática.*— La insuficiencia hepática en general, si no lleva a la muerte, va seguida de una recuperación funcional integral merced al gran poder de regeneración del parénquima hepático.

Pero no sucede lo mismo con la cirrosis colostática retrógrada que (evolucionando a veces desde años antes y considerablemente agravada por la infección colangítica, aunque susceptible de regresión al suprimirse la colostasis) no siempre es detenida por la intervención, en función de las dificultades persistentes del flujo biliar consecutivas a la pediculitis, las cicatrices y las alteraciones parietales canaliculares, secuelas inevitables en las reintervenciones iterativas, que mantienen un régimen de relativa hipertensión biliar objetivable por la manometría y la colangiografía.

4º) *La infección en sí,* puede ser el problema más serio en la evolución por su persistencia como *infección residual*, bajo la forma de *colangitis recidivante*, donde el problema más importante es que se trata de cepas resistentes a todos los antibióticos (en especial las pseudomonas y el proteus).

Otras veces, se logra la asepsia de la vía biliar, pero a la primera oportunidad de bacteriocolia importante, consecutiva a un episodio de gastroenterocolitis, se produce la *reinfección* con sus consecuencias.

Quiere decir que *el porvenir del infectado biliar es tanto más incierto cuanto más importante y prolongada ha sido la infección y la colostasis con hipertensión y en relación con las alteraciones funcionales o anatómicas que persisten después de la intervención.*

El concepto de Naunynn y de Cruveilhier sigue vigente a pesar de los antibióticos: para combatir la infección biliar hay que eliminar la ectasia y los factores inflamatorios.

A pesar de todo, los resultados pueden considerarse buenos, si se ha logrado el tratamiento de la causa, la asepticidad de las vías biliares y el restablecimiento del flujo biliar sin estancamiento. Pero hay que recordar que aun en ausencia de todo factor de estasis, la posibilidad de nuevas infecciones existe siempre en potencia, en función de las oportunidades de bacteriocolia, su importancia y repetición, los lugares de menor resistencia en las zonas de cicatriz, trastornos funcionales, causas generales, etc., lo que constituye una amenaza permanente en el futuro del infectado biliar.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Las estadísticas de reintervenciones en cirugía biliar ponen en evidencia que la infección biliar es la complicación que más frecuentemente condiciona la reintervención, por sí o por la patología asociada, y siendo una complicación vinculada a las oportunidades de contaminación bacteriana de las vías biliares en el curso de la vida, su eclosión tiene relación con el tiempo transcurrido desde la intervención, y la frecuencia y virulencia de irrupciones bacterianas por vía hematógena o canalicular, por una parte, y por otra con las posibilidades de colonización vinculadas al estado anatómico y funcional postoperatorio de las vías biliares y las condiciones generales relacionadas con la edad o estados fisiológicos o patológicos que reducen la resistencia a la infección.

La infección biliar persistiendo o sobreviviendo en el postoperatorio inmediato o a distancia de la intervención, tiene significación no sólo como patología de acompañamiento sino como proceso de trascendencia propia por su gran significado actual o por su potencial evolutivo. Obedece a factores cuyo tratamiento exige con frecuencia la reintervención, cuya decisión exige estudio previo cuidadoso, diagnóstico lo más preciso posible y consideración de los diversos elementos a que nos hemos referido para la elección del momento oportuno para la reintervención, la táctica y técnica a seguir, etc.

La infección biliar es habitualmente una grave complicación y las reintervenciones por esta causa ofrecen casi siempre grandes dificultades y significan un serio riesgo quirúrgico en relación con:

- a) las dificultades técnicas;
- b) importancia de los procesos asociados o concomitantes;

- c) el grado de alteración anatómica y funcional de las paredes canaliculares;
- d) la importancia de la repercusión parenquimatosa hepática;
- e) las complicaciones y secuelas postoperatorias.

Los factores iatrogénicos tienen gran importancia: la cirugía incompleta, la cirugía agresiva de la vía biliar principal, la cirugía iterativa, el postoperatorio mal conducido, inciden decisivamente en la evolución de la infección biliar.

Surge de todo ello la importancia del tratamiento precoz y correcto, la cirugía biliar integral y el mayor respeto para la vía biliar, como los elementos muchas veces decisivos en la profilaxis y el tratamiento de la infección biliar.