

PROFILAXIS DE LAS HERIDAS OPERATORIAS DE LA VIA BILIAR

Dr. FERNANDO J. SORIA

Una de las lesiones quirúrgicas más serias, según Walters, es sin duda la estenosis del colédoco como consecuencia de su injuria.

Como dice muy acertadamente Johns: "Hay un camino trágico y a menudo fatal en la lesión del colédoco: estrechez, cirrosis e insuficiencia hepática terminal, jalonada además en su curso por graves intervenciones iterativas y por largos períodos de invalidez".

Todo cirujano que practica cirugía biliar conoce perfectamente la importancia del tema y la frecuencia con que se producen accidentes al practicar una colecistectomía. No es extraño entonces que hasta nuestros días se haya hablado y escrito mucho sobre las lesiones accidentales de las vías biliares, pero en todos ellos se destaca no tanto el accidente en sí y la manera de evitarlo, sino el éxito obtenido con distintos procedimientos reparadores. Pareciera que la profilaxis no ha preocupado tanto a los cirujanos. Nosotros creemos que este capítulo tiene mucha importancia.

Su estudio supone un perfecto conocimiento de la variable anatomía de la región biliar, como así también la posesión de los conocimientos y recursos técnicos indispensables para poder resolver satisfactoriamente lo atípico y lo imprevisto, tan frecuente en esta cirugía.

El daño que el cirujano puede provocar accidentalmente a la vía biliar es extremadamente variable, tanto en su tipo como en sus consecuencias.

Es difícil precisar en todos los casos la naturaleza de la lesión, si no se reconoce la injuria en el mismo acto operatorio o poco tiempo después de producida, ya que la cicatrización y luego la estenosis consecutiva no permiten la exacta apreciación del accidente original.

El reconocimiento inmediato de la lesión no es por desgracia frecuente. Negri, en su relato al 21º Congreso Argentino de Ci-

rugía, manifiesta que sobre 35 observaciones sólo en 17 (48,5 %) el cirujano advirtió que había lesionado la V.B., en las otras 18 el accidente pasó desapercibido por completo. En nuestro Servicio en un total de 5.000 operaciones de vías biliares se produjeron 7 lesiones y todas fueron advertidas y reparadas en el mismo acto quirúrgico en forma satisfactoria.

Las lesiones de la V.B.P. de acuerdo al traumatismo pueden clasificarse en:

- A) Lesiones con pérdida de continuidad, que pueden ser:
 - 1) sin pérdida de sustancia, vale decir, secciones simples; y
 - 2) con pérdida de sustancia. En algunos de estos casos faltan extensas porciones del conducto y el extremo proximal está reducido a un muñón fibroso escondido en la región del hilio.

- B) Lesiones sin pérdida de la continuidad y así tenemos:
 - 1) estrecheces limitadas;
 - 2) estrecheces extensas;
 - 3) estrechez total por ligadura del colédoco limitada a un punto;
 - 4) reducción completa del canal biliar externo a un cordón fibroso.

Estos distintos tipos de lesiones pueden existir aisladamente o combinarse, de donde resulta que el daño operatorio como consecuencia de varios traumatismos es una verdadera catástrofe quirúrgica.

Cualquiera sea la naturaleza de la lesión, su evolución da lugar a la formación de una estenosis oclusiva, que si bien se considera benigna es lo suficientemente grave como para poner en peligro la vida del paciente, a menos que sea reparada exitosamente por una intervención ulterior.

Si bien se reconoce que la mayoría de las estenosis son la consecuencia de lesiones accidentales, no debe ignorarse que también existen otras que obedecen a una etiología diferente y están en relación con procesos inflamatorios.

La localización más frecuente de las lesiones accidentales es la encrucijada biliar, zona donde por una parte más se manipula durante la intervención, y donde por otra residen múltiples variaciones anatómicas congénitas y adquiridas. Siguen en orden de frecuencia las lesiones a nivel del hepático y en la porción supraduodenal del colédoco.

