

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Manejo de las lesiones iatrogénicas de la vía biliar en el Hospital San Pablo de Coquimbo*

Management of iatrogenic bile duct injuries at a Chilean Regional Hospital

Dr. EDUARDO CODDOU C¹

¹Servicio de Cirugía, Hospital San Pablo Coquimbo

TRABAJO DE INGRESO

RESUMEN

Se revisan, en forma retrospectiva, 16 pacientes con lesiones iatrogénicas de la vía biliar atendidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo entre los años 1981 y 2004. Doce de estas lesiones ocurrieron en el Hospital de Coquimbo y 4 pacientes fueron derivados desde otros hospitales. 10 casos ocurrieron durante cirugía abierta y 6 en cirugía laparoscópica. La mitad de las lesiones fueron detectadas durante la intervención (8 casos). Las reparaciones inmediatas fueron anastomosis ductal primaria en 3 casos, todos con malos resultados. En 5 casos se realizó hepático yeyunoanastomosis (HYA) inmediata con evolución favorable a largo plazo. De los 8 pacientes con diagnóstico postoperatorio se repararon 6 con HYA de los cuales uno evolucionó con estenosis; una lesión menor con coledocorrafia y sonda T y otro paciente con el retiro de los clips de la vía biliar. En 8 de las 13 HYA se utilizó el asa de Hutson Russell para la reconstrucción. En 2 casos con estenosis posterior, se utilizó el asa para la dilatación endoscópica percutánea. El manejo quirúrgico de las lesiones iatrogénicas de la vía biliar ha sido exitoso en la gran mayoría de los casos (81,3%). Fallece un enfermo (6,3%) con lesión combinada vascular y canalicular, confirmando la gravedad y mal pronóstico de estas lesiones. Recomendamos el asa de Hutson Russell para la reconstrucción, pues en 2 pacientes nos permitió solucionar la estenosis posterior a la reparación quirúrgica mediante dilatación endoscópica percutánea evitando nuevas cirugías derivativas.

PALABRAS CLAVES: *Lesiones iatrogénicas de vía biliar, anastomosis en Y de Roux*

SUMMARY

Background: Biliary tract lesions occur in 0.3% of all cholecystectomies and are the most feared complications of this procedure. *Aim:* To report the experience in the management of iatrogenic biliary tract lesions. *Material and Methods:* Retrospective study of 16 patients with iatrogenic bile duct injuries treated at a Chilean Regional Hospital between 1981 and 2004. *Results:* Twelve injuries occurred in the same hospital and four were referred from elsewhere. Ten injuries occurred during open and six, during laparoscopic surgery. Eight injuries were detected during the operation. In three occasions an immediate primary ductal anastomosis was attempted, but the procedure failed in every case. Five cases were repaired with bilio-jejuno anastomosis, with a good outcome in all. Six of the eight patients whose lesion was detected

*Recibido el 17 de Octubre de 2005 y aceptado para publicación el 30 de Noviembre de 2005.
E mail: ecoddou@adsl.tie.cl

in the postoperative period, were reconstructed with a bilio-jejuno anastomosis and one developed to postoperative stricture. One patient with a minor injury, was treated with suture of the choledochus and T tube placement. Other patient only required the extraction of titanium clips, as treatment. In eight of the 13 bilio-jejuno anastomoses, the Hutson Russell loop was used for the reconstruction. In 2 cases that developed a postoperative stricture, this loop was used for percutaneous endoscopic dilatation. The surgical management was successful in 81% of patients. One patient, who had a combined vascular and ductal injury, died. *Conclusions:* We recommend the use of Hutson Russell loop for biliary reconstruction, because it allowed us to perform an endoscopic dilatation in two cases, avoiding new surgical procedures.

