

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

REPARACION DE VIAS BILIARES

=====

Dr. Juan Ignacio Monge E.

El tema de la reparación de las vías biliares abarca un amplio espectro de patologías, cuyo tratamiento exige restablecer el flujo biliar normal, sea a través de una vía biliar preservada en su integridad anatómico funcional, o mediante una derivación biliar. La necesidad de reparación de las vías biliares se plantea ante algunas lesiones inflamatorias o neoplásicas del hepatocolédoco y de la vesícula biliar, en la reconstitución del tránsito digestivo en la pancreatoduodenectomía, como consecuencia de lesiones en traumatismos abdominales abiertos o cerrados de la vida civil o militar y ante lesiones iatrogénicas en el curso de operaciones sobre la vía biliar, estómago y duodeno.

Entre las lesiones inflamatorias de la vía biliar mencionaremos en primer lugar el síndrome de la colangitis esclerosante primaria. Constituye una afección rara caracterizada por un proceso inflamatorio esclerosante y obliterativo, que compromete en forma localizada o difusa a la vía biliar extrahepática, y con frecuencia se extiende a los conductos biliares intrahepáticos. La obstrucción biliar crónica conduce a la aparición de una cirrosis biliar y eventualmente a insuficiencia hepática. Su etiología es desconocida, pero se asocia con frecuencia a colitis ulcerosa crónica, litiasis vesicular, ocasionalmente supuración pe

riportal o fibrosis retroperitoneal. El diagnóstico se establece habitualmente en la operación, encontrándose la pared de la vía biliar de consistencia dura y engrosada, con lumen filiforme en los casos extremos. Debe establecerse el diagnóstico diferencial con el colangiocarcinoma mediante biopsia rápida.

Una vez hecho el diagnóstico, es poco lo que la cirugía ofrece para tratar la enfermedad propiamente tal. El tratamiento se orienta a la descompresión biliar para prevenir un daño hepático adicional y ofrecer alivio sintomático. El tratamiento quirúrgico consiste en la exploración y dilatación de las zonas estenóticas y el drenaje biliar externo mediante sonda T de rama larga. Este debe permanecer in situ por un período de tiempo prolongado, retirándose solamente ante su obstrucción o evidencia radiológica de mejoría. Si la estenosis afecta al extremo distal de la vía biliar y no es factible la dilatación, debe construirse una derivación biliodigestiva, preferentemente una hepaticoyeyunostomía. En los pacientes con colitis ulcerosa, el tratamiento comprende además la colectomía total (1).

Otro tipo de lesiones inflamatorias que comprometen a la vía biliar principal en forma infrecuente lo constituyen procesos de necrosis hepatocolédociana secundarios a colecistitis aguda agregada a la acción erosiva de cálculos biliares. Algunos de estos casos evolucionan a estenosis de la vía biliar o a la constitución de fístulas colecistocolédocianas. Su tratamiento puede exigir la reparación de defectos por pérdida de sustancia de los conductos. Expondremos dos casos de nuestra experiencia y el tipo de solución adoptado. El primero corresponde a una paciente portadora de una colecistitis crónica escleroretráctil en una vesícula predominantemente intrahepática, con un cálculo

único de aproximadamente 3 cm de diámetro. Una vez abierta la vesícula retráctil y extraído el cálculo, se encontró una cavidad intrahepática epitelizada, a la que desembocaban varios conductos biliares, no identificándose conductos principales. Se decidió construir una derivación biliodigestiva, suturando un asa de Braun a la cara inferior del hígado y la pared lateral del hepatocolédoco en todo el contorno de la cavidad. Se obtuvo una sutura hermética, con una excelente evolución post-operatoria. Posteriormente hemos tenido conocimiento de que esta técnica ha sido descrita por Thorbjarnardson.

Otra situación que nos ha tocado enfrentar es el caso de una paciente con una colecistitis aguda en regresión, en que un cálculo facetado de 0.8 cm de diámetro, en su migración incompleta al hepatocolédoco, produjo una necrosis de la cara anterior del cístico y un área de aproximadamente 1 cm² de la pared anterior del colédoco adyacente. Se decidió preservar la pared posterior del cístico y bacinete, construyéndose un colgajo, que rotado sobre el defecto, permitió una adecuada reparación. La reparación se efectuó sobre una sonda T # 15 cuya rama larga se exteriorizó por contrabertura en el hepático. El drenaje se mantuvo por un plazo de aproximadamente 30 días, retirándose previo control colangiográfico satisfactorio. La evolución post-operatoria fue normal.

Recientemente hemos encontrado referencias a la misma técnica (2) empleada con excelente resultado en un caso de estenosis localizada del hepatocolédoco, dos casos de fístula colecistocolédociana y una úlcera duodenal penetrante al colédoco.

