

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

COLEDOCOSTOMIA

REVISION DE 100 CASOS

TESIS

presentada a la Junta Directiva de la Facultad
de Ciencias Médicas de la Universidad de San
Carlos de Guatemala, por

RIYAD MUADI AYUB

Ex-interno por oposición de la Consulta Externa del Hospital General en las Clínicas de Ginecología, Enfermedades Tropicales y Cardiología. Ex-interno del Centro Médico de Guatemala. Ex-interno de la Sala Cuna N° 1 del Hospital General. Ex-interno de la Sala de Ginecología del Hospital San José. Ex-interno de la Sala de Maternidad del Hospital General. Ex-interno del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt. Ex-interno por oposición de la 1ª Sala de Cirugía de Mujeres; de la 1ª Sala de Medicina de Hombres y de la 3ª Sala de Cirugía de Mujeres, Sección "A" (Ginecología) del Hospital General. Ex-vocal de la Junta Directiva de La Juventud Médica. Ex-vicepresidente de la Asociación de Estudiantes de Medicina.

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO.



GUATEMALA, MARZO DE 1957.

PLAN DE TESIS

- I.—Historia
- II.—Embriología
- III.—Anatomía
- IV.—Fisiología
- V.—Análisis de Síntomas y Signos Físicos
- VI.—Ligeras consideraciones sobre la Técnica Operatoria
- VII.—Análisis de los hallazgos operatorios
- VIII.—Análisis de las complicaciones del post-operatorio
- IX.—Conclusiones
- X.—Referencias

I.—HISTORIA

Hace ya algunos siglos que el problema de las vías biliares atrae la atención de los médicos. En 1348 Gentile da Foligno y Donatus fueron los primeros en describir los cálculos de dichas vías. Más tarde Glisson y Sydenhan describieron los síntomas y el cuadro clínico del cólico hepático.

Se atribuye a Petit que en 1743 planeó la primera operación para remover cálculos de la vesícula biliar; siendo sus primeros intentos en casos en donde había una fístula biliar externa y en aquellos donde se encontraba una vesícula biliar distendida y fijada a la pared abdominal.

Durante el siglo XIX se practicaron algunas veces colecistectomías por Kocher, Sims y Tait. Pero no fue sino hasta 1882 en que Langenbuch practicó la primera colecistectomía con éxito. Más tarde en 1890 Courvoisier reportó 47 casos de colecistectomía con éxito.

En 1887 Ohage practicó la primera colecistectomía en los Estados Unidos de Norteamérica.

Fue Von Winiwarter quien, a fines del siglo pasado, hizo la primera coledocostomía, con el objeto de mantener un drenaje externo de bilis.

II.—EMBRIOLOGIA

Alrededor de la cuarta semana de vida fetal un divertículo emerge de la pared ventral del intestino primitivo, cerca de su apertura en el saco embrionario. La porción craneal de este divertículo va a dar el Hígado y los Conductos Hepáticos; la porción caudal va a dar la Vesícula Biliar y el Conducto Cístico. Y la parte del divertículo que está entre estas porciones se alarga y da el Colédoco.

Siendo estas estructuras derivadas del intestino primitivo están constituidas por tejido epitelial endodérmico, que luego va a dar la cubierta epitelial de la vesícula, conductos hepáticos y colédoco.

En el embrión los derivados endodérmicos son huecos, pero debido a una rápida hiperplasia celular su luz se oblitera y las estructuras biliares aparecen entonces como cordones celulares sólidos. En estos cordones aparecen hendiduras aisladas, haciéndolo primero en lo que va a ser el colédoco y estructuras vecinas.

Al no formarse estas hendiduras dará como resultado la obliteración de uno o más segmentos del tracto biliar.

III.—ANATOMIA

Las vías biliares extrahepáticas del hombre consisten de la Vesícula, conducto Cístico, Conducto hepático, y el colédoco.

La vesícula está situada en la cara inferior del Hígado, entre los lóbulos derecho y cuadrado, mide aproximadamente 7 a 10 cms. de largo por 2.5 a 3.5 cms. en su parte más ancha; su contenido es aproximadamente de 50 a 60 c.c. Su cara libre está cubierta por peritoneo, éste se continúa con el que cubre la cara inferior del hígado. Por medio de tejido areolar está unida su cara antero-superior a la fosa hepática.

La ausencia o extirpación de la vesícula es compatible con la vida, mientras que la integridad de los conductos Hepático y Colédoco son indispensables para existir.

El Cístico sale del cuello de la vesícula, mide 3 a 4 cms. de largo por 3 a 4 mms. de ancho, excepto en su parte media donde mide 2 mms. Es flexuoso en su trayecto, va en el ligamento gastrohepático y luego se adosa al conducto hepático, abriéndose en él unos 2 cms. más abajo del sitio en que se adosaron.

En su luz el conducto Cístico tiene unas válvulas llamadas de Heister, que varían desde 1 hasta 20 en su número.