KEY WORDS: *Bile duct injuries, Roux-en-Y anastomosis, Hutson Russell loop*

INTRODUCCIÓN

La cirugía biliar es la intervención quirúrgica más frecuente en Chile, constituyendo la lesión de las vías biliares una de las complicaciones más graves con una frecuencia de alrededor de 0,3% de las colecistectomías. En Chile, la incidencia de lesiones en cirugía laparoscópica tiene una frecuencia entre 0,05 y 0,4%^{1,2,3,4} y en cirugía abierta entre 0,0006 y 0,3%^{4,5,6}. En USA la incidencia es similar (0,25%) (7). En Chile se realizan alrededor de 70.000 Colecistectomías anuales (MINSAL) por lo que se producirían cerca de 200 lesiones de vía biliar cada año. La solución es compleja y su manejo es determinante en las secuelas y recuperación de esta patología. El tratamiento de estas lesiones puede ser quirúrgico, endoscópico o mixto. Los resultados publicados son muy variables en los diferentes grupos, lo que dificulta la elección de la terapia, pero en general, siempre debe considerarse la experiencia y recursos de cada centro para su resolución.

El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia acumulada en 25 años, por un equipo quirúrgico estable, en el manejo de las lesiones de la vía biliar en un hospital de provincias y donde el autor intervino en las reparaciones de la mayoría de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, retrospectivo de una serie de 16 casos de lesiones quirúrgicas de la vía biliar atendidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo entre 1981 y 2004.

Se revisó la cirugía biliar efectuada en este Hospital en este período y se analizaron las lesiones de vía biliar determinando las variables de edad, sexo, tipo de lesión, cirugía abierta o laparoscópica, tratamiento de la lesión, resultado del tratamiento y seguimiento. Se consideraron sólo lesiones de la vía biliar principal y se definió como

lesión mayor aquella que comprometía más del 50% del perímetro del conducto biliar.

Para la pesquisa de los casos se revisaron los libros de pabellón, el archivo personal del autor y base de datos Epi info del Servicio de Cirugía disponible desde 1994. Se encontró una lesión menor. Se incluyeron todos los pacientes con detección intraoperatoria de lesión y todos aquellos diagnosticados por presentar fístula y/o estenosis como secuela de una intervención biliar. Todas las lesiones observadas fueron producto de intervenciones biliares.

Las derivaciones biliodigestivas se efectuaron utilizando sutura corrida tomando la mucosa, en un plano con polipropileno 6-0 y en los últimos byosin 5-0, con una Y de Roux ascendida a través del mesocolon y enteroentero anastomosis a 50 cm. El asa de Hutson Russell se construye de igual forma dejando el extremo ciego más largo (15 cm), cerrado y fijándolo a la aponeurosis en posición subcutánea. Cuando es necesario se abre con anestesia local quedando como ostomía para introducir el endoscopio (Figura 1).

Para las dilataciones endoscópicas se utilizaron cortes radiados con esfinterótomos y balones de dilatación biliar. En el segundo caso se agregó posteriormente prótesis biliar mantenida por 9 meses.

RESULTADOS

El grupo está formado por 12 mujeres y 4 hombres, cuyas edades fluctuaban entre 21 y 85 años con una media de 53 años. Hubo 15 lesiones mayores (sección u obstrucción completa) y una menor (compromete menos del 50% del conducto).

El diagnóstico se efectuó durante la intervención en 8 casos (50%), efectuando reparación inmediata en todos ellos (Tabla 1). Al analizar este grupo, en 3 de éstos se efectuó sutura y sonda T, uno de estos pacientes se presentó con lesión asociada de vena porta, falleciendo precozmente en el

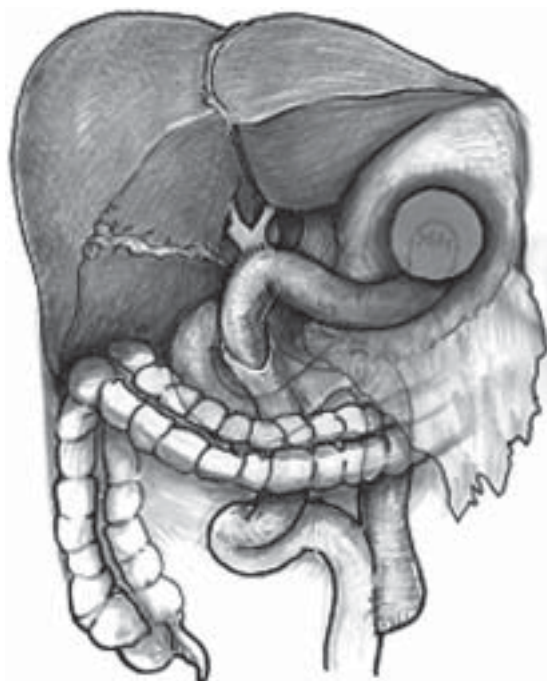


Figura 1. Asa de Hutson Russell.