El tratamiento de adenocarcinomas del colédoco terminal o de estenosis del colédoco intrapancreático

co secundarias a pancreatitis se discutirá en otra presentación, a propósito de las indicaciones de la pancreatoduodenectomía. Señalaremos solamente que en los casos de estenosis coledociana secundaria a pancreatitis crónica, en ausencia de sintomatología dolorosa, sólo se justifica la derivación biliodigestiva mediante hepaticoduodenostomía látero-lateral.

La reconstrucción del tránsito biliodigestivo en la pancreatoduodenectomía cefálica no plantea habitualmente problemas especiales, ya que se cuenta con un segmento de vía biliar de longitud suficiente de lumen dilatado y sin patología inflamatoria. La movilización del yeyuno, una vez seccionado el ángulo duodeno-yeyunal, permite disponer de suficiente intestino delgado para realizar las tres anastomosis digestivas: pancreaticoyeyunal, hepaticoyeyunal y gastroyeyunal. Como este tema será tratado en otra presentación, señalaremos sólo que por tratarse de anastomosis entre tejidos normales, por disponerse de un lumen hepatocoledociano normal o dilatado y obtenerse una adecuada aproximación de epitelios entre los órganos suturados, no se requiere del uso de tutores. Este tipo de anastomosis no se complica habitualmente de estenosis cicatrizal, siempre que se observe la precaución de colocar drenajes aspirativos en la vecindad de la sutura, por la eventualidad frecuente de filtración de bilis. En una serie de 26 pancreatoduodenectomías realizadas en nuestro Hospital se ha observado estenosis de la anastomosis en sólo uno de los 22 pacientes que sobrevivieron a la cirugía.

Las lesiones de vía biliar secundarias a traumatismos abdominales o heridas de la vida civil o militar son generalmente parte de un conjunto de lesiones que afectan a diversas vísceras huecas y macizas, cuyo tratamiento constituye uno de los mayores desafíos de

la cirugía de urgencia. Por la complejidad del tema es timamos impropio discutir aisladamente el tratamiento de las lesiones de vía biliar, abstrayéndolas de los otros órganos comprometidos por el trauma.

La mayoría de las referencias de literatura que tratan el tema de las lesiones iatrogénicas de la vía biliar aparecen bajo la denominación de "estenosis benignas". Esta expresión es inadecuada, ya que la benignidad se refiere al carácter histológico y no dice relación con la extrema gravedad de la lesión y el sombrío pronóstico que conlleva. Otros procesos de etiología no tumoral, como secuelas de pancreatitis crónica con estenosis del colédoco terminal, o fibrosis del esfínter de Oddi, debieran incluirse en esta categoría.

La gran mayoría de los casos de iatrogenia o curre en el curso de intervenciones sobre las vías biliares. Más raramente ocurren en el curso de una gastrectomía, especialmente cuando se intenta extirpar úlceras muy distantes del píloro, o como complicación de suturas hemostáticas en úlceras duodenales sangrantes, o maniobras hemostáticas sobre vasos sangrantes de la zona en el curso de cirugía de urgencia de traumatismos abdominales. La incidencia de daño de la cirugía biliar se estima en un caso cada 400 a 500 colecistectomías (4). En una revisión de 2.295 intervenciones primarias sobre la vía biliar practicadas en el Hospital de la Universidad Católica se registraron tres casos de sección accidental de colédoco (0.13 %). En 7 casos se produjo falsa vía por exploración instrumental, lesión que habitualmente no agrega morbilidad cuando es reconocida y tratada oportunamente (5).

Raras veces se reconoce el daño en el curso de la intervención, lo que acarrea serias consecuencias para el paciente si la reparación no es efectuada de

inmediato.

De acuerdo con su mecanismo de producción, el daño podrá revestir características diferentes. Así, puede tratarse de pequeños desgarros o pérdida de substancia parcial de una pared del conducto, de atriciones pasajeras, sección parcial o total del mismo, la que puede ir acompañada de pérdida de substancia extensa. En rigor este último tipo de lesión debe catalogarse como extirpación segmentaria del hepatocolédoco. Con mayor frecuencia (50 % de los casos) esta lesión se produce en el hepático derecho o común por debajo de la confluencia de los conductos hepáticos, correspondiendo al área en que el conducto cístico corre paralelo y en íntima vecindad con el hepático (3).

Cuando a consecuencia de la lesión el lumen de los conductos ha quedado abierto, el post-operato - rio se complicará por un proceso de peritonitis biliar, localizado o difuso, generalmente acompañado de icteri - cia, que eventualmente se vertirá al exterior a través de los drenajes dejados en la operación. Cuando esto sucede, se constituye una fístula biliar externa perma - nente. En algunos casos el proceso de peritonitis bi - liar localizado podrá fraguarse paso hacia el tubo di - gestivo, no siendo rara la constitución de fístulas he - patoduodenales. El establecimiento de una fístula bi - liodigestiva traerá consigo la disminución o desaparición de la ictericia. Habitualmente la fístula no es de magnitud suficiente para permitir un drenaje normal de la bilis y no es raro que la ictericia adopte un carácter fluctuante, prestándose a confusión con una colédocolitiasis residual.

