

PRESENTACIÓN DE CASO

Hepático-yejunostomía estenosada con absceso hepático y fístula bilo pleural

Stenosed hepatic jejunostomy with hepatic abscess and biliary pleural fistula

Dr. José Luis González González, Dr. Jesús Antonio González Villalonga, Dr. Joaquín Menéndez Núñez

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

RESUMEN

La iatrogenia biliar cobra una importancia particular en nuestros tiempos, pues después de la "era laparoscópica" su incidencia no solo se mantiene en altos índices, sino que la envergadura de las lesiones tiende a ser mayor. Se presentan pacientes con complicaciones más complejas que demandan de esfuerzos extraordinarios y de un enfoque multidisciplinario. Se presenta un paciente con una lesión iatrogénica de la vía biliar, complicado con una cirrosis biliar, un absceso hepático con fístula biliopleural y se explica su manejo, con buenos resultados. Con este trabajo se pretende comunicar un caso singularmente complejo que fue enviado a nosotros después de múltiples intentos de reparación y estenosis de una lesión iatrogénica de la vía biliar.

Palabras clave: iatrogenia, vías biliares, estenosis.

ABSTRACT

Biliary iatrogeny gains particular importance in our times, since its incidence after "laparoscopic era" is not only high but the significance of the lesions tends to be greater. More patients with more complex complications demanding extraordinary efforts and multidisciplinary approach appear. Here is a patient suffering iatrogenic lesion of the bile duct, complicated with biliary cirrhosis, a hepatic abscess with biliary pleural fistula was presented, along with the management of the patient with good results. This paper was intended to show a particularly complex case that was referred to our service after a lot of repair attempts and the stenosis of iatrogenic lesion of the bile duct.

Key words: iatrogeny, bile ducts, stenosis.

INTRODUCCIÓN

La lesión iatrogénica de la vía biliar constituye uno de los eventos más desastrosos a los que puede verse expuesto todo paciente afecto de una coleductitis durante una colecistectomía. El creciente auge de la cirugía laparoscópica que se disparó a nivel mundial después de la década de los 90 elevó el índice de ocurrencia de las lesiones hasta cifras nunca antes conocidas de hasta 0,9 %.¹⁻⁵

La colecistectomía laparoscópica, después de haber sustituido rápidamente a la colecistectomía convencional, constituye el "patrón de oro" en cuanto al tratamiento quirúrgico de la litiasis vesicular. Con el inicio de la llamada "era laparoscópica" se notó un aumento de la incidencia de estas lesiones, como era de esperar, al tratarse de la introducción de una nueva técnica; pero este aumento que llegó a ser el doble del que ocurría con la cirugía abierta ha permanecido así más allá de lo que pudiera esperarse de una "curva de aprendizaje".⁶⁻⁹

El desarrollo de esta modalidad técnica trajo como consecuencia la utilización de potentes y peligrosos instrumentos muy cerca de la vía biliar, como el electrocoagulador, el láser y las grapas metálicas para clavar la arteria y el conducto cístico. Se ganó en magnificación, pero se perdió la estereovisión y se perdieron grados de libertad de movimiento.³

Según múltiples series revisadas,^{4,6,7} la severidad de los daños conllevan en un porcentaje bien elevado la necesidad de una reconstrucción para lo que se utiliza un asa intestinal (de yeyuno generalmente), desfuncionalizada en Y de Roux o en asa de Braun. Sigue que la complejidad de esta práctica debe ser asumida por cirujanos con experiencia en cirugía hepatobilopancreática y contar con recursos para poder esperar buenos resultados y disminuir en lo posible los fracasos. Cuando se reinterviene una vía biliar, después de una lesión iatrogénica, es de esperar encontrar un campo muy hostil: anatomía hiliar distorsionada, adherencias a estructuras vitales en el hilio hepático, un campo sangrante por la frecuente coagulopatía en un hígado con cierto grado de insuficiencia. Es menester que el cirujano esté familiarizado con la cirugía

hepática, la microcirugía y la cirugía vascular, pues todas ellas, pueden ser necesarias en el abordaje de estos enfermos.¹⁰⁻¹⁶