postoperatorio y constituyendo el único fallecido de la serie (7,6%). En los otros 2 casos de sutura primaria, hubo estenosis antes de los 3 meses, en ambos se realizó hepaticoyeyunoanastomosis (HYA) con 1 reestenosis a los 2 meses, que se solucionó con dilatación endoscópica percutánea. En los 5 restantes se realizó HYA; 2 con asas de Hutson Russell⁸, 2 tipo Thorbjarnarson⁹ y 1 HYA simple. Todas estas anastomosis inmediatas tuvieron buenos resultados (Tabla 2).

En 8 casos el diagnóstico se efectuó en el postoperatorio. La reparación quirúrgica se efectuó antes de los 7 meses en 7 casos (86%) y en el último se realizó 14 años después de la intervención original. En 6 de los 8 casos, se efectuó HYA con Y de Roux y 5 asas de Hutson Russell, en estos últimos se presentaron complicaciones en 2 casos, una fístula biliar y estenosis postoperatoria requiriendo dilatación endoscópica y otro una fístu-

la del asa Hutson Russell de rápida solución con terapia médica. En los otros 4 casos, no hubo complicaciones (Tablas 3 y 4).

Los otros 2 pacientes con diagnóstico postoperatorio se repararon sin derivación y fueron un desgarro en unión cistocoleodociana (lesión menor) que produjo biliperitoneo y se solucionó con sutura y sonda T, y el segundo presentó oclusión completa del hepático por clip, fue reintervenido a los 24 días disecando la vía biliar y retirando los clips con buen resultado después de casi 5 años de seguimiento.

En total se realizaron 18 intervenciones en 16 pacientes. En las cuatro anastomosis primarias hubo dos estenosis (50%), un fallecido y otro con buen resultado en lesión menor. Hubo 13 HYA con dos estenosis (15,4%) y sin mortalidad. En un caso se retiraron los clips sin complicaciones.

Las reparaciones efectuadas en el mismo acto fueron efectuadas por cirujanos diferentes al que produjo la lesión en 4 de las 5 HYA, todas con buen resultado. Las 3 suturas primarias fueron efectuadas por el mismo cirujano, fracasando todas. Siete de las 8 reparaciones tardías fueron realizadas por cirujanos diferentes al original y en 2 de éstos hubo estenosis posterior, las que se resolvieron por dilatación endoscópica percutánea.

Los pacientes tienen seguimiento entre 12 y 228 meses, con un promedio de 69 meses.

Desde 1994 hay estadísticas confiables de la cirugía biliar en Coquimbo. Entre los años 94 y 2004 se produjeron en Coquimbo, 7 lesiones de la vía biliar, todas durante intervenciones biliares. Hubo 0,19% de lesiones en cirugía abierta y 0,08% en cirugía laparoscópica (Tabla 5).

DISCUSIÓN

Como en la mayoría de las series chilenas, el diagnóstico de lesión de la vía biliar, se realizó en el intraoperatorio en la mitad de los casos, procediendo a la reparación inmediata con sutura en 3 casos y HYA en otros 5 casos. Pensamos que frente a lesiones mayores, la anastomosis término-terminal tiene peor pronóstico por el compromiso

Tabla 1
RESULTADOS DE ACUERDO AL MOMENTO DE DIAGNÓSTICO DE LA LESIÓN

Diagnóstico lesión	Número	Estenosis	Otras complicaciones	Fallecidos	Sin complicación biliar
Intraoperatorio	8	2	0	1	5
Postoperatorio	8	1	1	0	7
Total pacientes	16	3 (18,8%)	1 (6,3%)	1 (6,3%)	12 (75%)

Tabla 2
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO Y REPARACIÓN INTRAOPERATORIA

	Tipo lesión	Cirugía	Bismuth	Reparación	Complicaciones	Reintervención	Dil. end.	Resultado	Meses seg.
1	M	A	III	S+ST	Falla hepática	no		fallece	0
2	M	A	III	S+ST	estenosis	HYA	bueno	228	
3	M	A	IV	S+ST	estenosis	HYA asa HR	si	bueno	72
4	M	A	III	HYA Th	No	No		bueno	115
5	M	A	II	HYA Th	No	No		bueno	129
6	M	L	IV	HYA HR	No	No		bueno	96
7	M	L	IV	HYA HR	No	No		bueno	51
8	M	A	III	HYA	No	No		bueno	13

L: cirugía laparoscópica.

