

Clínica de las lesiones quirúrgicas de las vías biliares

Comentarios sobre 20 casos

J. García-Galera ()*

RESUMEN

Se estudian 20 casos. Las intervenciones sobre el árbol biliar o en órganos vecinos pueden lesionar las vías biliares y con ello dar lugar al típico cuadro de ictericia obstructiva con o sin síndrome coledocal. Se hace un estudio etiopatogénico y clínico con exámenes complementarios. El diagnóstico diferencial se insiste especialmente con la ictericia parenquimatosa que especialmente en los casos graves, simula un cuadro coledociano, que podría inducir a un grave error diagnóstico toda vez que la terapéutica es distinta, y en ella está contraindicada formalmente la intervención. Se considera que la única solución a la ictericia obstructiva es el drenaje biliar. Se intervienen 17 pacientes de los cuales 14 con buen resultado y malo en 3.

A medida que se ha ido completando el estudio de la patología hepatobiliar y desde la práctica sistemática de la colangiografía se ha podido observar la relativa frecuencia con que accidentes operatorios en intervenciones de esta localización pueden producir lesiones de las vías biliares. Ello nos ha inducido a presentar este trabajo que se refiere a 20 casos de lesiones quirúrgicas de las vías biliares que han ingresado en el servicio procedentes de otros centros. Solamente haremos hincapié sobre los datos comprobados en los enfermos antes aludidos.

Etiopatogenia.—El origen de la entidad nosológica que nos ocupa puede radicar en intervenciones sobre el propio árbol biliar o bien sobre órganos vecinos. La mayor frecuencia se presenta en el curso de una colecistectomía (15 casos) por sección o ligadura del colédoco. No siempre se debe achacar a inexperiencia del cirujano sino que a veces la dificultad técnica de la individualización de los elementos del lecho hepático, la presencia de una copiosa hemorragia, etcétera, pueden ser causa de estas lesiones. En ocasiones ocurre durante la práctica de una gastrectomía (4 casos) y especialmente en la liberación del duodeno. En uno de nuestros pacientes, duran-

(*) Escuela Médico-Quirúrgica de Patología Digestiva del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Barcelona, Director: Prof. T. A. Pinós

te el curso de extirpación de un quiste hidatídico hepático adherido a la vesícula, se perforó el colon originando una fístula estercorácea que obligó a reintervenir y en esta nueva operación, que ofrecía grandes dificultades, se lesionó el colédoco; se reconstruyó mediante plastia pero persistió una fístula biliar externa que con frecuencia se cerraba y daba origen a largos períodos de ictericia obstructiva. Otras causas que pueden producir si no una lesión traumática, sí, una fibrosis que aboque al mismo cuadro clínico, son los procesos inflamatorios a nivel del hilio hepático postintervención, bien por una infección en el lecho subhepático o bien por la presencia de cuerpos extraños.

Todos estos factores tienen tendencia a producir estenosis; el englobamiento por el magma cicatricial de una vía biliar, que ha sido cortada, ligada o englobada, por un proceso inflamatorio vecino, da lugar a la organización del mismo de tal modo que desaparece la vía biliar siendo un hecho que llama la atención que tras un incidente de este tipo nos encontramos con frecuencia con una desaparición del hepato-colédoco.

Clínica.—En los veinte casos estudiados domina el sexo femenino (15) lo que depende del mayor número de intervenciones sobre vías biliares que se realizan en las mujeres. Lo mismo podemos decir respecto a la edad de presentación que suele ser la premenopausia. Todos los pacientes, como es de suponer, habían sido intervenidos por afecciones de esta localización. Como dato curioso en sus antecedentes tres de los casos fueron apendicectomizados un mes antes por error diagnóstico, ya que se trataba de litiasis vesicular.

En el cuadro clínico domina el síndrome coledocal (15 casos) pues aún cuando la ligadura o sección experimental del colédoco ocasiona ictericia obstructiva pero no síndrome coledocal completo,

casi nunca se presenta este accidente aislado sino que intervienen otros factores y en especial la infección sobreañadida. La ictericia es el síntoma dominante apareciendo la mayor parte de las veces inmediatamente después de la intervención, en las 24 horas siguientes, pero en otras ocasiones cuando se debe a procesos inflamatorios o lesiones parciales que tienden a la fibrosis su presencia es más tardía, de uno a varios meses. Suele ser continua, constante, aunque cuando obedece a brotes de colangitis o a fístula biliar externa, esporádicamente se cierra. Evoluciona, siguiendo el ritmo de las mismas, desde cifras altas de bilirrubinemia (25 - 30 unidades) a valores normales cuando es eficaz el tratamiento antiinflamatorio o el drenaje es suficiente. El tinte icterico, suele ser verdínico-moreno oscuro. La coluria, acolia y prurito evolucionan paralelos a la ictericia. El dolor tuvo la localización e irradiación características y estaba acompañado casi siempre de la típica constelación de temperatura de agujas, escalofríos y sudoración profusa. Algunos pacientes no presentaron dolor o este fue de escasa intensidad.

