

Rehepático-yeyunostomía por lesión iatrogénica de la vía biliar. Quinta oportunidad

Rehepatic jejunostomy caused by iatrogenic lesion of the biliary duct. The fifth opportunity

Dr. José Luis González González, Dr. Jesús Antonio González Villalonga, Dr. Joaquín Menéndez Núñez, Dra. Alba Abela Lazo

Grupo de Cirugía Hepatobiliopancreática. Servicio Cirugía General Hospital "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Las lesiones iatrogénicas de las vías biliares se han convertido en una verdadera preocupación de la comunidad de cirujanos a nivel mundial dado su significativo aumento después del advenimiento de la cirugía laparoscópica, pues se reportan anualmente miles de casos. Presentamos a un paciente víctima de una lesión iatrogénica compleja, que requirió 5 intervenciones para su solución. Consecuentemente, el propósito de este trabajo es recomendar que siempre, esta cirugía de gran complejidad técnica, debe ser realizada solamente en centros de referencia y con personal de experiencia.

Palabras clave: vías biliares, iatrogenia, cirugía laparoscópica, fístula biliar.

ABSTRACT

Iatrogenic lesions of the bile ducts has become a real concern for the surgeons worldwide, given the marked rise of this health problem after the emergence of laparoscopic surgery, since thousands of cases are annually reported. Here is the case of a male patient suffering complex iatrogenic lesion, who required 5 surgeries to solve the problem. The objective of this paper was to recommend that this highly complex surgery be always performed by experienced medical staff in reference centers.

Key words: bile ducts, iatrogeny, laparoscopic surgery, biliary fistula.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones iatrogénicas de la vía biliar constituyen una preocupación frecuente dentro del campo de la cirugía general, pues si bien su frecuencia se mantuvo durante mucho tiempo dentro de parámetros establemente bajos (en el orden de 0,2 -0,3 %), con el advenimiento de la cirugía laparoscópica sus cifras se han elevado hasta más del doble.¹⁻⁸

Muchos son los autores que presentan factores predisponentes a la lesión dependiente del paciente como las variantes anatómicas biliovasculares, los procesos inflamatorios agudos y subagudos y la presencia de grasa abundante o fibrosis del hilio hepático.

Los factores anatómicos existieron siempre y aunque no debemos olvidarlos, quisiéramos insistir en aquellos dependientes directamente del cirujano, que sí han variado, como: poca experiencia del cirujano, falso orgullo al querer operar por menos canales, en menos tiempo, mala manipulación del instrumental, como el excesivo o inapropiado uso del electrocauterio, identificación errónea de estructuras anatómicas, exposición insuficiente e insegura del campo operatorio, no convertir o laparotomizar cuando técnicamente es insegura la cirugía laparoscópica y no realizar colangiografías transoperatorias o consultar a otros colegas de experiencia cuando las cosas no están claras.⁹⁻¹⁵

La sucesión de hechos en un paciente multioperado motivó la presentación de este tema, por lo que el objetivo de este trabajo es recomendar siempre que esta cirugía de gran complejidad técnica, debe ser realizada solamente en centros de referencia y con personal de experiencia.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente del sexo masculino de 60 años de edad, con antecedentes de salud anterior, que fuera intervenido por mínimo acceso y al que se le realizó una colecistectomía por litiasis vesicular. Dicha intervención fue muy laboriosa por encontrarse con un proceso inflamatorio crónico y dificultad para identificar las estructuras del hilio hepático. El paciente es dado de alta, pero reingresa 48 horas después con dolor abdominal difuso,

muy intenso, se reinterviene y se encuentran coágulos de sangre en el área operatoria; se realiza lavado de la cavidad y se deja drenaje subhepático.

Veinticuatro horas después comienza con bilirragia de 250 ml, razón por la que se decide tratar de forma expectante con apoyo médico.

