

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

SECCION IATROGENICA DEL COLEDOCO,
SU RECONSTRUCCION

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de
Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos
de Guatemala

Por

DANILO EFRAIN MAZARIEGOS CARRANZA

En el acto de su investidura como:

MEDICO Y CIRUJANO

Asesor y Revisor: Dr. PABLO FUCHS

Guatemala, Octubre de 1966.

PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION
2. MATERIAL Y METODOS
3. INCIDENCIA Y ETIOLOGIA
4. PREVENCION
5. PREOPERATORIO
6. SINTOMAS Y SIGNOS
7. TECNICA QUIRURGICA
8. RESULTADO OBTENIDO
9. EXPERIENCIA DE 16 CASOS
10. CONCLUSIONES
11. GRAFICAS
12. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

La sección iatrogénica al colédoco no es un accidente que se presenta como una rareza; la incidencia es difícil determinarla, pero el incremento en su frecuencia es cada vez mayor.

La preocupación al problema es evidente con el aumento de estudios que se efectúan y publican, algunos informan sobre trabajos aún en fase de experimentación. El presente trabajo es una contribución para la mejor difusión a tan interesante tema, enfatizando sobre la prevención del accidente a vías biliares externas y a su reconstrucción. Se exponen los resultados obtenidos con los principales métodos y diversos autores extranjeros, así también se indica la experiencia de 16 casos nuestros.

MATERIAL Y METODOS

Para el desarrollo de este trabajo se consultó literatura para exponer el tema "SECCION IATROGENICA DEL COLEDOCO, SU RECONSTRUCCION". Se informa sobre etiología y prevención, se revisan los procedimientos quirúrgicos importantes y resultados obtenidos en el extranjero.

Se expone la experiencia obtenida de 16 casos procedentes del Archivo del Servicio Primera Cirugía de Mujeres del Hospital General y Archivo particular del Dr. Pablo Fuchs, desde 1951 a agosto de 1966. En la revisión de los 16 casos casi todos fueron referidos de Hospitales Generales y Particulares del país y de la capital.

Cada caso ha sido detalladamente documentado en lo que respecta a exámen físico y de laboratorio, cuidados del pre-operatorio, cuidados del post-operatorio. Se ha llevado cuidadosamente por largo tiempo la observación evolutiva del operado.

INCIDENCIA Y ETIOLOGIA

Es difícil determinar la incidencia de la lesión a los conductos biliares extrahepáticos. Algunas instituciones publican sus experiencias empeñadas en lograr un método de tratamiento satisfactorio sin reflejar el promedio de incidencia real. En términos generales puede indicarse que la incidencia ha aumentado con los años, probablemente por el mayor número de Colecistectomías practicadas (segundo lugar en frecuencia de todas las intervenciones quirúrgicas en los Estados Unidos).

En 1938 en la Lahey Clinic en Boston representaba cerca del 2% de toda la cirugía biliar. La preocupación creciente al problema se refleja al indicar Johns en 1952 que desde 1945 se publicaron 85 artículos separados en American Literature sobre Técnica Quirúrgica en las lesiones de las vías biliares extrahepáticas.

El accidente puede ocurrir en manos de cirujanos expertos y en los mejores hospitales, aunque en estas condiciones la posibilidad es menor. No es raro que el daño al conducto sea insospechado después de una operación calificada de fácil; el peligro potencial es evidente en Colecistectomías en procesos agudos, donde el tejido inflamatorio deforma las estructuras, las adhiere y hace perder la clásica relación anatómica. En realidad los principios sistemáticos fundamentales de la Cirugía General son primordiales en la realización de la Colecistectomía, esto es, incisión adecuada, exposición satisfactoria, buena luz, etc.

La hemorragia en el campo operatorio pasa a tener una importancia mayúscula cuando se ponen clamps con poca o ninguna visibilidad con el afán de efectuar hemostasis. En los casos difíciles que son en la mayoría donde ocurre estos accidentes, el paciente se ve mermado en su estado general, lo que obliga a apresurar el acto quirúrgico y con ello predisposición al daño de las vías biliares externas.

Operaciones de otra índole, sobre todo las gastrectomías laboriosas, se suman a las causas.

PREVENCION

Como se indicó, la aplicación de principios fundamentales sistemáticos en técnica quirúrgica, deben ser llevados cuidadosamente en la Colecistectomía, incisión adecuada, exposición satisfactoria, buena luz, mucha prudencia en los casos difíciles, en las vesículas esclerorretráctiles y pequeñas donde la ampolla de la vesícula está en íntimo contacto con el conducto hepático común.

