

# LAS LESIONES DE LAS VIAS BILIARES EN LOS TRAUMATISMOS ABDOMINALES

Dr. BENJAMIN P. CERIANI

## MISCELANEAS

1) En otra oportunidad ya nos ocupamos en parte de este tema (16º Congreso Uruguayo de Cirugía; 1965).

Actualmente con más casos tratados e incrementada nuestra experiencia con nuevas observaciones, contribuimos una vez más a uno de los temarios centrales de este importante evento científico.

2) Hasta fines de octubre de 1968 y desde el 1º-X-1960, se efectuaron 18.630 operaciones urgentes por variadas afecciones, en nuestro Servicio de Cirugía de Urgencia del Hospital Salaberry de Buenos Aires, totalizando en ese lapso y entre esa cantidad, la asistencia de 417 traumatismos graves abdominales (2,2 %) incluidos en esos guarismos 115 traumatismos toracoabdominales. De ese registro correspondieron:

- a) Lesiones puras de vías biliares 11; todas por traumas abiertos sin heridas hepáticas (0,05 % del total).
- b) Heridas de V.B. asociadas a lesiones abiertas de hígado por herida de arma blanca y proyectil o con lesiones cerradas graves hepáticas (estallido o polifragmentación): 8 (0,04 % del total).

3) Luego de lo anterior, concluimos en un total de 0.09 % de traumatizados ductobiliares, cantidad que en pequeña incidencia sobrepasó al total de 0,03 % comunicado aquí en 1965.

Como vemos, el bajo porcentaje de estas heridas ductales continúa siendo su característica, aún en centros asistenciales de urgencia, que como el nuestro, registran una elevada atención de enfermos agudos quirúrgicos y traumatizados.

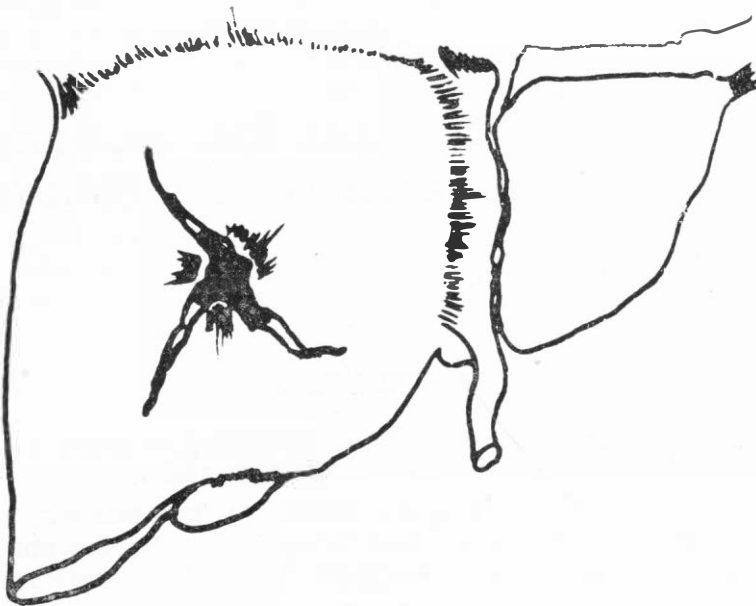


Fig. 1.

Abonan este decir, otras referencias de importantes centros quirúrgicos especializados en cirugía biliar, por ejemplo, el del Dr. Sánchez Zinny que comunicara al 8º Congreso Argentino de Gastroenterología en 1965, la reparación de la V.B. una sola vez por herida de arma blanca en el lapso de los 17 últimos años.

4) De las observaciones precedentes, convenimos en afirmar que en las heridas puras de V.B. inferidas siempre por la acción de un agente vulnerante, la lesión hepática simultánea puede o no estar asociada; en cambio, en los traumatismos cerrados, casi no es posible admitir la lesión independiente de la V.B., sin que implícitamente existan lesiones asociadas hepatobiliares. Esto es un concepto que modifica uno anterior, con las nuevas observaciones, ya que antes creíamos en la inmunidad de la V.B. frente a T. cerrados de hígado.

