

CONSECUENCIAS INMEDIATAS

Dr. JUAN E. CENDAN ALFONZO

En todos los casos el resultado inmediato de la herida accidental desconocida (h.a.d.) es la *colerragia*, cuya intensidad y consecuencias dependerán de los factores anotados, y que podrá manifestarse:

- 1) *Colerragia intraperitoneal*, originando:
 - a) *Coleperitoneo*, de instalación más o menos rápida, de repercusión variable en cuanto a gravedad, manifestándose por el derrame pseudoascítico, la ictericia manifiesta o evidenciable por el laboratorio, el íleo funcional, y la repercusión humoral.
 - b) *Peritonitis biliar*, mucho más ruidosa y con síntomas peritoneales dominantes, rápidamente grave.

La colerragia interna producida lentamente, por herida de pequeños canales o heridas incompletas, puede dar origen a derrames colectados subfrénicos, subhepáticos, del Douglas, que son a veces de difícil diagnóstico. La frecuencia de estas colerragias, demostrada por la observación corriente de salida de bilis por el drenaje, justifica ampliamente el uso del drenaje subhepático aspirativo tipo Redon en cirugía biliar.

La colerragia intraperitoneal implica reintervención inmediata, tendiente a tratar el derrame peritoneal, y explorar el foco operatorio, resolviendo el problema según el caso, por la reparación inmediata o el drenaje.

- 2) *Colerragia externa*, puede ocurrir:
 - a) A través del drenaje del foco operatorio.
 - b) Por fistulización.

Una colerragia externa abundante, acompañada o no de derrame peritoneal, es la manifestación considerada por la mayoría de los autores, como el síntoma más frecuente de las heridas de la vía biliar.

La intensidad de la bilirragia dependerá del tipo de lesión. Es total en las secciones completas de la vía principal.

El diagnóstico diferencial con las colorragias de otras causas es fácil cuando se puede hacer colangiografía por la fístula o el drenaje. De lo contrario, se impone la reintervención.

En la mayoría de los casos la fístula tiende al cierre espontáneo luego de un plazo variable (15 días a más de un año). Muy raramente este cierre significa curación. Puede suceder así en heridas incompletas, en forma similar a lo que sucede cuando se retira el tubo de Kehr, pero lo corriente es que sea temporario. Las alternativas de cierre y apertura son características de las estenosis biliares incompletas.

Cuando el cierre es definitivo, y aun en casos de fístula biliar recidivante, se instala en general el síndrome de hipertensión biliar, donde casi siempre se asocia la colangitis, con gravitación importante sobre la evolución. Se constituye así un síndrome coledociano más o menos completo. Casi siempre, entonces, existe una fístula biliar interna.

Pero hay casos en que el cuadro obstructivo aparece sin previas manifestaciones, evidenciándose a distancia del acto operatorio. Ello depende del grado de estenosis y de infección.

Entramos así en la etapa de las *manifestaciones alejadas*.