La identificación de las estructuras es imperativa y son auxiliares de inapreciable valor la aspiración con jeringa en busca de bilis, y en casos excepcionales estudio microscópico de fragmentos de tejido y estudio con rayos X. Tener presente la frecuencia de diversas anomalías en vías biliares.

En las hemorragias el mejor tratamiento será prevenirlas y si ocurre identificar si es venosa, la cual la mayoría de las veces cede con simple presión sostenida debido a la presión portal relativamente baja; si la hemorragia es arterial, contraindicado poner clamps a ciegas que resulta sumamente peligroso; introducir los dedos índice y medio en el forámen de Winslow y por encima de las estructuras hepaticoduodenales el pulgar de la misma mano a manera de ocluir con los tres dedos la arteria hepática, a continuación pinzamiento y ligadura del vaso sangrante.

La colecistectomía retrógrada, es decir del fondo de la vesícula al cístico, acarrea menos riesgos para las vías biliares externas.

PRE-OPERATORIO

Se inicia con una cuidadosa y detallada historia clínica, completa y precisa, complementada con exámenes de laboratorio, entre ellos los llamados "de rutina" que comprenden exámenes completos de orina, heces, recuento globular, hemograma, hemoglobina, hematocrito, cardiolipina, tiempo de sangría y de coagulación, compatibilidad y agrupación sanguínea, dosificación de proteínas y relación A/G, urea, cloruros, glucosa, creatinina, nitrógeno no proteico, y PRUEBAS HEPATICAS. Los análisis especiales y pruebas funcionales se piden a solicitud del concurso de especialistas consultados, colaboración que se mantiene estrecha principalmente con endocrinólogos, cardiólogos, internistas, etc.

En la preparación del paciente es primordial administrar en cada caso en particular, una dieta adecuada y bien balanceada, generalmente rica en carbohidratos, rica en proteínas si son toleradas y pobre en grasas. A los pacientes desnutridos, hipotróficos, hipoproteinéuticos, con anemia (en shock crónico) la terapia de recuperación consiste en: transfusiones, hidratación, vitaminas es especial, vitaminas del complejo B, vitamina C y K. Las reservas de glucógeno hepático son favorecidos administrando soluciones hipertónicas de dextrosa al 10% o al 30%.

En términos generales puede indicarse que la preparación del paciente sigue un lineamiento general consistente en llevarlo al quirófano en las mejores condiciones posibles.

SINTOMAS Y SIGNOS

El antecedente de Colectistectomía puede ser seguido de ictericia que puede presentarse dos o tres días de operado, semanas o meses si la obstrucción es parcial o puede coincidir con el retiro de drenajes biliares al exterior -Coledocostomía-.

La bilirrubinemia puede ser continua o intermitente, es de tipo obstructiva lo cual si es total se acompaña de coloración blanquecina de las heces -acolia-, y coloración oscura de la orina -coluria-; con mucha frecuencia se acompaña el cuadro a prurito generalizado intenso, fiebre en agujas y escalofríos; náusea, vómitos y dolor en hipocondrio derecho también acompañan el cuadro. En muchos casos se presenta fístula biliar que drena al exterior rara vez, hay formación de fístula entre el cabo proximal biliar y el duodeno.

Cuadros de colangitis a repetición pueden presentarse deteriorando progresivamente la glándula hepática que evoluciona a cirrosis biliar e hipertensión porta acompañados de una gama de síntomas y signos que le son característicos.

El exámen clínico de laboratorio confirma el deterioro general del paciente y el daño hepático, lo que constituye una ayuda valiosa en el juicio de pronóstico y evolución de la enfermedad.

TECNICA QUIRURGICA

Generalidades quirúrgicas. Incisión.

Existen varios tipos de incisión, pero la paramediana derecha y la subcostal derecha son con mucho las preferidas. La hepatomegalia y el ángulo costal estrecho a nivel del apéndice xifoides hacen difícil la exposición con una incisión subcostal. Si la operación planeada es una Colangio-yeyunostomía -intrahepática la cual se efectúa a expensas del lóbulo izquierdo del hígado, la incisión subcostal izquierda se elige sin lugar a dudas.

Generalmente la incisión a efectuar es dada por la familiarización que con ella tiene el cirujano, en otras la elección es dada por la resección de la cicatriz de la intervención anterior, sin embargo, parece existir una preferencia predominante por la paramediana derecha.