A: cirugía abierta.

M: sección u obstrucción completa.

m: lesión que compromete menos del 50 % del conducto.

S+ST: sutura primaria y sonda T.

HYA Th: hepaticoyeyuno-anastomosis con asa de Thorbjarnarson.

HYA HR: hepaticoyeyuno-anastomosis con asa de Hutson Russell.

de la irrigación de la vía biliar y la tensión entre los cabos. En nuestra serie, a diferencia de la serie chilena de Hernández *et al*¹, todas las reparaciones de este tipo fracasaron y sólo tuvimos éxito en una lesión menor reintervenida. Esto coincide con las series más importantes en USA. Stewart y Way presentan 13 reparaciones con sección completa fracasando la totalidad¹⁰. Lillemoe *et al* en 9 reparaciones en el mismo acto operatorio, sólo efectuaron 1 anastomosis término-terminal¹¹. Frente a la

detección de una lesión de vía biliar recomendamos la concurrencia de otro cirujano con experiencia en esta cirugía para evaluar y realizar la reparación inmediata. La carga emocional del cirujano que produjo la lesión puede ser un factor adverso en la toma de decisiones. Observamos que en un caso la reparación inmediata efectuada por el cirujano que produjo la lesión y con experiencia en cirugía biliar compleja fue exitosa y las restantes 3 fracasaron, en comparación con el buen resultado

Tabla 3
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO Y REPARACIÓN POSTOPERATORIA

	Tipo lesión	Cirugía	Reparación	Tiempo desde lesión	Complicaciones	Bismuth	Resultado	Meses seg.
1	M	L	Retiro clips	24 días	No	III	Bueno	57
2	M	A	HYA	14 días	No	II	Bueno	137
3	M	A	HYA HR	14 años	No	III	Bueno	20
4	M	A	HYA HR	7 meses	No	III	Bueno	34
5	M	L	HYA HR	5 meses	No	III	Bueno	15
6	M	A	HYA HR	9 días	Fístula biliar** Estenosis	I	Bueno	23
7	M	L	S+ST	21 días	No	I	Bueno	45
8	M	L	HYA HR	6 meses	Fístula asa HR	IV	Bueno	12

*En este grupo no hubo reintervenciones.

** Dilatación endoscópica.

L: cirugía laparoscópica.

A: cirugía abierta.

M: sección u obstrucción completa.

S+ST: sutura primaria y sonda T.

HYA asa HR: hepaticoyeyuno-anastomosis con asa de Hutson Russell.

Tabla 4
RESULTADOS DE ACUERDO A LA INTERVENCIÓN

Reparación	Número	Estenosis	Fallecidos	No complicados
Sutura ST	4	2*	1	1 (lesión menor)
Retiro clips	1	0	0	1
HYA Y de Roux	3	0	0	3
HYA asa de Thorbjarnarson	2	0	0	2
HYA asa Hutson Russell	8	2**	0	6
TOTAL INT.	18	4 (22,2%)	1 (5,6%)	13 (72,2%)

*Después reintervenidos y sometidos a HYA.

**Dilatación endoscópica.

de las 4 HYA efectuadas por otro cirujano. Coincide con la experiencia de la Universidad de California donde sólo 17% de las reparaciones primarias efectuadas por el mismo cirujano tuvieron éxito, contrastando con un 94% de éxito cuando la reparación la efectuó un cirujano con experiencia en cirugía biliar compleja¹⁰. La técnica empleada para la reparación primaria depende del tipo y magnitud de la lesión. Se puede intentar la sutura en casos de lesiones sin alteración de la circulación de la vía biliar y que permita una aproximación sin tensión. De otro modo es preferible la HYA que permite una anastomosis sin tensión, los 5 casos reparados con esta técnica se recuperaron sin complicaciones. En 2 de estos casos con vía biliar fina, se realizó anastomosis tipo Thorbjarnarson con buenos resultados, el último en 1994. Posteriormente no hemos usado esta técnica.

