

SITUACIONES ANATOMICAS Y PATOLOGICAS QUE FAVORECEN LA HERIDA DE LAS VIAS BILIARES

Dr.^a. DINORAH CASTIGLIONI

La cirugía de vías biliares es una cirugía muy frecuente en nuestro medio y esto ha llevado a la errónea creencia de que se trata de una cirugía fácil.

Cuanto mayor es la experiencia en esta cirugía, mayor es el respeto que se le tiene, y los grandes cirujanos saben que deben extremar sus precauciones para no herir las vías biliares en el curso de intervenciones que pueden parecer sencillas.

Dos grupos de hechos concurren a hacer difícil esta cirugía:

- a) la frecuencia de variaciones y anomalías anatómicas de la región;
- b) las grandes modificaciones que los procesos patológicos biliares y extrabiliares de vecindad pueden imprimir a las estructuras del pedículo hepático, alterando por completo la anatomía normal.

Nos ocuparemos de cada uno de estos capítulos.

ANOMALIAS Y VARIACIONES DE LAS VIAS BILIARES

El cirujano que enfrenta la cirugía de una región debe hacerlo con conocimiento de la anatomía normal de la misma, pero en cirugía biliar este conocimiento no es suficiente para manejarse con seguridad y evitar lesiones de las vías biliares, pues las anomalías son demasiado frecuentes. Flint, en su conocido trabajo que data de 1923, en 200 disecciones de pedículos hepáticos encontró solamente en 69 casos la anatomía considerada como normal, siendo por lo tanto más numerosos los casos que escapan al esquema normal que los que se ciñen a él.

Nosotros no vamos a tratar aquí todas las variaciones y anomalías de las V.B., sino solamente aquellas que pueden llevar a la comisión de errores que causen heridas de las V.B. Las anomalías que nos interesan son las del conducto cístico, las de los hepáticos, la de los canales llamados "accesorios" y las anomalías de la terminación del colédoco.

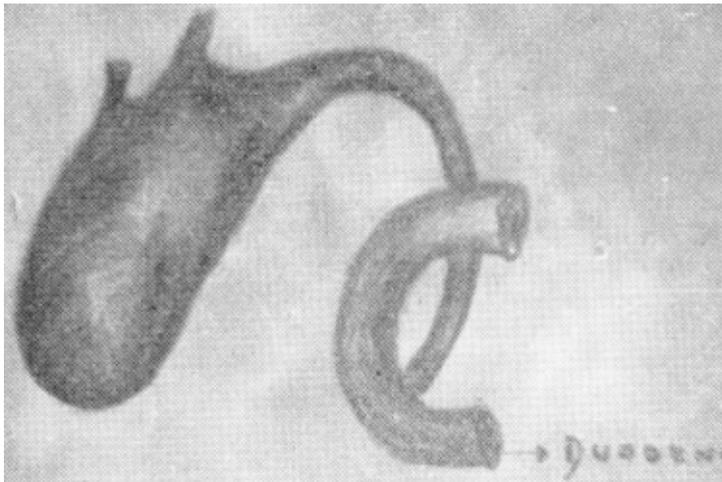


Fig. 1.

ANOMALIAS Y VARIACIONES DEL CISTICO

Pueden consistir en la ausencia del cístico, duplicidad del mismo, anomalías de implantación, de dirección y modo de unión con el hepático.

La ausencia del cístico se acompaña generalmente de agenesia vesicular, pero cuando no es así y la vesícula es asiento de una colecistitis, la herida de la V.B. es inevitable a menos que el cirujano conozca la anomalía por un estudio contrastado previo o por una colangiografía operatoria hecha al iniciar la operación, antes de maniobras de liberación.

La figura 1, que corresponde a una observación de Walton, es muy demostrativa para comprender el riesgo quirúrgico de herida de V.B. por experto que sea el cirujano, si no está prevenido de esta anomalía, afortunadamente excepcional.

La *duplicidad* del conducto cístico puede presentarse con unión de ambos císticos antes de desembocar en V.B.P. o con desembocadura por separado en la misma, tal como lo muestran las figuras 2 y 3. No crea problemas a menos que exista un proceso agudo con edema o una fibrosis importante que enmascare la duplicidad del cístico, y así uno de ellos puede ser seccionado como simple tracto fibroso, sin ligaduras, siendo así causa de bilirragia.