Una vez abierto el peritoneo se procede a la liberación de adherencias, que casi invariablemente se presentan en el ángulo hepático del colon o cara inferior del hígado; a continuación se libera la segunda y tercera porción del duodeno y estómagos de adherencias hepáticas; se completa la disección entre el píloro y la segunda porción del duodeno lo que permite rechazar la parte inferior de la primera y segunda porciones que con frecuencia se adhieren a la vena porta. Habitualmente estas porciones son el asiento de las fístulas entre parte superior del colédoco y el duodeno; la liberación de esas fístulas efectuarlas hasta identificado el extremo distal del conducto.

Para la identificación del cabo proximal, se disecciona hilio hepático y debe ser localizada la arteria hepática, la cual es estructura de orientación; el colédoco está por delante y hacia un lado del vaso pulsátil, si es necesaria una disección del cabo relativamente extensa se aconseja hacerla a través del mismo parénquima hepático, si no se identifica fácilmente se punciona el hilio del hígado, confirmando la existencia de bilis, luego se explora su luz para confirmar la permeabilidad, la presencia o no de cálculos, que además facilita la disección del contorno de los conductos.

Para el cabo distal orienta el ganglio coledociano que es linfático, de unos dos centímetros de diámetro en la cara posteroinferior del epiplón gastrohepático. El cabo distal del colédoco se encuentra hacia arriba y por dentro de este ganglio en la cara anterior del epiplón gastrohepático. La disección y liberación del ligamento hepaticoduodenal se encontrará por delante del ganglio coledociano, seccionando verticalmente hasta encontrar la luz biliar. Luego exploradores y bujías en su luz hasta el duodeno para confirmar permeabilidad. Ambos cabos deben ser liberados de tejido fibroso o neuromatoso antes de proceder a cualquier tipo de cirugía que parece predisponer a estenosis.

Procedimientos quirúrgicos.

Anastomosis termino-terminal de ambos cabos biliares.

Se unen cuidadosamente los extremos del colédoco con una línea de sutura con catgut cromizado atraumático 4 ceros pun--

tos interrumpidos interesando todas las capas de los conductos, la sutura se inicia del lado posterior y a continuación un tubo de goma en T se introduce en el lumen del colédoco como prótesis; por último se efectúa la línea anterior a un centímetro o mas; por debajo de la línea de sutura se saca el limbo de la prótesis. Requisitos necesarios, que haya suficiente movilidad del duodeno, cabeza del páncreas extremo distal del conducto colédoco, que la longitud de ambos cabos sea suficiente para que no haya tensión en la línea de sutura, es indispensable también que el diámetro y las condiciones de ambos extremos sea satisfactoria.

El uso de tubo no ha demostrado ser un procedimiento nocivo, sin embargo, a seis pacientes a los que se les salió accidentalmente en el postoperatorio, los seis manifestaron recurrencias rápidas de estrecheces. La emergencia de la rama larga del tubo en T limbo, a través de la anastomosis alcanzó solo el 20% de resultados satisfactorios.

Coledocoduodenostomía.

Consiste en la unión del extremo proximal del colédoco a la segunda porción del duodeno con una anastomosis término-lateral. Se efectúa en dos líneas de sutura, la interna con catgut cromizado 4 ceros puntos interrumpidos que interesan todas las capas del colédoco, la mucosa y submucosa del tejido duodenal. Los nudos se efectúan a manera que queden fuera del lumen de la anastomosis, la sutura externa con catgut cromizado 4 ceros pun

tos interrumpidos de la adventicia del conducto a la seromuscular del duodeno. Para evitar tensión a nivel de la línea de sutura con puntos separados de seda, se ancla el duodeno a la cara inferior del hígado. Generalmente se usa como prótesis una sonda o cateter al que se le practican varios agujeros; a veces el peristaltismo intestinal lo expulsa pero para entonces su función ha sido cumplida. Este método fué popularizado por Walters de la Clínica Mayo e hizo la observación que accesos de colangitis eran raros, enfatiza el uso necesario del tubo o prótesis por lo menos 9 meses. Con este método es difícil encontrar contracturas de anastomosis. El promedio de resultados satisfactorios es similar a los de anastomosis término-terminal aunque solo Walter efectuó las operaciones de este tipo, mientras que el procedimiento término-terminal fué efectuado por diversos cirujanos.

Coledocoyeyunostomía.

