

REINTERVENCIONES EN CIRUGIA BILIAR

Discusión

Dra. CASTIGLIONI.—Vamos a iniciar la Mesa Redonda sobre “Reintervenciones en cirugía biliar”. Mis primeras palabras son las de agradecimiento a las autoridades del Congreso Uruguayo de Cirugía por el alto honor que me han hecho al designarme coordinadora de esta Mesa y a los integrantes de la misma al colaborar conmigo.

El tema que vamos a tratar es de enorme interés, pero de una vastedad tal que es imposible abarcarlo en su totalidad dentro de los límites de una Mesa Redonda. No vamos a tratar las reintervenciones que, motivadas por una operación primaria sobre las vías biliares, plantean los mismos problemas que cualquier otra laparotomía, tales como dehiscencia de la herida, eventraciones, peritonitis, oclusiones intestinales, perivisceritis, etc., etc.

La existencia en nuestro medio de dos magníficos relatos recientes sobre reintervenciones de urgencia en cirugía abdominal, uno en el Congreso Argentino de Cirugía de 1964, realizado por los Dres. Loyúdice, Sánchez Zinny y Sugasti, otro en el 15º Congreso Uruguayo del mismo año, presentado por el Dr. Carlos Bortagaray, en los cuales se trata de las reintervenciones de urgencia en cirugía biliar, nos exime de colocar ese capítulo dentro de nuestro temario de hoy, pese a su enorme importancia. El excelente relato sobre “Sufrimientos postcolecistectomía” realizado por el Dr. Figueroa en el Congreso Argentino de Cirugía de este año, tiene puntos comunes con algunos de nuestros temas de hoy.

Es tradicional que el coordinador haga la presentación de los integrantes de la Mesa, pero en esta ocasión son todas figuras demasiado bien conocidas para que tenga que detenerme en ello. Diré solamente que era desear de las autoridades del Congreso que cada una de las Clínicas Quirúrgicas de la Facultad de Medicina estuviera representada en esta reunión científica.

Salvo el Prof. Cendán y el Dr. Alba, invitados a título personal, los demás son integrantes de las distintas clínicas: los Profs. Palma, Piquinela y Bermúdez son los directores de sus clínicas, el Prof. Adj. B. Urioste es Jefe de Sala del Servicio del Prof. Suiffet, el Dr. Praderi es Asistente del Servicio del Prof. Chifflet y el Dr. Mendivil es Asistente del Servicio del Prof. Ardao.

Vamos a iniciar las respuestas a las preguntas que han llegado a la Mesa. El Dr. Latourrette le pregunta al Dr. Bermúdez: ¿cómo han evolucionado los pacientes en los cuales ha sido necesario ligar la hepática o alguna de sus ramas?

Dr. BERMUDEZ.— Bien, esta es una pregunta que la tengo que contestar no en base a experiencia personal, sino a la experiencia ajena, en base a cirugía experimental y en parte en base al razonamiento. La evolución ha sido muy diferente de acuerdo con la que uno ha visto y leído. Hay enfermos que fallecen irremediablemente, sea con la ligadura de la hepática común o sea con la ligadura de una de sus ramas, con un síndrome de necrosis séptica, de necrosis hepática y con cuadro de intoxicación por hepatólisis, es decir, con el fenómeno hemodinámico de hipotensión, a veces de ictericia y no siempre anuria terminal. Otros han evolucionado bien después de un postoperatorio tormentoso; en otros casos en que se ha ligado una rama de la hepática, algunos enfermos han muerto en la misma forma que ligando la hepática común. Otros han evolucionado bien después de haber hecho la eliminación de secuestros hepáticos. Otros sin incidencias y, en otros casos (como se refería hace un momento el Dr. Praderi) por ligadura de una rama de la hepática se produce una cirrosis hepática.

La evolución de estos enfermos ha sido muy variable, pero en general la experiencia que he recogido por lecturas, es de que en su mayoría evolucionan mal. Esta evolución diferente, indudablemente depende de muchos factores: del estado funcional del hígado, del sitio en que se haya hecho la ligadura, del terreno; no es lo mismo ligar una arteria hepática o una de sus ramas en un hígado sano que en un hígado enfermo en un paciente ya intoxicado, con insuficiencia hepática o un infectado. Depende, decimos, de las posibilidades de recuperación vascular que tenga ese hígado, variable con los distintos enfermos, del tipo de circulación también variable y de las circulaciones complementarias que puedan establecerse. De modo que, de acuerdo con la experimentación, es muy fácil decir, cuando se liga aquél al tronco por delante o antes de las anastomosis de la gastroduodenal o de la pilórica, que los resultados son mejores que ligando después, etc., etc. Cuando hay una circulación complementaria con la diafragmática, pueden ser mejores los resultados. Cuando hay (problema muy discutido) anastomosis intrahepáticas sin una circulación terminal, tampoco se ha estado de acuerdo sobre la suficiencia de la circulación de las anastomosis encontradas; para unos son suficientes, para otros no lo son. De modo que los resultados son extraordinariamente variables, pero en general el postoperatorio de un paciente al cual se le ha ligado una rama de la arteria hepática o la hepática, es grave y generalmente mortal.

Dra. CASTIGLIONI.— Hay una segunda pregunta: ¿qué lugar ocupa la radiología y la punción peritoneal en la indicación de reintervención?