Las anomalías y variaciones de *implantación* deben ser atentamente consideradas por su interés quirúrgico.

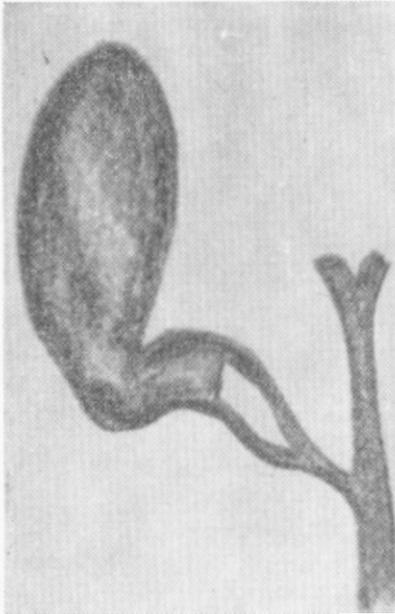


Fig. 2.

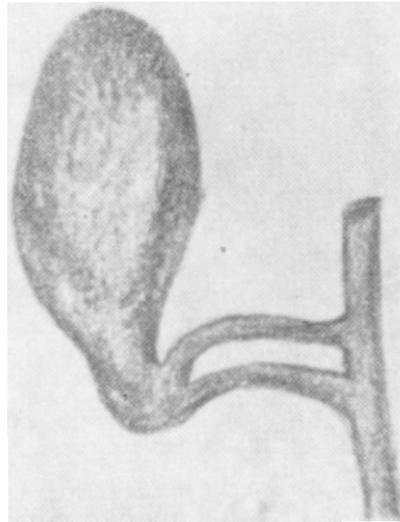


Fig. 3.

Normalmente el conducto cístico desemboca en la parte derecha del hepático formando un ángulo agudo abierto hacia arriba, tal como lo muestra la figura 4.

Pueden presentarse numerosas variaciones por transposición de la vesícula y su conducto excretor, por desembocadura del cístico en un hepático accesorio, etc., pero la anomalía de implantación que más nos interesa, porque lleva más fácilmente a la herida de V.B. es la implantación en el hepático derecho.

La figura 5 nos permite comprender con qué facilidad la tracción ejercida sobre la vesícula en el curso de una colecistectomía puede llevar a la ligadura y sección del hepático tomado como cístico.

Las variaciones en la *dirección* del cístico pueden ser causa de herida de V.B. Habitualmente el cístico tiene una dirección oblicua hacia abajo y hacia adentro, como vimos en la figura 4. Su implantación perpendicular a la V.B.P. no tiene importancia quirúrgica, pero en cambio es necesario recordar la posibilidad de un trayecto recurrente, pues esta variación ha llevado a cometer errores. Las figuras 6 y 7 ilustran como un trayecto recurrente del cístico, con buche vesicular que adhiere al colé-



Fig. 4.



Fig. 5.

doco, puede causar la lesión de este último, pues al ser traccionada la vesícula el colédoco impresiona como cístico. Hay casos citados en la literatura de esta situación habiéndose producido la herida de la V.B.P.

La disposición en espiral del cístico, como muestra la figura 8, pasando por detrás o por delante del hepático, puede llevar a la herida involuntaria del hepático al liberar o pinzar el cístico, o a una herida voluntaria, la abertura de la V.B.P. para extirpar un cálculo que se cree que está en ella y en realidad está alojado en el cístico, a la altura del hepático, y la palpación hace creer que está dentro de la V.B.P.