El Conducto Hepático está formado por la unión de los conductos hepáticos derecho e izquierdo, que vienen respectivamente de los lóbulos derecho e izquierdo del hígado. Mide de 3 a 5 cms. de largo por 4 mms. de ancho.

El Colédoco está formado por la unión del Hepático con el Cístico, termina en la segunda porción del duodeno, abriéndose en la parte media del borde interno de dicha porción. Va en el ligamento gastrohepático, por delante de la vena porta y a la derecha de la arteria hepática. Pasa por detrás del duodeno, a través de un surco en la cabeza del páncreas. Penetra oblicuamente la pared del duodeno y se une al conducto pancreático en la ampolla de Vater. En su parte terminal el Colédoco tiene el esfínter de Oddi.

La anatomía descrita es solamente encontrada en un 60% de los casos, las variaciones son múltiples y se han descrito como las más frecuentes las siguientes:

Ausencia congénita de la vesícula.

Vesícula intrahepática.

Vesícula doble.

Vesícula en reloj de arena.

Vesícula flotante.

Ausencia de Cístico.

Cístico doble.

Cístico que desemboca directamente en la ampolla de Vater.

Cístico que desemboca en la cara anterior del Hepático (10%) o en su cara izquierda (8%) o en su cara posterior (2%).

Ausencia de Hepático.

Número variable de Hepáticos.

Hepático derecho que desemboca en la vesícula.

Arteria cística doble.

Arteria cística que nace por dentro del Hepático.

Vascularización:

Arterias: las vías biliares están irrigadas por la arteria hepática, de todas las ramas, la más importante es la arteria Cística, ésta nace de la rama derecha de la arteria hepática, sigue el borde izquierdo del conducto cístico, alcanza el cuello de la vesícula y se divide en 2 ramas: interna o inferior y externa o superior, que terminan a nivel del fondo de la vesícula.

Venas: las venas de las vías biliares van a abrirse directamente a la vena porta. En la cara adherente de la vesícula al hígado cierto número de venillas penetran directamente al hígado.

Linfáticos: los linfáticos de la vesícula y del conducto cístico se dirigen al ganglio del cuello y a los ganglios escalonados a lo largo del pedículo hepático y del colédoco retroduodenopancreático. En estos mismos ganglios desembocan los linfáticos del conducto hepático y del colédoco. Los vasos eferentes de estos ganglios se dirigen a los ganglios preaórticos.

Inervación: los nervios provienen del plexo solar, acompañan a la arteria cística a la vesícula. Además las vías biliares reciben fibras parasimpáticas que vienen del Vago.

IV.—FISIOLOGIA

La vesícula tiene las siguientes propiedades: Absorción, secreción y actividad motora.

Concentración de Bilis: para que se llene la vesícula se necesita que se cierre el esfínter de Oddi. Este esfínter

mantiénese cerrado durante todo el tiempo en que el contenido gástrico no pasa al duodeno.

Se ha demostrado por McMaster y Mann que la bilis es concentrada en la vesícula de 4 a 10 veces, esto se verifica debido a la absorción de agua, sales inorgánicas tales como cloruro de sodio, bicarbonato de sodio, calcio. Los pigmentos y sales biliares se absorben poco en condiciones normales. La bilis se acidifica debido a la absorción de bicarbonato de sodio. El pH de la bilis hepática es de 7 a 8.5 mientras que el de la bilis vesicular es de 5.5 a 7.

El poder de absorción se debe primordialmente a la mucosa, así vemos que en la Colecistitis aguda, en el empiema o en hydrops de la vesícula, el poder de concentración está perdido en parte o totalmente.

La bilis es descargada al duodeno durante las primeras fases de la digestión.

Secreción:

La secreción de la mucosa normal de la vesícula es de carácter mucoso, siendo principalmente núcleo-albúmina. La cantidad promedio de secreción no pasa de 20 c. c. en 24 h. Normalmente esta secreción mucosa no contiene más que insignificantes cantidades de colesterol, pero en ciertas condiciones patológicas tal como en el Hydrops, aumenta la cantidad de colesterol.

Actividad motora de la vesícula:

Está definitivamente establecida la capacidad que tiene la vesícula de contraerse y vaciar su contenido en los conductos biliares. Esta contracción es activada por un estímulo hormonal producido por la Colecistoquinina. Esta hormona se extrae de la mucosa duodenal, y cuando se inyecta intravenosamente causa una contracción prolongada de la vesícula.

Las acciones del esfinter de Oddi se pueden resumir en las que siguen:

- 1) Regula el flujo biliar al duodeno.
- 2) Previene el reflujo del intestino al colédoco.
- 3) Al cerrarse permite el llenado de la vesícula.