Al margen de las lesiones debidas al desconocimiento de anomalías congénitas o adquiridas y en ausencia de ellas, pue-

den producirse lesiones sin pérdida de continuidad en la V.B.P. por errores puramente técnicos. Entre los más importantes por su frecuencia resaltan los siguientes:

- a) Pinzamiento del colédoco al intentar cohibir a ciegas hemorragias de la arteria cística o hepática.
- b) Colédoco atravesado por un punto de sutura.
- c) Ligadura del cístico practicada excesivamente próxima al colédoco.
- d) Algunas veces se producen acúmulos de bilis, causando una peritonitis localizada aséptica y una posterior estenosis. Esta bilis puede proceder de la falla de la ligadura del muñón cístico por hipertensión biliar o bien del lecho hepático o de conductos aberrantes que han pasado desapercibidos durante la operación y se han dejado abiertos.
- e) En algunas ocasiones puede producirse una obstrucción completa sin pérdida de continuidad por haberse ligado el colédoco en toda su circunferencia.
- f) Los casos en los que el colédoco presenta una pérdida de la continuidad son debidos a una acción transversal o a una resección de este conducto, lo más a menudo por una disección incompleta de la confluencia cístico-coledociana. Estos casos dan lugar casi invariablemente a que se produzca una fístula biliar externa.

Este somero análisis de las lesiones de la V.B., nos enseña que la especialización en esta cirugía es un factor decisivo y si bien es cierto que muchos cirujanos de reconocida actuación han lesionado alguna vez los elementos del pedículo biliar, lógico es también suponer que la frecuencia de estos accidentes decrecerá a medida que aumente la experiencia en cirugía biliar.

Es difícil precisar en todos los casos cual fue el motivo del accidente; de aquí que en principio será tan fundamental enseñar a prevenir las lesiones como a tratarlas.

Reseñamos a continuación los aspectos que nos parecen de mayor interés en orden a esta profilaxis, aun cuando algunos parezcan superfluos y elementales.

La correcta ejecución de la cirugía biliar, como cualquier otra, depende en primer término y sobre todo de una buena exposición del campo operatorio. Para esto se requiere posición correcta del paciente, una relajación adecuada de la pared y buena incisión.

El paciente debe colocarse con el tronco en hiperextensión, lo que se logra mediante una lordosis dorsolumbar. Con esta posición se obtiene la disminución de la profundidad del campo operatorio.

La relajación y quietud son proporcionadas por una buena anestesia general, cosa que se logra perfectamente con los medios

actuales. En algunas ocasiones, teniendo en cuenta el tipo de operación a realizar, será necesario recurrir a las anestias potencializadas.

La incisión de la pared abdominal debe ser amplia para permitir un reconocimiento seguro del pedículo hepático. Se han ideado un sin fin de ellas a cuya enumeración renunciamos y sólo diremos que en la actualidad preferimos la incisión paramediana derecha transrectal, que no sólo proporciona un amplio acceso, sino que también permite una reconstrucción correcta. En los pacientes robustos, de ángulo xifoideo abierto, preferimos la incisión transversal paralela a la arcada costal.

En cuanto a la técnica de la colecistectomía, encontramos que los cirujanos tienen a su alcance dos procedimientos: la resección de fondo a cuello y la técnica retrógrada. No hay duda que cualquiera de estas técnicas en manos de cirujanos hábiles y experimentados dará muy buenos resultados, pero recordemos que este tipo de cirugía es realizado también por cirujanos que están haciendo su aprendizaje y que las enseñanzas van dirigidas a ellos, de ahí que nosotros recomendamos la resección de fondo a cuello, porque permite una más fácil individualización de los elementos anatómicos a nivel de la encrucijada biliar, así lo sostiene también Seiro, de Helsinski, quien en un artículo reciente manifiesta que en su Servicio se efectúan alrededor de 500 operaciones anuales de vías biliares, siendo la mayoría de ellas realizadas por jóvenes residentes.