Este concepto impone necesariamente algunas aclaraciones, por ejemplo:

a) No toda herida traumática de hígado (especialmente fragmentaciones de cara anterosuperior) configura una lesión canalicular extrahepática (fig. 1); otras veces, también verdaderos estallidos del parénquima hepático, dejan indemne la estructura del árbol biliar intra y extrahepático.

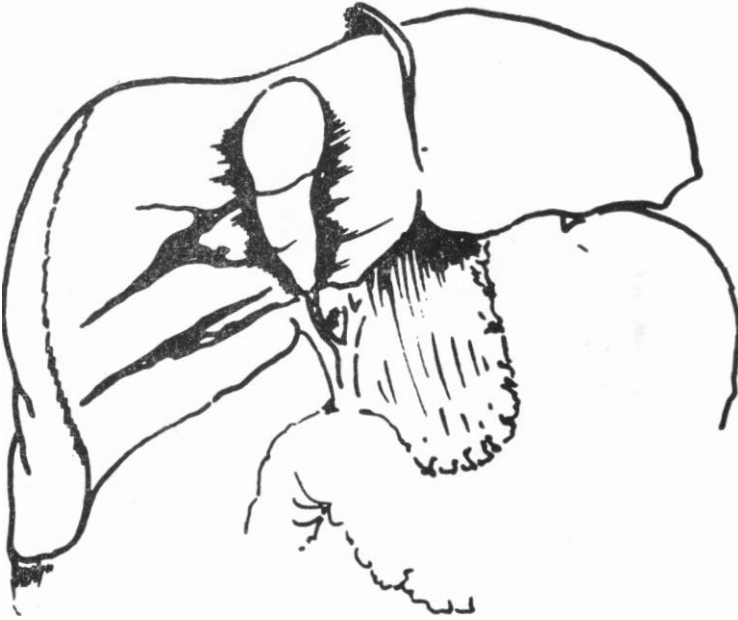


Fig. 2.

b) En cambio, en algunas contusiones violentas del hemi-abdomen superior derecho, hemos observado fisuraciones profundas de la cara inferior del hígado, desplazadas hacia el lecho vesicular y coléctico, seccionando a éste en dos segmentos paralelos (fig. 2).

Eso sí, sea importante destacar una alteración preexistente de la vesícula (uno de nuestros casos), la intensa pericolecistitis con infiltración hepática circunvecina, formaba un verdadero block, que pudo favorecer la fuerza expansiva de la injuria.

En esta precisa circunstancia, hecha la debida hemostasia y reparada la laceración obligadamente como primer tiempo y con las suturas que el cirujano esté habituado en la práctica de estas lesiones; en el segundo tiempo será necesariamente obligada la ectomía del coléctico, total o parcial tipo Zabala-Bengolea, con o si navenamiento cístico-coledócico.

c) Nunca hemos observado en las contusiones cerradas, dicho sea de paso, lesiones aisladas del "área desnuda de Netter" o "espacio peligroso de Ochsner" (fig. 3); configurada por la zona extraserosa que proporcionan las dos hojas del ligamento triangular posterior.