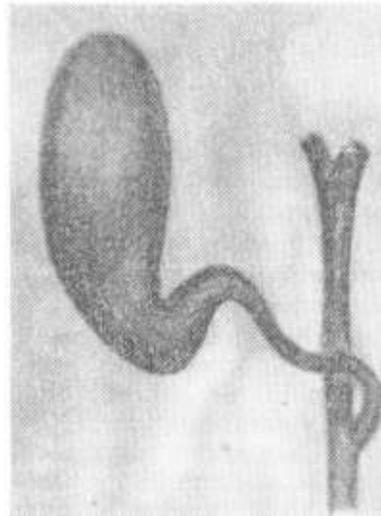
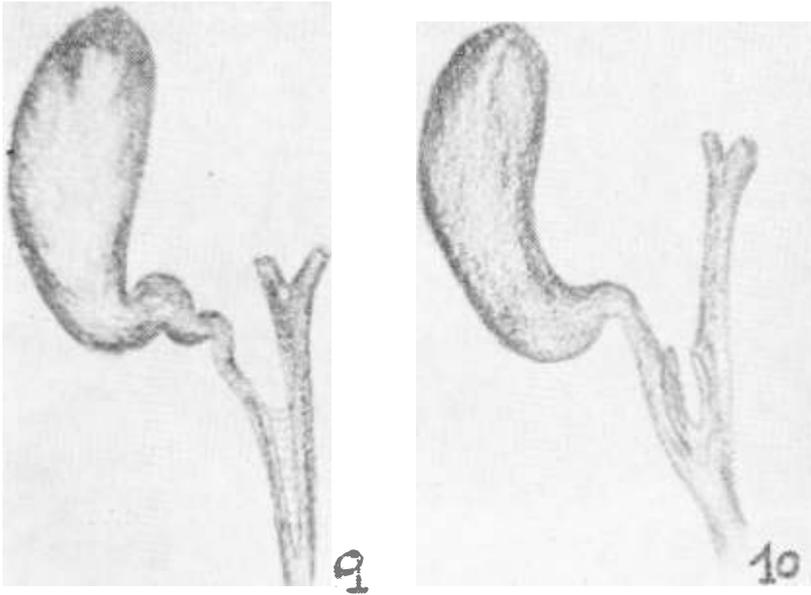


Fig. 8.



ANOMALIAS Y VARIACIONES DEL HEPÁTICO

La ausencia de hepático común por confluencia de ambos hepáticos y el cístico a un mismo nivel puede ser origen de herida de V.B. si se presenta la anomalía como se esquematiza en la figura 11.

En el curso de una colecistitis la rama derecha del hepático, vinculada al cístico por tejido patológico, puede ser seccionada al ser confundida con él. En algunos casos la rama derecha del hepático puede terminar en el cístico, como muestra la figura 12, siendo evidentes los riesgos de su lesión en el curso de una colecistectomía.

Canales anómalos llamados "accesorios".— Estos canales recogen bilis de sectores limitados del parénquima hepático y pueden desembocar en la vesícula (bacinete y cístico), en el hepático derecho a distintas alturas (figs. 13 y 14) o en el colédoco, tal como lo muestra la figura 15, o en el cístico (figura 16). Su sección puede pasar inadvertida en el curso de la colecistectomía, interpretados como simples tractos fibrosos,

ya que muchas veces el flujo biliar está disminuido durante el acto operatorio y no se observa bilirragia, pero después cuando se normaliza el flujo la bilirragia se produce y se citan casos de peritonitis biliares mortales por sección inadvertida de un canal accesorio, y complicaciones postoperatorias serias, peritonitis, íleo, fístulas.

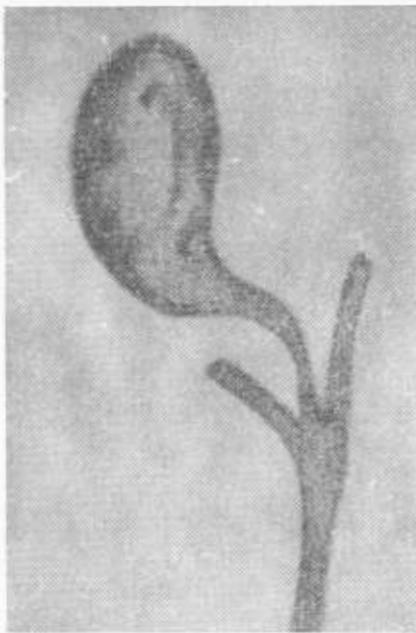


Fig. 11.

