

HERIDAS DE LAS VIAS BILIARES

Discusión

DR. CENDÁN.—Vamos a iniciar la discusión en Panel, y dado lo avanzado de la hora, y en el deseo de que todos los integrantes puedan darnos su experiencia, rogamos que las preguntas sean contestadas en la forma más breve posible.

La primera pregunta está dirigida al Prof. Christmann: dada su amplia experiencia en cirugía de la papila, le pedimos nos ilustre sobre iatrogenia en papilotomía.

DR. F. CHRISTMAN.—He escuchado con todo detalle los magníficos relatos sobre las incidencias que pueden producir accidentes en vías biliares; de ello se deduce lo que hay que hacer y lo que no hay que hacer. Si me refiriera aquí a lo que no se debe hacer para evitar la iatrogenia, repetiría lo que ya se dijo y no lo diría mejor. Entonces prefiero, y creo que a ustedes les puede interesar más, que me refiera a la iatrogenia que personalmente he cometido, que les refiera a ustedes mis errores; creo que esto puede ser de mucho mayor interés. Más o menos en 1932, operando una vía biliar, resequé un trozo de hepatocolédoco. Cuando la Dra. Castiglioni mostraba una de las contingencias, yo pensaba: éste fue el caso que yo viví. En esa época, 1932-1933, más o menos (la fecha exacta está en los Boletines de la Sociedad Cirugía de Buenos Aires, donde referí el caso en una oportunidad en que se hizo una encuesta sobre accidentes), la cirugía biliar se hacía exclusivamente sobre la vesícula; sólo se hablaba de colecistectomía, se ponía un especial énfasis en hacerla por vía directa de fondo a cuello o retrógrada de cuello al fondo; es alrededor de esa enorme cantidad de papel escrito y discusiones, que hoy cuando leemos sonreimos y decimos: qué tontera haber perdido tanto tiempo en una cosa sin ninguna importancia. En esa época no se hablaba de la exploración de las vías biliares y menos todavía de la obstrucción intrahepática de las vías biliares, de la hepatitis, etc. Era una época en que la anestesia era todavía muy mala; como ustedes recordarán, se usaba el éter y no había curare, de manera que se operaba en un campo muy móvil, y a menudo el enfermo hacía mucha fuerza; todavía, como si esto fuera poco, se hacía gala de operar rápido y con incisiones chicas.

Se hablaba de muy pocos minutos, alrededor de 20, para una colecistectomía y les puedo decir que una vez con Ricardo Finochietto operamos en la Guardia una apendicitis aguda en poco menos de 10 minutos, alrededor de 8, desde el comienzo de la incisión hasta el último punto de la piel; la medida del tiempo estuvo a cargo de los practicantes, que lo hacían divertidos en el asunto. Lo mismo era con las incisiones chicas; recuerdo que era la época en que se propuso la frenicectomía en el cuello, con una incisión entre 9 y 12 mm., donde apenas cabía el bisturí. En esa época se hacía gala de habilidad; por supuesto, yo no era ajeno a ello y me gustaba operar con incisión chica y lo más rápido posible. Fue así que cuando llegué al bolsillo de Hartmann, lo vi y me puse a disecarlo; encontré inmediatamente debajo de él "el cístico" (entre comillas) y sin reparo le puse la pinza, lo ligué, corté y seguí haciendo una típica retrógrada. Pero al volver detrás, del otro lado de la vesícula me encontré que había otro "cístico", que era el hepático. Por suerte, después del susto y del mal rato, me repuse e inmediatamente le hice un drenaje a tubo perdido; en esa época el Dr. Figari había estado por Buenos Aires y preconizaba el drenaje con tubo perdido que consistía en tomar una sonda Nélaton de un calibre adecuado, cortarle un pedazo de unos 10 ó 12 cm. de largo, introducirlo por el colédoco hacia abajo hasta que entre holgadamente en el duodeno, y el cabo superior en el hepático hacia arriba y luego suturar todo, nada de Kehr ni de cosa por el estilo; hice exactamente eso y con una suerte única, porque la evolución fue tan perfecta que nadie hubiera podido darse cuenta de lo ocurrido; el enfermo siguió una evolución normal; advertimos al enfermo lo que habíamos hecho y que buscara el tubo, porque seguramente lo eliminaría como decía el Dr. Figari. Nunca lo encontramos. Por suerte este enfermo evolucionó muy bien y más o menos unos 15 ó 20 años después reingresó con otra lesión, un carcinoma de colon o algo por el estilo y nosotros, por supuesto, lo operamos y nos faltó tiempo para ir a mirar ávidamente qué había ocurrido; sólo pudimos comprobar un magma de adherencias, pero como clínicamente estaba normal, no hicimos nada. Este primer mal rato fue en realidad único. Después de esto no cometí ninguna falta de esta importancia en vías biliares, y una cosa muy linda es que ninguno de mis ayudantes que hoy son profesores titulares de Clínica Quirúrgica algunos y otros Jefes de Servicio, ninguno de ellos, digo, cometió nunca una herida de vía biliar porque aquella enseñanza, bien aprovechada desde luego, nos hizo enseñar con énfasis extremo, que jamás se debe cortar nada en el pedículo hepático que sea irreversible; es decir, hay