A) Una asa de la primera porción del yeyuno mas del ligamento de Treitz es aproximada por delante del mesocolon al remanente de colédoco al cual se anastomoza "coledocoyeyunostomía" en la misma forma que se efectúa una coledocoduodenostomía. A 12 o 14 pulgadas de la línea de sutura se efectúa entero anastomosis latero-lateral como lo indica el esquema; en este tipo de operación debe usarse catéter con agujeros.

B) Coledocoyeyunostomía con Y de Roux. Operación de Allen. Se divide el yeyuno a 25 o 30 cms. distal al ligamento de Treitz. el extremo distal del yeyuno es cerrado en dos capas de sutura por cualquier técnica apropiada. A continuación se efectúa anas

anastomosis con el colédoco Colédoco-yeyunostomía término-lateral utilizando la técnica antes descrita. A unos 25 o 30 cms. de la línea de sutura, con el extremo proximal del yeyuno se efectúa anastomosis yeyuno-yeyunal término-lateral, formándose la Y de Roux. El limbo yeyunal es anclado a la cara inferior hepática.

Cole Irenenns y Reynolds que han trabajado bastante en este tipo de Cirugía indican muy buenos resultados -hasta de 89.4% contando con suficiente colédoco proximal y usando prótesis. Cuando el colédoco era corto el porcentaje se redujo a 55% de muy buenos resultados. Indican que la prótesis o catéter en algunos casos no es necesario, pero si es estrecho o inflamado dejarlo por 10 a 12 meses. Por este procedimiento casi una cuarta parte asoció hipertensión portal y alguna vez fué necesario practicar un shunt-esplenorreanal.

Colangioyeyunostomía (intrahepática).

Se utiliza cuando los métodos anteriores han fallado o carecen prácticamente de conducto biliar extrahepático. Conductos intrahepáticos mayores se localizan en la mitad inferior del centro del lóbulo izquierdo.

La operación consiste en colocar en el parénquima hepático del lóbulo izquierdo dos suturas paralelas finas de seda hemostática y entre ellas resección de un pequeño trozo de tejido hepático hasta encontrar un conducto mayor intrahepático el cual es seccionado y cateterizado. A continuación se efectúa colangiograma con Diodrast al 35% 20 cc. Se ligan vasos sangrantes del hí

gado y se aproxima el limbo yeyunal al cual se le hace un agujero apropiado para establecer continuidad entre el conducto mayor intrahepático y el yeyuno; se utiliza una línea de sutura interrumpida posterior que interesa todas las capas del conducto mayor intrahepático y la mucosa y submucosa del yeyuno; se coloca cateter intraluminal con agujeros y se completa la sutura anterior, una nueva capa de puntos interrumpidos de refuerzo se colocan en el tejido adventicio del yeyuno y el tejido hepático adyacente al conducto. Por último se fija el limbo yeyunal a la cara inferior del hígado con sutura interrumpida.

Hepaticostomía.

Consiste en unir el extremo proximal del conducto biliar a una sonda que se exterioriza. Es necesario un segundo tiempo posterior para reparación definitiva, se usa en casos desesperados siendo algunas veces salvadora. Se indica en: a) pacientes con lesión hepática avanzada y muy elevada reacción de la floculación. b) Bilirrubinemia de mas de 30%. c) Grados avanzados de hipertensión porta. d) Cuando el estado general empeora durante la operación. e) Sepsis del espacio frénico. f) Cuando por muchas causas no es posible ninguna reparación inmediata al colédoco lesionado. En este caso se aconseja además colocar seda negra en el extremo distal para su identificación posterior.

Prótesis al colédoco.

El uso de materiales metálicos, de hule, sintéticos, que reemplacen el segmento de conducto han sido utilizados con re-

sultados diversos. Si bién algunos enfermos aún conservan próte_usis sin dificultad alguna, también en muchos se obtuvo resultados insatisfactorios y en ocasiones la intervención quirúrgica para su eliminación fué necesaria. Pears abogó por el método y concluyó que era un mal material el tubo de vitallium por pre--disponer rápidamente a infección y con ello a obstrucción recu--rrente. Actualmente se experimenta con injertos de vena, arte--rias e intestino; las experiencias son mínimas y las conclusio--nes se obtendrán en su oportunidad.

RESULTADOS

El gran número de técnicas existentes y el afán por encontrar un método ideal a la reparación de daño a las vías biliares externas indica que no hay un procedimiento plenamente satisfactorio. No obstante, con paciente en condiciones aceptables, técnica quirúrgica bien seleccionada en cada caso y en manos de cirujanos con experiencia, las probabilidades de buenos resultados son grandes.

