

LESIÓN QUIRÚRGICA DE LA VÍA BILIAR. TRATAMIENTO COMBINADO: PERCUTÁNEO Y QUIRÚRGICO

Wilson Barberán Véliz^{1,a,b} Lissette Flores Paredes^{a,c} Robert Jácome Cusme^d
Mariuxi Véliz Noboa^d

Recibido 31 de Octubre del 2012 y aprobado 8 de Noviembre del 2012



RESUMEN

Las lesiones yatrogénicas de las vías biliares son una contingencia frecuente, con repercusiones clínicas, económicas, judiciales, laborales y sociales muy importantes. El abordaje percutáneo en la lesión quirúrgica biliar tiene indicaciones precisas en poblaciones de pacientes bien definidos y permite mejorar el cuadro clínico para una reoperación biliar reconstructiva posterior.

Nuestro objetivo es presentar el procedimiento en un caso clínico y describir la técnica.

Paciente femenina, de 32 años, operada de colecistectomía laparoscópica y reoperada posteriormente por lesión quirúrgica de la vía biliar, es transferida a nuestro

Centro de Cirugía Miniinvasiva (CECIMIV), diagnosticándose, delimitándose y clasificándose la lesión quirúrgica de la vía biliar no resuelta en la intervención anterior. Inmediatamente es tratada con drenaje percutáneo de las colecciones y posterior reconstrucción definitiva de la vía biliar. La evolución fue favorable.

Como conclusión podemos decir, que el manejo exitoso de las lesiones quirúrgicas de la vía biliar requiere de la intervención de un equipo multidisciplinario.

Palabras Clave: Lesión quirúrgica biliar, drenaje percutáneo, hepaticoyunoanastomosis.

SUMMARY

Background: Also of the biliary tract lesions are a frequent contingency, with very significant clinical, economic, judicial, labor and social implications. The percutaneous approach in the surgical biliary lesion has precise indications in well-defined patient populations and improves the clinical picture for a subsequent reconstructive biliary reoperation.

Objective: Presenting the procedure in a case report and describe the technique.

Place of application: Hospital clínica San Francisco.

Material and method: female patient, 32 years, operated in laparoscopic cholecystectomy and subsequently reoperada by surgical injury to the bile duct. It is transferred to our Center, diagnosing is, delimiting it and sorting the surgical lesion of the unresolved in the previous intervention bile. It is immediately treated with percutaneous drainage of collections and definitive reconstruction of bile.

Results: Favourable evolution.

Conclusions: The successful handling of surgical biliary injuries requires the intervention of a multidisciplinary team.

Key words: biliary surgical injury, percutaneous drainage, hepaticoyunoanastomosis.

- 1 Hospital de la Policía Guayas No 2
- a Doctor(a)
- b Jefe del Servicio de Cirugía
- c Cirugía General
- d Médico General

INTRODUCCIÓN

Las lesiones yatrogénicas de las vías biliares son una contingencia frecuente, con repercusiones clínicas, económicas, judiciales, laborales y sociales muy importantes. El paciente que padece una lesión de la vía biliar, en su seguimiento no solo importa la sobrevivencia, sino también valorar la calidad de vida³⁻⁶⁻⁴⁻⁷.

Son pacientes sentenciados de por vida a diferentes estudios: laboratorios en sangre, estudios radiográficos y procedimientos quirúrgicos múltiples. Esto hace imperativo tener un concepto muy claro sobre su presentación clínica, su diagnóstico, clasificación, complejidad y su tratamiento adecuado; pero sobre todo la manera de prevenirlas.

Las lesiones de la vía biliar durante la técnica laparoscópica, representa una de las complicaciones más graves y en la actualidad es un problema frecuente de derivación a centros especializados, donde la patología se ha modificado ya que los pacientes llegan con las secuelas de los tratamientos previos^{12,20}.

El abordaje percutáneo en la lesión quirúrgica biliar tiene indicaciones precisas en poblaciones de pacientes bien definidos y seleccionados, representando para los cirujanos un grupo de técnicas diagnósticas y principalmente terapéuticas de alta efectividad y aplicabilidad, en su manejo^{6,9,11}.