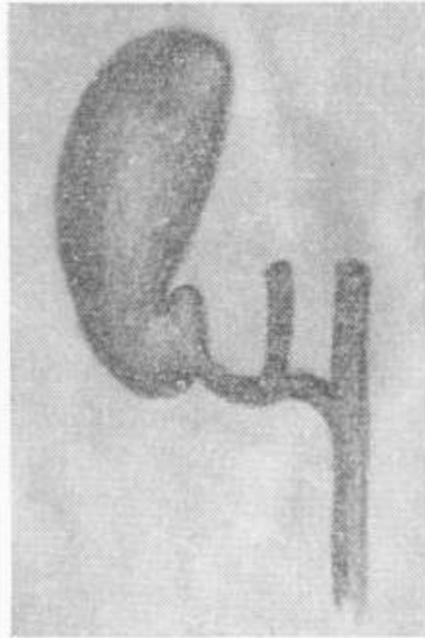
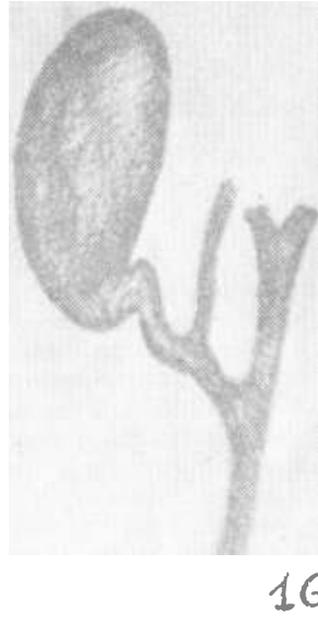
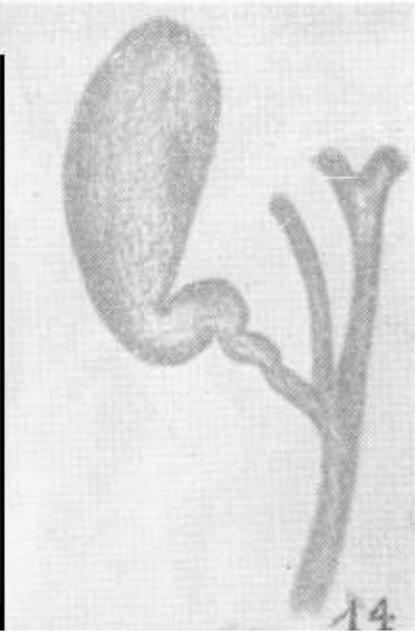


Fig. 12.

ANOMALIAS DE TERMINACION DE LA V.B.P.

Se hallan citados algunos casos en la literatura de terminación del colédoco con el estómago en las proximidades del píloro. Esto significa un grave peligro para la V.B. en ocasión de la cirugía gastroduodenal.

Otra anomalía a temer es la inserción alta de la papila, parte baja de primera porción o parte alta de segunda, situación que compromete la integridad de la V.B. no solamente en la cirugía gastroduodenal, sino también en la biliar, cuando en la exploración instrumental con exploradores rígidos el cirujano insiste en hacerlos progresar siguiendo la curva normal del colédoco. Es una forma que fácilmente se puede hacer una falsa ruta con todos los peligros que ésta significa.



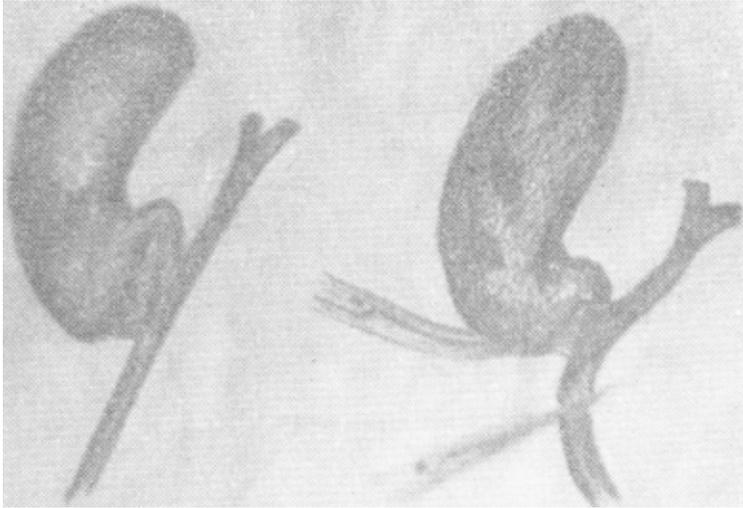


Fig. 17.