Muchos de los factores que determinan éxito o fracaso, y en gran parte son evaluados con un examen clínico completo que revela el estado general y en particular el estado de la glándula hepática. Los exámenes de laboratorio clínico constituyen un auxiliar de mucho valor para la mejor evaluación de caso en particular.

En términos generales la presencia de cirrosis biliar y los signos de hipertensión porta constituyen un mal pronóstico aún con intervenciones quirúrgicas satisfactorias.

A continuación se expresan los resultados quirúrgicos obtenidos por diferentes autores y diversas técnicas:

| AUTOR | PROCEDIMIENTO | No. DE PACIENTES | % DE BUENOS RESULTADOS |
|-------------------------------|--|------------------|------------------------|
| Boren y Walters, 1952-1954 | A. Término-terminal | 2 | 50 |
| | Hepáticoduodenostomía | 16 | 50 |
| | Colédocoduodenostomía | 8 | 50 |
| | Hepaticoyeyunostomía | 6 | 83 |
| Cole, 1938-1951 | A. Término-terminal | 10 | 62 |
| | Colédocoduodenostomía | 10 | 40 |
| | Colédocoyeyunostomía con Y de Roux | 57 | 73 |
| | | | |
| Donaldson, 1926-1955 | A. Término-terminal | 56 | 57 |
| | Colédocoduodenostomía | 21 | 43 |
| | Colédocoyeyunostomía con Y de Roux | 40 | 50 |
| | | | |
| Lahey y Pyrtok 1940-1948 | A. Término-terminal | 73 | 78 |
| Longmire, 1948-1956 | A. Término-terminal | 14 | 50 |
| | Colédocoduodenostomía | 1 | 100 |
| | Colédocoyeyunostomía con Y de Roux | 7 | 42 |
| | | | |
| O'Malley, 1936-1949 | A. Término-terminal | 14 | 71 |
| | Colédocoduodenostomía | 34 | 70 |
| | Colédocoyeyunostomía con Y de Roux. | 8 | 75 |
| | | | |

EXPERIENCIA DE 16 CASOS

1. PACIENTE DE 32 AÑOS DE EDAD, del sexo masculino.
Diagnóstico: Colecistitis crónica calculosa; sección completa del colédoco y ligadura del hepático derecho.
Reconstrucción quirúrgica: Operación de Allen a los 8 días.
Resultado obtenido: satisfactorio después de 6 años, ningún ataque de Colangitis.
2. PACIENTE DE 24 AÑOS DE EDAD, del sexo masculino.
Diagnóstico: Colelitiasis; sección completa del colédoco.
Reconstrucción quirúrgica: llamados en consulta en el momento del accidente, se efectuó Anastomosis del colédoco Término terminal.
Resultado obtenido: el tubo en T se retiró a los 18 meses.
Después de 9 años está en perfectas condiciones.
3. PACIENTE DE 21 AÑOS DE EDAD, del sexo masculino.
Diagnóstico: Colecistitis crónica calculosa, sección completa del colédoco.
Reconstrucción quirúrgica: en Boston -Estados Unidos-, se efectuó Colédocoduodenostomía que se obstruyó al año; aquí, con el paciente en muy malas condiciones, se efectuó Operación de Allen.
Resultado obtenido: sucumbió un mes mas tarde.
4. PACIENTE DE 71 AÑOS DE EDAD, sexo masculino.
Diagnóstico: Colelitiasis, sección completa del colédoco, en otro Hospital.

Reconstrucción quirúrgica: se propuso operación, la cual fué aceptada hasta tres meses después. Al intentarse Operación de Allen, el paciente falleció durante la intervención.

5. PACIENTE DE 52 AÑOS, del sexo masculino.

Diagnóstico: Historia de cólicos hepáticos severos y frecuentes desde 20 años antes y suspendidos a los 10 años, después de lo cual hubo diarrea moderada pero no reductible a ningún tratamiento; distensión post-prandial y eructos acompañaron al cuadro. Un colecistograma informó vesícula no visible a pesar del uso de doble medio de contraste. Una exploración quirúrgica demostró la presencia de la fístula hepático-cólica, y el colédoco reducido a un cordón fibroso sin lumen.

Reconstrucción quirúrgica: se practicó Operación de Allen.

Resultado obtenido: después de un post-operatorio tormentoso y una fístula biliar externa de dos semanas de duración está bien a los 20 años.

6. PACIENTE DE 48 AÑOS DE EDAD, sexo femenino.

Diagnóstico: en otro centro, Colecistitis crónica calculosa, sección completa del colédoco y Coleperitoneo gravísimo.