V.—ANÁLISIS DE SINTOMAS Y SIGNOS FÍSICOS

Al hacer una cuidadosa revisión y estudio de los casos, nos llamó la atención en primer lugar la edad de las pacientes, ya que las encontramos de todas las edades, variando de un mínimo de 18 a un máximo de 71 años como puede verse en el Cuadro N° 1:

CUADRO N° 1

0 a 10 años:	0%
11 a 20 años:	2%
21 a 30 años:	28%
31 a 40 años:	21%
41 a 50 años:	24%
51 a 60 años:	16%
61 a 70 años:	8%
71 a 80 años:	1%

Como podemos ver al analizar el cuadro anterior la edad más frecuente es en primer lugar de los 21 a los 30 años, en segundo lugar de los 41 a los 50 años y en tercer lugar de los 31 a los 40 años. No estando de acuerdo esto con los autores extranjeros, ya que para ellos rinden más tributo a esta cirugía las mujeres de los 41 a 50 años, mientras que para nosotros por lo que podemos apreciar, es de los 21 a los 30 años.

La historia y evolución de la enfermedad varió entre límites muy amplios, encontrando pacientes con menos de 1 año de evolución en un 23.7% de los casos y en el otro

extremo historias de más de 5 años de padecimientos en un 23.6%.

CUADRO N° 2

Epoca de aparición de los síntomas

0 a 1 año:	23.7%
1 a 2 años:	21 %
2 a 3 años:	11.8%
3 a 4 años:	7.5%
4 a 5 años:	12.4%
más de 5 años:	23.6%

Al analizar la sintomatología no encontramos más que todos los síntomas descritos en los libros y de antiguo conocidos; predominando el dolor tipo cólico localizado al hipocondrio derecho que no faltó en ninguna de las pacientes, acompañado de náuseas, vómitos, intolerancia a las grasas, ictericia, etc.

CUADRO N° 3

Sintomatología más frecuente

Cólico en el hipocondrio derecho	100%
Náuseas	77%
Vómitos	75%
Intolerancia a las grasas	56%
Ictericia	45%
Coluria	25%
Diarrea	20%
Estreñimiento	19%
Historia de infección	16%
Prurito	13%
Acolia	10%

El examen físico en resumen nos muestra pacientes con un estado general más o menos bueno, con un peso promedio de 114.5 lbs. y límites de 81 y 200 lbs. Y como hallazgos positivos, dolor en el hipocondrio derecho, ictericia, fiebre.

CUADRO N° 4

Hallazgos positivos del examen físico

Dolor en el hipocondrio derecho	83%
Signo de Murphy positivo	32%
Ictericia	28%
Fiebre, que oscila entre 37.5 y 38.5°	15%
Vesícula palpable	9%
Hepatomegalia	7%
Masa palpable (no especificada)	4%

Se efectuaron exámenes complementarios en todas las pacientes, y en 73 de ellas se practicaron pruebas de funcionamiento hepático, resultando 24 alteradas, lo que equivale a 32.9%.

El colecistograma como método diagnóstico únicamente fue útil en 56 casos, por la limitación de sus indicaciones; obteniendo resultados de positividad para litiasis únicamente en 10 casos, es decir, en un 18.5% (ver Cuadro N° 5). Haciendo notar que no siempre la radiología estuvo de acuerdo con los hallazgos operatorios, ya que el diagnóstico post-operatorio definitivo arroja un 66% de colecistitis crónica calculosa (ver Cuadro N° 6) y el colecistograma dio un 18.5%.

CUADRO N° 5

Resultados de los colecistogramas

Reportados como vesícula no visible	38 casos: 68 %
Positivos	10 casos: 18.5%

Dudoso	4 casos: 7 %
Negativo	1 caso: 1.8%
Vesícula en porcelana	1 caso: 1.8%
Otros	2 casos: 3.7%

NOTA: El diagnóstico de vesícula en porcelana no se confirmó en el momento operatorio.

CUADRO N° 6

Diagnósticos post-operatorios definitivos

1.—Colecistitis crónica calculosa	66%
2.—Colecistitis aguda	6%
3.—Colecistitis crónica con brote agudo....	4%
4.—Estrechez del esfínter de Oddi	5%
5.—Cáncer de la cabeza del páncreas	3%
6.—Empiema de la vesícula	2%
7.—Estrechez post-operatoria del Colédoco	2%
8.—Litiasis residual	11%
9.—Colecistitis crónica sin cálculos	2%
10.—Coledocolitiasis y Cirrosis de Laenec	1%
11.—Cálculo enclavado en el Colédoco	1%
12.—Síndrome post-colecistectomía	1%
13.—Colecistitis crónica y Pancreatitis crónica	1%
14.—Colecistitis crónica y Pancreatitis aguda	2%
15.—Colecistitis crónica calculosa con fístula	1%
16.—Coledocolitiasis	1%
17.—Adenocarcinoma de la vesícula	1%
18.—Colecistitis crónica calculosa, Ulcus duodenal y Estenosis del Píloro	1%
19.—Fístula biliar externa	1%
20.—Fístula colecistoduodenal	1%

VI.—LIGERAS CONSIDERACIONES SOBRE LA TECNICA OPERATORIA

Preoperatorio:

El pre-operatorio de rutina consistió en dar soluciones glucosadas hipertónicas, vitaminoterapia, corregir las deficiencias que indicaban los exámenes de laboratorio, y en los casos complicados se agregó, antibióticos, calor local, hasta llevar a la paciente en condiciones óptimas a la sala de operaciones.

