

# DIAGNOSTICO DE LA HERIDA ACCIDENTAL

Dr. JUAN E. CENDAN ALFONZO

## A) RECONOCIMIENTO INTRAOPERATORIO

Salvo los casos de heridas muy amplias o resecciones, es frecuente que las heridas accidentales de las vías biliares pasen inadvertidas. Por ejemplo, de 55 observaciones reunidas por Velasco Suárez, sólo 9 fueron reconocidas por el cirujano y fueron reparadas o por lo menos se intentó hacerlo, en el acto operatorio.

Esta proporción aumentaría si se sumaran los casos de muerte postoperatoria cuya causa queda desconocida, o es aclarada por la necropsia, y aquellos, mucho más frecuentes, de heridas ocasionando bilirragia en el postoperatorio inmediato, pero que cicatrizan sin secuelas merced a un buen drenaje, a pesar de no haber sido reconocidas.

El reconocimiento intraoperatorio de la herida accidental es pues fundamental por múltiples razones:

- Porque de lo contrario se expone al paciente a graves complicaciones y aun la muerte.
- Porque se pierde la oportunidad, a veces única, de resolver el problema mediante la sutura inmediata, que es la solución ideal, o la anastomosis biliodigestiva, que debe plantearse como solución de necesidad.
- Porque en caso de no ser posible la reparación inmediata, es necesario realizar el reconocimiento lo más perfecto posible de la lesión, especialmente en cuanto a tipo y topografía, con vistas a futuras soluciones, y resolver el problema de emergencia asegurando el drenaje biliar.

Es pues necesario, sobre todo cuando se ha operado en condiciones difíciles por razones ambientales o de patología, o por problemas de hemostasis, agotar las medidas para evitar que pueda pasar inadvertida una pérdida biliar.

El diagnóstico operatorio de la herida se hace fácilmente si se realizan las maniobras exploratorias indispensables. Debe ser preocupación de todo cirujano que interviene en vías biliares, realizar un contralor final del campo operatorio. Si bien éste es correctamente realizado en lo que a hemostasia se refiere, no sucede así, en muchos casos, respecto a la verificación de la normalidad de la vía biliar.

En ese sentido, la revisión final no debe limitarse solamente a la comprobación visual, sino al contralor manométrico y colangiográfico, que son soberanos en este aspecto. Esta es una de las ventajas del uso de la sonda transcística.

Una manometría cuyas cifras no se estabilizan a pesar de adecuada perfusión, llegando a presiones residuales próximas a 0, debe ser investigada antes de concluir en que se trata de una hipotonía, aun cuando se haya practicado una papiloplastia o una anastomosis biliodigestiva. Aumentando la perfusión, hay que verificar (eventualmente con líquidos coloreados) si hay escapes en el lecho vesicular, en el hilio o en la zona del pedículo. No es encensario que la pérdida sea muy importante para poder detectarla. Así se descubrirán fácilmente canalículos biliares normales o anormales seccionados al extirpar la vesícula, especialmente en las colecistectomías difíciles donde no hay plano de clivaje. El peligro de lesión y por ende las medidas de profilaxis y reconocimiento llegan al máximo en dos situaciones:

- En lo que del Campo ha llamado *período intermedio* en la evolución de las colecistitis agudas, después del 8º ó 10º día, y hasta que las lesiones inflamatorias no se hayan apagado, lo que insume 3 ó 4 meses.
- Cuando se han constituido fístulas biliobiliares espontáneas, especialmente la colecistohepática, a nivel del buche vesicular, y sobre todo cuando éste está en posición retrocanalicular.

A su vez, la colangiografía a presión algo superior a la indicada por la manometría, permitirá objetivar cualquier escape inadvertido o las faltas de relleno del árbol biliar.

También se objetivarán las pérdidas alrededor de la sonda transcística, el tubo de Kehr, y la continencia de las suturas de coledocotomía o anastomosis biliodigestiva.

No podemos dejar de insistir en esta verificación, que realizamos rutinariamente desde hace más de veinte años y que permite retirarse del campo operatorio con tranquilidad.

Si estos procedimientos muestran la existencia de una herida accidental, la reparación debe ser realizada de inmediato. Si el escape se produce por pequeños canalículos o en zona de sutura a pesar de cuidadosa reparación, y si la vía biliar principal está expedita, bastará un drenaje aspirativo subhepático que funcione mientras haya bilirragia. Pero aun así, y con mayor razón si hay obstáculos previsibles en la vía principal, hay que asegurarse del contralor de la hipertensión biliar postoperatoria, para lo que basta en general la vía transcística, cuando se sabe manejarla.

## B) LA HERIDA ACCIDENTAL DESCONOCIDA

La herida accidental desconocida en el acto operatorio, puede manifestarse en forma muy variable según diversos factores:

- 1) Tipo de herida e importancia del canal lesionado:
  - heridas de canales accesorios o del parénquima (lecho vesicular);
  - heridas laterales pequeñas de los canales principales;
  - heridas de un grueso canal, completas o incompletas;
  - interrupción completa de la vía principal.
- 2) Si se ha dejado o no drenaje externo de la vía biliar.
- 3) Si se ha drenado o no el espacio subhepático.
- 4) Si había o no infección biliar.
- 5) Si había o no bloqueo por adherencias previas.