Dr. BERMUDEZ.— En lo que respecta a la radiología, nosotros vivimos en un país donde realmente la radiología de vientre agudo ha tenido su cuna, principalmente a impulsos de los trabajos del Prof. Del Campo; de modo que la radiología de vientre agudo, cualquiera sea su causa, tiene siempre un gran valor. Pero es necesario ubicarse especialmente frente a la hemorragia. Personalmente, en un cuadro de hemorragia grave fácilmente diagnosticable

cuando el baluce operatorio y cuando los hechos clínicos nos llevan de la mano a pensar que se trata de una hemorragia aguda) no sacemos radiología porque creemos que en esos casos hasta puede ser agresivo el transporte del enfermo, la pérdida de tiempo, etc. En esos casos, si los hechos son graves reintervenimos al enfermo después de reponer la volemia o en el curso de la reposición de ésta. En lo que respecta a la punción en esos casos, no ignoramos que una punción peritoneal puede confirmar un hemoperitoneo; pero la punción negativa no nos invalida los hechos clínicos, porque la gravedad de una hemorragia interna no depende solamente de la cantidad, sino de muchos otros factores: de la forma en que se haya producido la hemorragia; de la capacidad reaccional del paciente frente a la hemorragia, de acuerdo con sus reservas; del estado del hígado y del estado del paciente en el cual se haya hecho esa hemorragia. De modo que la punción en esos casos puede confirmar un hemoperitoneo, pero si es negativa no desisto de operar al enfermo si tengo el diagnóstico de hemorragia. Para la hemorragia colectada las cosas son diferentes; aquí la radiografía es un elemento de gran valor, mostrando la sombra subhepática que se continúa con el hígado. el borramiento de la sombra renal, del psoas, el desplazamiento del colon, etc., todos hechos conocidos; en esos casos la radiografía es muy importante, especialmente porque sabemos que las distintas constituciones anatómicas de la fosa subhepática nos pueden ocultar una colección importante desde el punto de vista clínico. En esos casos con radiología positiva tampoco recorro a la punción; creo que en las hemorragias colectadas en ese sector, la punción está contraindicada si existe una imagen radiológica de opacidad con esas características. En esos casos yo reintervengo sin punción.

Dra. CASTIGLIONI.—El Dr. Harretche le hace dos preguntas al doctor Praderi: ¿qué procedimientos usa para el calibrado de las anastomosis biliodigestivas altas y qué condiciones debe reunir un tubo que está calibrando una estenosis neoplásica?

Dr. PRADERI.—Con respecto a la pregunta que se refiere al procedimiento de calibrado de las anastomosis biliodigestivas altas, quiero señalar en este diapositivo cuales son los procedimientos clásicos utilizados. Todos ellos consisten en calibrado con tubos, ya sea tubos en "T", tubos simples o tubos en "Y", que pasan a través de la anastomosis biliodigestiva. Es fácil cate-terizar una anastomosis biliodigestiva cuando hay un segmento del canal biliar por encima de la sutura y nosotros lo hacemos con un tubo de Kehr, igual que otros autores en las pancreatectomías, en algunas coledocoduodenostomías, dejando una rama transanastomótica y sacando la rama larga a través del colédoco o hepático. Pero en las anastomosis biliodigestivas altas, donde no hay árbol biliar por donde sacar un tubo, los únicos recursos son el mal procedimiento de sacar el tubo por anastomosis (que deja tejido de granulación en el trayecto, lo cual lleva después a la fibrosis) o el clásico procedimiento de drenaje a la Voelcker o a la Witzel, sacando los tubos hacia abajo. Los tubos a la Voelcker y a la Witzel tienen una característica, que Cattell y

Warren confirmaban en una de sus últimas publicaciones: se deslizan y se salen, por más que se fijan con puntos. No calibran durante mucho tiempo a la anastomosis, pues se salen antes de lo que se quiere. Por otra parte, cuando se quiere lavar un tubo colocado a la Voelcker, como tiene orificios dentro del yeyuno el líquido sale por ellos sin llegar a la parte alta, que puede estar obstruída. En resumen, esos tubos se salen y se tapan.

El procedimiento de drenaje transhepático que utilizamos nosotros nos parece el ideal en las anastomosis biliodigestivas altas. Simplemente consiste en perforar el parénquima hepático con un Beniqué en cuyo extremo se ha hecho una escotadura, dándole forma de oliva. Se coloca allí un tubo de goma que se ata con un nudo; se tracciona luego hacia abajo, dejando el tubo pasado a través del hígado, saliendo por la coledocostomía o por el muñón biliar si se está haciendo una anastomosis. La perforación conviene hacerla alejándose de los pedículos suprahepático y portal, a fin de no perforar gruesos vasos que puedan sangrar. En cuarenta tubos colocados, una sola vez tuvimos hemorragia por ulceración de la hepática izquierda porque perforamos demasiado cerca de este pedículo. Aquí tenemos algunas formas (slide) de drenaje transhepático que utilizamos para calibrar la anastomosis. El tubo en "L" tiene la ventaja, sobre el tubo de Cattell o los tubos en "T", de no salirse y permitir lavar el cabo superior. Los tubos en gama, que calibran los dos canales igual que el tubo en "Y" que es similar, sólo que tiene una soldadura uniendo las ramas. Además, utilizamos tubos en "T", en "X" y los tubos en "sedal".