Se da una dieta rica en hidratos de Carbono y Proteínas y pobre en grasas.

Se administran soluciones glucosadas hipertónicas, para aumentar las reservas de glicógeno hepático. Las vitaminas utilizadas fueron el complejo B y las vitaminas K y C. La vitamina K con el objeto de llevar el tiempo de protrombina a lo normal. La vitamina C por ser protectora del epitelio y por favorecer la cicatrización de las heridas.

Se practicó además examen radiológico de tórax rutinariamente y en todas aquellas pacientes mayores de 45 años se hizo Electrocardiograma y en los casos necesarios se consultó y se siguieron las indicaciones del Cardiólogo.

Anestesia:

La anestesia de elección fue la general (éter-oxígeno) en circuito cerrado vía intratraqueal, haciéndose la inducción con Pentotal I.V. (0.5 grs. en 20 c. c. de suero fisiológico). Esta anestesia se usó en el 87% de los casos.

En un 11% se utilizó la vía intrarraquídea, usándose una mezcla de Pontocaína 12 mlgrs. y Procaína 10 cgrs. disuelto en líquido cefalorraquídeo más glucosa 1 c. c. al 10% y adrenalina $\frac{1}{2}$ c. c. al 1%.

En un 2% de los casos hubo necesidad de completar la anestesia raquídea con anestesia general.

Posición:

En algunos casos se coloca al enfermo en la posición de Wheelock Elliot, es decir, en posición dorsal, con un cojín cilíndrico bajo la espalda a nivel de los ángulos del omóplato, y la mesa con unos 15 grados de Trendelenburg inverso. En otros casos únicamente se les coloca en decúbito dorsal.

Incisión:

La más frecuentemente usada fue la Paramediana derecha transrectal, en un 74% de los casos.

Siguieron en orden de frecuencia:

Subcostal (Kocher) en un 18%.

Transversal en un 5%.

Paraumbilical derecha en un 2%.

Técnica operatoria:

La técnica operatoria seguida fue más o menos la misma en todos los casos.

El sitio de predilección para explorar el colédoco es en su cara anterior entre el muñón del cístico y el duodeno. Antes de proceder a su apertura, hay que estar seguro de que no es otra estructura, pudiendo el cirujano asegurarse de ello al aspirar bilis con una jeringa.

El muñón del cístico sirve de referencia si se ha hecho colecistectomía previa, pero si no se hubiera hecho se disecciona el cístico hasta ver claramente su desembocadura.

Una vez se está seguro de que es el colédoco, se pone un punto de tracción en el sitio de elección, dicho punto se pone con una aguja curva y fina y se usa seda fina o hilo de algodón Nº 80 ó 100. Un ayudante tracciona de dicho punto, mientras el cirujano coloca otro en el lado opuesto; se hace ligera tracción de los puntos y se incide el

colédoco verticalmente en una longitud de 1.5 a 2 cms. para lo cual se usa un bisturí B.P. N° 15. Antes de abrir el colédoco se ha protegido cuidadosamente el campo operatorio y se pone a funcionar el aparato de aspiración.

Con un beniqué delgado se explora, primero hacia el Hígado y luego hacia el duodeno tratando de forzar el esfínter de Oddi, se sigue este orden para evitar el llevar gérmenes del tracto intestinal a las vías biliares superiores.

Si hay cálculos se extraen con las cucharillas especiales. Con una sonda de Mixter o en su defecto una de Nelatón N° 14 se lava con suero fisiológico tibio, primero hacia el hígado y luego hacia el duodeno, para extraer los restos de cálculos y coágulos sanguíneos.

Se deja un tubo en T (Kehr o Cattell) y se sutura el colédoco longitudinalmente, usando catgut simple N° 0 con aguja atraumática. La introducción del tubo en T puede ser a veces difícil. Se usa introducir primero la rama hacia el hígado y luego la inferior o que va al duodeno. La rama larga del tubo en T se saca por una herida adyacente a la incisión.

Se deja pen rose en la fosita de Morrison, que se saca por la misma incisión operatoria algunas veces.

Cierre de la pared abdominal por planos.