La falta de desarrollo de la zona pancreática que separa al colédoco del bulbo duodenal facilita una vecindad entre ambos elementos anatómicos que se vuelve peligrosa cuando hay un proceso patológico sobreagregado, como veremos al hablar de modificaciones patológicas de la región.

MODIFICACIONES PATOLOGICAS

Los procesos de colecistitis y pericolecistitis pueden alterar profundamente la anatomía de la región. La congestión y el edema en el período agudo, la fibrosis y retracciones en el período crónico, modifican las estructuras anatómicas dificultando su reconocimiento en el acto operatorio, exponiendo así al cirujano a cometer errores y a lesionar las V.B.

La friabilidad de los tejidos patológicos en el período agudo y subagudo puede ser una causa de herida de V.B. al producirse desgarros en las maniobras de liberación.

Vamos a estudiar las dificultades a nivel del bacinete, a nivel del cístico y cuando hay grandes modificaciones en el pedículo principal, para luego referirnos someramente a las alteraciones de la V.B.P. por patología gastroduodenal y de otros órganos de vecindad.

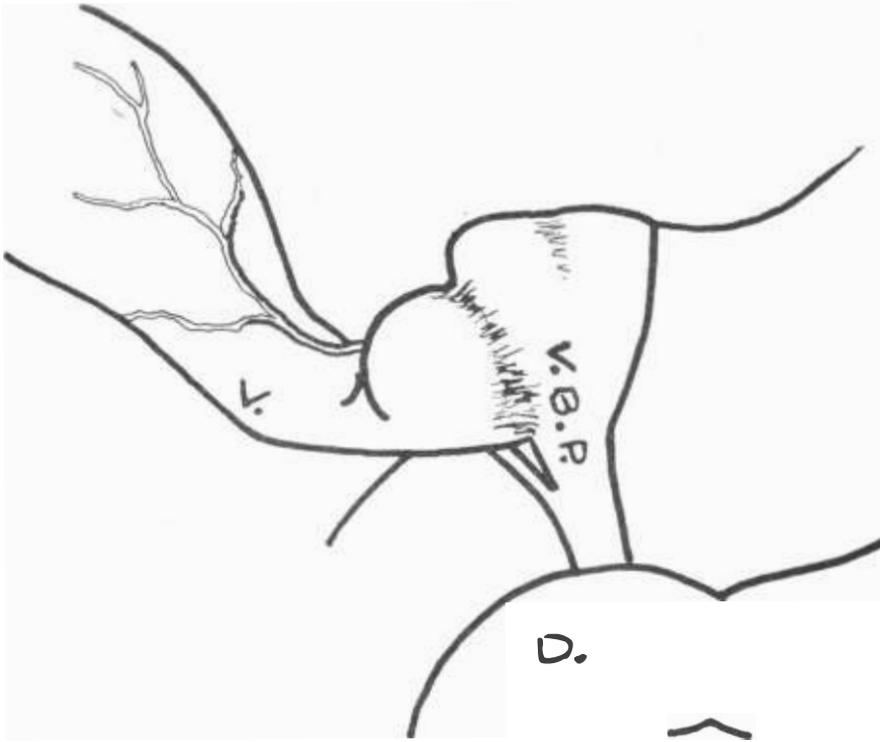


Fig. 18.

Dificultades a nivel del bacinete.—La distensión del bacinete en ocasión de un episodio de colecistitis obstructiva aguda lo lleva a contactar con la vía biliar principal, tal como lo muestra la figura 17. La friabilidad de los tejidos a ese nivel, el edema y congestión que enmascaran las estructuras puede llevar a la lesión de la V.B.P. Este contacto puede ser también el comienzo de una fístula colecistocolédociana cuando un cálculo ocupa el bacinete y es causa de ulceración de decúbito.