Durante los primeros 7 días el flujo biliar disminuyó a través de la fístula hasta 120 ml, pero al dislocarse las sondas de drenaje, este aumentó hasta llegar hasta 800 ml en 24 horas y salir por la herida quirúrgica. Se reinterviene nuevamente (25 días de la última intervención) y se encuentra un conducto biliar hacia el lecho vesicular que se decide ligar por transfixión y se deja drenaje subhepático nuevamente.

Veinticuatro horas después continúa el drenaje biliar y se asocian algunas complicaciones como: neumopatía inflamatoria, taquicardia mantenida de 180/min., hipertensión arterial (220-140 mmHg), derrame pleural izquierdo y fiebre de 39 grados mantenida. Setenta y dos horas después se reinterviene y se realiza hepático-yeyunostomía en asa. Continúa con una evolución tórpida, por lo que se reinterviene 48 horas después y se encuentra un coleperitoneo importante y una fuga a nivel de la anastomosis biliodigestiva, se decide deshacer la anastomosis, se realiza enterorrafia y ligadura de los conductos biliares derechos muy finos (únicos identificables en la colangiografía transoperatoria) y drenaje de la cavidad. En estas condiciones se decide el traslado a nuestro centro donde llega con una fístula biliar externa, con pérdidas diarias de alrededor de 800 ml y una desnutrición pluricarencial moderada, así como con una sobrecarga emocional intensa y expectativas dubitativas de la solución a su problema.

Se realizó una evaluación general del enfermo, desde el punto de vista físico y síquico. Se le trata de infundir confianza y seguridad. En conjunto con el Grupo de Apoyo Nutricional de nuestra institución, se comenzó una terapia encaminada a revertir el proceso catabólico intenso generado en este enfermo y se realizaron los estudios preoperatorios de rutina propios de la cirugía hepatobiliar.

Se realizó una fistulografía que confirma la presencia de un bolsón en su trayecto y una lesión grado IV de Bismuth, así como la presencia de clips en la proyección de la vía biliar principal ([Fig. 1](#) y [2](#)).

Con estos elementos se decidió operar. Se realizó una incisión subcostal bilateral y se encontró gran cantidad de adherencias que hacían muy difícil el acceso al hilio hepático, se resecó parcialmente el lóbulo cuadrado hasta llegar a la placa hilar totalmente destruida (Fig.3); se identifican los conductos intrahepáticos de los segmentos anterior y lóbulo izquierdo y el conducto del segmento posterior (transfixionado). Los conductos tenían un diámetro no mayor a 4 mm y separados entre sí con una destrucción total del confluente a nivel de la placa hilar. Se realiza colangiografía transoperatoria para corroborar el árbol biliar de estos segmentos y se realiza intrahepatoducto-yeyunostomía en Y de Roux.

Se dejan sondas multiperforadas de tutor o férula en los conductos que se pasaron a través del asa de la Y de Roux transmesocólica y se exteriorizaron independientemente a la pared abdominal (Fig.4), pues sólo fue posible la anastomosis de los conductos en una hemicircunferencia y ellos no estaban dilatados. Con esto se intenta evitar la estenosis u oclusión posterior y sirve para comprobación colangiográfica. Se dejó drenaje subhepático. El posoperatorio transcurrió sin complicaciones.

Se realizó colangiografía al quinto día del posoperatorio, y se comprueba la permeabilidad de la vía biliar, y el paso a la anastomosis ([Fig.5](#) y [6](#)). Se sellaron las sondas tutor a los 7 días, se retiró el drenaje subhepático y se dio de alta al paciente. A los 60 días los tutores se retiraron y se dio seguimiento anual por consulta. Siete años después el paciente está asintomático y goza de buena salud.

DISCUSIÓN

El mayor problema de las lesiones iatrogénicas de la vía biliar es que generalmente pasan inadvertidas, pudieran ser evitadas en la mayoría de los casos y generalmente quienes las producen no están capacitados para repararlas. Generalmente ocurren en individuos jóvenes, en edad laboral y en pleno estado de salud, salvo por su afección biliar. Se trata de una afección benigna pero que injerta en el individuo un padecimiento con una morbimortalidad semejante a la de un cáncer.