En cuanto al procedimiento de calibrado: el "bujinaje" de los neoplasmas había sido utilizado por varios autores (Thorjarnarson, Glenn, Rains) que calibran tumores colocando los tubos de Kehr desde abajo. Es muy difícil introducir desde abajo un tubo de goma en una estenosis neoplásica, por eso nos pareció más simple (utilizamos por primera vez este procedimiento) pasar un Beniqué a través de la estenosis neoplásica, seguir hacia afuera, aflorar al hígado y colocar un tubo hacia abajo.

La enferma (slide) que operamos hace poco, tenía una ictericia obstructiva con un neoplasma de vesícula inextirpable porque ya había infiltrado la vía biliar principal, no pudiendo hacerse cirugía cancerológica. Abrimos el colédoco por debajo de la estenosis, pasamos un Beniqué hacia arriba y colocamos un tubo transhepático izquierdo. Como tenía una papila grande "beaute", y había ganglios en el pedículo hepático y supusimos que podía producirse una estenosis después, dejamos el tubo transhepático traustumoral y transpilar. No hubo problemas en cuanto a pancreatitis porque el tubo no quedó apretado y la enferma se fue del hospital sin ictericia. Hay otra figura (slide) que presenta otro caso de calibrado: era un tumor que infiltraba el confluente de los dos hepáticos. Se prefirió calibrar el hepático de mayor calibre. Esta enferma fue operada por el Dr. Aguiar, quien colocó un tubo transhepático a través de una coledocostomía. Se fue de alta sin ictericia, pese a tener un neoplasma en actividad. Esa colangiografía corresponde a ella; no se ve el canal y lo único que está permitiendo el pasaje de la bilis hacia abajo es el tubo, desde luego que éste se pinza y como los tubos transhepáticos tienen

orificios laterales en toda su longitud, la bilis penetra por los orificios, pasa por adentro de la estenosis y llega al tubo digestivo.

Dra. CASTIGLIONI.—El Dr. D'Auria pregunta al Dr. Palma: ¿qué ventaja tiene la movilización completa del duodeno con respecto a la movilización del colédoco intrapancreático?

Dr. PALMA.—Desde luego que no hay oposición entre ambos procedimientos y pueden sumarse. Cuando el cabo inferior es un ente pequeño o casi inexistente, desde luego hay que hacer la movilización intrapancreática a la manera de Lahey y Cattell, pero si se desea obtener un cabo inferior que pueda movilizarse hacia arriba para suturarlo de manera cómoda, sin tracción y de manera laterolateroterminal, como la preconizamos nosotros, es mucho más simple la movilización derecha e izquierda del duodenopáncreas que tiene una serie de ventajas: en primer lugar, se evita la disección en pleno parénquima pancreático que es siempre trabajosa, abre acinis y hay que ligar una serie de pequeños vasos, etc. La sección del músculo de Treitz y de las láminas paraduodenales es prácticamente casi exangüe; además, la movilización que se obtiene es mucho más fisiológica y amplia que la movilización que da el procedimiento de Lahey y Cattell, de solamente 2, 3 y 4 cm. al máximo, quedando un poco tirante el colédoco. La otra da mayor número de centímetros. Como lo hemos dicho, se restablece un estado embriológico primitivo si se quita el asa por debajo de la pieza aortomesentérica y el duodeno queda laxo. Es una maniobra no traumática y que da posibilidad de cualquier anastomosis entre ambos cabos seccionados de la vía biliar principal. Por tanto, es una maniobra más simple, menos traumática y más rápida.

Dra. CASTIGLIONI.—El Prof. Stajano pregunta: ¿cómo solucionar la frecuente estenosis coledocoduodenal o coledocoyeyunal laterolateral y terminolateral, tan frecuente y de aparición tardía? El Dr. Piquinela va a contestar esta pregunta.

Dr. PIQUINELA.—Nosotros nos vamos a referir a la anastomosis coledocoduodenal que hacemos siempre laterolateral, contrariamente a la opinión de Samitti Mamana, que en San Pablo ha preconizado la anastomosis coledocoduodenal terminolateral; nosotros no la hemos practicado nunca por entender que es especialmente proclive a una estenosis. En 28 coledocoduodenoostomías hechas en la serie de 813 operaciones y en 10 hechas fuera del hospital, es decir, en 38 anastomosis coledocoduodenales laterolaterales siguiendo como principio fundamental de técnica hacer una neoboca de 2 cm. con una continuidad muy correcta de mucosa duodenal y coledociana, hemos tenido una estenosis con reaparición de los síntomas y probablemente fue debida a una imperfección técnica, porque en la reoperación se encontró la luz de la neoboca reducida; se hizo una liberación y una reanastomosis: la enferma lleva tres años de operada y hasta ahora está bien.

Dra. CASTIGLIONI.—También para el Dr. Piquinela una pregunta de la Dra. Varalla: ¿si en nuestro medio es frecuente la escleroditis de Delfor del Valle?

Dr. PIQUINELA.— Bueno, en nuestra experiencia no, y parecería que es la experiencia de otros cirujanos del país a quienes hemos consultado, un poco sorprendidos nosotros mismos por la escasa frecuencia de esta lesión en nuestro medio. Nosotros lo hemos encontrado en 813 intervenciones y, dentro de ellas, en 104 reintervenciones cuatro veces, pero no como lesión aislada, sino asociada a una coledocitis estenosante, que nos llevó en los cuatro casos (es decir, un porcentaje de 3,94%) a hacer una coledocoduodenostomía con éxito. Por otra parte, leyendo inclusive a algunos autores argentinos, hemos encontrado en un Congreso de hace varios años, que algunos cirujanos entienden que juzgada con criterio anatómico la ooditis estenosante, no sería una lesión muy frecuente. En 100 intervenciones hechas fuera del servicio hospitalario, nosotros hemos encontrado dos ooditis estenosantes que parecen responder típicamente a la descripción de la escuela de del Valle.