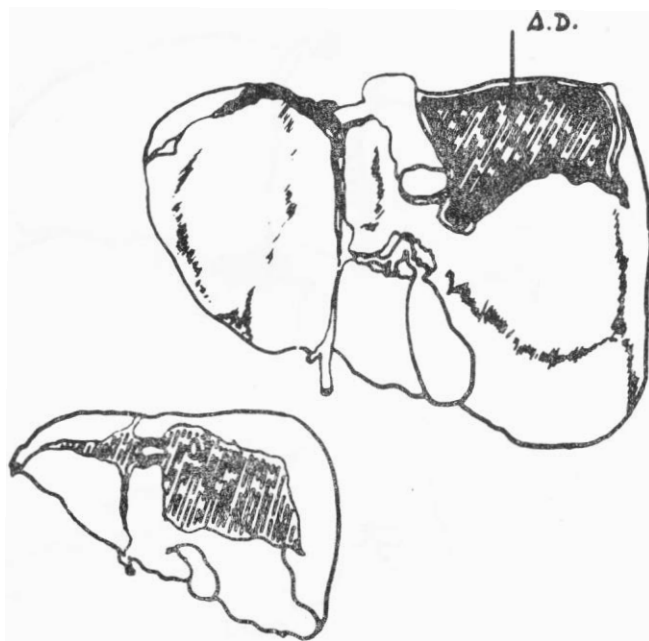


Fig. 3.

Aún en los grandes estallidos o polifragmentaciones hepáticas, con desgarros groseros del hepático derecho u otras fisuraciones hepáticas, con desgarros groseros del hepático derecho u otras fisuraciones del hilio o de la horqueta hepatocoledócica, la sección concluía a nivel mismo de la inserción o del repliegue ligamentoso y de la parte móvil del órgano.

Ni que decir, que frente a serios traumatismos de este tipo, casi verdaderas secciones totales anteroposteriores de la glándula (2 de nuestros casos) (fig. 4), con sección desgarrante del hepático derecho y ruptura total de la rama derecha de la porta, no es posible ningún intento de sutura, ya que la necrosis segmentaria ulterior, atenta sentenciosamente.

A propósito de una de estas observaciones, la ubicación total de los dos hepáticos era intraparenquimatosa, emergiendo solamente de la superficie el hepático común.

d) Es en esas circunstancias, en que el cirujano de urgencia, se verá obligado a efectuar una hepatectomía atípica, con la debida hemostasia o sutura vasculoductal de la superficie cruenta traumática residual.

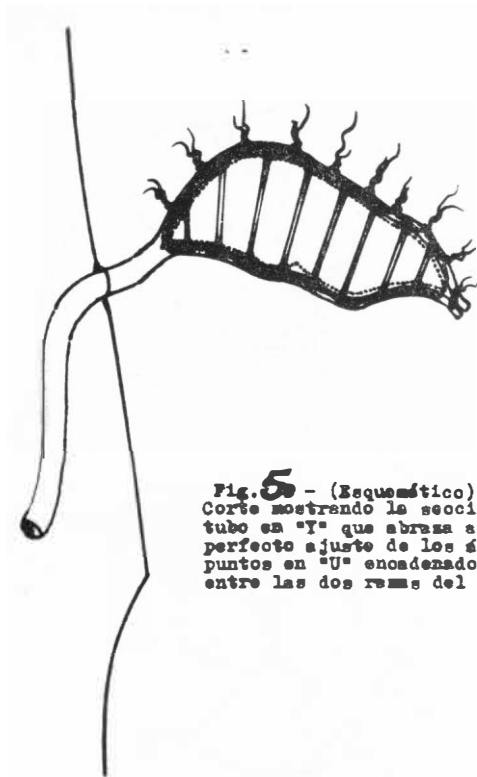


Fig. 4.

Personalmente, frente a estas emergencias y permítasenos en esta oportunidad la reiteración, hemos ideado un procedimiento de hepatectomía controlada, que comunicáramos hace ya dos años a la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires.

Este método sencillo al alcance de cualquier médico práctico general o rural, asegura una hemostasia perfecta con toda rapidez, sin obligarlo al cirujano desconocedor de una hepatectomía típica reglada, a efectuar una riesgosa operación que más que visceral es esencialmente vascular.

Dicho método consiste en colocar (figs. 5 y 6), previa liberación del órgano herido de sus trabaduras ligamentosas, una lazada de goma hendida en toda la mitad de su longitud, verdadera abrazadera, que englobando toda la glándula permite en su ajuste efectuar una fuerte sutura apoyada y encadenada, emergiendo la otra mitad del tubo por contraabertura abdominal.