CUADRO N° 7

Otras operaciones efectuadas además de la coledocostomía

Colecistectomía	88%
Esfinteroplastía	5%
Gastroeyunostomía	1%
Gastrectomía subtotal	1%
Drenaje del hepático	1%
Cierre de fístula	1%
Colecistostomía	1%

VII.—ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS OPERATORIOS

La anatomía patológica macroscópica reportada durante el acto quirúrgico en los diferentes componentes de las vías biliares, es decir, vesícula biliar, colédoco y cístico, revelaron en los 68 casos reportados de alteración coledociana predominancia de coledocolitiasis en 41 casos, es decir 60.2% ; colédoco dilatado en 23 casos: 33.8%

CUADRO N° 8

Reporte de los hallazgos operatorios del colédoco

Coledocolitiasis	41 casos	60.2%
Colédoco dilatado	23 casos	33.8%
Colédoco con paredes engrosadas	11 casos	16.2%
Estenosis del Oddi	5 casos	6.4%
Lodo biliar en el colédoco	2 casos	2.9%
Colédoco seccionado	1 caso	1.5%
Colédoco perforado	1 caso	1.5%
Ascaris en el colédoco	1 caso	1.5%
Estrechez del hepático	1 caso	1.5%

NOTA: Muchas de las pacientes presentaban uno o más de los hallazgos en el cuadro reportados.

En igual forma al analizar las afecciones vesiculares, de los 79 casos reportados, también vemos que predomina la litiasis vesicular en 51 casos, que nos da un 64.5%, seguida en frecuencia por vesícula atrofica en 21 casos: 26.5%.

CUADRO N° 9

Reporte de los hallazgos operatorios de la vesícula biliar

Vesícula con cálculos	51 casos	64.5%
Vesícula atrofica	21 casos	26.5%
Vesícula aumentada de tamaño	17 casos	21.5%

Vesícula con paredes engrosadas	7 casos	8.9%
Vesícula adherida a las estructuras vecinas	6 casos	7.6%
Vesícula con paredes edematizadas	5 casos	6.3%
Vesícula fistulizada al duodeno	1 caso	1.3%
Vesícula con paredes endurecidas	3 casos	3.8%
Vesícula perforada	1 caso	1.3%
Vesícula intrahepática	1 caso	1.3%

NOTA: Muchas de las enfermas presentaban una o más afecciones de las descritas.

Finalmente lamentamos que solamente fueran reportados el estado y condiciones de 14 conductos císticos, siendo la afección más frecuentemente hallada, la dilatación del mismo.

CUADRO N° 10

Cístico dilatado	8 casos	57.1%
Cístico con cálculos	4 casos	29.6%
Cístico con paredes engrosadas	2 casos	14.3%
Cístico largo	1 caso	7.1%
Cístico friable	1 caso	7.1%

El tubo en T más frecuentemente usado, requerido por las condiciones encontradas, fue el de ramas cortas (Tubo de Kehr) en 91 casos. Se utilizó el tubo de rama larga (Tubo de Cattell) en 8 casos exigido por las siguientes circunstancias:

a) Esfinteroplastias	5 casos
b) Coledocostomía transduodenal	2 casos
c) Pancreatitis aguda	1 caso

No olvidemos que también es condición obligada usar el tubo de Cattell en todos aquellos casos de reintervención de vías biliares donde ha habido estrechez.

En un caso se utilizó una sonda rectal para drenar el Hepático, (se trataba de un caso de sección del colédoco).

Fue necesario hacer dilatación del esfínter de Oddi en un 39% de los casos, usando para el efecto los dilatadores de Bakes, llegando en algunas oportunidades a usar hasta el número 10.

En todos los casos se dejó Penrose en la fosita de Morrison, con el objeto de mantener asegurado el drenaje exterior de los pequeños canalículos biliares accesorios.

CUADRO N° 11

Tubos de drenaje utilizados

Tubo de Kehr	91%
Tubo de Cattell	8%
Sonda rectal	1%
Drenaje de Penrose	100%

Accidentes operatorios:

Por ser esta región tan inconstante en su anatomía (ver anomalías anatómicas en la pág. 17), no es de extrañarse que se tuvieran accidentes en el curso de la intervención. El porcentaje fue del 4% (ver Cuadro N° 12), ninguno de consecuencias fatales.

CUADRO N° 12

Accidentes operatorios

Herida de la arteria hepática derecha....	1 caso
Hemorragia de la arteria cística	1 caso
Lesión del colédoco	1 caso
Herida de la cara posterior del colédoco y de la vena porta	1 caso

VIII.—ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES DEL POST-OPERATORIO

El análisis del post-operatorio se llevó a cabo en dos períodos: uno inmediato que comprende desde el día de la operación hasta el día en que la enferma es dada de alta (más o menos fue entre el 7º y 10º día); y el otro mediano o tardío (seguido en la clínica de reconsultas del servicio) que comprende hasta el alta definitiva de la enferma.

El drenaje de Penrose se retiró al 5º ó 7º día del post-operatorio. Se revisa el drenaje diariamente, anotándose la calidad y cantidad de material dado, que generalmente es una secreción serobiliosa; si la cantidad drenada es marcada se retira el penrose al 7º día, por el contrario si es escasa o nula se hace al 5º día.

En ningún caso se deja más de 7 días, por considerar que es el tiempo máximo que tardan en obstruirse los canalículos biliares.