Es imprescindible la correcta identificación del conducto cístico y de la arteria cística, no debiendo ligarse o seccionarse ninguna estructura que no haya sido bien identificada.

El conducto cístico debe ser aislado para asegurar la integridad del hepatocolédoco y facilitar el tiempo siguiente, la exploración radiológica de la vía biliar. La identificación y correcta disección del cístico constituye para nosotros el tiempo fundamental de toda colecistectomía y aunque parezca simple presenta a veces grandes dificultades. La presencia de una fístula biliobiliar, una bolsa de Hartman adherida al colédoco, un cálculo enclavado en el cístico o en el vestíbulo con reacción inflamatoria de vecindad, son algunas de las circunstancias que dificultan la disección correcta del cístico y predisponen a las heridas de la vía biliar. En los casos en que la identificación es imposible, seccionamos la vesícula a nivel del vestíbulo y por dentro tratamos de cateterizar el cístico para efectuar la exploración radiológica. Si no lo conseguimos, procedemos a inyectar a presión sustancia de contraste mediante una cánula maleable provista de una cliva que hace a manera de tapón. Al obtener la colangiografía operatoria tomamos conocimiento de la situación y relación de los distintos elementos anatómicos, lo que nos permite proceder con mayor seguridad.

La correcta disección del cístico permite su adecuada ligadura, la cual no debe hacerse muy próxima al colédoco. Nosotros la colocamos a unos 4 milímetros de la unión cisticocolédociana y con esta conducta no hemos tenido patología del muñón cístico residual.

La identificación de la arteria cística es necesaria para su correcta ligadura, recordemos que se encuentra a la izquierda y en un plano posterior al cístico.

Se pone muy bien de manifiesto al traccionar la zona vestibular de la vesícula, sobre todo cuando ésta se encuentra unida aún al cístico. La ligamos próximo a la vesícula y creemos que con esta conducta preservamos a estructuras vitales del pedículo hepático como son la rama derecha de la arteria hepática, la rama derecha de la vena porta y el conducto hepático. La herida de estos elementos puede ocurrir con más facilidad cuando la arteria cística es de tipo corto, circunstancia que se da en el 20 % de los casos.

Otro hecho importante a tener en cuenta en la profilaxis de las heridas de la vía biliar es la selección cuidadosa de los casos que requieran una intervención urgente, pues en ellos es inevitable operar sobre vesículas inflamadas, edematosas con relaciones anatómicas distorsionadas y confusas. En estas ocasiones habrá que proceder con sumo cuidado y poner al paciente en manos de cirujanos de experiencia. Nosotros tratamos las colecistitis agudas en forma expectante, prefiriendo extirparlas en la fase crónica.

El empleo sistemático de la colangiografía operatoria disminuye la posibilidad de las heridas operatorias de la vía biliar.

Las ventajas del procedimiento de Mirizzi son bien conocidas por todos, y nadie puede dudar de la conveniencia de su empleo para el reconocimiento de las anomalías o variaciones anatómicas. En algunos casos será necesario efectuarla por punción del colédoco.

La Dra. Castiglioni, al referirse al empleo en los casos de intervenciones en procesos agudos, dice lo siguiente: "La colangiografía operatoria tiene valor en las colecistitis agudas, pues permite establecer el estado de la vía biliar principal sin maniobras ni decolamientos que pueden resultar dificultosos o peligrosos en medio de tejidos congestivos, edematosos y a veces necróticos. Mediante la colangiografía se evidencia la situación y contenido del hepatocolédoco y algunas veces la existencia de anomalías de los canales que es necesario conocer para no cometer errores quirúrgicos.

Si a pesar de todas las precauciones llega a producirse una lesión de la vía biliar, será necesario ponerla de manifiesto en el mismo acto operatorio para proceder a su reparación correcta, la cual por lo general va seguida de éxito.