Lamentablemente, algunos casos evolucionaron desfavorablemente aún con tratamiento combinado (percutáneo/quirúrgico), desarrollando hepatopatía crónica y terminando en una lista de espera para el trasplante hepático^{2,9,10}. La reparación quirúrgica que se realice finalmente dependerá de varios aspectos: momento en que se hizo el diagnóstico (intra o postoperatorio), mecanismo de lesión, tipo de lesión y experiencia del grupo quirúrgico en vías biliares.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino, de 32 años de edad, con antecedente de haber sido intervenida quirúrgicamente en un Hospital de la Ciudad de Manta de colecistectomía laparoscópica, y debutando 72 horas después con dolor abdominal, fiebre y bilirragia por el dren.

Le realizan estudio tomográfico de abdomen y se diagnóstica Abdomen Agudo Postquirúrgico con colección intrabdominal peri y subhepática. Es reintervenida quirúrgicamente por el mismo equipo quirúrgico encontrándose dentro de los hallazgos salida del clip del cístico y coleperitoneo.

Paciente evoluciona desfavorablemente en UCI con

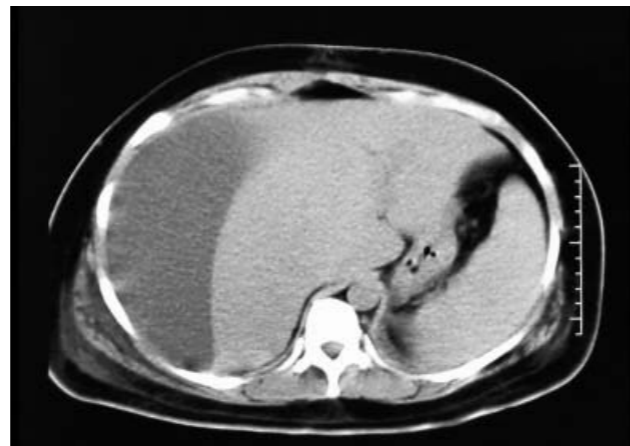


Fig. 1. Tomografía: Presencia de Biloma. Fuente CECIMIV

fiebre de 39°C, distensión abdominal, ictericia, dolor abdominal y con laboratorio de: Leucocitos de 17.000, Bilirrubinas: 7, a expensas de la Directa : 5.2 y Fosfatasa alcalina: 700.

La paciente es derivada y transferida a nuestro Ser-



Fig. 2. Presencia de los catéteres percutáneos colocados. Fuente CECIMIV

vicio, y le realizamos estudio de laboratorio y Tomográfico de Abdomen, evidenciándose presencia de gran colección perihepática (subfrénica y subhepática). (Fig.1)

Se programa para colocación de Catéter de drenaje Percutáneo. Se colocan dos catéteres: 1.- Primer catéter a nivel suprahepático-subfrénico y 2.- Segundo catéter a nivel subhepático, obteniéndose débito bilio-purulento total de 3400 cc. (Fig.2).

Paciente evoluciona favorablemente sin fiebre, dolor, ni distensión abdominal. Los niveles de leucocitosis y de bilirrubina descendieron. A los seis días disminuye el débito biliar, realizándose control Tomográfico, observándose resolución de las colecciones.



Fig.3. Imagen radiológica del CPRE: Falta de relleno de contraste en la vía biliar proximal. Fuente CECIMIV

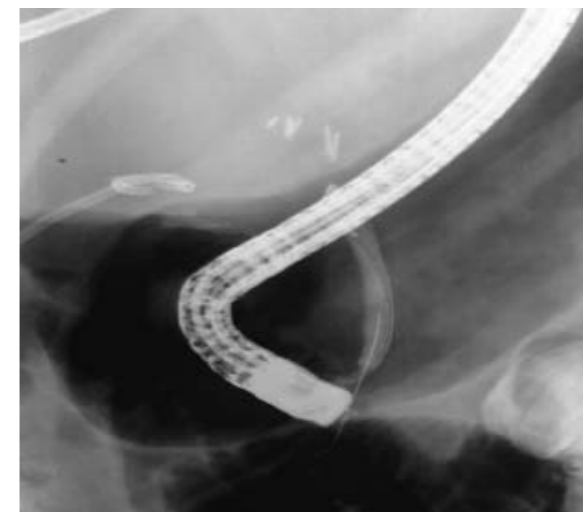


Fig. 4. Fistulografía por catéter percutáneo (14 días después). Falta de relleno en colédoco distal. Fuente CECIMIV

Se procede a retirar catéter suprahepático y se deja el catéter subhepático por persistencia de débito biliar de 100 cc aproximadamente diario. Se realiza estudio de CPRE, observándose obstrucción completa a nivel de tercio medio del colédoco con presencia de varios clips cerca del sitio y sin paso de contraste ni de las guías en la vía biliar proximal. (Fig. 3)

Se decide dejar el catéter por un tiempo aproximado de 14 días, con el fin de madurar las paredes del trayecto fistuloso y luego poder realizar la fistulografía. (Fig. 4).