En el post-operatorio inmediato la complicación más frecuente fueron los vómitos, que los presentaron un 20% de las operadas; por la intensidad del cuadro requirieron succión gástrica continua un 33.3% de ellas. Además un 16% de los casos presentaron fiebre de intensidad variable, que se mantuvo por 4 a 6 días, cediendo al tratamiento de antibióticos instituido. Un tercer lugar de frecuencia lo ocupa el Shock, con una proporción del 6%, siendo reversible en todos los casos a excepción de uno, falleciendo la paciente dentro de las 24 primeras horas del postoperatorio a pesar de las medidas antishock usadas.

Además se registraron en menor proporción cuadros de hipopotasemia, infección de la herida operatoria, neumonitis.

CUADRO N° 13

Complicaciones del post-operatorio inmediato

Vómitos	20%
Shock	6%
Fiebre	16%
Hipopotasemia	2%
Infección de la herida	1%
Neumonitis	1%
Coma urémico	1%
Hematuria	1%

En lo que respecta a lo que llamamos post-operatorio tardío, las manifestaciones fueron variadas, entre las cuales la más frecuente fue la Ictericia, que la presentaron 13 enfermas, siendo la causa de dicha ictericia en 5 casos por litiasis residual, por lo que la reintervención fue obligada. En otro de los casos fue debida a presencia de alimentos en el tubo en T. En el resto de los casos no se encuentra especificada la causa de la ictericia.

Cólico en el hipocondrio derecho también se presentaron en un 10% de los casos, lo mismo que diarrea en un 5%, acolia en 4%, infección de la herida operatoria en 3% (ver Cuadro N° 14). Además hubo 3 casos de fístula biliar externa, de los cuales se reoperó a uno de ellos (el caso de colecistostomía previa a coledocostomía ya anteriormente referido).

CUADRO N° 14

Complicaciones del post-operatorio tardío

Ictericia	13%
Cólico en hipocondrio derecho	10%
Diarrea	5%
Acolia	4%
Infección de la herida	3%

Fístula biliar externa	3%
Vómitos	2%
Prurito	2%
Estreñimiento	1%
Fiebre	1%
Coluria	1%
Coleperitoneo	1%
Colangitis	1%

Los casos de Coleperitoneo y Colangitis se resolvieron favorablemente con el tratamiento instituido.

Manejo del tubo en T:

Se acostumbra en el servicio retirar el tubo en T durante la 3ª semana del post-operatorio, y no se hace sin efectuar antes las pruebas de cierre y tener un colangiograma negativo.

Para las pruebas de cierre del tubo se siguió la siguiente rutina: el 13 día del post-operatorio se cierra el tubo por 1 hora y si el paciente no acusa ninguna molestia, al 14º día se cierra 2 horas.

Si la evolución es satisfactoria al 15º día se cierra 24 horas. Posteriormente se efectúa un colangiograma, y si éste llena todos los requisitos: imagen satisfactoria, colédoco sin estrechez, ni dilataciones y no imagen de cálculos residuales, se procede a retirar el tubo.

Ante la presencia de alguna anormalidad o la menor duda, es preferible no retirar el tubo, y dejarlo todo el tiempo que se considere necesario.

Entre los casos revisados para el presente trabajo notamos una amplia variación en el tiempo de permanencia del tubo en T en el colédoco. Así vemos un caso en que la paciente se retiró el tubo al 4º día, sin que presentara manifestaciones importantes que ameritaran una reintervención para colocar de nuevo el tubo en T. En el otro

extremo observamos pacientes que conservaron el tubo en T hasta por 21 meses sin acusar mayor molestia. Otras enfermas aún asisten a la Clínica de Reconsulta con su tubo, que fue puesto hace 12 y 13 meses.

Se practicaron en 84 de los casos uno o más colangiogramas, con los siguientes resultados:

CUADRO Nº 15

Informe del resultado de 84 colangiogramas practicados

Negativos	50 casos	59.5%
Vías biliares dilatadas	23 casos	27.4%
Cálculos residuales	11 casos	13.4%
Otros	3 casos	3.6%

Vale la pena hacer notar que 50 (59.5%) de los colangiogramas fueron reportados como negativos, es decir, mostrando un árbol biliar anatómica y fisiológicamente normal y un resultado quirúrgico satisfactorio.

Recordemos que en los casos en los cuales el tubo en T no haya sido extraído y se presente alguna duda, contamos como poderoso auxiliar diagnóstico con la Colangiografía endovenosa.

Nos permitimos presentar los siguientes casos para mostrar la forma en que fueron manejadas estas pacientes:

Caso Nº 42: Obs. Nº 1,335.

Paciente del sexo femenino, de 53 años de edad, ladina, de oficios domésticos.

Historia: dolor cólico en el hipocondrio derecho, con náuseas y vómitos verde amarillentos, amargos, que alivian el dolor. Presentó al mismo tiempo intolerancia a las grasas y estreñimiento.