Las adherencias del buche al colédoco hacen que la tracción de la vesícula en el curso de la colecistectomía disloque la situación del colédoco y lo lleven a ser confundido con el cístico, posibilitando así la ligadura o sección de la V.B.P.

Cuando existe una transposición de la bolsa de Hartmann los peligros son para el hepático y la figura 18 nos demuestra como además de ser la responsable de un síndrome del canal hepático esta situación puede llevar a la lesión de la V.B.P. en las maniobras de liberación. También puede ser el origen de una fístula colecistohepática.

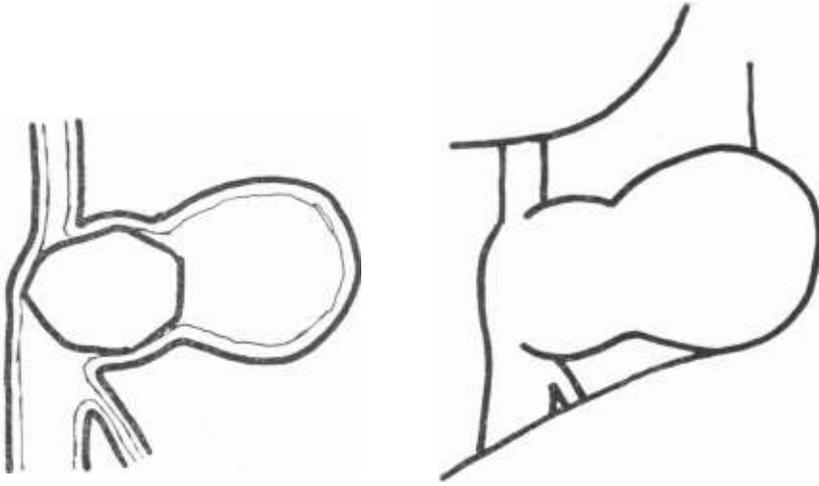


Fig. 19.

Las dificultades a nivel del cístico pueden ser debidas a distintas causas:

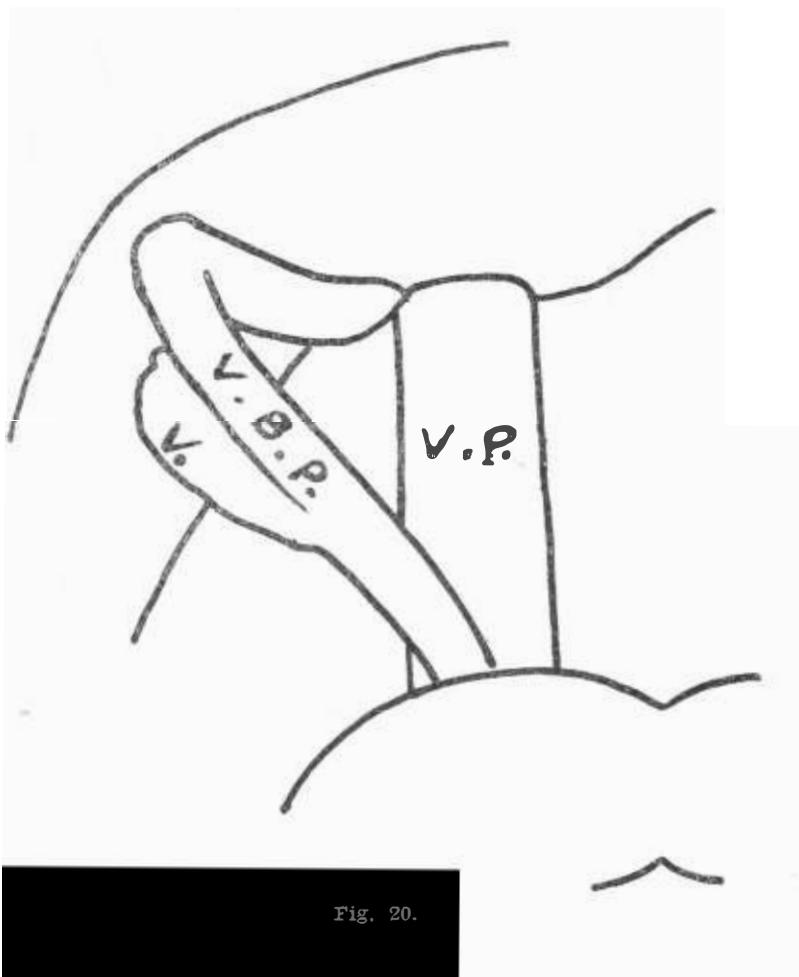
a) Cístico acollado al hepático como vimos en las figuras 8 y 9 y vinculado a él por fenómenos de pericisticitis, puede ser causa de ligadura conjunta de ambos conductos, de lesión de la V.B.P. en las maniobras de liberación mediante disección cruenta o de desgarro en las tracciones si los tejidos son friables.