Ante el diagnóstico de Lesión Quirúrgica de la Vía Biliar con seccionamiento, se decide esperar dos meses, tiempo suficiente para delimitar la lesión de la vía biliar (posible compromiso de electrocauterio). El empleo de estos procedimientos percutáneos temporales son de suma utilidad ya que permite resolver la colangitis y delinear los aspectos anatómicos de la vía biliar necesarios para una buena reparación.

Luego de dicho tiempo se realizó relaparotomía exploradora para reconstrucción quirúrgica definitiva de la vía biliar (Hepatico-yeyunoanastomosis: Operación de Hepp Couinaud) por nuestro equipo quirúrgico. Esta reparación diferida (8 semanas) permitió la delimitación de las lesiones por la posibilidad de mecanismo térmico-eléctrico (electrocauterio), que ha sido uno de los factores principales de los malos resultados iniciales de las reparaciones quirúrgicas de las injurias de las vías biliares.

TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO

El procedimiento percutáneo para el drenaje de la colección intra abdominal se realizó bajo guía tomográfica. La información obtenida, brinda una idea más certera de la anatomía del paciente y descarta otras colecciones o patología asociada.

La técnica de Seldinger es la empleada por nosotros, utilizando una serie de agujas, dilatadores, alambres y dejando colocado un catéter percutáneo tipo cola de chanco, para posterior seguimiento^{7,8,9,10}. (Fig. 5)



Fig 5. Colocación de catéter percutáneo. Fuente CECIMIV



Fig 6. Se toma muestra para cultivo y antibiograma. Fuente CECIMIV

Es necesario durante el mismo procedimiento realizar tomas del material extraído para cultivo y antibiograma. (Fig. 6)

Durante el seguimiento es imperativo la monitorización del débito diario del catéter ya que por debajo de los 10 o 20 ml. de líquido claro, la mejoría clínica y la ausencia de colección demostrada por exámenes complementarios (realizados por el médico actuante) son los criterios para extraer el catéter.

El cuidado diario del catéter consiste en mantener su permeabilidad mediante la irrigación diaria con 3 a 5 cc de solución fisiológica.

Posteriormente (dos meses) la paciente es reintervenida para reconstrucción final de la vía biliar. La técnica utilizada es la Hepaticoyeyunoanastomosis (Operación de Hepp Couinaud) la misma que es realizada con material delicado (6/0-7/0), empleando magnificación (lupas), con adecuado mapeo biliar y finalmente una adecuada anastomosis (sin tensión, y sobre tejido biliar sano y no sobre tejido de granulación)

RESULTADOS

La necesidad de realizar la colocación de los catéteres percutáneos, fueron con fines de temporizar el cuadro clínico del paciente, es decir drenar las colecciones, mejorar el estado de flogosis de la vía biliar y diagnosticar el origen de la bilirrubinemia. Se espera aproximadamente dos meses, tiempo prudente para delimitar la lesión biliar por posible compromiso del electrocauterio (lesión por quemadura eléctrica de la vía biliar) y luego realizar hepaticoyeyunoanastomosis a los Hepp Couinaud con lavado y drenaje de cavidad. La paciente evoluciona satisfactoriamente, y es citada por consulta externa con seguimiento de Fosfatasa alcalina.

DISCUSIÓN

La aparición de la video laparoscopia y su vertiginoso desarrollo fueron, tal vez las razones que influenciaron desde la década de los noventa hasta la actualidad, en el importante incremento del porcentaje de las lesiones quirúrgicas de las vías biliares observado en todos los ambientes quirúrgicos del mundo.

En los últimos tiempos ha cambiado de manera notable su diagnóstico, tratamiento y por lo tanto su pronóstico; teniendo en cuenta que las decisiones y tratamientos inadecuados pueden desencadenar resultados desastrosos para la salud del paciente y de que muchos de los pacientes afectados son jóvenes y se encuentran en la época más productiva de sus vidas^{2,11,15,16}.

