

Temas de actualización del *Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en cirugía general*

Complicaciones posoperatorias de la cirugía de las vías biliares. Clasificación, diagnóstico y tratamiento

Dr. Lázaro Quevedo Guanche¹

1. CLASIFICACIÓN

Las complicaciones posoperatorias de la cirugía de las vías biliares se clasifican en: inmediatas y mediatas.

1.1. Complicaciones inmediatas: Son aquellas cuyos síntomas comienzan en las primeras. 48 h - 72 h del período postoperatorio. Entre éstas, las más frecuentes son:

1.1.1 Peritonitis biliar determinada por:

- 1.1.1.1. Dehiscencia del muñón cístico.
- 1.1.1.2. Bilirragia por punción del colédoco.
- 1.1.1.3. Falsa vía por exploradores del colédoco.
- 1.1.1.4. Sección del hepato-colédoco:

- Tipo I : Dos cm por debajo de la confluencia de los hepáticos.
- Tipo II : Entre la confluencia de los hepáticos y dos cm por debajo de la confluencia.
- Tipo III : En la confluencia de los hepáticos o más arriba.

1.1.1.5. Bilirragia por conductillo aberrante

1.1.2. Hemorragias.

1.1.3. Pancreatitis aguda.

1.1.4. Ictericia:

- 1.1.4.1. Ligadura del colédoco.
- 1.1.4.2. Cálculo residual.
- 1.1.5. Ligadura de la arteria hepática.

1.1.6. Hemobilia.

1.1.7. Dehiscencia de la sutura en las derivaciones biliointestinales

1.2. Complicaciones tardías

1.2.1. Iatrogénicas: estenosis cicatrizal del colédoco.

1.2.2. Por enfermedad no diagnosticada:

1.2.2.1. Cálculo residual del colédoco

1.2.2.2. Papilitis u odditis

1.2.3. Por técnica defectuosa:

1.2.3.3. Vesícula remanente.

1.2.4. Otras causas:

1.2.4.1. Complicaciones relacionadas con los drenajes.

1.2.4.2 Ictero postoperatorio tardío.

1.2.4.3 Colangitis supurada aguda obstructiva.

1.2.4.4 Colangitis secundaria esclerosante.

1.2.4.5. Fístula biliar.

1.2.4.6. Colecciones subfrénicas:

a) Suprahepáticas.

b) Infrahepáticas.

2. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

2.3 Complicaciones inmediatas

2.3.1 Peritonitis biliar:

2.3.1.1 Diagnóstico:

a) Antecedentes de operación.

b) Síntomas y signos: salida de bilis por el drenaje.

2.3.1.2 Exámenes de diagnóstico:

a) Hemograma.

b) Punción abdominal.

c) Ultrasonido Abdominal

d) TAC, RMN

2.3.1.3 Tratamiento:

a) Dehiscencia del muñón cístico:

- Reintervención: operación por mínimo acceso con ligadura por transfixión del cístico, dejando drenaje subhepático, después de aspiración completa y lavado de la cavidad peritoneal.
- En pacientes seleccionados puede realizarse CPRE y colocación de endoprótesis.

b) Bilirragia por punción del colédoco

- Tratamiento profiláctico: punto con catgut intestinal No. 000 para cerrar el orificio de puntura.
- Tratamiento curativo: coledocotomía, sonda en T y drenaje subhepático. Antes de retirar la sonda en T nueva colangiografía.

c) Falsa vía en el transcurso de las exploraciones del colédoco al tratar de pasar los exploradores.

- Profilaxis:
- Movilización duodenopancreática sistemática en la exploración de las vías biliares.
- Sólo se debe utilizar solamente el explorador No. 3 y, si existe resistencia, no se debe insistir en pasarlo, porque con ello se confirma que existe una estenosis del Oddi.
- Tratamiento:
 - Drenar la cavidad y colocación de sonda en T, haciendo que uno de los extremos sobrepase el lugar de la lesión o colocación de endoprótesis.
 - Drenaje subhepático.

d) Sección de la vía biliar principal:

- Reintervención lo más tempranamente posible.
- Reparación de la lesión dejando una sonda en T.
- Técnicas:
 - En el tipo I : Anastomosis término-terminal del colédoco, con sonda en T por contraabertura.
 - En el tipo II : Hepaticoyeyunostomía de Hepp-Couinaud.
 - En el tipo III :- Hepaticoyeyunostomía doble.

e) Bilirragia por conductillo aberrante: para evitar esta complicación, se debe dejar drenaje de hule en toda operación de las vías biliares.