Es conocido además que dichas estenosis poscolecistectomía deben ser reparadas en cuanto el paciente se encuentre en condiciones óptimas desde el punto de vista metabólico, nutricional y una vez controlada la sepsis. Los cambios fibróticos progresivos que se instauran en el hígado colostático después de 2 meses de evolución, pueden ser irreversibles y terminar en una cirrosis biliar y en la muerte.¹⁷⁻²¹

La presente publicación pretende comunicar un caso singularmente complejo que fue enviado a nosotros después de múltiples intentos de reparación y estenosis de una lesión iatrogénica de la vía biliar.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente del sexo femenino, de 43 años de edad, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial de 20 años de evolución, controlada con enlapril e hidroclorotiazida y además presenta asma bronquial con tratamiento solo en crisis. Fue colecistectomizada por colecistopatía litiasica en noviembre de 2008 por vía laparoscópica, sufrió una lesión iatrogénica (sección de la vía biliar principal alta) la que fue reparada mediante hepático-yejunostomía en Y de Roux en su provincia y reintervenida por estenosis en 2009. Llega a nuestro servicio con cuadro de colangitis aguda: ictero, fiebre, escalofríos y dolor en hipocondrio derecho, tos poco productiva y dolor en base del hemitórax derecho.

Se ingresa en nuestro servicio y durante su estudio se constata, mediante ultrasonido abdominal, la presencia de una imagen ecolúcida con ecos en su interior de aproximadamente 8 cm que se interpreta como un absceso hepático en subsegmento VII ([Fig.1](#)).

Se realiza radiografía simple antero- posterior y lateral derecha ([Fig. 2](#) y [3](#)) donde se aprecia radiopacidad en la base del hemitórax derecho, que se interpreta como un derrame tabicado.

La hemoquímica muestra una elevación de la ASAT, ALAT moderadas y gran elevación de GGT, FAL y bilirrubina. Además se constata una importante leucocitosis.

Se comenzó tratando el absceso hepático con un drenaje guiado por ultrasonido con colocación de un catéter transparieto-hepático de 14 F y se obtuvo aproximadamente 150 ml de pus muy fétido. Se realizó lavado de la cavidad con solución salina y metronidazol a baja presión.

Posteriormente se procedió al drenaje de la colección pleural mediante pleurotomía mínima baja con pleuróstomo 32 F, y se obtuvo contenido de 300 mL de iguales características.

La paciente comenzó con tratamiento antibiótico con un régimen de ceftriaxona 1g cada 12 h, gentamicina 160 mg /diarios y metronidazol 1,5 g diarios durante 7 días. A partir de las 48 primeras horas el drenaje pleural disminuyó significativamente, no así el correspondiente al drenaje transhepático, que aumentó hasta llegar a ser de unos 300 ml y transformarse paulatinamente en bilis clara.

Pasado este periodo y habiendo cedido el cuadro séptico y el ictero, de forma parcial, se realiza fistulografía con contraste iodado a través de la sonda del drenaje hepático. Dicho estudio ([Fig.4](#)) demostró que la cavidad del absceso (ya mucho menor en la imagen) se comunicaba con el árbol biliar, lo cual demostró además una estenosis a nivel de la confluencia de los hepáticos, muy próxima a un asa intestinal (probablemente el asa desfuncionalizada de yeyuno de la Y de Roux).

Se realiza además biopsia hepática que muestra marcados cambios compatibles con una cirrosis biliar.

Una semana más tarde y comprendido el cuadro como una consecuencia de la reestenosis de la hepáticoyeyunostomia, es nuevamente reintervenida la paciente, confirmándose dicho diagnóstico y realizándose una intrahapatoducto yeyunostomia en Y de Roux , con previa resección del subsegmento IV B.

El drenaje transpariетo hepático fue dejado *in situ* después de la cirugía, y se evidencia una rápida caída de su débito y retirado una semana después, la paciente fue dada de alta a los 10 días de la cirugía asintomática y se mantiene en seguimiento.