Reconstrucción quirúrgica: en la primera intención solamente se pusieron cinco drenajes en la cavidad quedando finalmente una fístula externa en hipocondrio derecho; la recuperación fué lenta y a los cinco meses se practicó Operación de Allen, la cual funcionó nueve meses. Entonces hubo varios accesos de Colangitis severa, por lo que se intervino de nuevo abriendo

el asa anastomótica, dilatando la estrechez, lavándola y colocando tubo en T.

Resultado obtenido: satisfactorio después de tres años.

7. PACIENTE DE 54 AÑOS DE EDAD, del sexo femenino.

Diagnóstico: en otro Hospital, Colecistitis crónica calculosa y sección completa del colédoco.

Reconstrucción quirúrgica y resultado obtenido: Operación de Allen, dos meses después se presentó Colangitis. Se efectuó nueva Operación de Allen y nuevamente a los dos meses se presentaron ataques de Colangitis, por lo que hubo necesidad de intervenir nuevamente. Se efectuó abertura del asa, dilatación, lavado y colocación de tubo de Kehr; el tubo se retiró a los 18 meses y estuvo bien por dos años. Luego se presentó nuevamente Colangitis. Rehusó mas tratamiento quirúrgico. Se presentó Cirrosis biliar de la cual sucumbió ocho años después de la última operación.

8. PACIENTE DE 53 AÑOS DE EDAD, del sexo femenino.

Diagnóstico: Colelitiasis, sección casi completa del colédoco.

Reconstrucción quirúrgica: se hizo una reconstrucción en otro Centro Hospitalario. Continuó icterica y al mes se reintervino aquí efectuando Operación de Allen. A los seis meses presentó crisis de colangitis, se le intervino quirúrgicamente efectuándosele abertura del asa, dilatación y lavado y se colocó tubo de Kehr.

Resultado obtenido: satisfactorio después de tres años.

9. PACIENTE DE 40 AÑOS DE EDAD, del sexo femenino.

Diagnóstico: en otro Hospital Colecistitis crónica calculosa, le efectuaron Colecistectomía. Veinte días después fué reintervenida; sospecharon lesión al colédoco y sin repararlo cerraron abdomen. Fué referida a este centro cinco meses después por una fístula biliar externa persistente.

Reconstrucción quirúrgica: como hallazgo fístula biliar externa y colédoco con estrechez total. Se efectuó Anastomosis Término-terminal.

Resultados obtenidos: al año satisfactorios, no hubo ataque de colangitis.

10. PACIENTE DE 36 AÑOS DE EDAD del sexo femenino.

Diagnóstico: paciente emaciada de 77 libras de peso, 150 cms. de talla con úlcera duodenal perforada al hígado, litiasis biliar.

Reconstrucción quirúrgica: al realizar gastrectomía, sección total del colédoco. Se practicó Anastomosis del colédoco Término-terminal, gastrectomía subtotal tipo Polya y Colecistectomía.

Resultado obtenido: no hubo ningún ataque de colangitis. Cuatro años después fué vista por última vez asintomática y en muy buen estado general.

11. PACIENTE DE 39 AÑOS DE EDAD del sexo femenino.

Diagnóstico: en otro Hospital Colecistitis crónica calculosa. Fué operada y por ictericia se le reoperó posteriormen-

te. Nuevamente se presentaron ataques de Colangitis y el post operatorio se tornó penoso. Un año y medio después - fué referida a este Hospital.

Reconstrucción quirúrgica: Anastomosis Término-terminal - del colédoco y colocación de tubo de Kehr, que fué retirado a los 17 meses.

Resultado obtenido: no hubo complicaciones en el Follow Up.

Dos años y medio después reingresó por hernias incisionales gigantes, efectuándosele tratamiento de Gogni Moreno como pre-operatorio y luego Hernioplastía. Egresó diez - días después bien.

12. PACIENTE DE 40 AÑOS DE EDAD del sexo femenino.

Diagnóstico: en otro país Colecistitis crónica calculosa y sección del colédoco total. Presentó cuadro de Colangi - tis y consultó al Servicio.

Reconstrucción operatoria: se intervino un año después de la lesión al conducto colédoco. Del hilio hepático presencia de pequeño remanente de colédoco, se dilató y colocó - sonda de Nelaton y se exteriorizó. En el post operatorio - inmediato presentó shock reversible. Al mes se intentó Ope - ración de Allen pero se pospuso por presencia de absceso - en el lecho de la vesícula y unicamente se drenó. Al mes - se reintervino encontrándose lo que parecía ser colédoco y fué informado por el patólogo como tejido que presenta ca - cacteres de conducto biliar; se efectuó operación de Allen.