Si la bilirragia persiste se realizará esfinterotomía por vía endoscópica.

2.3.2. Hemorragias:

2.3.2.1. Diagnóstico:

- a. Antecedentes de la operación:
- b. Síntomas y signos: shock, anemia, salida de sangre por el drenaje.
- c. Hematoma de la herida.
- d. Exámenes de diagnóstico: hemoglobina y hematocrito.
- e. Punción abdominal.
- f. Ultrasonido Abdominal

2.3.2.2. Tratamiento: Videolaparoscopia y o Laparotomia.

En los pacientes con deslizamiento de la ligadura de la arteria cística: ligadura urgente del vaso sangrante.

Si hay hemorragia del lecho hepático, se debe tratar como una herida hepática. (Ver el presente manual)

2.3.3. Pancreatitis aguda. (Ver el presente manual.)

2.3.4. Ligadura y sección del colédoco:

2.3.4.1. Diagnóstico: el propio de ictero obstructivo. (Ver el presente manual.)

2.3.4.2. Tratamiento:

- a) Se realizará siempre en un hospital docente.
- b) Ver lo señalado en la lesión de la vía biliar principal.

2.3.5. Ligadura de la arteria hepática (por lo general de la rama derecha):

2.3.5.1. Diagnóstico:

- a) Antecedentes de operación.
- b) Aparición de shock precoz.
- c) Coma hepático.

2.3.5.2. Tratamiento: si se sospecha que existe esta lesión, se deben usar antibióticos .

2.3.6. Hemobilia:

2.3.6.1 Diagnóstico:

- a. Antecedentes de trauma y cirugía hepática.
- b. Síntomas y signos.
- c. Anemia:

- Salida de sangre por la sonda en T.
- Melena o hematemesis

- d. Exámenes de diagnóstico:

- Hemoglobina y hematócrito.
- Estudio radiológico y endoscópico de estómago y duodeno en los pacientes con hematemesis o melena, con el propósito de descartar otras enfermedades.
- Ultrasonido Abdominal
- TAC simple y contrastada
- Angiografía hepática con fase venosa.

2.3.6.2. Tratamiento: se facilita si existe una coledocostomía con sonda en T, que permite hacer, a través de ella, lavados con solución salina isotónica, para eliminar los coágulos.

- Arteriografía y embolización del vaso sangrante.
- A veces es necesario realizar resecciones segmentarias o lobectomías hepáticas.

2.3.7. Dehiscencia de la sutura en las derivaciones biliointestinales

2.3.7.1. Diagnóstico:

- a. Antecedentes de la operación.
- b. Síntomas y signos de peritonitis.
- c. Exámenes de diagnóstico:

- Hemograma.
- Radiografía de abdomen simple, en posiciones vertical y horizontal.
- Punción abdominal.
- Ultrasonido Abdominal
- TAC

2.3.7.2. Tratamiento: se debe intervenir urgentemente.

- Aspirar bien la cavidad abdominal y practicar yeyunostomía. Dejar colocado un drenaje.
- Reanastomosis

2.4. Complicaciones tardías

2.4.1. Iatrogénicas: estenosis cicatrizal del colédoco.

2.4.1.1. Diagnóstico:

- a. Si existe íctero, se hará el diagnóstico de íctero obstructivo. (Ver el presente manual.)
- b. Si no hay íctero, se tomarán en cuenta los antecedentes de operación (síntomas y signos): dolor, crisis de colangitis.
- c. Exámenes de diagnóstico:

- Colangiografía percutánea transhepática.
- CPRE
- Colangiorresonancia, TAC.

2.4.1.2. Tratamiento:

- a. Reparación de las vías biliares con sutura término-terminal o cierre transversal, dejando sonda en T por encima o por debajo de la sutura.
- b. Derivación biliodigestiva supraestenótica
- c. Los tratamientos de dilatación con balón y stents antes de la cirugía, pueden realizarse sobre todo en los primeros 6 meses

2.4.2. Enfermedad no diagnosticada:

2.4.2.1. Cálculo residual del hepatocolédoco. (Ver el presente manual.)

2.4.2.2. Papilitis y odditis. (Ver el presente manual.)

2.4.3. Técnica defectuosa:

2.4.3.1 Vesícula remanente.

a. Diagnóstico:

- Antecedentes de la operación.
- Síntomas y signos: análogos a los de litiasis vesicular

b. Tratamiento: Resecar el remanente vesicular. Descartar afección del esfínter de Oddi. (Ver el presente manual.)