DISCUSIÓN

La ocurrencia de lesiones iatrogénicas de la vía biliar en franco aumento, han pasado a formar parte de la preocupación actual de los cirujanos hepatobiliopancreáticos. El aumento en el número de su presentación ha estado acompañado por un aumento en la severidad del daño infligido, y por ende, esto hace más compleja su solución y las repercusiones para el paciente.

En los inicios de la cirugía laparoscópica, por la década de los 90, se pensaba que este fenómeno podía guardar una lógica relación con la curva de aprendizaje en la introducción de la nueva técnica; sin embargo, dos décadas después esta situación no

parece modificarse significativamente.^{1,3,5,6} Solo se han reportado disminuciones en la incidencia en aquellos cirujanos con más de 500 a 1000 colecistectomías, cifra alcanzada por una minoría de aquellos que realizan el proceder.

Es preocupante el hecho de que solo son remitidas de primera instancia para su reparación por un cirujano especializado en cirugía hepatobiliar del 3 al 6 % de las lesiones, aun cuando es conocido que se trata de una reparación compleja y que los resultados finales dependen de esta primera reparación.

El caso presentado es una muestra de estos "errores" de juicio que son remitidos a nuestro centro después de varios intentos infructuosos y que han dejado a la paciente con un daño hepático irreversible y graves complicaciones. En este punto aun los esfuerzos por restablecer adecuadamente el drenaje biliar no pueden garantizar el restablecimiento del daño hepático cuya reversibilidad es muy poco probable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Millán Sandoval RG. Colecistectomía laparoscópica. Editorial CIMEQ, La Habana, Cuba. 2005.
2. Ruiz J, Torres R. Evolución histórica de la terapéutica endoscópica. Fundamentos y aplicaciones. Editorial Científico Técnico. Cuba; 2000. p21.
3. González González JL. Lesiones iatrogénicas de la vía biliar. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/uv/sirured/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, Martin 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. Indications for and outcomes of cholecystectomy. A comparison of the pre and post laparoscopic eras. AnnSurg. 1998;227:343-50.
9. Quevedo Guanche L. Iatrogenia quirúrgica de las vías biliares. Acta Médica. 1991;30:8.
10. Mercado MA, Chan C, Salgado-Nesme M. Intrahepatic Repair of bile duct injuries. A comparative study. J Gastrointest Surg 2008;12: 364-8.

11. 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.
12. Hepp J. Hepaticoyeyunostomy using the left biliary trunk. *World J Surg.* 1985;9:507.
13. Quevedo Guanche L, Calderín Díaz JM, Combarro M. Tratamiento de la vía biliar en la enfermedad iatrogénica quirúrgica. *Revista de los Cirujanos Latinoamericanos.* 1993;Vol 1:14-24.
14. Nikhinson L. Injury to the bile ducts during surgery. *Khirurgia Mosk.* 1993;Jan (1):27-31.
15. Kohneh Shahri N, Lasnier C, Paineau J. Bile duct injuries at laparoscopic cholecystectomy: early repair results. *Ann Chir.* 2005; 130(4):218-23. Lillemoe K, Pitt H, Cameron J. Current management of benign bile duct strictures. *Adv Surg.* 1992;25:119-69.
16. Kadoshchuk. Reconstructive and restorative operations in iatrogenic injuries of the extrahepatic bile ducts. *Khirurgia Mosk.* 1990;Oct (10):78-83.
17. Lillemoe KD. Current management of bile duct injury. *British J Surg.* 2008; 95: 403-5.
18. 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.
19. Nuzzo Gennaro, MD, Felice Giulianite 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: 986-92.
20. David R, Flum MD, MPH Allen Cheadle, PhD Cecilia P. PharmD et. al. Bile Duct Injury During Cholecystectomy and Survival in Medicare Beneficiaries. *JAMA.* 2003 October 290;(16):2168-2174.
21. Philippe Bachellier MD, Hiroshi Nakano MD, Jean-Christophe Weber PhD, Pascal Lemarque MD. Surgical Repair after Bile Duct and Vascular Injuries during Laparoscopic Cholecystectomy: When and How? *World J. Surg.* 2001;25:1335-45.

Recibido: 28 de mayo de 2012.

Aprobado: 10 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