Dra. CASTIGLIONI. ¿Algunos de los integrantes de la Mesa tienen una opinión diferente a la del Dr. Piquinela?

Dr. BERMUDEZ.— No es una opinión personal, pero en el último curso a que asistimos en la Argentina, realizado por el Prof. Etala, en pocos días oímos esa misma opinión del Prof. Etala, del Prof. Tejerina y del Prof. del Campo; de la rareza de la verdadera ooditis estenosante con las características anatomopatológicas descritas por el Prof. del Valle.

Dr. CENDAN.— Sin considerar que sea una situación frecuente, nosotros creemos que la ooditis esclerorretráctil se ve con una relativa frecuencia. Digo relativa frecuencia, en proporción a lo que uno suponía que podía existir de acuerdo con las estadísticas de nuestro país, en las cuales prácticamente no figuraban. Aparte de los casos en los cuales en la primera intervención hemos ido a la coledocoduodenostomía (no tengo acá los datos sobre 72 reintervenciones), tenemos 9 casos de ooditis estenosante en los que fue necesario hacer una papilocoledocoduodenostomía. En estos casos, como dice muy bien el Dr. Piquinela, se trataba no sólo de una ooditis pura, sino que era ooditis con infección, en la cual uno no sabe si la ooditis es por la infección o la infección por la ooditis. Y, por otra parte, en 6 de los 9 casos había litiasis de colédoco, en donde también es difícil pronunciar si es una litiasis residual o si es una litiasis de neoformación. En este tipo de procesos hemos pensado mucho sobre las enormes diferencias de estadísticas que hay en los distintos centros y hemos llegado, en fin, a una posición de suponer que el hecho de que sea bastante rara entre nosotros, se debe a que acá la cirugía biliar se hace en forma muy precoz y éstas son lesiones que sobrevienen en pacientes que tienen procesos biliares de larga evolución y que son justamente los que hacen este tipo de procesos.

Dra. CASTIGLIONI.— La Dra. Varalla también pregunta: oportunidad operatoria en litiasis residual de vía biliar principal cuando se descubre en el postoperatorio inmediato. El Dr. Urioste va a responder esta pregunta.

Dr. URIOSTE.—Cuándo... esa es una de las situaciones que nosotros marcábamos hoy, es decir, cuando a través de un avenamiento transeístico o hepatocolodociano se realiza una colangiografía y se comprueba en el postoperatorio inmediato la existencia de una litiasis residual. Aquí caben dos situaciones: si el cirujano quiere intentar el tratamiento inervento o va a considerar que no es conveniente y entonces decide reintervenir, lo que se relaciona con esta situación planteada en la pregunta. Si decide reintervenir, creo que debe hacerlo entre la segunda y tercera semana, porque es cuando las condiciones anatomopatológicas en que se encuentra ese abdomen están en mejores condiciones para abordar el pedículo con menor gravedad, con menor riesgo. Pasado el mes, ya el acto quirúrgico y la liberación de adherencias en la exposición de los elementos del pedículo biliar se hacen más difíciles, más inaccesibles.

Dra. CASTIGLIONI. Primero vamos a ver si alguno de los miembros de la Mesa tiene una opinión diferente de la de Dr. Urioste, si interviene más precozmente o más tardíamente.

Dr. PALMA. Nosotros somos partidarios de reintervenir al paciente lo más precozmente posible, una vez que las condiciones generales lo permitan. Cuanto más precoz la reintervención, más fácil de realizar y mejor la evolución.

Dra. CASTIGLIONI.— El Dr. Urioste tiene otra pregunta hecha por el Dr. Karlen: primero, ¿cuándo sospecha una litiasis residual y cómo la reconoce? y, segundo, ¿cómo extrae los cálculos intrahepáticos?

Dr. URIOSTE. Evidentemente, uno tiene que sospechar una litiasis residual cuando se está frente a un sufrimiento postintervención de vías biliares. Es una de las primeras cosas en que se tiene que pensar, puesto que hoy mostramos que la litiasis residual es una de las causas más frecuentes del sufrimiento postintervención de vías biliares, pero por lo general en una historia clínica bien realizada, tanto en lo que se relaciona con el acto quirúrgico en sí como con el postoperatorio alejado de ese acto quirúrgico, uno va a descubrir elementos que patentecen un síndrome coledociano, aunque él sea mínimo; además, le damos gran importancia al sondeo, que va a mostrar o que puede mostrar en el sedimento, calculinos de bilirrubinatos y de colesterol que confirman (aunque esto no es en forma absoluta) la presunción de que puede haber una litiasis y, por otra parte, la realización de la biligrafina, realizada con una excelente técnica para que tenga valor. Nosotros vimos hoy, cómo en 1.700 casos de estudios con biligrafina realizados por el doctor Caviglia en enfermos operados a los cuales se les había realizado una colecistectomía, encontró 180 litiasis residuales. Luego, con esos elementos se puede llegar a una presunción bastante cierta.

Dra. CASTIGLIONI.— ¿Alguien quiere hacer uso de la palabra?