que ver muy bien la anatomía de ese enfermo, no la anatomía que está en los libros, que esa la podemos saber todos, sino la del enfermo que tenemos por delante.

En otro caso cometí el error de dejar para luego la ligadura de la arteria cística y luego, en el curso de la intervención, alguien, que quizás haya sido yo mismo, le dio un pequeño tirón y arrancó justamente la cística de la rama derecha de la hepática, de manera que a la vista y a plena conciencia, tuve que ligar la rama derecha de la arteria hepática; por suerte lo vimos y lo hicimos luego de mil precauciones; no teníamos grandes cosas como protectores hepáticos; el enfermo hizo un postoperatorio accidentado, un poco ruidoso, pero salvó la vida, cosa que a nosotros nos extrañó porque la ligadura de la rama derecha de la hepática es más grave que la del tronco de la arteria hepática. Creo que se puede contar como iatrogenia de las vías biliares, aunque sea en una arteria. De ahí que yo siempre insista en la disección y en la visualización de la rama derecha de la hepática, y que para hacer la ligadura lo más alejada posible, muy a menudo hacemos la sección muy pegada a la vesícula sin ligar previamente, hasta que se vea un poco de sangre para más tranquilidad.

Iatrogenia podría ser también la perforación instrumental en el caso de exploración de la papila en un colédoco dilatado hipotónico, habiendo sacado ya los cálculos; el trayecto ya está libre, limpio, y se procede a explorar la papila con un Béniqué. Esto no lo hicimos nunca más, porque al principio de nuestra práctica, cuando ideamos el papilótomo, estoy casi seguro de haber provocado alguna fístula biliar interna; digo esto porque hay dos o tres enfermos, de los primeros que yo he papilotomizado, en que la guía del uretrótomo probablemente no había pasado por la papila, si no al costado. Pero en dos o tres casos, repito, estoy haciendo memoria, en que recidivaron sus trastornos, tuvimos que operarlos; comprobamos que la papila estaba intacta; creemos que lo que sucedió fue que pasamos al costado, realizando una especie de coledocoduodenostomía interna a ciegas, inadvertida, que en casi todos los casos cierra porque es muy chica; se estrecha y cicatriza, y vuelve al estado anterior denunciando que la papila no ha sido cortada.

Podría tal vez considerarse también iatrogenia, en papilotomía, al hecho de no hacer una papilotomía, habiéndosela propuesto. Esto sería un error de técnica más que iatrogenia; pero estamos comentando otros errores y tratando de no cometerlos otra vez. Y repetimos lo que ha dicho con toda claridad el Dr. Urioste: cuando se hace una papilotomía, hay que hacerla sobre Beniqué o cualquier otro explorador y a través del duodeno, siempre a cielo abierto, nunca a ciegas como lo hicimos al principio. Cortar simplemente con bisturí; cualquiera de los

otros instrumentos descritos, sea el papilótomo que yo describí, o la tijera-estilete que también uso alguna que otra vez, no son indispensables. Basta el simple bisturí, que corta sobre un elemento rígido, sea el papilotractor de Lasala, las olivas encadenadas que son muy buenas también, o simplemente un Bénéiqué. Lo importante es cortar no sólo la punta de la papila sino todo el músculo, toda la papila hasta la pared del colédoco. Estoy seguro que más de una vez se ha cortado sólo el extremo de la mucosa y con esto el cirujano se ha dado por satisfecho creyendo haber hecho una papilotomía que no existió. Y con esto creo haber contestado a la pregunta del señor Coordinador, sobre iatrogenia en papilotomía. Muchas gracias.