En la serie hubo un fallecido, que fue el paciente con lesión de hepático derecho y vena porta y que fue reparado con sutura por el mismo cirujano. El paciente falleció a los 2 días por falla hepática. Esto concuerda con lo manifestado por otros autores que destacan la alta mortalidad de las lesiones combinadas canalicular y vascular¹². La mortalidad inmediata descrita en Chile va desde 0 a 14,2%^{1,5,6,13,14}. Un estudio nacional de 10 años en USA entrega un 4,5% de mortalidad¹⁵, estas cifras son comparables con la nuestra de 6,3%. Hay series chilenas y extranjeras que describen cirrosis biliar posterior, lo que no se ha visto en nuestra serie y que atribuimos al tratamiento endoscópico precoz de la estenosis¹³⁻¹⁷. Las otras dos suturas primarias fueron a la estenosis con lesiones Bismuth III y IV¹⁶. Esta última se reestenósó y fue solucionada con dilatación endoscópica. De los 16 pacientes hubo 3 (18,8%) que presentaron estenosis. Todos los pacientes con fístula biliar después de HYA presentaron estenosis (2 casos). La serie británica de Mirza¹⁷ describe una estenosis en 2

casos de fístula anastomótica. En la última publicación del Johns Hopkins¹⁸, cuatro de siete fístulas anastomóticas requirieron intervenciones percutáneas. Los 8 casos con diagnóstico postoperatorio fueron reintervenidos entre los 9 días y 14 años después de la intervención que originó la lesión. Siete evolucionaron sin complicaciones y tienen seguimiento promedio de 40 meses. Dos casos de HYA que presentaron fístula biliar postoperatoria tuvieron estenosis más adelante y debieron ser dilatados por vía endoscópica a través de asa de Hutson Russell con buen resultado. La presencia de filtración de la anastomosis es una señal de alerta para una futura estenosis, ésta debe ser diagnosticada y tratada precozmente para evitar el daño hepático crónico que se describe como causa de muerte tardía¹³.

El uso del asa de Hutson Russell se ha descrito previamente en nuestro país¹⁹. En las últimas 8 HYA la utilizamos. En dos casos nos ha permitido ejecutar múltiples dilataciones endoscópicas y dejar anastomosis permeables con seguimientos de 23 y 72 meses. Esta técnica es de fácil ejecución, no prolonga el tiempo operatorio y permite la revisión e instrumentación endoscópica de la anastomosis en forma repetida y ambulatoria. Tuvimos

Tabla 5
LESIONES MAYORES DE LA VÍA BILIAR EN HOSPITAL COQUIMBO 1994-2004

	nº lesiones	nº intervenciones	% lesiones
Cirugía abierta	4	2144	0,19
Cirugía laparoscópica	3	3569	0,08
Total	7	5713	0,12

Hubo 4 lesiones entre 1981 y 1993.

4 casos son derivaciones de otros hospitales.

1 lesión menor.

como complicación de esta técnica una fístula del asa que fue de rápida resolución. Su empleo nos ha evitado nuevas cirugías cuyo pronóstico es más incierto con cada reintervención. El asa se deja cerrada en el tejido celular y sólo fue abierta en los 2 casos en que hubo intervención endoscópica, en los restantes pasó inadvertida y no es percibida por el paciente, lo que a nuestro juicio es una ventaja sobre el uso de tutores intrahepáticos rutinarios que se dejan largo tiempo en todos los pacientes y que pensamos puede influir en la mala percepción de calidad de vida en pacientes con reparaciones exitosas de vía biliar²⁰.

Frente a una iatrogenia de la vía biliar, recomendamos la intervención de otro cirujano con experiencia en cirugía biliar compleja. En los casos de diagnóstico intraoperatorio debe intentarse la reparación inmediata con sutura en lesiones menores o mayores que tengan una buena irrigación, y puedan aproximarse sin tensión, en ambos casos utilizamos material fino y lupa para la ejecución de la anastomosis. Si no se dan esas condiciones debe recurrirse a la HYA. En lesiones mayores diagnosticadas en el postoperatorio, recomendamos la cirugía con HYA, utilizando para ésta el asa de Hutson Russell que permite el manejo endoscópico percutáneo posterior en los casos que lo requieran, sin necesidad de una nueva cirugía derivativa.