**Fig. 5** - (Esquemático)  
Corte mostrando la sección A.P. y el tubo en "Y" que abraza al hígado, con perfecto ajuste de los ángulos y los puntos en "U" encañados a tensión entre las dos ramas del mismo.



Fig. 6.

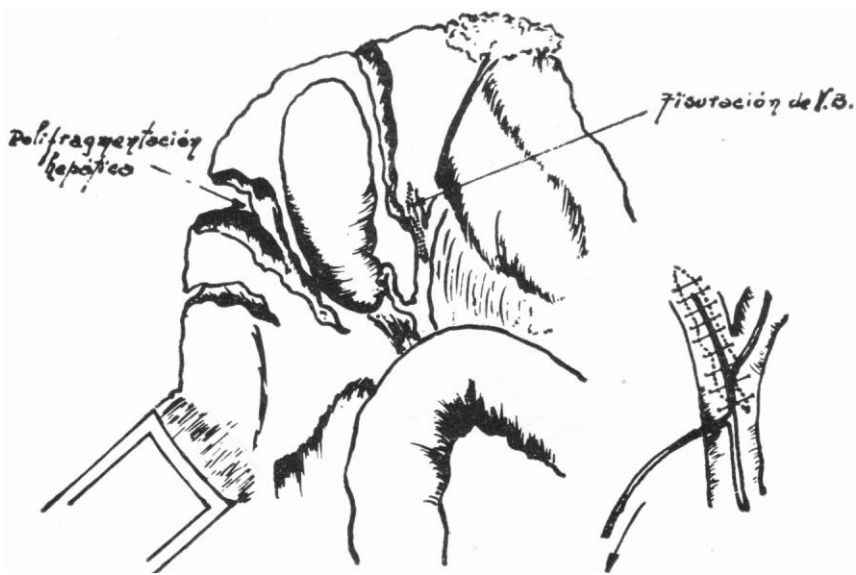


Fig. 7.

Esa fuerte sutura encadenada requiere ser efectuada expresamente con catgut absorbible, para que cumplida su misión aproximadamente al cabo de dos semanas, comience su movilización y retiro de la cavidad, al tiempo que la superficie de sección por debajo de la lazada, ya ofrece un grueso tejido de granulación, como lo hemos observado.

5) Otras veces, a cambio de una gran sección única (nunca la hemos visto en el lóbulo izquierdo), se produce el estallido, verdadera polifragmentación hepática, cuyas derivaciones son imprevisibles y muy serias, más que la sección aislada, que en circunstancias especiales puede sortear la injuria del hilio.

Uno de nuestros casos, que documentáramos hace ya 3 años, presentaba una fisuración del hepático derecho, prolongado hasta el hepato:colédoco. En este caso particular, la amplia fisura longitudinal fue sometida a una reparación inmediata, improvisando una sonda tipo Cattell en "Y" con un tubo en T de Kehr (fig. 7).

—En este tipo de herida larga longitudinal del hepático derecho y hepático común, con gran lecho a la vista, es fácil colocar el tubo en "Y", pero otras veces ofrece reales dificultades, si sólo es una pequeña perforación a nivel de la horqueta o confluencia de los hepáticos, en cuyo caso no

conviene en ese lugar dilatar el orificio para guiar las sondas, siendo preferible entonces abrir circularmente una hemisección por debajo de la herida, para conducir con comodidad dichos catéteres, cuya rama vertical deberá emerger siempre por contraabertura, nunca en la propia sutura (fig. 8, tomada de Schackelford).

