LESIÓN DE VÍAS BILIARES COMO COMPLICACIÓN DE UNA COLECISTECTOMÍA

INJURY OF BILE DUCTS AS A COMPLICATION OF A CHOLECYSTECTOMY

Dres. Arnaldo Montiel Roa¹; Domingo Javier Aguilera Maidana²; Mariana Pane Núñez³; Alma Liliana Masi Miranda³

RESUMEN

La lesión quirúrgica de vías biliares es un accidente que puede ocurrir durante una cirugía del árbol biliar. Su incidencia aumentó en la última década con la extensión del uso de la cirugía laparoscópica. Su frecuencia llega hasta el 0,2% de todas las colecistectomías según varias series. El diagnóstico precoz favorece las chances de una reparación rápida y con mejor pronóstico para el paciente. Presentamos el caso de una mujer de 44 años que presentó ictericia obstructiva en el curso de su post operatorio de colecistectomía convencional. A la CRMN se constató sección completa de la vía biliar a la altura de la confluencia. En la reintervención se realizó una derivación hepático yeyunal termino lateral en Y de Roux con sutura manual con buena evolución.

Palabras Clave: ictericia, lesión de la vía biliar principal, colecistectomía

ABSTRACT

Surgical injury of the bile ducts is an accident that can occur during a bile tree surgery. Its incidence increased in the last decade with the extension of the use of laparoscopic surgery. Its frequency reaches 0.2% of all cholecystectomies according to several series. The early diagnosis favors the chances of a quick repair and with a better prognosis for the patient. We present the case of a 44-year-old woman who presented jaundice in the course of her post-operative conventional cholecystectomy. A complete section of the biliary tract was found at IMR at the confluence level. We performed reintervention with jejunal hepatic bypass with manual suture with good evolution.

Key words: jaundice, bile duct injury, cholecystectomy

INTRODUCCIÓN

La lesión de las vías biliares puede ocurrir de forma accidental durante el curso de una cirugía de la vesícula biliar o más raramente a consecuencia de un traumatismo abdominal.⁽¹⁾ Así mismo, el uso generalizado de la colecistectomía laparoscópica en las últimas dos décadas ha aumentado además considerablemente el número de colecistectomías y conse-

cuentemente, el número de casos de lesiones quirúrgicas de la vía biliar.⁽²⁾

Diversos estudios publicados han demostrado que su frecuencia oscila entre el 0.06% y el 0,2% de los casos. En la última década, con el mayor perfeccionamiento de los cirujanos, la frecuencia de lesiones entre las colecistectomías convencionales y laparoscópicas prácticamente se han nivelado; aunque sigue siendo ligeramente mayor la frecuencia en estas últimas.⁽³⁾ Por lo general, son el resultado de una percepción errónea de la anatomía por parte del cirujano más que por errores por escasa habilidad técnica, juicio o conocimiento; no obstante, pese a ello no debe desestimarse en su génesis la técnica y filosofía del cirujano en su práctica.⁽⁴⁾

Hecho el diagnóstico de lesión quirúrgica de la vía biliar, el tratamiento propuesto incluye recursos quirúrgicos, endoscópicos y percutáneos; según la magnitud de la lesión; la cual nos guiará sobre cual método estará indicado para el paciente en particular.⁽⁵⁾

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 44 años con el antecedente de haber sido colecistectomizada de forma convencional 5 días antes de su ingreso, de forma urgente con el diagnóstico de colecistitis aguda. En dicha intervención se realizó colecistectomía sub total. Se dejó drenaje de cavidad en lecho quirúrgico. Desde el segundo día el débito por drenaje empezó a tener características francamente biliosas y el perfil hepático comenzó a alterarse a expensas del aumento de los valores de la bilirrubina conjugada, por tal motivo fue remitida a nuestro hospital desde el interior para mejor diagnóstico y tratamiento. Ingresó a sala, indicándose medidas generales

Instituto de Previsión Social, Hospital Central; Servicio de Cirugía General. Asunción, Paraguay.