Su reparación conlleva intervenciones muy laboriosas y de alto riesgo, relacionadas con múltiples complicaciones y fracasos aun en las mejores manos y cuyos resultados finales siempre son inciertos a largo plazo.

La lesión iatrogénica de la vía biliar, solamente en 10 % de los casos, se sospecha en la primera semana, mientras que un 80 % se diagnostica entre los primeros 6 meses y un año.⁹ Autores como Kadoshchuck¹⁶ señalan hasta 87,4 % de reparaciones secundarias por no haber sido identificada la lesión en el acto operatorio. Otros autores reconocidos en la materia como Lillemoen¹⁷ plantean que la mayoría de las lesiones de la vía biliar no se reconocen en el transoperatorio. Esto fue confirmado en un estudio realizado en el Hospital John Hopkins donde en una serie de pacientes tratados por lesiones laparoscópicas de la vía biliar, solo 31 % de las lesiones fueron diagnosticadas durante la intervención inicial.¹⁷

Varios autores coinciden en que las lesiones producidas durante la colecistectomía laparoscópica son por lo general de mayor gravedad que las que ocurren durante la cirugía convencional.¹⁸ Esto se justifica en el hecho de que en muchas ocasiones estas lesiones se van a acompañar de lesiones vasculares sobreañadidas^{19,20} que van a requerir entonces de reintervenciones de mayor complejidad y de personal más experimentado en este tipo de operación.

En muchas oportunidades es necesario emplear la intrahepatoducto-yeyunostomía con resección hepática, consistente en la resección del lóbulo cuadrado (extremidad anterior del subsegmento IV), lo cual permite disección de los conductos intrahepáticos. Empleamos como criterio para esta técnica la destrucción del confluente hepático, lesión de hepático derecho con atrofia lobar importante, o en casos donde la placa hiliar y la vía biliar principal se encuentran endurecidas por el proceso de cicatrización, tal y como se reporta en la literatura.^{21,22} Mercado²³ ha empleado esta técnica en 51 enfermos de su serie, para obtener un mejor acceso al hilio hepático y lograr una anastomosis adecuada, con buenos resultados. Hay incluso autores que plantean el empleo rutinario de la anastomosis intrahepática en todos los pacientes operados electivamente ya que por esta vía obtienen mejores resultados^{14,15} aunque nosotros consideramos que no debe hacerse de forma rutinaria y reiteramos que no es una intervención para realizar sino en unidades de cirugía hepatobiliar.

Es por ello que no encontramos justificado que al menos la mayoría (más del 80 % de los pacientes) que se diagnostican tardíamente y que pueden ser enviados a centros de referencia, no lo sean a fin de ser reparados en ellos, pues ocurre en el posoperatorio cuando son perfectamente trasladables hasta por medios propios.