Exploración.—En primer lugar nos llama la atención que el estado general está bastante bien conservado salvo aquellos de muy larga evolución que están en el último estadio de la cirrosis colostática. La inspección muestra una ictericia verdínica-morena-oscura, típica de la colostasis y signos de rascado por el intenso prurigo que en una paciente produjo verdaderas lesiones cutáneas por utilizar un peine. Cuando la evolución ha sido larga se aprecian manchas de xantelasma localizadas en párpados, frente y extremidades, especialmente en codos y rodillas. El abdomen presenta cicatriz de intervención anterior, con o sin fístula biliar, hepatomegalia de superficie lisa y de consistencia que recuerda al hígado cardíaco de estasis, algo dolorosa y que se reduce en las fases de regresión de la

ictericia. Posible pero no frecuentemente hay esplenomegalia que se observa en los casos de evolución antigua (4 casos) y que por corresponder a un cuadro de hipertensión portal suele ir acompañada de ascitis y circulación colateral (3 casos).

Laboratorio. No tiene un valor absoluto pero sí es un complemento de la clínica. Bilirrubinemia alta, a veces con oscilaciones. Ausencia o disminución de la estercobilina. Urobilina escasa o ausente. Fosfatasemia elevada (hasta 80 unidades) y normal o poca en las lesiones parenquimatosas. Transaminasas pirúvica y oxalacética escasamente elevadas mientras que en las lesiones hepatocelulares agudas están muy elevadas (500 unidades oxalacética y 1.000 la pirúvica) y el cociente O/P inferior a la unidad, siendo en las obstructivas próximo a la unidad o superior a ella. Carecemos de experiencia de la glucosa-6-fosfatasa y la dehidrogenasa isocítrica. Hiperlipemia (de 1.500 a 1.800 mg. por ciento). Aumento del colesterol total y paralelo a él el del colesterol esterificado si bien en los casos de mala evolución suele disminuir. La bromosulfaleína es de escaso valor en las ictericias elevadas. Proteinograma poco alterado. Los tests de floculación se positivizan más tardíamente en la colostasis que en las lesiones hepatocelulares. En las formas prolongadas las pruebas de funcionalismo hepático se positivizan pero, a diferencia de la cirrosis genuina, después de ser reintervenidos y suprimido el obstáculo origen de la colostasis estas pruebas tienden a normalizarse. En los casos de diagnóstico dudoso el sondeo duodenal cronometrado también tiene interés.

Radiología.—Por ser objeto de comunicación aparte por los Dres. Illa Cantallops y Guix no hacemos consideraciones sobre la misma.

Laparoscopia y fotolaparoscopia.—No se ha practicado de un modo sistemático y sólo se llevó a cabo cuando existían dudas diagnósticas. Muestra la típica

imagen de un hígado aumentado de tamaño, de superficie lisa y de color verde oscuro.

Biopsia hepática.—Está contraindicada en los grandes hígados de estasis por el peligro del coleperitoneo, pero en los casos de hepatomegalia moderada y cuando existía alguna duda diagnóstica se practicó punción hepática que la resolvió. Muestra una distribución normal de las columnas glandulares, con sinusoides ligeramente dilatados, con las células de Kúpffer resaltando en la luz de los mismos, abundancia de trombos biliares en los canalículos, conservación de la estructura celular, etc. En casos más avanzados de colostasis puede observarse un ensanchamiento de los espacios porta, regueros de infiltración y bandas fibrosas.

Diagnóstico diferencial.—Se ha de tener en cuenta que el curso postoperatorio de intervenciones sobre vías biliares o afines pueden presentarse afecciones no quirúrgicas que por aparentar un cuadro de obstrucción biliar pueden inducir al error de considerarlas como complicación operatoria que ha lesionado el árbol biliar.