1. Jefe de Servicio

2. Cirujano de Planta

3. Residentes de Cirugía.

Autor correspondiente: Dr. Domingo Aguilera - Correo electrónico: djaguile@ips.gov.py

Artículo recibido: 8.07.17 - Artículo aceptado: 29.07.17

y soporte nutricional adecuado, con cobertura antibiótica empírica. Al examen físico no se constatan datos de valor excepto por la coloración amarillenta de piel y mucosas. Paciente afebril sin algias. En los datos de laboratorio llama atención una bilirrubina total de 10.5 mg/dl con predominio de la fracción conjugada y una fosfatasa alcalina con valor de 1992. Se solicita una ecografía abdominal que informa vías biliares intrahepáticas dilatadas, hepático común a nivel del hilio con calibre de 18.5 mm sin ecos en su interior sin poder visualizar el conducto colédoco. Sin líquido libre. Se solicita una CRMN que informa dilatación de vías biliares intrahepáticas con interrupción abrupta de la señal a nivel de la confluencia. Ante tales hallazgos se indica cirugía para reparación de la vía biliar principal. Se accede por vía convencional mediante laparotomía mediana. Se constata hepático común dilatado de 20 mm aproximadamente con ligadura de la vía biliar principal con hilo de material irreabsorbible a menos de 1 cm de la confluencia de los hepáticos. Vía biliar distal cerrada con importante magma inflamatorio. Se realizó una derivación hepática yeyunal termino lateral en asa de Y de Roux con sutura manual, con drenaje de cavidad y sonda nasointestinal para nutrición. Paciente con buena evolución es dada de alta en su 8vo día post quirúrgico.

DISCUSIÓN

La lesión quirúrgica de la vía biliar siempre constituye un hecho traumático tanto para el paciente como para el cirujano tratante. El diagnóstico precoz y la elección de la mejor opción terapéutica ofrece mejores resultados a largo plazo en este tipo de complicaciones. Cobra vital importancia el conocimiento de la anatomía del árbol biliar para prevenir estas lesiones y tener en mente las variantes anatómicas que pueden existir. La forma más común de lesión generalmente se debe al error de interpretación del conducto hepatocolédoco con el cístico y las diversas variantes surgidas desde aquí. Otra forma constante de lesión es con electrocauterio durante la disección del cístico.

Menos del 30% de las lesiones se diagnostican en el acto operatorio, por ello ante la sospecha de una probable lesión inadvertida en el curso de una colecistectomía técnicamente difícil es muy importante vigilar de cerca al enfermo internado, controlando clínicamente cualquier cambio en su evolución que induzca a pensar en una lesión. No debe dudarse nunca en remitir a un hospital de mayor complejidad cuando no se posee la experiencia necesaria en cirugía hepatobiliar para la reparación correspondiente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Pérez E, García V, Bernal F, Abdo J, Murguía D, Dzib J. Tratamiento de las lesiones quirúrgicas de las vías biliares. *Cirugía y Cirujanos* 2000; 68(5), 189-193.
- 2) Mercado M, Chan C, Tielve M, Contreras A, Gálvez-Treviño R, Ramos-Gallardo G, Orozco H. Lesión iatrogénica de la vía biliar. Experiencia en la reconstrucción en 180 pacientes. *Rev Gastroenterol Mex* 2002; 67, 245-9.
- 3) Morales A, Guzmán M, Jiménez M, Dietlen F. Resultados del tratamiento quirúrgico de la iatrogenia de las vías biliares. Experiencia de 25 años. *Cirujano General* 2005; 27(1-2005).
- 4) Zamora O, Reguero J, Sánchez A, Garrido A, González J, Cabezas A. Lesiones de la vía biliar en colecistectomías laparoscópicas. *Revista Cubana de Cirugía* 2013; 52(1), 33-40.
- 5) Samaniego C, Negri N, Marín J, Saguier G. Lesión quirúrgica de la vía biliar principal durante la colecistectomía laparoscópica. *Rev chilena Cir* 2002; 54, 479-84.