Dr. CENDAN.— El problema planteado por el Dr. Karlen es realmente muy importante, sobre todo cuando en el curso de la primera intervención el estudio de la vía biliar no mostró mayormente elementos que hicieran pensar en la existencia de una litiasis intrahepática. Nosotros tenemos un caso muy interesante en ese aspecto... (Lo interrumpen aquí los relatores porque no correspondía contestar esta pregunta a este doctor. Continúa el Dr. Urioste.)

Dr. URIOSTE.— Desde luego que en la sospecha de una litiasis residual intrahepática (aparte del acto quirúrgico en sí) la prueba mayor la voy a tener con la biligrafina. Esa es para mí, la parte fundamental que me puede llevar a la sospecha, mejor dicho, no a la sospecha, sino a la casi certidumbre, puesto que el documento es así. Nosotros mostramos unas placas de una litiasis, de una panlitiasis en la cual se ven muy bien los cálculos en la vías biliares intrahepáticas. Ahora viene la segunda pregunta, que está relacionada con ésta. No sé si alguien quiere hacer algún hincapié sobre la primera.

Dr. CENDAN.— No, yo quería sencillamente decir que a veces el diagnóstico preoperatorio es extraordinariamente difícil. Tengo el caso de una paciente que había sido operada doce años antes de panlitiasis biliar y a la cual se le había hecho la colecistectomía y se había extraído un cálculo de colédoco. Esa enferma pasó doce años bien, al cabo de los cuales empezó a hacer episodios de tipo angiocolítico, en donde los estudios realizados por el Dr. Sanguinetti hacían pensar que se trataba de una colangitis, mejor dicho, de una colangiolitís. Esa enferma fue y vino con tratamientos médicos con antibioticoterapia, con sondeos duodenales, que lo único que mostraban era la infección, pero no mostraban la existencia de litiasis, la biligrafina tampoco llegó a permitir el diagnóstico y al final, ante una situación de duda, decidimos que se debía haber hecho mucho más precozmente, es decir, la exploración operatoria y la colangiografía operatoria demostraron que esta enferma tenía un cálculo implantado sobre la rama derecha en el hepático derecho, bastante profundo en una zona de estriectura, por encima de la cual existía una verdadera bolsa de pus de calculinos, en tanto que la bilis que venía por la vía biliar (por la punción coledociana realizada en el acto operatorio) era prácticamente limpia. Es decir, que el diagnóstico a veces es difícil y solamente en esos casos creo que la exploración quirúrgica debe resolver esas situaciones de duda.

Dr. URIOSTE.— La segunda pregunta del Dr. Karlen es: ¿cómo extrae los cálculos intrahepáticos? Aquí también puede haber algunas situaciones distintas. En la biligrafina que nosotros mostramos, no era un enfermo operado, era un enfermo al cual se debía intervenir y uno de los problemas que planteaba era cómo se debía proceder para que no hubiera una recurrencia de esa litiasis o quedar una litiasis residual. A ese enfermo le hice una colecistectomía, a través del cístico pasé un explorador, hice una duodenostomía mínima y una papiloscínterocoledocostomía amplia, bien amplia; por eso pongo los tres términos papilo-esfíntero-coledocostomía, para dar la verdadera dimen-

sión de lo que significa esta intervención. Hice una presión de arriba hacia abajo de la vía biliar principal. En ese momento traje todos los cálculos que pude (no eran de un gran diámetro, a lo sumo los mayores serían de 3 ó 4 mm.) y cerré sin dejar ningún avenamiento. Ese enfermo lleva cuatro años de operado; durante más de un año tuvo un síndrome coledociano con remisiones; nunca más ha tenido síntoma biliar desde esa intervención. En algunas otras oportunidades (en tres ocasiones más) he realizado la misma técnica, siempre también sin avenamiento. Eso es, se puede decir, la profilaxis, si es que da resultados como en estos casos de la litiasis residual, especialmente de la intrahepática; pero en otras oportunidades nos podemos encontrar con situaciones como las planteadas por el Dr. Cendán. Por una coledocostomía vemos que hay cálculos que vienen desde los hepáticos o que palpamos, podemos realizar una nueva si hemos hecho una coledocostomía baja, realizar una incisión sobre el hepático alto, bien cercana al hilio, que nos permite hacer mejor las maniobras sobre estos cálculos. De cualquier manera, creo que en el uso del instrumental hay cosas fundamentales a señalar. Debemos usar un instrumental muy fino, no tratar con ese instrumental de encontrar y llevar los cálculos más arriba y antes de usar ese instrumental de extracción (si lo tenemos que llegar a usar) tratar en lo posible de que los cálculos salgan por medio de la aspiración, y para eso tenemos que tener un aspirador no traumático de la vía biliar. Creo que el instrumento fundamental para ayudarnos en la extracción de estos cálculos, siempre que no haya estenosis a ese nivel en las vías biliares, es tener un buen aspirador adecuado a esa vía. Considero que el uso del coledoscopia en estas condiciones, que además está adaptado para la extracción de cálculos, puede ser un instrumento de gran utilidad. Yo no lo poseo en este momento. Es uno de los instrumentos que estoy empeñado en conseguir, porque me parece que para situaciones como ésta es de una utilidad extraordinaria.

Dra. CASTIGLIONI. El Dr. Praderi quiere decir dos palabras al respecto.