CONCLUSIÓN

Las lesiones iatrogénicas de la vía biliar son manejadas con éxito en el Hospital de Coquimbo y con resultados similares a otros centros mayores. De acuerdo a nuestros resultados, recomendamos la reparación de las lesiones mayores con HYA y asa de Hutson Russell, que permite la terapia endoscópica posterior evitando nuevas cirugías.

AGRADECIMIENTOS: A los cirujanos de Coquimbo por su colaboración y al Dr. Alfredo Cea por el magnífico dibujo.

REFERENCIAS

- Hernández F, Rodríguez C, Matus C, *et al.* Lesión mayor de vía biliar. *Rev Chil Cir* 2004; 56: 16-20.
- Csendes A, Díaz J, Yarmuch J, Fernández M: Prevalencia de lesiones de la vía biliar durante colecistectomía laparoscópica en el período inicial de esta técnica. Estudio cooperativo de 26 hospitales. *Rev Chil Cir* 2000; 52: 249-54.
- Hepp J, Ríos H: Colecistectomía laparoscópica: Evaluación de 35.014 operaciones realizadas en Chile. *Rev Chil Cir* 1996; 48: 461-66.
- Yarmuch J, Csendes A, Schutte H: Lesiones de la vía biliar en 10791 colecistectomías laparoscópicas. *Rev Chil Cir* 2005; 58: 127-30.
- Lopetegui G, Marín J, Fernández E, Delgado J, Riveros P y Etchegaray R. Nuestra experiencia en reparación de vía biliar. *Rev Chil Cir* 1980; 32: 198-201.
- Csendes A, Díaz J, Burdiles P, Maluenda F, Yarmuch J, Cardemil G y cols: Resultados alejados de la reparación primaria en la lesión accidental iatrogénica de la vía biliar. *Rev Chil Cir* 1988; 40: 340-45.
- Flum DR, Koepsell T, Heagerty P, Sinanan M, Dellinger EP: Common bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy and the use of intraoperative cholangiography: adverse outcome or preventable error? *Arch Surg* 2001; 136(11): 1287-92.
- Hutson D, Russell E, Schiff E, Zeppa R. Balloon dilatation of biliary strictures through a choledochojejuno-cutaneous fistula. *Ann Surg* 1984; 199: 637-47.
- Thorbjarnarson B: Repair of common bile duct injury. *Surg Gynecol Obstet* 1971; 133: 293-96.
- Stewart L, Way LW. Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy: factors that influence the results of treatment. *Arch Surg*. 1995; 130: 1123-28.
- Lillemoe KD, Melton G, Cameron JL, *et al.* Postoperative bile duct injuries: Management and Outcome in the 1990s. *Ann Surg* 2000; 232: 430-41.
- Buell JF, Cronin DC, Funaki B, Koffron A, Yoshida A, Lo A, Leef J *et al.* Devastating and fatal complications associated with combined vascular and bile duct injuries during cholecystectomy. *Arch Surg* 2002; 137(6): 703-10.
- Fernández M. Estenosis iatrogénicas de las vías biliares. Resultado del tratamiento a largo plazo. *Rev Chil Cir* 1988; 40: 36-40.
- Yarmuch J, Agar R, Bastías J. Derivación Biliodigestiva alta en Estenosis benigna de Vía Biliar. *Rev Chil Cir* 1984; 36: 67-69.
- Dolan J, Diggs B, Sheppard B, Hunter J. Ten year trend in the nacional volume of bile duct injuries requiring operative repair. *Surg Endosc* 2005; (Epub ahead of print).
- Bismuth H, Majno P. Biliary structure: classification based on the principles of surgical treatment. *World J Surg* 2001; 25: 1241-4.
- Mirza DF, Narsimhan KL, Neto B, *et al.* Bile duct injury following laparoscopic cholecystectomy: referral pattern and management. *Br J Surg* 1997; 84: 786-90.
- Sicklick J, Camp M, Lillemoe KD, *et al.* Surgical management of bile duct injuries sustained during laparoscopic cholecystectomy: perioperative results in 200 patients. *Ann Surg* 2005; 241: 786-95.
- Covacevich S, Navarrete C, Burmeister R, García C. Uso de asa de Hutson-Russell en las derivaciones biliodigestivas. *Rev Chil Cir* 1994; 46: 544-47.
- Melton G, Lillemoe, K, Cameron J *et al.* Major Bile Duct Injuries Associated With Laparoscopic Cholecystectomy: Effect of Surgical Repair on Quality of Life. *Ann Surg* 2002; 235: 888-95.