b) Cístico pre o retrocoledociano puede englobar la V.B.P. en el proceso inflamatorio y llevar a su lesión en las maniobras de liberación. Ya dijimos al hablar de anomalías que cuando hay cálculos a nivel del entrecruzamiento de ambos conductos puede producirse además de la herida accidental de la V.B.P., la herida voluntaria, la coledocotomía para extracción del cálculo que se cree asienta en el hepatocolédoco.

c) Cálculo en el cístico que hace saliencia en el hepatocolédoco. La figura 19 permite comprender que la V.B.P. puede ser herida por creerse que está más allá del cálculo, y guiándonos por la palpación cuando creemos estar en zona de seguridad, en pleno cístico, ya estamos dentro de la V.B.P.

d) Císticos muy cortos, o en delta, en especial si se acompañan de hepatocolédocos fácilmente desplazables, pueden llevar a su ligadura o sección, creyendo cístico lo que es V.B.P.

e) Fístulas biliobiliares a nivel del cístico.



DIFICULTADES POR SUPERFICIALIZACION DE LA V.B.P.

Esta es para nosotros una de las situaciones más peligrosas en la cirugía biliar, y en la cual cuando las cosas se presentan difíciles solamente una colangiografía operatoria hecha antes de iniciar ninguna maniobra de liberación puede evitar la lesión del hepatocolédoco.

Normalmente hay una distancia de 10 cm. entre el borde anterior del hígado y el pedículo hepático, pero hay casos en que el proceso escleroso retráctil es tan grande que el hepático está a nivel del borde del hígado.

Tenemos dos casos en que lo que ocupaba la zona habitual del fondo vesicular era un hepático dilatado y desplazado hacia

el borde hepático. En uno de estos casos lo que pretendió ser una simple colecistostomía resultó una hepaticostomía, la vesícula estaba reducida a un pequeño muñón escleroatrófico más alejada en su situación del borde hepático que la propia V.B.P. En otro caso, cuyo esquema mostramos (fig. 20), se hizo una resección involuntaria de la V.B.P. que obligó a una anastomosis biliodigestiva alta.

ALTERACIONES DE LA V.B.P. POR PATOLOGIA GASTRODUODENAL

Las úlceras duodenales de primera porción por fenómenos de retracción fibrosa pueden modificar la situación de una papila en un colédoco normalmente situado, elevándola y haciendo correr riesgos a la V.B.P. al hundir el muñón duodenal. Las úlceras postbulbares y la de segunda porción son de temer por su vecindad con la desembocadura del canal biliar; afortunadamente no son frecuentes. Lahey aconseja cateterizar la papila para evitar su lesión. Los puntos hemostáticos en ulcus duodenales sangrantes pueden englobar la V.B.

La existencia de fistula coledocoduodenal es otra de las circunstancias que favorece la herida de la V.B. en el acto operatorio.

Las lesiones de V.B.P. son más frecuentes en operaciones por ulcus gastroduodenal que por neoplasma gástrico, porque en caso de neoplasma la infiltración hace que se abandone la exéresis.

Las vías biliares corren riesgos de ser heridas, además, en ciertos casos de cirugía de tumores renales a crecimiento anterior, en cirugía de la hipertensión portal y en tumores del ángulo cólico o parte derecha del transversal. Las exigencias del tiempo no nos permiten más que citar estas circunstancias.