DR. TEJERINA FOTHERINGHAM.— Con placer le voy a responder. Voy a expresar de viva voz mis plácemes por la incuestionable ilustración con que se han expedido los señores integrantes del Simposio, informe que adelanta el éxito de este Congreso de Cirugía que se está realizando en Montevideo. Lo que cuentan son las cosas trascendentes, y en eso estamos aquí trabajando.

Por ello todo lo que concita nuestro interés, lo que ha provocado pasión en nuestra vida es la Cirugía.

He escuchado con especial interés y con seguro provecho lo que se nos ha dado en esta Mesa Redonda y me ha gustado escuchar otra vez al Dr. Praderi, campeón del drenaje transhepático de las vías biliares para asegurar una canalización que no es fácil conseguir en casos serios, como es nuestra experiencia. Praderi se reitera en la posición que ya conocíamos de años atrás y llega convencido del éxito de ese recurso técnico que yo creo insuperable para ciertos casos. También me ha parecido muy bien, aparte de muchas sugerencias interesantes que he escuchado con provecho, el informe relacionado con los casos clínicos; creo que es una serie exitosa halagadora en resultados y está probando muchas cosas, por lo que si me permite diré que estoy casi completamente de acuerdo.

Yo traía para este Congreso mi serie completa de 24 casos, tenía algunos slides para proyectar, porque venía dispuesto a trabajar con esta Mesa Redonda, pero circunstancias fortuitas me han impedido disponer de ellos en este momento. Voy a empezar a memorizar ahora, heridas de las vías biliares que considero en esa serie, en el curso de la cirugía de las vías biliares, no de los traumatismos abdominales que, confieso, no tengo experiencia. Por lo que hace a los traumatismos operatorios de las vías biliares, los voy a clasificar en: heridas de distinto tipo y estenosis. Las heridas, exceptuando un caso acaecido en el curso de gastrectomía, se producen en la mayoría en el curso de la colecistectomía, por litiasis vesicular simple.

Casi siempre litiasis vesicular simple. En dos casos esto ocurrió en colecistitis aguda a repetición; se decidió la colecistectomía y sin reparar la bolsa de Hartman, con un grueso cálculo impactado en el bacinete, y seguramente por exceso de confianza. Yo diría, Dra. Castiglicni, si me permite, más que anomalías y conocimiento a fondo de la anatomía esa que se describe en los libros, lo que cuenta es la condición patológica del hipocondrio derecho, cuando se está operando unas vías biliares. Sobre todo nunca abusar de la confianza, siempre estar desconfiando, y asegurándose, ésta es la vesícula, éste es el colédoco, éste es el hepático, éste es el hepático derecho, éste el hepático izquierdo y ésta la arteria hepática. Mientras no se tenga esa seguridad es, creo, imprudente proseguir. Ustedes dirán, no siempre puede hacerse esto, y acepto que así sea, porque en la serie nuestra figura una colecistectomía por cáncer de la vesícula, seguramente un cáncer que progresaba evolucionando e infiltrando y comprometiendo al hepático; así se hizo una grave herida de las vías biliares, herida en la que cuenta la sección, la resección y la ligadura, etc., etc.