Mencionaremos un caso de recidiva neoplásica poco tiempo después de una gastrectomía total que al originar un cuadro de obstrucción coledocal se prestaba a considerarlo complicación postoperatoria; en otras ocasiones el síndrome es de ictericia obstructiva, progresiva e indolora. En ambos casos el antecedente, el laboratorio, el estado general, etc., nos ayudaron a establecer el diagnóstico. En otro paciente, la presencia de una fasciola hepática en árbol biliar originó un cuadro similar. También se ha observado con alguna frecuencia brotes de colangitis por lambliasis; el sondeo duodenal facilitará el diagnóstico. Hay que pensar además en la eventualidad de quistes hidatídicos fisurados a vías biliares que originan un cuadro coledocal típico y sobre todo porque la intervención

sobre el quiste hidatídico hepático es una de las que entraña mayor peligro de lesión biliar. Otro factor a tener en cuenta es la ausencia de sinergia colecisto-odiana en enfermos colecistectomizados. Es digno de mencionarse el cálculo olvidado que a veces puede ser asintomático pero casi siempre es causa de síndrome coledocal y prestarse a confusión con una lesión biliar. Recordamos un caso en que aun practicando una colangiografía operatoria que ponía de manifiesto la permeabilidad de la vía biliar principal al sondar un hepático con el explorador, se desprendió un grueso cálculo al que siguieron con posterioridad otros más que se encontraban empotrados a modo de cantera dentro de un hepático. También se han observado con alguna frecuencia brotes de colangitis postcolangiografía, pero en estos casos al cabo de dos o tres días desaparece el cuadro.

Lo que consideramos de mayor interés puesto que entraña una terapéutica y una contraindicación operatoria es la ictericia parenquimatosa que se presenta con posterioridad a una intervención, ya que cuando es grave puede acompañarse de molestias en la zona hepática que aunque no representan un verdadero dolor cólico, en ocasiones es tan intenso que simula el dolor coledocal por distensión de la cápsula de Glisson y conduce a un error diagnóstico que puede ser fatal para el paciente. El laboratorio, el sondeo duodenal, la laparoscopia, la punción hepática aclararán el diagnóstico. Si el dolor aparece en plena fase ictericia ya no ofrece tantas dudas. En casos de hepatitis grave suele haber agujas térmicas que también pueden prestarse a confusión, pero en estos casos el estado general está mucho más afectado. También se ha de tener en cuenta la posibilidad de crisis hemolíticas postransfusionales, inmediatas, o bien por suero homólogo, más tardías, con ictericia y dolor cólico. Hemos

tenido ocasión de observarla en algún caso.

Tratamiento.—Es eminentemente quirúrgico y ha de buscarse por todos los medios, a pesar de las dificultades que ofrezca, el drenaje biliar interno para vencer la colostasis y evitar la evolución cirrótica toda vez que son enfermos recuperables y hemos podido comprobar en todos la regeneración del cuadro una vez desaparecida la obstrucción biliar. Como coadyuvante, el tratamiento médico consistirá en fluidificantes biliares, antibióticos, tónicos generales, dieta de protección hepática, exenta de colesteroína, y grasas. En los casos de fístula biliar externa persistente recogemos la bilis en un recipiente que contiene una pequeña cantidad de parafina que por su menor peso específico se situará en la superficie de la bilis, evitando que se oxide, y que luego hacemos ingerir, a intervalos, mediante sonda.

Presentamos a continuación un cuadro resumen de los 20 casos objeto de este trabajo.

Sexo: Mujeres, 15; Hombres, 5.

Edad: de 30 a 40 años, 3 casos; de 41 a 50, 9; de 51 a 60, 8.

Intervención lesionadora: Colecistectomía, 15; gastrectomía, 4; quiste hepático, 1.

Clínica: Síndrome coledocal, 15 casos; crisis de colangitis, 3; fístula biliar interna, 5; hipertensión portal, 4; ictericia obstructiva indolora, 1.

Localización de la lesión: colédoco, 18 casos; hepático, 2; colon, 1; porta, 1.

Tipo de intervención reparadora: Hepático-yeyunostomía, 7 casos; hepático-duodenostomía, 2; colédoco-colédoco, 5; colédoco-duodenostomía, 1; colédoco-yeyunostomía, 1; hepático-colédoco, 1; Total, 17; pendientes intervención: 3 casos.

Curso: Bueno, 14; malo, 3.

SUMMARY

Clinical study of the surgically-produced lesions of the biliary passages

The Author, on the basis of 20 cases, comments upon the etiology, clinical symptoms, laboratory and roentgenological data, laparoscopy, differential diagnosis and treatment. Among 17 cases submitted to a reparative operation, 14 had have a good result.