Examen físico: dolor a la palpación del hipocondrio derecho.

Exámenes de rutina: normales.

Colecistograma: positivo de cálculos.

Operación: Colecistectomía y Coledocostomía (por cálculo enclavado en el colédoco).

Se le hicieron pruebas de cierre empezando al 13º día del post-operatorio, siendo satisfactorias se hizo Colangiograma, el cual fue negativo por lo que se retiró el Tubo en T (ver Fig. Nº 1).

Caso Nº 22: Obs. Nº 2,232.

Paciente de sexo femenino, de 33 años de edad, ladina, de oficios domésticos.

Historia: Presentó dolor tipo cólico en el hipocondrio derecho con náuseas, vómitos, e intolerancia a las grasas.

Examen físico: dolor en el hipocondrio derecho.

Exámenes de rutina: pruebas hepáticas alteradas.

Colecistograma: vesícula no visible.

Operación: Colecistectomía y coledocostomía (por colédoco dilatado y con cálculos).

En el curso del post-operatorio la paciente presentó fiebre, náuseas, vómitos, dolor en el hipocondrio derecho e ictericia.

Colangiograma: vías biliares dilatadas y con presencia de cálculos residuales (ver Fig. Nº 2).

Se le instituyó el tratamiento de Pribram para la eliminación de litiasis residual por 1 mes, no obteniéndose resultado satisfactorio fue reintervenida a los 5 meses de su primera operación.

10 de los 11 casos reportados como litiasis residual (ver Cuadro Nº 15), fueron sometidos al tratamiento de Pribram, obteniéndose resultados satisfactorios en 5 de ellos, siendo en los restantes necesaria una nueva intervención quirúrgica.

El tratamiento de Pribram esencialmente consiste de:

1º—Limpieza del tubo en T y colédoco con suero fisiológico.

2º—Anestesia local y relajación del esfínter de Oddi (se usa procaína al 1 × 500 XV a XX gts. o Novocina al 2%: 1 a 2 c. c.

3º—Inyección por gravedad en el Tubo en T de 10 c. c. de éter sulfúrico, como disolvente de las sales biliares.

Se repite esta operación diariamente por una semana, y luego en días alternos por 1 ó 2 semanas más.

RE-OPERADAS

De los 100 casos revisados 15 requirieron una nueva intervención y en casos especiales 2 y 3. Algunas de estas pacientes habían sido operados con anterioridad en otros centros; el tiempo transcurrido entre una y otra operación osciló de un mínimo de 3 meses a un máximo de 11 años. En forma esquemática describimos a continuación las causas que hicieron necesaria una nueva intervención.

CUADRO Nº 16

Causas que indicaron nueva intervención quirúrgica

Litiasis residual	6 casos
Estenosis del Oddi	5 casos
Sección del colédoco	1 caso
Estrechez del hepático y Litiasis residual	1 caso
Adherencias del duodeno al Kehr	1 caso
Obstrucción intestinal	1 caso

La paciente de sección del colédoco fue reoperada 2 veces, y la paciente de estrechez del hepático 3 veces.

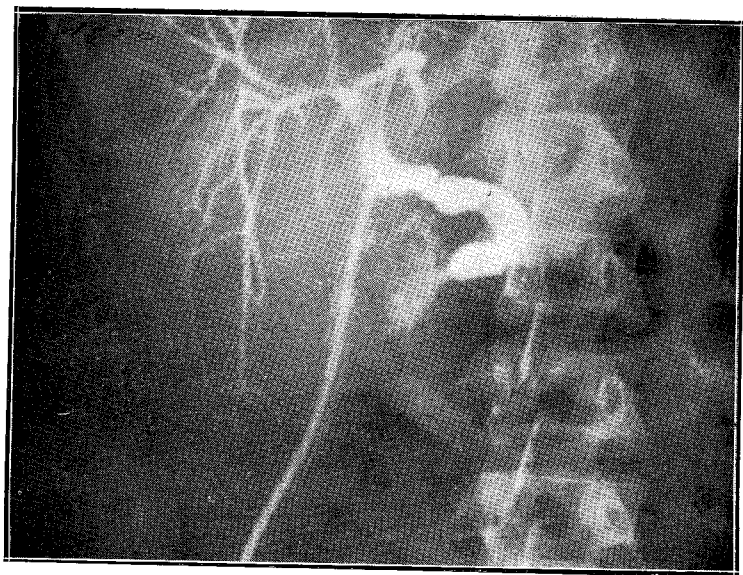


Figura № 1.