De estas secciones nosotros tenemos por fortuna, exceptuando el caso del cáncer, que a mi juicio era inoperable, una evolución muy satisfactoria en nuestra serie, que son 11, todos curados. ¿Cómo curaron? Con operaciones variables, y aquí estoy de acuerdo con el Dr. Praderi: no hay una operación determinada para curar la lesión de las vías biliares; es cuestión de buscar la operación ajustada a cada caso particular y un hecho que debe hacer conciencia, es que si el enfermo no se cura de la primera operación, no hay que desesperar. Es posible que se cure con la segunda operación y, de lo contrario, es casi seguro que se cure con la tercera operación; así nos ha pasado a nosotros. Pero hay una cosita pequeña, imponderable, pero que es necesario medir en cierta forma; los americanos vienen sosteniendo que los éxitos van creciendo a medida que se suman las alteraciones para un enfermo determinado. ¿Por qué? Porque en la primera observación sorprendió la lesión; el cirujano se encuentra con un colédoco de escaso diámetro y entonces se hace difícil hacer una anastomosis de diámetro suficiente como para evitar la estenosis. Pese a que se ponga el tubo de Kehr por los meses que se quiera, por los años que se quiera, retirado el tubo caemos en la estenosis. Además, el tubo está condicionando una reacción esclerosa que impide la dilatación; por otra parte, la presencia del tubo si no hay obstrucción, mantiene una vía biliar finita. Pero si se suman las operaciones, entonces el cirujano ya se encuentra con coledocos dilatados, gruesos, como lo vemos en esas viejas litiasis coledocianas, en las que resulta tan cómodo hacer una hepaticoduodenostomía tremendamente curativa; se acabó la enfermedad, en

esos viejos, con gruesos cálculos del colédoco. Respecto a la coledocorrafia, yo sé que hay una corriente que pretende que esta operación es la de elección; nos ha ido bien con la coledocorrafia, en una primera operación; yo no podía decir ahora con seguridad o si resultaría en una segunda o tercera operación. Cuando la coledocorrafia se hace de inmediato (lo sabemos todos, ya se dijo en el Simposio) es casi seguro un éxito si la operación ha sido prolija, si el tubo se deja por tiempo suficiente. No creo que sea cuestión de dejarlo un año ó 10 meses ó 6 meses. De acuerdo con los estudios colangiográficos y la impresión que tiene el cirujano de lo que hizo en la operación, de los resultados posibles, permitirá que el tubo se retire cuando haya que retirarlo.

Las operaciones más complejas, las situaciones más difíciles son las estenosis. La estenosis está muy vinculada a la herida; ésta puede resultar una estenosis. Una estenosis puede ser producida por una sección con ligadura de cabo, con grave síndrome abdominal, agudo postoperatorio, dejando una fístula abierta por donde la enferma descarga cantidad considerable de bilis. Toda derivación total se sabe lo que significa y quisiera destacarlo, porque cuando se pierde mucha bilis, de alguna manera hay que reponerla. De lo contrario el enfermo se va de las manos rápidamente. No basta con hacerle plasma, sangre, etc.; primero hay que reincorporar la bilis que el enfermo pierde, y como primer tiempo operatorio, antes de acordarse de la vía biliar, puede hacerse lo que yo he hecho: la yeyunostomía con tubo finito de polivinilo, hecha con anestesia local sobre una incisión mediana infraumbilical, para devolver la bilis que el enfermo está perdiendo por la fístula. Hay que ver cómo se repone rápido el estado general y cómo se prepara adecuadamente este enfermo para una segunda operación que puede ser salvadora. Las estenosis en general son lesiones de la vía biliar principal que derivan de la colecistectomía y con cierta frecuencia de la coledoctomía. Yo he visto, por ejemplo, estenosis provocada por un punto de sutura de coledoctomía que dejó seco el tubo desde el primer día. Hubo que retirar ese punto, trasladar el tubo en T y cerrar lo que fuera la vieja coledocotomía, para restaurar el tránsito biliar. En otro caso, hemos visto, estenosis casi completa, consecutiva no sé si a pinzamiento, herida o ligadura, son enfermos que llegan a los cinco meses, y algunos a los años después de la última operación, que pudo ser una coledocotomía; con una estenosis. Han dicho algunos de los colegas que puede ser de origen inflamatorio; yo no podría negarlo. Pero lo que vengo a decir aquí, es la histología, la estructura de esa estenosis. En algún caso me he encontrado, así ha dicho el Dr. Gigena, maestro de histología de Rosario, que eso era imputable a un granuloma por cuerpo ex-