INFORME

Por decisión del Directorio de la Sociedad de Cirujanos de Chile, me corresponde comentar el trabajo de ingreso del Dr. Eduardo Coddou Claramunt, titulado "Manejo de las lesiones iatrogénicas de la Vía Biliar en el Hospital San Pablo de Coquimbo". Me complace tener esta oportunidad para referirme al tema.

El Dr. Coddou estudió medicina en la Universidad de Chile, titulándose de Médico Cirujano en febrero 1973. Hace su formación de Cirugía General y se establece luego en Coquimbo, donde se desempeña desde 1996 como Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital San Pablo. Es Profesor Adjunto de la Universidad de Chile en Coquimbo y Miembro Afiliado de la Sociedad de Cirujanos de Chile desde 1987.

El tema presentado por el Dr. Coddou sigue siendo un aspecto de gran interés para todos los cirujanos que se enfrentan en su trabajo diario con los desafíos de la patología biliar. Cabe recordar que en Chile la Colectectomía es una de las intervenciones más frecuentes en el trabajo quirúrgico de los Servicios de Cirugía a lo largo del país. Se estima existen en Chile cerca de 2 millones de portadores de coleditiasis, pero solo se efectúan alrededor de 60 mil colectectomías por año. La tasa de lesión de la vía biliar publicada en nuestro medio es cercana a 3 por mil operados, lo que significa que al año hay alrededor de 180 pacientes que deben ser tratados por alguna lesión iatrogénica de la vía biliar.

Antes de la era laparoscópica, la tasa de lesión de la vía biliar era cercana al 1 por mil. En una revisión nacional que publicáramos en 1996, sobre 35 mil colectectomías laparoscópicas hechas en el país, la tasa de lesión del hepatocolédoco era de 2,3 por mil, y si se agrega la patología del cístico esto aumenta a 3,3 por mil.

Se ha insistido con frecuencia sobre la importancia del correcto manejo inicial de una lesión de vía biliar, lo que va a influir definitivamente en el pronóstico y la supervivencia del paciente. Por ello me parece de extraordinario interés el estudio que se nos ha expuesto hoy.

El trabajo presentado corresponde a una revisión retrospectiva de 16 lesiones iatrogénicas de la vía biliar, tratadas en el Hospital San Pablo de Coquimbo, entre los años 1981 y 2004. Doce de estas lesiones ocurrieron en el Hospital de Coquimbo y 4 pacientes fueron derivados desde otros hospitales. Diez lesiones se presentaron durante cirugía abierta y 6 casos en cirugía laparos-

cópica. La mitad de las lesiones fueron detectadas durante la intervención (8 casos), lo cual con diferente incidencia también es reportado por otros autores.

La existencia de anomalías o variaciones anatómicas, cuadros vesiculares agudos o crónicos con gran componente inflamatorio, sangrado de difícil control durante la colectectomía o la presencia de fístula colecisto-coledociana, suelen ser factores que aumentan el riesgo de lesión de la vía biliar.

En cuanto a la clasificación de las lesiones de la vía biliar, se han postulado varias, destacando las de Strasberg (1995), en nuestro medio la de Csendes (1995), Bergman (1996) y la de Bismuth especial para estenosis del árbol biliar. Con algunas variaciones individuales, estas clasificaciones intentan definir que lesión es susceptible de tratar con sutura, endoprótesis, anastomosis o derivación biliodigestiva,

En la serie reportada por el Dr. Coddou, para los casos de reparación inmediata, en tres casos se usó sutura primaria, todos con malos resultados. En 5 casos se realizó hepaticoyeyunoanastomosis, con evolución favorable a largo plazo.