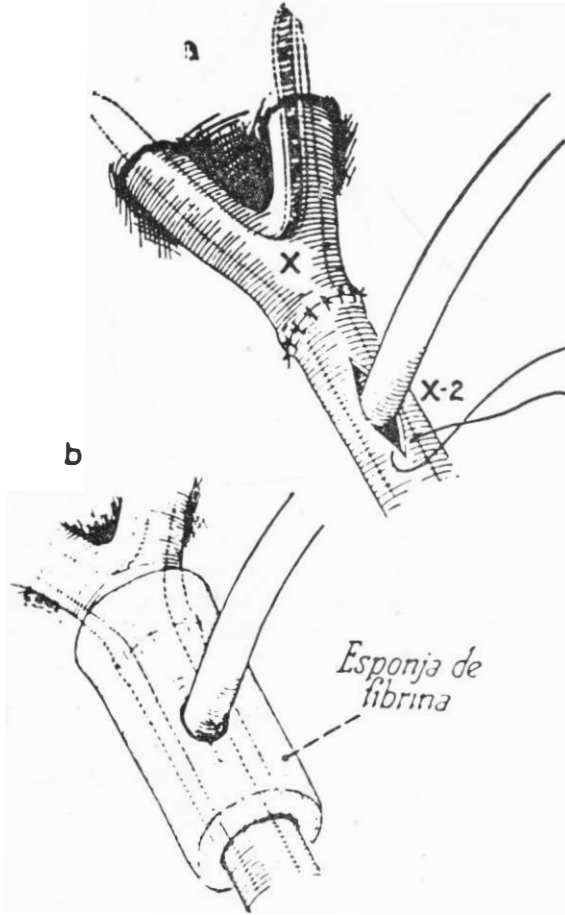


Fig. 8.

Este autor recubre las suturas y trata de asegurar la siempre peligrosa filtratación de bilis, mediante un manguito protector con esponja de fibrina.

Nosotros repetimos este detalle de seguridad por una epiploplastia o mejor por una banda de peritoneo a manera de colgajo, extraída de la pared anterior del abdomen.



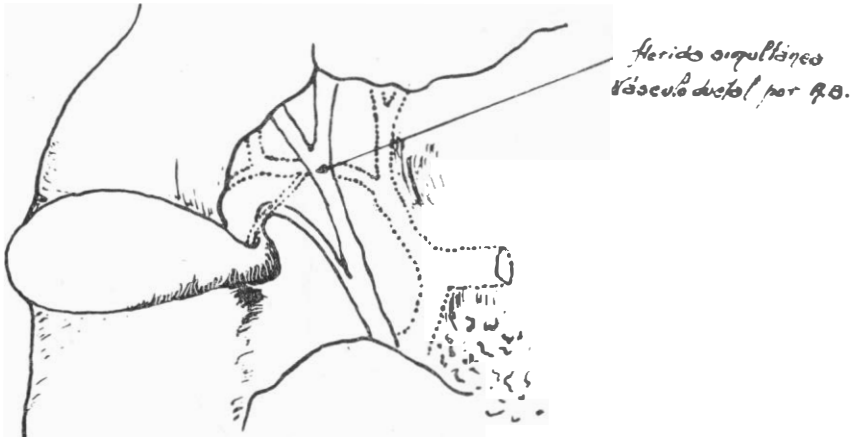


Fig. 9.

6) No siempre las heridas de las V.B. ocurren aisladamente, sino que, particularmente, es patrimonio de estas heridas traumáticas, que existan lesiones asociadas vasculoductales (fig. 9).

Valga el ejemplo de otro caso nuestro, con una lesión simultánea de la horqueta hepatocolédocica y sección completa de la rama derecha de la hepática por arma blanca, que obligó a una reparación coledociana tipo Lahey y ligadura del vaso herido. Falleció a las 48 horas por insuficiencia hepática aguda.