traño, entre paréntesis "lino". Por eso nosotros no lo ponemos, no creo que sea aconsejable suturar la coledocotomía con lino; puede ocasionar un granuloma, causa de estenosis. Hemos estudiado la estenosis del punto de vista histológico, porque la restauración de las vías biliares cualquiera sea la operación que se use con resección de la parte estenosada se la reseca casi siempre, sobre todo si se quiere hacer una coledocorrafia, con movilización duodenopancreática. Nosotros hemos encontrado que la estructura de esa estenosis responde a un que-loide, es decir a un tejido conjuntivo embrionario con muy acentuada actividad fibroplástica; exactamente un que-loide, que es tan que-loide como que ese proceso estenosante fibroso del colédoco va progresando con el tiempo, ¿será porque hay una colangitis? Quizás. Pero nos ha de llevar a una consecuencia que creo pueda tener alguna concomitancia terapéutica. En un caso prácticamente incurable, operamos tres veces, sin resultado; por cuarta vez, coledocorrafia suturando ambos hepáticos, a los que se había volteado el tabique intercanalicular, con el cabo inferior del colédoco luego de hacer una resección de la parte estenosada, colocando dos tubos en T, uno afectado al hepático izquierdo y el otro al derecho, desembocando esos tubos con el extremo inferior de la rama transversal hacia el colédoco.

No se curó porque yo le haya hecho una operación excepcional desde el punto de vista técnico; creo que se curó porque siguiendo el consejo del Dr. Prienzo, a esa enferma le hice radioterapia postoperatoria. Creo haber relatado en el Servicio de Chifflet, antes de ahora, de esta observación. Ahora no hago reconstrucción de las vías biliares por estenosis, sin agregarle a una resección suficientemente amplia como para usar cabos limpios, una radioterapia postoperatoria, hago terapia con la misma técnica que se usa para evitar la recidiva de un que-loide que se reseca. Yo habría querido proyectar la radiografía correspondiente a esa enferma, que cualquiera diría: bueno, es una gimnasia operatoria destinada al fracaso; ¿cómo va a prender al hepático un colédoco fino en el que apenas entran los cabos inferiores del tubo en T? A esta enferma la vengo siguiendo de hace dos años; anda en muy buenas condiciones, acaba de hacerse una operación plástica para corregir algunas arrugas que tenía en la cara. Eso está diciendo la calidad de la operación realizada, caso ideal para el drenaje transhepático del colédoco y por los dos hepáticos. Pero yo creo que hubiera fracasado si no hubiera recurrido a la radioterapia postoperatoria.

Una última cosa voy a decir, luego de significar, ratificándome, el agrado y el provecho con que he escuchado esta Mesa Redonda. Está bien que recordemos a Mirizzi, uno de los factores preponderantes del progreso de la cirugía de las vías bi-

liares que, como bien se ha dicho acá, tan bien se hace en los centros quirúrgicos rioplatenses; Mirizzi fue un visionario y si en algún padecimiento de las vías biliares se justifica la colangiografía, es en el tratamiento operatorio y en el reconocimiento de las lesiones operatorias de las vías biliares. Yo tenía también algunos slides en donde se ve el lago que está prendido de la cara inferior del hígado y nada reconocible por debajo, inyectado gracias a una punción con inyección de sustancia opaca que hace posible el diagnóstico de la estenosis. Se podría alegar que antes de la operación pude hacer una colangiografía transparietohepática; está bien, se pudo haber hecho, pero como es necesaria la reoperación, se realiza sin problemas la colangiografía por punción en el acto operatorio. Nada más.

DR. CENDÁN.— Muchas gracias, Prof. Tejerina.

Señores Congresales: dada la excesiva prolongación de esta sesión y lo avanzado de la hora, damos por terminada la reunión, lamentando no haber podido escuchar las valiosas opiniones de los demás integrantes del Panel, sobre las numerosas preguntas que aún quedan por considerar. Agradecemos a todos la invaluable colaboración prestada y declaramos levantada la sesión.