2.4.4. Otras causas

2.4.4.1 Complicaciones relacionadas con el drenaje. Estas son excepcionales, pero entre ellas se pueden citar las siguientes:

a. Deslizamiento del drenaje en la cavidad abdominal.

- Diagnóstico por los antecedentes o por la inspección.
- Tratamiento:
 - Profiláctico: suturar el drenaje a la piel y mantener la sutura hasta su total extracción.
 - Exploración, búsqueda y extracción: del cuerpo extraño.

b. Complicaciones relacionadas con la sonda en T de Kehr:

Estas complicaciones son de 3 tipos: obstrucción, retención y dislocación.

- Obstrucción:
 - Diagnóstico: ausencia de la salida de bilis.
 - Tratamiento: irrigaciones periódicas. Si la obstrucción persistiera, se hará extracción de la sonda,
- Retención:
 - Diagnóstico: imposibilidad de retirar la sonda.
 - Tratamiento: deberán evitarse las maniobras intempestivas al retirar la sonda. Si esto fuera imposible, se practicará laparotomía y liberación.
- Dislocación:
 - Diagnóstico: salida de bilis alrededor de la sonda.
 - Exámenes de diagnóstico: colangiografía por la sonda en T.
 - Tratamiento: si la dislocación es parcial, se debe movilizar la sonda 3 cm., y mantenerla como drenaje. Si la sonda está totalmente fuera del colédoco, se debe mantener como drenaje.
 - Si existe peritonitis biliar se hará intervención quirúrgica urgente.

2.4.4.2. Ictero postoperatorio:

a. De aparición precoz:

- Hemolítico postransfusional. (Ver «Manual de medicina interna».)
- Por ligadura del colédoco.
 - Diagnóstico: es el de un íctero obstructivo, de aparición precoz. (Ver el presente manual.)
 - Tratamiento. (Ver.)
 - Pancreatitis. (Ver el presente manual.)

b. De aparición tardía:

- Hepatitis sérica. (Ver manual de medicina interna.)
- Litiasis residual. (Ver íctero obstructivo en el presente manual.)

2.4.4.3. Colangitis aguda supurada obstructiva:

a. Diagnóstico:

- Síntomas y signos:
 - Dolor en el hipocondrio derecho, fiebre de 39° - 40°, escalofríos, ictericia (ligera o moderada), defensa muscular en el hipocondrio derecho y signos de irritación peritoneal.
 - Signos de obnubilación y shock en gran número de pacientes.
- Exámenes de diagnóstico:
 - Hemograma y bilirrubinemia.
 - Hemocultivo..
 - CPRE
 - Ultrasonido Abdominal
 - TAC
 - Colangio Resonancia

b. Tratamiento quirúrgico:

- Tratamiento previo del shock.
- Descompresión de las vías biliares por sonda en T o por coledocostomía, toma de muestra para Gram, cultivo y antibiograma y lavado de las vías biliares con solución de antibióticos.
- Antibioticoterapia contra gérmenes gramnegativos. (Ver el presente manual.)
- La enfermedad base se resolverá con posterioridad al episodio agudo.

2.4.4.4. Fístulas biliares:

a. Internas:

- Diagnóstico: son. por lo regular, asintomáticas. aunque pueden manifestar síntomas de colangitis e ictericia.
- Exámenes de diagnóstico:
 - Radiografías: simple del hipocondrio derecho y del estómago y del duodeno.
 - Colon por enema.
 - CPRE
 - Colaniorresonancia
- Tratamiento: se impondrá de acuerdo con el tipo de fístula que se presente.

b. Externas:

- Diagnóstico:
 - A la inspección se ve la salida de bilis por el orificio de drenaje o por la incisión operatoria.
 - Exámenes de diagnóstico: en pacientes sin íctero:
 - CPRE
 - En pacientes con íctero:
 - Colangiografía percutánea transhepática y fistulografía.
 - CPRE
- Tratamiento:
 - Si no se resuelve espontáneamente antes de las 4 semanas, será siempre quirúrgico.
 - La intervención dependerá del tipo de la fístula y del estado general del paciente.
 - Se debe investigar siempre la permeabilidad de la vía biliar extrahepática.
 - Colocación de stents biliares por vía de la CPRE, para evitar la cirugía.

2.4.4.5. Colecciones subfrénicas. (Ver el presente manual.)

3. ANESTESIA

- General endotraqueal o peridural en pacientes con alto riesgo quirúrgico.
-

1 Dr. en Ciencias Médicas. Profesor Auxiliar de Cirugía, I.S.C.M.-H. Especialista de II Grado en Cirugía General . Miembro del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.