7) Si las causas lesivas como complicaciones quirúrgicas iatrogénicas de la V.B. son numerosas y diversas, en su forma y esencia, con el compromiso exclusivo de estas estructuras (pinzamientos, suturas intempestivas, desgarros, etc.); en las lesiones traumáticas generadas por el sino de la violencia, no piense el cirujano novel encontrar similitudes con las lesiones anteriores. Generalmente hemorragias severas, grandes hematomas y otras lesiones múltiples asociadas, absorben la escena. He allí su principal diferencia.

En efecto, heridas arteriales simultáneas con intenso hematoma del epiplón menor o la presencia de grandes hematomas retroperitoneales por efracción de la porta u otros vasos, harán que la injuria de la V.B. no sólo pueda pasar inadvertida, sino también, no ser reconocida en toda su extensión.

Ante tal evento, será prudente con buen campo operatorio, con serenidad dentro de la urgencia, efectuar la esquelización

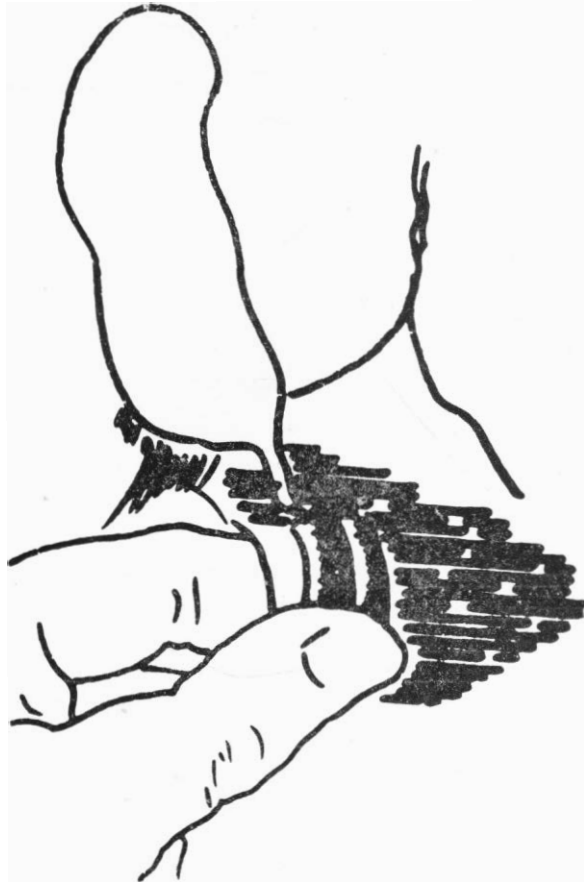


Fig. 10.

o individualización de estos elementos nobles agredidos y donde la radiología intraoperatoria, puede ser una colaboración auxiliar de valiosísima utilidad.

Con tal motivo, la clásica maniobra de la toma bidigital del omento menor (fig. 10), colocando el índice en el hiato de Winslow (maniobra de control hemostático, mientras el primer ayudante hace la rigurosa limpieza del campo), contribuirá no sólo a ejercer una hemostasis transitoria que facilitará posteriormente una toma y sutura correcta, sino que la debridación del hematoma se verá asegurada por el apoyo digital.

8) En todo traumatismo hepático, el examen del hilio y de la V.B. principal y accesoria nunca debe ser omitida. La colerragia y la coloración característica de los mesos la ponen en

evidencia. Otras veces el acúmulo biliar (oloración verde obscura), en el diedro entre el borde interno del colon ascendente y la raíz del mesenterio, acompañado de enfisema retroseroso periduodenal, testimonian la ruptura extraserosa del duodeno y/o asociada al colédoco terminal. Con tal motivo y ante tal evento, se impone la movilización del duodenopáncreas, ante una posible y cómoda sutura del bajo colédoco.