Resultado obtenido: paciente shoqueada durante y después de la operación, presentando convulsiones y falleciendo a las 36 horas.

13. PACIENTE DE 30 AÑOS DE EDAD del sexo femenino.

Diagnóstico: Colecistitis crónica calculosa. Sección total del colédoco. En el mismo momento se colocó sonda de Nelaton en el cabo proximal y se exteriorizó; en el cabo distal se colocó seda negra a manera de identificación de dicho extremo.

Reconstrucción quirúrgica: al mes se efectuó Operación de Allen.

Resultado obtenido: se retiró tubo de Kehr a los 18 meses, sin problemas; bien después de cinco años.

14. PACIENTE DE 47 AÑOS DE EDAD del sexo femenino.

Diagnóstico: en otro Hospital Colecistitis crónica calculosa y sección total del colédoco.

Reconstrucción quirúrgica: a los tres meses Hepatoduodenostomía y Hepatostomía con tubo de Kehr.

Resultado obtenido: en perfectas condiciones a los dos años dos meses.

15. PACIENTE DE 60 AÑOS DE EDAD del sexo femenino.

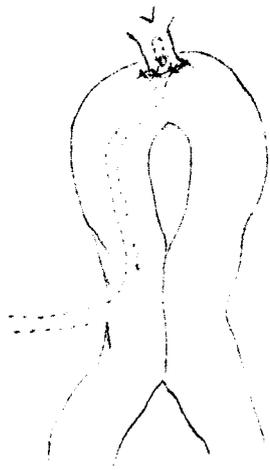
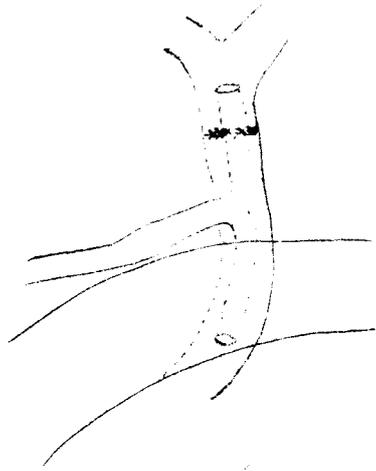
Diagnóstico: Colecistitis crónica calculosa, Diabetes Mellitus, Hernia umbilical, sección total del colédoco.

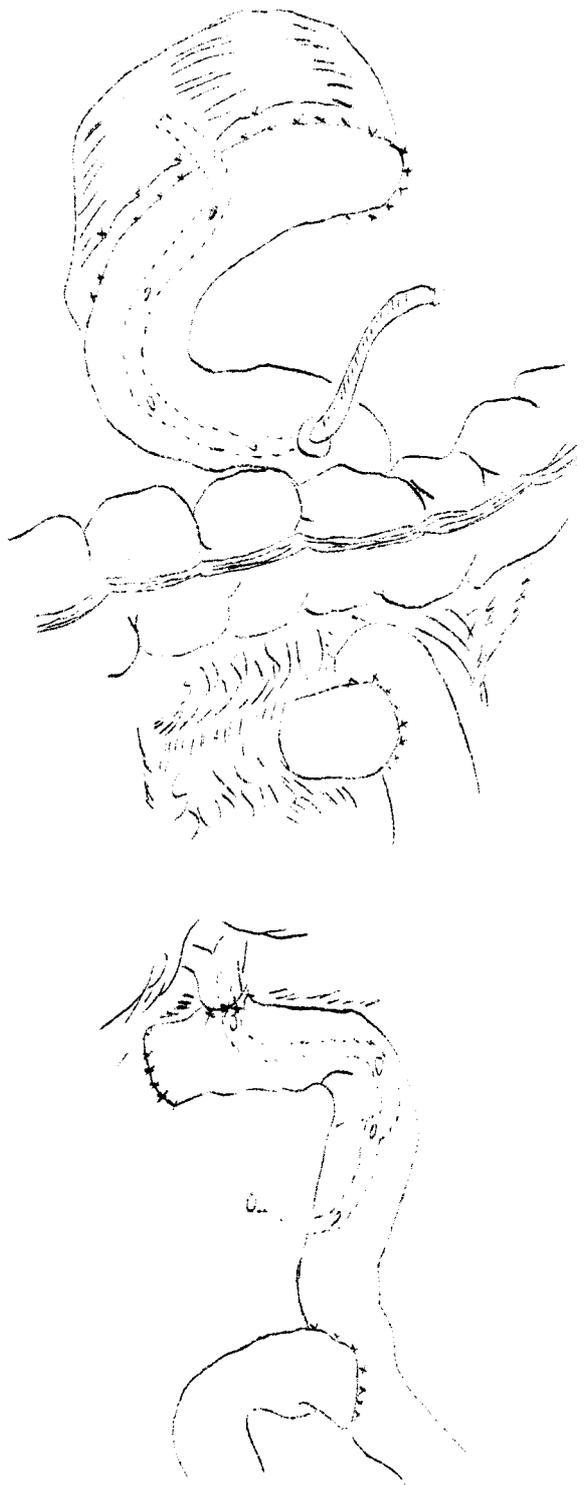
Reconstrucción quirúrgica: en el mismo momento Anastomosis del colédoco Término-terminal.