Es esta una práctica que requiere de experiencia en cirugía hepática amplia, de recursos técnicos que no existen sino en unidades especializadas. Siempre la primera reparación es la que mayores posibilidades tiene de mejores resultados a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Millán Sandoval RG. Colectomía laparoscópica. Editorial CIMEQ, La Habana, Cuba. 2005.
2. Ruiz J, Torres R, Martínez M, et al. Evolución histórica de la terapéutica endoscópica. Fundamentos y aplicaciones. Editorial Científico Técnica. Cuba;2000. p21.
3. González González, JL. Lesiones iatrogénicas de la vía biliar. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/lesiones_iatrogenicas_de_la_via_biliar.pdf
4. Deziel DJ, Millikan KW, Economou SG, Doolas A, Ko ST, Airan MC. Complications of laparoscopic cholecystectomy: a national survey of 4292 hospitals and an analysis of 77 604 cases. Am J Surg. 1993;165:9-14.
5. Calvete J, Sabater L, Camps B, Verdu A, Gómez-Portilla A, Martín J, et al. Bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy: myth or reality of the learning curve. Surg Endosc. 2000;14:608-11.
6. González González, JL. Resultados del tratamiento quirúrgico de las lesiones iatrogénicas de las vías biliares, Tesis de Grado, Hospital Hermanos Ameijeiras. 1996.
7. Strasberg SM, Hertl M, Soper NJ. An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. J Am Coll Surg. 1995;180:101-25.
8. Shea JA, Berlin JA, Bachwich PR, et al. Indications for and outcomes of cholecystectomy. A comparison of the pre and post laparoscopic eras. AnnSurg. 1998;227:343-50.
9. Lillemoe KD. Current management of bile duct injury. British J Surg. 2008;95:403-5.
10. Schmidt SC, Langrehr JM, Settmacher U, Neuhaus P. Surgical treatment of bile duct injuries following laparoscopic cholecystectomy. Does the concomitant hepatic arterial injury influence the long-term outcome?. Zentralbl Chir. 2004;29(6):487-92.
11. Nuzzo Gennaro MD, Felice Giuliante MD, Ivo Giovannini MD, Francesco A. Bile Duct Injury During Laparoscopic Cholecystectomy. Results of an Italian National Survey on 56 591 Cholecystectomies. Arch Surg. 2005;140:986-2.
12. David R. Flum, MD, MPH Allen Cheadle, PhD Cecilia Prella, PharmD Bile Duct Injury During Cholecystectomy and Survival in Medicare Beneficiaries. JAMA. 2003 October;290(16).

13. Philippe Bachellier MD, Hiroshi Nakano MD, Jean-Christophe W, Pascal Lemarque MD. Surgical Repair after Bile Duct and Vascular Injuries during Laparoscopic Cholecystectomy: When and How? World J. Surg. 200;125:1335-45.
14. Mercado MA, Chan C, Salgado-Nesme M. Intrahepatic Repair of bile duct injuries. A comparative study. J Gastrointest Surg. 2008;12:364-8.
15. Strasberg SM, Picus DD, Debrin JA. Results of a new strategy for reconstruction of biliary injuries having an isolated right-sided component. J Gastrointest Surg. 2001;5:266-74.
16. Kadoshchuk. Reconstructive and restorative operations in iatrogenic injuries of the extrahepatic bile ducts. Khirurgia Mosk. 1990; Oct (10): 78-83.
17. Lillemoe KD, Martin SA, Cameron JL, Yeo CJ, Talamini MA, Kaushal S et al. Major bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy. Follow-up after combined surgical and radiologic management. Ann Surg. 1997;225:459-68.
18. Wilks A, Berri R. Lesiones quirúrgicas de las vías biliares. Relato 49º Congreso Argentino de Cirugía. Rev. Argent Cirug. Nº Extraordinario; 2006.
19. Hunter JG. Exposure, dissection and laser, versus electro-surgery in laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg. 1993;165:492-6.
20. Kohneh Shahri N, Lasnier C, Paineau J. Bile duct injuries at laparoscopic cholecystectomy: early repair results. Ann Chir. 2005;130(4):218-23.
21. Sauvanet A, Belghiti J. Major hepatectomy for bile duct injuries after cholecystectomy. J Gastrointest Surg. 2000;2:171-5.
22. Santiban E, Pekolj. Complex bile duct injuries: management. Hepato Pancreato Bil. 2008;10:4-12.
23. Mercado MA, Orozco H, De la Garza L, López-Martínez LM, Contreras A, Guillén-Navarro E. Biliary duct injury: Partial segment IV resection for intrahepatic reconstruction of biliary lesions. Arch Surg. 1999;134:1008-10.

Recibido: 25 de mayo de 2012.

Aprobado: 1 de junio de 2012.

Dr. *José Luis González González*. Grupo de Cirugía Hepatobiliopancreática. Servicio Cirugía General Hospital "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba. Correo electrónico: joseluis@infomed.sld.cu