Si bien el tratamiento de elección para la reparación de la lesión quirúrgica es la hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux, hay que recordar que ésta es de difícil realización; las reoperaciones luego de cirugía reconstructiva son de extrema complejidad, difícil manejo y pronóstico más comprometido⁷.

Desafortunadamente los resultados postoperatorios de reconstrucción biliar no son altamente satisfactorios a largo plazo y la mayoría de estas reparaciones tampoco son realizadas por cirujanos con experiencia en cirugía hepatobiliar. Los riesgos de proseguir la cirugía sin experiencia incluyen; mayor extensión de la lesión, sacrificio de los tejidos vitales y daño de las estructuras vasculares, principalmente de la arteria hepática derecha; factores que empobrecen más el pronóstico³⁹. Los resultados se optimizan presentando un éxito mayor a 90%, cuando las reparaciones son realizadas en centros de referencia y con experiencia.

Lillemoe y col.^{14,15,19} en una serie, de 156 pacientes tratados en el Johns Hopkins, por presentar lesiones quirúrgicas de la vía biliar causadas por colecistectomía laparoscópica, demostraron excelentes resultados (90,8%) en la reparación quirúrgica de estas lesiones.

Murr y col.^{3,5,7,10} refieren que en 57 pacientes diagnosticados de lesiones complejas de la vía biliar, realizando la técnica de hepaticoyeyunoanastomosis, alcanzaron resultados excelentes a largo plazo en el 91% de todos ellos. Similares resultados se han observado en otros trabajos (95%)⁴². Otros autores indican que a pesar de estas técnicas de reparación, las tasas de estenosis de las mismas pueden llegar hasta al 50% de los casos tratados^{14,19}.