9) Otro aspecto diagnóstico y terapéutico, distingue la herida biliar en un traumatismo abierto toracoabdominal, de una contusión cerrada del abdomen y es que, mientras en el primero el abordaje es inmediato, configura una circunstancia que obliga al cirujano a la restauración rápida, de las lesiones únicas o asociadas descubiertas en el acto operatorio; a diferencia de las lesiones por traumatismos cerrados, donde en ocasiones la intervención quirúrgica puede ser diferida de días a semanas, revelada por una coleperitonitis generalizada o localizada, con gran colección subhepática, con gran síndrome de hipertensión biliar y con ausencia de bilis en duodeno.

Como todo esto fue diagnosticado tardíamente, su consecuencia será también la reparación diferida de la V.B. extrahepática, donde una patología sobreagregada (fibrosis, sepsis biliar) comporta ya un aspecto similar a la reparación tardía por lesiones quirúrgicas.

Claro está, que la fístula biliar externa, que a veces complica las cosas, está ausente en el cuadro traumático contusional.

Decidida la intervención en esta última circunstancia, puede ser de utilidad la colangiografía transparietohepática preoperatoria, como muy bien acota entre los nuestros R. Garriz “para planificar la operación a realizar”.

10) En general, frente a estas lesiones insospechadas, verdaderos hallazgos operatorios, las reparaciones intempestivas de la cirugía traumática, obligará muchas veces a recursos tácticos improvisados, aunque en el fondo, tanto las lesiones operatorias iatrogénicas como las traumáticas, tienen un común denominador, o sea, que su técnica y su fisiopatología quirúrgica reparadora son similares.

11) No obstante, ante toda lesión traumática, la reparación sistemática táctica y técnica de la V.B., dará paso a la “reparación electiva”, recordando otra vez la justa frase de Brocq cuando decía: “la elección de los medios de reparación, es siempre función del aspecto de la herida”.

12) Ahora en otro orden de cosas, si la pérdida de sustancia coledociana es grosera como consecuencia de la injuria, con serios desgarramientos o cabos muy deflecados, nos asociamos a la advertencia del distinguido cirujano francés de urgencia Ch. Clavel: "considerando imprudente la sutura ideal de la V.B. desgarrada". En esas condiciones, una derivación biliodigestiva con el "comodín de las anastomosis" al decir de Mainetti, o sea, en "Y" de Roux, simplificará con mayor margen de seguridad el trauma de la V.B. principal.

13) Las mejores condiciones de operabilidad de una lesión traumática de la V.B., es un excelente campo de acción.

Luego ello estará condicionado por una amplia vía de abordaje en la exploración quirúrgica de urgencia, o sea, de ser posible, una toracofrenolaparotomía.

Si difícil resulta a veces una restauración frente a lesiones quirúrgicas, lo es más por lesiones traumáticas, si como ocurre generalmente es menester luxar o anteriorizar la cara inferior del hígado, frente a lesiones profundas del hilio y donde la hemorragia concomitante constituye un serio estorbo, con el que no hay que luchar en las intervenciones frías reparadoras.

14) Antes de concluir con todas las consideraciones comentadas, queremos señalar que de todos los casos asistidos y operados, el índice porcentual de sobrevida es actualmente de un 77 %, contra el 83 % que tuviéramos en 1965. Es evidente que a mayor abundamiento de casos, con el agregado de más serias y graves patologías, se justifique su leve disminución.

15) Finalmente, si el cirujano que ha intervenido en una de estas emergencias no tiene capacidad o experiencia para resolver correctamente la reparación en estos eventos, es oportuno recordar aquí los consejos de D. Zabaleta: "lo peor que se puede hacer, es abandonar la partida". "Limitarse a colocar un tubo de tamaño adecuado en el extremo central, que conduciendo la bilis al exterior será una segura profilaxis contra la ictericia y la infección biliar y peritoneal.

Luego, colocar en igual forma otro tubito en el extremo distal, gestos ambos que facilitarán la solución ulterior del daño".

En esta forma, al remitir el herido sin mayor premura a un centro especializado, habrá quedado con la conciencia tranquila en salvaguardia del enfermo.