En los 8 pacientes con diagnóstico postoperatorio de la lesión, se repararon 6 con hepático yeyunoanastomosis, 1 paciente se solucionó con coledocorrafia y sonda T, y en otro con el retiro de los clips de la vía biliar.

En general en lesiones incompletas de la vía biliar, desgarró de la inserción del cístico o sección completa del hepatocolédoco sin pérdida de tejido y reconocido durante la Colectectomía, es planteable la sutura y drenaje de la vía biliar. En el resto de los casos debe hacerse una derivación biliodigestiva con asa desfuncionalizada de yeyuno.

En 8 de las 13 hepático yeyunoanastomosis realizadas en Coquimbo, se utilizó el asa de Hutson Russell para la reconstrucción, la cual permite realizar dilataciones endoscópicas en el caso de evolucionar con estenosis anastomótica. En esta serie, en 2 casos con estenosis posterior, se utilizó el asa para acceso a la dilatación endoscópica, sin ser necesario nuevas intervenciones. El autor recomienda con razón, las bondades de la técnica de Hutson Russell para esta situación.

En dos casos de lesión de una vía biliar fina, utilizaron la técnica de Thorbjarnarson con buenos resultados, lo que coincide con una experiencia nuestra de 6 casos reportada por S Gajardo en

1980 y que resulta de gran utilidad en situaciones extremas, cuando el paciente es operado días después, con gran proceso inflamatorio, vía biliar fina u orificio fistuloso biliar que emerge del porta hepatis.

El autor no señala la frecuencia de colangiografía intraoperatoria usada en Coquimbo. Recuerdo la publicación de Flum en JAMA de 2003, donde reporta en una serie de mas de 1,5 millones de pacientes operados por colecistectomía laparoscópica, que a pesar de que el uso de colangiografía intraoperatoria no previene la lesión de la vía biliar, su utilización se acompaña de una significativa menor tasa de lesión iatrogénica del árbol biliar. Ello también había sido postulado por nosotros, como resultado de la encuesta nacional publicada en 1996.

La experiencia reportada desde Coquimbo ha sido exitosa en la gran mayoría de los casos, concordando con las publicaciones sobre el tema, con buen resultado a largo plazo (81,3%). Se describe el fallecimiento de un paciente (6,3% mortalidad) en una lesión combinada vascular y biliar, confirmando la gravedad y mal pronóstico de este tipo de lesiones.

Debe insistirse en que la prevención de la lesión iatrogénica de la vía biliar, es el factor más importante a tener presente. Para ello es necesario considerar los siguientes aspectos:

- el cirujano que trate la patología biliar debe tener un entrenamiento adecuado, y durante este entrenamiento debe ser asistido por un cirujano experto
- ser prudente en la disección del pedículo vesicular y no seccionar ningún elemento hasta

tener identificado el conducto cístico, la arteria cística y la vía biliar

- utilizar la colangiografía intraoperatoria como parte de la técnica de la colecistectomía, entre otras razones, para verificar la indemnidad de la vía biliar

- transformar la colecistectomía laparoscópica en un procedimiento a cielo abierto si hay duda anatómica, dificultad técnica o sospecha de lesión de vía biliar

- en caso de sospechar o confirmar una lesión de vía biliar, llamar al cirujano mas experto disponible para reparar la lesión, el cual debe tener experiencia en este tipo de reparaciones. Si ello no fuera posible, no se tuviera experiencia suficiente o tranquilidad para hacer el procedimiento, se debe drenar el paciente y derivarlo a un centro que cuente con los recursos y experiencia necesaria.

Sr. Presidente: el Dr. Eduardo Coddou nos trae su experiencia quirúrgica desde regiones, con el excelente aporte de una casuística vivida personalmente, resuelta con eficiencia y buenos resultados. Siendo ya Miembro Afiliado de nuestra Sociedad de Cirujanos ha hecho un esfuerzo especial, digno de imitar por otros socios de esta institución, para postular a Miembro Titular. No me cabe duda que el Dr. Coddou cumple con los requisitos personales y profesionales necesarios para ello, y me permito recomendar su nominación como Miembro Titular

Dr. JUAN HEPP K
Clínica Alemana de Santiago