Resultado obtenido: al mes se obstruyó, por lo que fué reintervenida practicándose Operación de Allen. La paciente falleció a los dos días.

16. PACIENTE DE 24 AÑOS DE EDAD del sexo femenino.

Diagnóstico: en otro Hospital Colecistitis crónica calculosa y sección total del colédoco. Posteriormente se presentaron ataques de ictericia obstructiva, le reintervinieron encontrando estenosis total del colédoco, practicaron una Coledocoduodenostomía y colocación de tubo de Cattell. Posteriormente presentó nuevos ataques de colangitis. Al año fué referida a este centro, encontrándose estrechez total del colédoco. Se efectuó Coledocostomía con tubo de Cattell. Presentó shock post-operatorio y falleció al primer día de post-operatorio.





CONCLUSIONES

1. La sección iatrogénica al colédoco es un accidente serio que puede presentarse a todo cirujano. En la mayoría de los casos ocurre durante la elaboración de Colectomía y en pocos casos en otro tipo de cirugía, es especial gastrectomías difíciles.
2. Siendo la Colectomía un daño al colédoco en potencia, los principios sistemáticos y fundamentales clásicos de la cirugía en general cobran mayor importancia en la realización de Colectomía para la prevención de este accidente.
3. Se revisaron las intervenciones quirúrgicas y resultados obtenidos en 16 casos de Reconstrucción al Colédoco del archivo de la Primera Cirugía de Mujeres del Hospital General y archivo particular del Dr. Pablo Fuchs, desde 1951 a agosto de 1966.
4. Los múltiples métodos existentes en el reestablecimiento de la continuidad biliar entre el hígado y el tracto gastrointestinal indica que no existe un procedimiento ideal. En este trabajo se exponen los mas importantes.
5. En el éxito de la reconstrucción al Colédoco son factores decisivos: condiciones aceptables del paciente en su estado general y en particular de la glándula hepática; la elección de un procedimiento adecuado en cada caso; así como la experiencia del cirujano en Cirugía Biliar.

BIBLIOGRAFIA

1. Allen, Arthur W. A method of re-establishing continuity between the bile ducts and the gastro-intestinal tract. Annals of Surgery, 121 (1): 412-424. 1945.
2. Clínica Lahey de Boston. Práctica quirúrgica de la Clínica Lahey, por miembros del cuerpo médico de la Clínica Lahey de Boston. Trad. por José Kolony et. al. Buenos Aires, Ed. Bernades, 1966. 905 p. ilus.
3. Gheita, A. Common bile duct repair and the use of long T-tube drainage. Egypt, Journal of Surgery, 5(2):151-158. 1964.
4. Kirtley, James A. Problems in common duct surgery for nonmalignant diseases. En: Current problems in surgery. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1944. pp. 3-25. ilus.
5. Lavarreda Reyes, Carlos Alfonso. Pre y post operatorio en cirugía general. Tesis. (Médico y cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1961. p. ilus.
6. Longmire, William P. and Harvey N. Lippman. Benign biliary structure. En: Abdominal surgery. Ed. by Arthur W. Allen and David Woolfolk Barrow. New York, Paul B. Hoeber /1961/ pp. 363-98. ilus.
7. Orr, Thomas G. Operaciones de cirugía general. Trad. de la 2a. ed. en inglés por Oscar G. Carrera. México, Uteha, /1954/. 870 p. ilus.

Vo. Bo.


Ruth Ramírez de Amaya
BIBLIOTECARIA