Dr. PRADERI.—Quería referirme al problema técnico de cómo sacar los cálculos intrahepáticos. Desde luego que la litiasis intrahepática nuestra es diferente de la litiasis china, que se hace por encima de estenosis intracanaliculares. Pero tenemos que aprender de los cirujanos chinos e indochinos que hacen hepatostomías para sacar cálculos. En nuestros enfermos es excepcional esa situación, pero más de una vez queda un cálculo enclavado en el hepático izquierdo que no se puede sacar con pinzas. Felizmente el hepático izquierdo es horizontal, transcurre en la cara inferior del lóbulo cuadrado y tiene un segmento abordable quirúrgicamente. Eso lo ha preconizado sobre todo Couinaud y creemos que en esos casos se pueden desplazar los cálculos por maniobras externas a través de la cisura izquierda. A veces las asociamos a maniobras internas, con las pinzas de cálculos o las curetas y muchas veces en los "empierements" biliares el cirujano puede introducir un dedo meñique o un índice dentro del árbol biliar para desenclavar un cálculo de la horquilla de la desembocadura del hepático izquierdo. Si es necesario hay que abrir el

hepático izquierdo y sacar el cálculo. Recordaré otra cosa: no confiar todo a una buena anastomosis biliodigestiva en las litiasis residuales, porque hay enfermos con anastomosis coledocianas bajas funcionantes que mantienen una obstrucción alta porque tienen estenosis segmentarias intrahepáticas. Y no hay que olvidar que en los enfermos que tienen anastomosis biliodigestivas bajas disminuye el calibre de la vía biliar y los cálculos enclavados se fijan más en su posición porque la vía biliar se retrae, como se ve claramente en las radiografías postoperatorias.

Dr. BERMUDEZ.—Yo he utilizado un pequeño recurso que puede ser de gran utilidad. Sobre todo porque como ha dicho el Dr. Praderi, muchas veces la litiasis residual intrahepática o la litiasis intrahepática, que coincide con la litiasis coledociana múltiple, es a pequeños cálculos múltiples, que están en el interior de la vía biliar. Lo que hago (después de lavar, cateterizar, hacer los lavados, la aspiración, etc., de los dos canales hepáticos principales) es un taponamiento con una torunda del hepático mientras cumplo todos los tiempos inferiores. Eso trae una acumulación biliar por encima y al final, al sacar la torunda, muchas veces he tenido la suerte de ver venir con el contenido hasta ocho y diez pequeños cálculos de las vías biliares intrahepáticas. Creo que es un recurso a utilizar, que no es agresivo, es muy sencillo y puede dar muy buenos resultados.

Dra. CASTIGLIONI.—Dr. Karlen, si desea agregar algo, tiene ahora dos minutos para manifestar si discrepa con las respuestas que se le dieron.

Dr. KARLEN.—Yo me referí a reintervenciones, no a intervenciones de primera intención, sino reintervenciones en enfermos ya operados de litiasis del colédoco, con un síndrome coledociano, ictericia, estado febril, estado infeccioso y encontrar el colédoco libre; entonces era obvio que la litiasis tenía que ser intrahepática. Entonces me pasaron dos situaciones: en una volvimos a mirar detenidamente las colangiografías de la primera operación, porque soy partidario de las reintervenciones precoces cuando algo no marcha bien en el enfermo operado del colédoco, y vimos efectivamente en el lóbulo izquierdo (en ese entrecruzamiento que suele haber en las ramas intrahepática del colector izquierdo) una imagen que representaba una isla rodeada de sustancia opaca y era evidente que era un cálculo grande impactado, y tuvimos la suerte de poderlo extraer mediante las maniobras que citó el Dr. Bermúdez; inyectando suero tibio, aspirando y haciendo una serie de maniobras, pudimos sacar el cálculo. La segunda situación es que, encontrándose con un colédoco sin cálculos en la reintervención, la colangiografía hecha nuevamente en la segunda intervención muestra la amputación del colector biliar. Por eso creo que la biligrafina nunca tiene la certeza, la seguridad ni la nitidez de la colangiografía operatoria. Creo que la colangiografía operatoria de la primera intervención (en la segunda operación) es de un valor capital para reconocer la litiasis residual intrahepática. Nada más.

Dra. CASTIGLIONI.— El Dr. Marín pregunta al Dr. Cendán: ¿manifestaciones fundamentales en los controles de laboratorio, especialmente en el hepatograma, en los casos de infección biliar postoperatoria?

Dr. CENDAN. Bueno, de hecho, las manifestaciones fundamentales de la infección biliar, del punto de vista general, son las que se refieren a las manifestaciones septicémicas. La infección biliar, por poco persistente que sea, se manifiesta justamente por estados septicémicos y el estudio del hemocultivo seriado (tomado en los momentos adecuados) da muchas veces resultados positivos que permiten confirmar la existencia de la infección. Del punto de vista general, también está como hecho muy importante el estudio de la leucocitosis y de la eritrosedimentación. Pero lo que interesa más es el examen local y en ese aspecto, si el enfermo tiene un drenaje, el estudio de la bilis que se lo fue en el drenaje es muy importante, con las precauciones que corresponden a tomar cuando se quiere hacer el estudio bacteriológico, porque se puede no tener sino resultados falsos con las contaminaciones posibles: dentro de éstos, el estudio de la histología y del sedimento biliar tienen una importancia fundamental, lo mismo aquí que cuando no hay drenaje y se recurre al sondeo duodenal, que ha sido perfectamente estudiado ya desde Selver, acerca de cómo se debe interpretar las manifestaciones histológicas y que en nuestro medio Varela López ha estudiado exhaustivamente. En cuanto al hepatograma, por poco que la infección biliar se presente, se evidencia con las manifestaciones clásicas de los toques hepáticos, más o menos importantes en relación con la repercusión que tiene la hipertensión biliar y la estasis.