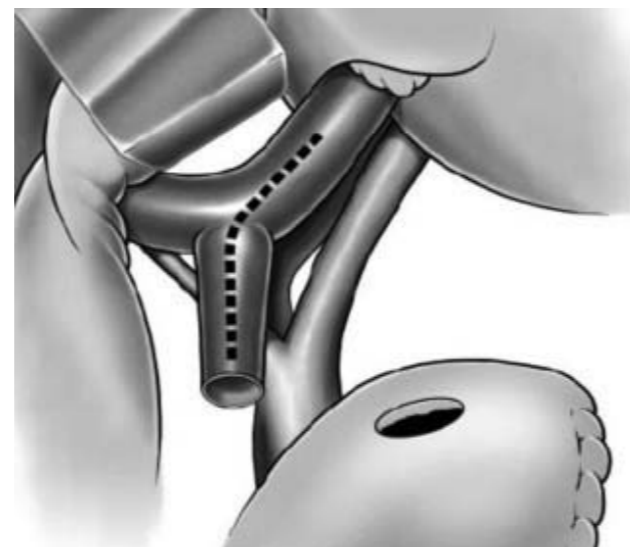


Fig 7. Hepaticoyeyunoanastomosis: Operación de Hepp Couinaud. Fuente CECIMIV

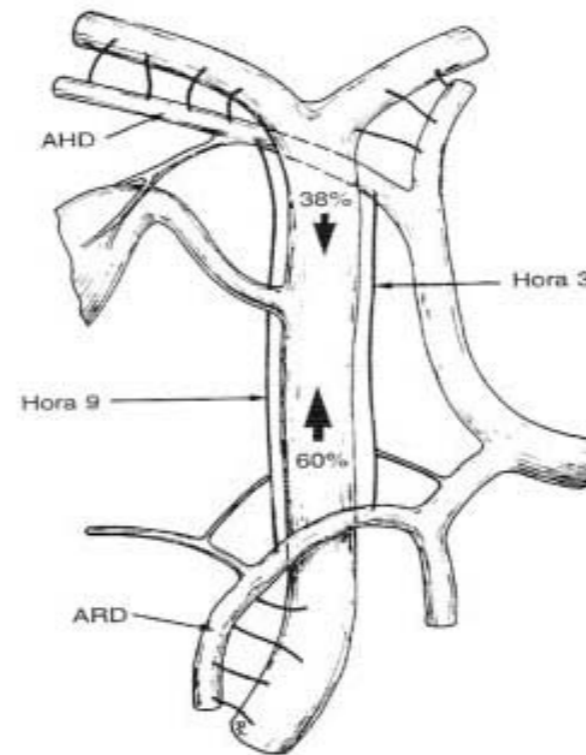


Fig 8 . Vascularización arterial de la vía biliar. Fuente CECIMIV

Desde el punto de vista técnico en la reparación de la vía biliar lo importante es la búsqueda de tejido biliar sano, resecando la zona cicatrizal, el afrontamiento de mucosa yeyunal con un asa desfuncionalizada, la anastomosis alta, evitando las estenosis isquémicas y la utilización del hepático izquierdo previo descenso de la placa hiliar a lo Hepp Couinaud. (Fig.7) La mayoría de las injurias no se diagnostican durante la operación, como ha sido referido en varios trabajos y, la fuga biliar con inflamación periportal y sepsis suele complicar el manejo de estos pacientes, que habitualmente se presentan con ictericia, coleperitoneo o fístula biliar externa.

Lo importante en esta etapa es que los enfermos no deben ser sometidos inmediatamente a una reoperación sin tratar previamente las colecciones abdominales mediante drenajes percutáneos. Esto permite la recuperación del paciente y se puede esperar a la resolución de la inflamación asociada a la fuga biliar, que dificulta la cirugía reparadora.

Con respecto al rol de la cirugía percutánea en el tratamiento de las lesiones, creemos que es fundamental, ya que tiene indicaciones precisas en poblaciones de pacientes bien definidos y seleccionados, representando para los cirujanos un grupo de técnicas diagnósticas y principalmente terapéuticas de alta efectividad y aplicabilidad^{6,36} principalmente para el manejo de las colecciones, colangitis o fugas biliares.

CONCLUSIÓN

El manejo exitoso de las lesiones quirúrgicas de la vía biliar requiere de la intervención de un equipo multidisciplinario, integrado por endoscopistas, radiólogos intervencionistas y por el cirujano hepatobiliar, que propongan pautas claras y tengan en cuenta todos los factores, desde la gravedad de la lesión hasta los costos, sin olvidarse de la oportunidad terapéutica, de la tecnología disponible y de la experiencia de los profesionales que van actuar. Es importante el manejo percutáneo contemporizador de las colecciones abdominales, de esta manera se mejora las condiciones para el tratamiento quirúrgico posterior de la reconstrucción biliar.

Correspondencia:

Dr. Wilson Barberán Véliz
Hospital de la Policía Guayas No 2.
Email: wilsonmed8@hotmail.com
Celular: 093433476
Guayaquil-Ecuador