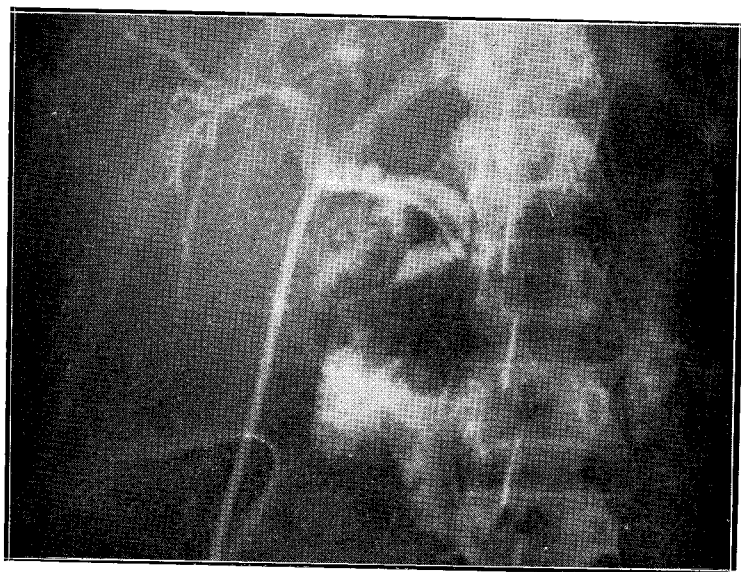


Figura № 1.

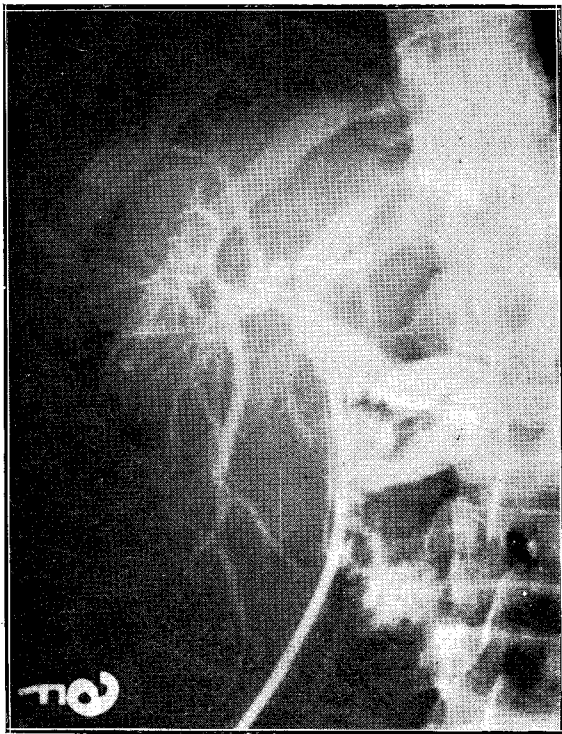


Figura Nº 2.

IX.—CONCLUSIONES

- 1ª—Una buena historia, un buen examen y un diagnóstico lo más exacto posible, continúan siendo los mejores auxiliares para llevar a cabo un buen tratamiento.
- 2ª—La cirugía sigue siendo el único tratamiento curativo de la litiasis de las vías biliares.
- 3ª—El conocimiento de la anatomía clásica y sus variaciones son fundamentales en la cirugía de esta región.
- 4ª—El paciente debe ser llevado a la sala de operaciones en condiciones óptimas.
- 5ª—La anestesia ideal es la general, por tenerse mejor control del paciente y poderse prolongar todo el tiempo necesario.
- 6ª—La coledocostomía tiene sus indicaciones claras y precisas.
- 7ª—El tubo en T debe quedar como mínimo 2 semanas y como máximo tiempo ilimitado.
- 8ª—El tubo de Cattell tiene sus indicaciones especiales y restringidas.
- 9ª—Una exploración más cuidadosa del colédoco y el colangiograma per operatorio se imponen en vista de la alta incidencia de litiasis residual.
- 10ª—El colangiograma post-operatorio es obligado y necesario en el 100% de los casos.
- 11ª—El tratamiento de Pribram debe usarse en la litiasis residual previo a una nueva intervención.

38

12ª—Un post-operatorio cuidadoso reduce el número de complicaciones.

13ª—La mortalidad del servicio fue del 1%.

RIYAD MUADI AYUB.

Vº Bº,

Dr. Roberto Arroyave.

Imprimase,

Dr. José Fajardo,
Decano.

X.—REFERENCIAS

Arroyave, Roberto.—Contribución al estudio de la Colectomía, 1946.

Christopher.—Textbook of Surgery Sixth Edition.

Colcock Bentle, P.—Operative procedures on the Gallbladder and Common Duct. Surgical Practice of the Lahey Clinic, 1951.

Oldham, J. B.—Gallbladder and bile passages. British Surgical Practice. Vol 4, 1948.

Puestow, Charles.—Surgery of the Biliary tract, Pancreas and Spleen, 1953.

Testut y Latarjet.—Tratado de Anatomía Humana.

Testut y Jacob.—Anatomía Topográfica.

Thorek, Philip.—Surgical Diagnosis.

Walters y colab.—Surgery of the Biliary System. Lewis' Practice of Surgery, Vol. VII, 1954.