Dra. CASTIGLIONI.— Hay otra pregunta del Dr. Marín para el doctor Cendán: el cierre primario del colédoco no hace correr el riesgo de la hipertensión biliar postoperatoria por el edema postquirúrgico de la papila y el posible reventón del colédoco. ¿no cree que el tubo de Kehr da más seguridad?

Dr. CENDAN.— Tal vez la velocidad con que tuve que pasar sobre estos problemas que son tan importante y que merecen una conversación larga sobre el asunto, no permitió apreciar mi posición. Yo hablé del cierre primario del colédoco sin drenaje en los casos en los cuales se trata de un cálculo no enlavado, libre, intracoledociano y en donde la infección biliar más que parietal es caualicular, en cuyo caso prácticamente uno está, podría decirse, en las condiciones de un enfermo no infectado y donde, no habiendo maniobras agresivas sobre la papila, la evolución se hace sin edema. Nosotros hemos hecho cierre primario del colédoco en varias oportunidades sin problemas de ninguna clase, pero estamos de acuerdo con el Dr. Marín en que para cerrar el colédoco sin drenaje hay que estar muy seguro de que no hay nada en la papila, por

eso recurrimos al estudio colangiográfico y manométrico muy bien realizados para estar seguros de que esa papila no va a ser problema en el postoperatorio y, por otra parte, en cuanto a lo que se refiere al drenaje en sí, hace tiempo que estamos, diríamos, en una situación de dispararle al tubo de Kehr, no porque creamos que sea malo, al contrario, creemos que el tubo de Kehr llenó su función durante muchos años, pero que en el momento actual de la cirugía, creo que el tubo de Kehr tiene indicaciones netas de uso, pero que en realidad en la mayoría de los casos, en base a los adelantos de la quimioterapia y a la exploración operatoria que permite saber cómo está la papila y saber cómo funciona, uno puede, mediante un tubo transeístico, que es lo que usamos nosotros, solucionar esos problemas, porque en general no es tanto el drenaje lo que se precisa, sino simplemente la descompresión biliar.

Dra. CASTIGLIONI. Hay otra pregunta para el Dr. Cendán y es del Dr. Meschia: un colecistostomizado que tiene un colédoco normal y hace ictericias a repetición por colangitis durante los stress quirúrgicos o médicos, ¿justifica la cirugía el enfermo que tiene colangiolitias?

Dr. CENDAN.— Bueno, aquí se toca el difícilísimo problema de establecer las fronteras entre la medicina y la cirugía. En realidad, si con un enfermo de este tipo se han agotado los medios de tratamiento médico y se mantiene una colangiolitias o una colangitis a pesar de un tratamiento antibiótico realizado como se debe y con un estudio perfecto del enfermo, creo que corresponde ir a la exploración operatoria. Las sorpresas que en ese sentido se pueden encontrar son muy grandes. Se puede uno encontrar frente a muy diversas situaciones. Hay una, por ejemplo, que es a la cual apenas me pude referir, que es la que se refiere a las coledocitis o mejor dicho a las angiocolitias esclerosas y retráctiles que pueden dar una sintomatología de este tipo, sin que haya obstáculo coledociano y a veces sin manifestaciones oclidianas. En cuanto a la conducta a seguir en estos casos, después de hecha la exploración quirúrgica, si uno no encuentra ningún elemento quirúrgico a tratar, quedan entonces los problemas que se refieren, por ejemplo, al método de Malet-Guy de hacer la esplenocetomía derecha partiendo de la base, que son casos en los cuales las reinfecciones se producen por hipotonía del hígado y también queda ahí si como recurso definitivo a veces el drenaje prolongado de Kehr que actúa en estos casos a la manera que lo hace la traqueostomía en los problemas no obstructivos de las vías respiratorias.

Dra. CASTIGLIONI.— El Dr. Marín le pregunta al Dr. Alba: cuando existe un muñón cístico residual, ¿efectúan sistemáticamente la exploración de la papila o se conforman con ese hallazgo como causa única del síndrome postcolecistectomía?

Dr. ALBA.— Como principio general, las reintervenciones que hemos practicado por muñón cístico, solamente en el caso de que la colangiografía preoperatoria muestra un muñón cístico habitado por cálculos, han sido hallazgos

sorpresivos operatorios. De cualquier manera, la sola existencia de un muñón cístico, ya sea bajo la forma de cavidad o bajo la forma de alteraciones de la cicatriz, no justifica quedarse con esa sola causa; creo haber dicho que la coledocotomía es un gesto que se impone siempre en toda reintervención de este tipo, no solamente se explora la papila, sino que se hace una exploración completa de la vía biliar principal mediante la colangiografía, la manometría y la exploración instrumental; se explora también el páncreas y toda la zona duodeno pancreática.

Dra. CASTIGLIONI.—Bueno, se efectuaron una serie de preguntas, algunas muy importantes, pero el tiempo se nos ha ido y es imposible contestarlas en este momento. Simplemente voy a decir al Dr. Marín, que preguntaba sobre el uso de la colangiografía transparietohepática en las ictericias obstructivas completas, que en realidad los integrantes de la Mesa no tienen mayor experiencia en el uso de ella y que más o menos se siguen las mismas directivas que se escuchaban en el Congreso Argentino de Mar del Plata, de que se reserva un poco como un diagnóstico preoperatorio inmediato, temiéndole a la bilirragia aun cuando se haga por la vía posterior. La vía posterior ha sido utilizada en el Hospital de Clínicas y es la que se utiliza de elección, pero no hay mayor experiencia y no podemos aportar nada nuevo y, por tanto, en función del tiempo, dejamos la respuesta un poco incompleta.