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- ARCHER S y col.: Bile Duct Injury During Laparoscopic Cholecystectomy. Results of a National Survey. *Ann Surg* 2001; 234: 549-559.
- 2.- AZAGRA J y col.: Is There a Place for Laparoscopy in Management of Postcholecystectomy Biliary Injuries?. *World J Surg* 2001; 25: 1331-1334.
- 3.- BLASCO J y col.: Percutaneous Repair of an Iatrogenic Laceration of the Left Bile Duct With a Covered Stent. *J Vasc Interv Radiol* 2001; 12: 1112-1115.
- 4.- COZZI G y col.: Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage in the Management of Postsurgical Biliary Leaks in Patients with Nondilated Intrahepatic Bile Ducts. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2006; 29:380-388.
- 5.- CSENDES A y col.: Treatment of Common Bile Duct Injuries during Laparoscopic Cholecystectomy: Endoscopic and Surgical Management. *World J Surg* 2001;25: 1347-1351.
- 6.- CHAMBERLAIN R y col.: Essential Hepatic and Biliary Anatomy for the Surgeon. En Chamberlain R, Blumgart L.: *Hepatobiliary Surgery*. Landes Bioscience. Georgetown, Texas 2003. Pp 1-19.
- 7.- GIMENEZ M y col.: Estenosis de Hepaticoyeyunoanastomosis luego de Lesión Quirúrgica de la Vía Biliar. Tratamiento Percutáneo. *Rev Argent Cirug* 1998; 75: 111-120.
- 8.- GIMENEZ M col.: Lesión quirúrgica de la vía biliar. Sadd E, Perissat J, Suhl A, Giménez M: *Cirugía Videoasistida y Percutánea para Cirujanos Generales*. Primera Edición. La Prensa Argentina. Buenos Aires, 2004. Pp. 109-118.
- 9.- GIMENEZ M y col.:Patología Obstructiva de la vía biliar. Análisis Bacteriológico. *Rev Argent Cirug* 2007; 92(1-2): 75-81.
- 10.- GIMENEZ M y col.: Cirugía percutánea biliar. Sadd E, Perissat J, Suhl A, Giménez M: *Cirugía Videoasistida y Percutánea para Cirujanos Generales*. Primera Edición. La Prensa Argentina. Buenos Aires, 2004. Pp. 125-153.
- 11.- HATZIDAKIS A y col.: Percutaneous Cholangioscopy in the Management of Biliary Disease: Experience in 25 Patients. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2000; 29: 431-440.
- 12.- JARNAGIN W y col.: Operative Repair of Bile Duct Injuries Involving the Hepatic Duct Confluence. *Arch Surg* 1999; 134: 769-775.
- 13.- KUO-SHYANG J y col.: Percutaneous Transhepatic Cholangioscopy in the Treatment of Complicated Intrahepatic Biliary Strictures and Hepatolithiasis With Internal Metallic Stent. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2000; 10: 278-283.
- 14.- LILLEMÖE K y col.: Postoperative Bile Duct Strictures: Management and Outcome in the 1990. *Ann Surg* 2000; 232: 430-441.
- 15.- PEKOLJ y col.: Manejo de las complicaciones más frecuentes en la cirugía abdominal. *Rev Argent Cirug* 2003, Número Extraordinario.
- 16.- SARMIENTO J y col.: Quality-of-Life Assessment of Surgical Reconstruction After Laparoscopic Cholecystectomy-Induced Bile Duct Injuries. *Arch Surg* 2004; 139: 483-489.
- 17.- SAVADER S y col.: Laparoscopic Cholecystectomy-Related Bile Duct Injuries. A Health and Financial Disaster. *Ann Surg* 1997; 3: 268-273.
- 18.- SHEA J y col.: Indications for and Outcomes of Cholecystectomy. *Ann Surg* 1998; 227: 343-350.
- 19.- SICKLICK J y col.: Surgical Management of Bile Duct Injuries Sustained During Laparoscopic Cholecystectomy. Perioperative Results in 200 Patients. *Ann Surg*.2005; 241: 786-795.
- 20.- YEO CH y col.: Manejo quirúrgico de las estrecheces y los trastornos obstructivos benignos de la vía biliar. Zuidema, Yeo: *Cirugía del Aparato Digestivo*. 5o ed. Panamericana. Buenos Aires, 2005. Vol III. Pp. 301-318.

ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO COMO COMPLICACIÓN DE PILEFLEBITIS REPORTE DE UN CASO.

Freddy Betancourt^{1,a} Alberto Bohorquez^{1,b} Daniel Gonzalez^{1,b}
Recibido 26 de Noviembre del 2012 y aprobado 14 de Diciembre del 2012

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 77 años de edad, que acude por dolor abdominal tipo cólico en fosa iliaca derecha, de 4 días de evolución, más alza térmica.

Se procedió a realizar laparoscopia diagnóstica, hallando apéndice retrocecal perforada en su tercio medio, y pioperitoneo 100cc. Se realiza apendicectomía laparoscópica. Durante las siguientes 24 horas presenta leucocitosis.

Se realiza nuevo esquema diagnóstico por medio de tomografía de abdomen y pelvis, simple y contrastada, que permiten diagnosticar Absceso Hepático (AH). Realizamos drenaje percutáneo guiado por TAC 48 horas posteriores al hallazgo antes mencionado. Fue dado de alta 72 horas después del drenaje comprobando su remisión por ecografía de control.

PALABRAS CLAVE: Absceso hepático piógeno, Pileflebitis, Drenaje percutáneo, TAC.

SUMMARY

We report the case of a 77-year-old, attended by cramping abdominal pain in the right lower quadrant of 4 days duration, but thermal rise. The patient underwent diagnostic laparoscopy, finding retrocecal perforated appendix in the middle third, and pioperitoneo 100cc. Laparoscopic appendectomy is performed.

For the next 24 hours with leukocytosis. New diagnostic scheme is performed through tomography of abdomen and pelvis, simple and contrasted, that diagnose liver abscess.

We performed CT-guided percutaneous drainage 48 hours after finding above. He was discharged 72 hours after checking drainage referral ultrasound control

KEY WORDS: pyogenic liver abscess, Pylephlebitis, percutaneous drainage, CT.

1 Hospital Luis Vernaza
a Doctor(a)
b Médico General