

PRIMERA SESION PLENARIA

MESA REDONDA

CIRUGIA GENERAL

TEMA:

HERIDAS DE LAS VIAS BILIARES

COORDINADOR:

Dr. JUAN E. CENDAN ALFONZO

PONENTES:

Introducción. *Dr. Juan E. Cendán Alfonso.*

Consideraciones generales, clasificación. *Dr. Juan E. Cendán Alfonso.*

Situaciones anatómicas y patológicas que favorecen la herida de las vías biliares. *Dra. Dinorah Castiglioni.*

Profilaxis de las heridas operatorias de la vía biliar. *Dr. Fernando J. Soria.*

Diagnóstico de la herida accidental. *Dr. Juan E. Cendán Alfonso.*

Consecuencias inmediatas. *Dr. Juan E. Cendán Alfonso.*

Consecuencias alejadas. *Dr. Javier Mendivil Herrera.*

La herida quirúrgica reglada del cístico, colédoco y papila. *Dr. Bonifacio Urioste López.*

Las lesiones de las vías biliares en los traumatismos abdominales. *Dr. Benjamín P. Ceriani.*

Tratamiento de las heridas de vías biliares y sus secuelas. *Dr. Raúl Praderi.*

DISCUSION

INTRODUCCION

Dr. JUAN E. CENDAN ALFONZO

El Comité Ejecutivo del Congreso nos ha encomendado la organización y coordinación de la sesión de esta tarde sobre el tema "Heridas de las vías biliares". Agradecemos muy especialmente esta honrosa distinción, y esperamos que el tipo de organización que hemos impreso a esta reunión nos permita obtener de ella el máximo de provecho, dando la oportunidad a los concurrentes de conocer la experiencia y escuchar las opiniones autorizadas de un importante grupo de cirujanos argentinos y de nuestro medio, representantes de escuelas quirúrgicas donde la cirugía biliar se realiza a muy alto nivel, trasuntado en la profusión y calidad de las publicaciones que de ellas nacen.

El problema de las heridas de las vías biliares nos permitirá intercambiar ideas y experiencia sobre una serie de aspectos de cirugía biliar que por su trascendencia requieren el conocimiento más completo posible por parte del cirujano, que diariamente se encuentra abocado a resolver los problemas más variados, en una cirugía que no admite ignorancia, descuidos o errores tácticos o técnicos; ya que sus consecuencias son irreparables en unos casos, graves en otros, y por lo menos de difícil o engorrosa solución en los demás.

Da muy especial importancia a la consideración de estos problemas, la descentralización de una cirugía siempre riesgosa y a menudo difícil, hacia ambientes no adecuadamente equipados y hacia técnicos cuya preparación y entrenamiento no ha alcanzado el nivel necesario para actuar en este campo con la solvencia exigible.

El tema que debemos desarrollar es muy vasto, y comprende una serie de capítulos íntimamente vinculados con diversos problemas de la cirugía biliar.

Para dar cumplimiento a la tarea que se nos ha encomendado, es necesario, por lo tanto, que partamos del presupuesto de que podemos dejar sin mención una serie de hechos y de detalles, para lograr una visión de conjunto de los problemas, que permita la adecuada atención sobre aspectos de particular interés, de discrepancia o de discusión.

En tal sentido, iniciamos la consideración del tema con una Mesa Redonda donde se expondrá brevemente el conjunto de situaciones a considerar, el cual irá seguido de preguntas y discusión.

CONSIDERACIONES GENERALES, CLASIFICACION

Dr. JUAN E. CENDAN ALFONZO

Cuando se habla de *heridas de vías biliares*, surge de inmediato la idea del *accidente operatorio*, problema de gran importancia por su gravedad, y que es motivo de constante preocupación en todos los ambientes donde se practica la cirugía biliar. Pero a su lado, hay un importantísimo conjunto de situaciones, que si bien no son tan notorias en cuanto a responsabilidad inmediata del cirujano, son de una gran trascendencia por la alta frecuencia con que se plantean, y porque a menudo se agregan, a los factores inherentes a la patología, factores iatrogénicos con influencia decisiva en la evolución. Nos referimos a los grandes capítulos que titulamos: *heridas dirigidas*, y *heridas obligadas* (ver cuadro I), impuestas por la patología o por los requerimientos de la exploración biliar, capítulos cuya importancia resulta obvio resaltar.

En capítulo aparte corresponde considerar las *heridas de las vías biliares en los traumatismos abdominales*, en razón de su individualidad anatomoclínica y terapéutica, por sí, y por la frecuencia y gravedad habitual de las lesiones asociadas.

Por último, debemos recordar los *traumatismos ductales*, no sólo por las complicaciones agudas que pueden provocar, sino también, y en tanto que cicatrices, como factores de patología alejada, y especialmente como localizadores y mantenedores de la infección biliar, razones de sobra para merecer especial atención por parte del cirujano, sobre todo en el aspecto profiláctico.

Cuadro I

HERIDAS DE VIAS BILIARES

Clasificación etiológica

A.— Heridas operatorias.

1) Accidentales.

Reconocidas (5 a 15 %).

Desconocidas (85 a 95 %).

Aisladas.

Asociadas.

En V. B. normales.

En anomalías.

En V. B. alteradas.

Por procesos patológicos.

En frío.

En agudo.

En período intermedio.

En reintervenciones.

2) Dirigidas.

Diseción y resección del cístico.

Hepaticotomías.

Coledocotomías.

Papilotomías

Anastomosis biliodigestivas.

3) Obligadas.

En cirugía hepática: equinococosis, tumores, vesículas encas-
tradas, etc.

En cirugía biliar: tumores, megacolédoco, estenosis, fístulas
bilíares, etc.

En operaciones en hilio y pedículo: aneurismas, adenopatías,
esclerosis, etc.

En operaciones duodenopancreáticas.

Otras: nefrectomías secundarias, carcinomas de colon, riñón, etc.

B.— En traumatismos abdominales.

Individualidad anatómica.

Asociaciones lesionales.

C.— Traumatismos ductales.

Espontáneos: cálculos migradores, ulceración de decúbito.

Provocados: maniobras instrumentales, drenajes (complicaciones agudas,
cicatrices, infección biliar).

Cuadro II

HERIDAS DE VIAS BILIARES

Elementos esenciales de pronóstico

A.— Herida reciente.

- 1) Tipo de herida.
Sección parcial, sección total, desgarró, resección.
- 2) Topografía.
Vías intrahepáticas, vía principal, sector distal.
- 3) Estado anterior de la vía biliar.
Calibre.
Infección.
- 4) Asociaciones lesionales.

B.— Etapa de estenosis.

- 1) Tiempo transcurrido.
- 2) Tipo de estenosis.
Topografía, extensión, naturaleza, fístula externa, fístulas de descarga.
- 3) Estado hepatocanalicular.
Grado de colangitis, colostasis, cirrosis biliar.
- 4) Estado del pedículo y del hilio.
Esclerosis y su extensión, hipertensión portal.
Reintervenciones iterativas y tipo de reparaciones.
- 5) Estado canalicular.
Zona supraestenósica, sector distal.

C.— Posibilidades de reparación.

- De elección: restablecimiento de la continuidad biliar.
De necesidad: anastomosis biliodigestivas.
De emergencia: drenaje.

D.— Condiciones técnicas.

- Equipamiento.
Condiciones y experiencia del cirujano y el equipo.