El Dr. Christmann hace una pregunta muy interesante y yo había pensado que la respuesta fuera un poco distinta. Se la contesto en las palabras finales para cerrar la Mesa Redonda, pero había pensado darle la palabra a él para que nos dijera su opinión. También por razones de tiempo, ya que se nos ha ido por completo el plazo de que disponemos, va a quedar la respuesta un poco en lo que voy a leer ahora. La pregunta del Dr. Christmann era la siguiente: ¿qué conducta proponen los relatores para efectuar una positiva profilaxis de las reintervenciones?

La cirugía ideal trata de resolver el problema del enfermo con el mínimo sufrimiento posible para él. Las reintervenciones significan una agresión física y psíquica para el paciente y es habitualmente con una sensación de fracaso que el cirujano debe plantearlas. Pero la responsabilidad del cirujano no es la misma en todas las situaciones. Hay reintervenciones que son lógicas, que corresponden a una táctica quirúrgica de cirugía en dos tiempos, determinada por la gravedad del enfermo o por el estado del foco patológico en el momento de la operación en estos casos. Si no fue el cirujano el que dejó evolucionar una litiasis vesicular simple hasta que se complicara o si no depende de él el retardo en la intervención frente a un cuadro agudo, su responsabilidad es mínima frente al hecho de que se necesite otra operación. Si el enfermo es grave de entrada o agravado por la contemporización médica, la actuación del cirujano sólo solucionará el drenaje de un foco colecístico o la desgravitación de una vía biliar en retención, dando por seguro que la reintervención se impondrá una vez salvado el episodio agudo. Este tipo de reintervención no pesa sobre la conciencia del cirujano; pero no siempre es así y hay reintervenciones que son debidas a que la primera intervención fue inadecuada por causa del cirujano o del ambiente quirúr-

gico en que le tocó actuar. Hay operaciones que son inadecuadas porque se hizo menos de lo que se debía hacer y se ignoraron problemas de vía biliar principal o de patología regional ya existentes. Otras operaciones son inadecuadas porque se hizo más de lo que se debía hacer y se fue agresivo para la vía biliar principal, y se crearon nuevos problemas a punto de partida de la operación. Vinculadas al grupo de intervenciones en que se hace de menos, vimos los capítulos de las reintervenciones postcolecistostomía, por muñón cístico residual, por litiasis residual de colédoco, por problemas de colédoco terminal. Entre las reintervenciones porque se hizo de más, estudiamos las heridas recientes de vías biliares, las estenosis cicatrizales, ciertos tipos de hemorragia. La infección puede complicar cualquier tipo de cirugía. Los adelantos en el diagnóstico clínico de las afecciones biliares, los métodos auxiliares de exploración en el acto quirúrgico, la tranquilidad aportada al campo quirúrgico y al ánimo del cirujano por las nuevas técnicas de anestesia y los medios de combatir el shock operatorio, así como la utilización de los antibióticos para solucionar los problemas de infección, hacían prever que el tema de reintervenciones en cirugía biliar iba a perder importancia. Pero desgraciadamente no es así. La cirugía biliar en manos experimentadas es de muy buenos resultados, pero por esos mismos resultados ha traído la errónea creencia de que es una cirugía fácil, al alcance de cualquier cirujano, por inexperienced que sea. Hacer una colecistectomía puede ser una operación sencilla, pero resolver el problema del enfermo portador de una vesícula litiásica, necesita un conocimiento clínico y patológico profundo, un ambiente quirúrgico apropiado y un equipo médico entrenado. Por carecer de estos requisitos es que se cometen muchos errores que llevan a reintervenciones. No sólo ocurre eso en nuestro ambiente, sino también en otros países más evolucionados. Dos cosas creemos se deben preconizar para que el capítulo de reintervenciones en cirugía biliar pierda la importancia que en este momento tiene: en primer lugar, la entrega precoz de las litiasis vesiculares al cirujano, antes de que se compliquen o vayan provocando las lesiones asociadas a la patología vesicular; en segundo lugar, que se considere la cirugía biliar como cirugía mayor, que debe ser realizada por cirujanos de experiencia, en ambientes quirúrgicos adecuados. El Prof. del Campo ha inculcado a sus discípulos la idea de que su frase "en cirugía, más importante que lo que se saca, es cómo queda lo que queda" tiene su máxima aplicación en cirugía biliar.

Sólo me queda por agradecer a todos los componentes de la Mesa, la brillantez de sus contribuciones. Al elegirlos, ya daba por descontado que sus presentaciones iban a ser espléndidas y creo que todos los Congresales estarían de acuerdo con que así fue. A los Congresales debo agradecerles la atención con que nos han escuchado y el interés que se han tomado por las cosas expuestas al hacer sus preguntas. Muchas gracias a todos.

Sr. PRESIDENTE.—El Comité Ejecutivo agradece a la Mesa Redonda sobre "Reintervenciones en cirugía biliar" su brillante actuación y especialmente a la Dra. Castiglioni, el acierto que tuvo en la designación de sus colaboradores.