Cuando la lesión original ha comprendido la ligadura del conducto, la ictericia será de aparición precoz, progresiva y completa, de no establecerse una

fístula espontánea secundariamente.

En los casos en que la lesión ha sido de míni ma cuantía podrá ocasionalmente constituirse un proceso de peritonitis biliar enquistada, que ulteriormente dará lugar a una extensa fibrosis subhepática. Esto, unido al proceso de fibrosis retráctil a nivel de la lesión ductal, condicionarán una estenosis de aparición tardía. Igual cosa sucede en aquellos casos en que el conducto biliar ha sido atricionado. Los síntomas obstructivos se harán presentes en forma tardía.

Si la obstrucción se mantiene por un tiempo su ficientemente prolongado aparecerán los signos clínicos de la angiocolitis, vale decir : calofríos, fiebre y acentuación de la ictericia. La obstrucción e infección desencadenarán a su vez un daño parenquimatoso hepático, que finalmente dará lugar a una cirrosis biliar y todo su cortejo sintomático.

La efectividad del tratamiento operatorio estará influenciada por la oportunidad en que se realice y la solución adoptada. Una vez iniciado el daño parenquimatoso hepático, los intentos de reparación sólo lograrán prolongar la vida del paciente por un tiempo variable, sin lograr detener la evolución lesional. Si con sideramos en conjunto la mortalidad post-operatoria por el accidente mismo, la mortalidad que sigue a los inten tos de reparación, la elevada frecuencia de recidiva de la estenosis que obliga en muchos casos a repetidas intervenciones y la mortalidad por progresión de las lesiones hepáticas, apreciaremos la extrema gravedad que este accidente encierra. Cabe también destacar que el grueso de estos pacientes corresponde a adultos jóvenes que quedarán invalidados temporal o definitivamente y que deberán hacer importantes desembolsos económicos en

sus intentos por recuperar la salud.

En un grupo de 501 pacientes operados en la Clínica Lahey (6), con una evolución post-operatoria controlada de tres años, los resultados del tratamiento fueron evaluados en la forma siguiente: 15 % falleció en la operación o a consecuencia de ella; 10 % presentó recurrencias de la estenosis, que obligó a practicar nuevas intervenciones; 10 % falleció por progresión de las lesiones hepáticas; 15 % no acusó mejoría y sólo un 50 % quedó bien o con crisis ocasionales de colangitis al cabo de tres años. Resulta imposible predecir el curso ulterior de los pacientes que se consideraron en buenas condiciones al cabo de tres años. Hemos visto en una de nuestras enfermas recidiva de la estenosis, después de transcurridos 10 años de su operación reparadora y sin haber presentado nunca molestias de ningún tipo en este intervalo.

Si consideramos que todas estas lesiones son evitables se justifica plenamente recalcar los puntos más importantes de la técnica operatoria para prevenir su ocurrencia. Se sostiene que los accidentes operatorios de la vía biliar son propios del cirujano novel o del operador ocasional. Esto tiene una validez relativa, pues puede sucederle aún al cirujano más experimentado, si ante cada caso particular no pone en juego toda su atención, buen criterio y destreza quirúrgica.

Elemento básico para realizar con seguridad una intervención sobre la vía biliar es contar con un buen campo operatorio. Esto implica en primer lugar la elección de la incisión más adecuada para cada paciente. En general preferimos la laparotomía para mediana derecha amplia, transrectal o pararectal interna en mujeres en edad fértil, para preservar intacta

su intervención. Esta incisión permite una exposición excelente de las vías biliares y facilita la maniobra de Kocher cuando se requiere hacerla para explorar adecuadamente el colédoco. Presenta además la ventaja de poder ampliarla hacia el abdomen inferior cuando se estime necesario en el curso de la intervención. La incisión media supraumbilical presenta limitaciones al cirujano, cuando el hígado es muy bajo. La presencia de la cicatriz umbilical en su extremo inferior obliga a practicar incisiones bizarras cuando surge la necesidad de ampliar el campo operatorio. Las incisiones oblicuas subcostales son especialmente útiles en pacientes obesos o de ángulo xifoideo muy abierto.

Otro aspecto igualmente importante para obtener una buena exposición es contar con una anestesia adecuada y consecuentemente una buena relajación parietal. El equipo quirúrgico deberá estar integrado por no menos de tres personas para asegurar una buena separación y correcta disposición del campo operatorio. No insistiremos en otros detalles que se refieren al equipo normal con que debe contar todo pabellón quirúrgico. Sólo recalcaremos la importancia de contar con un sistema eficiente de aspiración continua, que debe disponerse rutinariamente en toda colecistectomía; esta precaución cobra todo su valor cuando sobrevienen hemorragias que inundan el campo operatorio. Buena parte de estos accidentes son el resultado de una constelación de cuatro factores: incisión inadecuada, anestesia insuficiente, pobre separación e iluminación.

Existe una controversia no resuelta referente a las ventajas relativas de la colecistectomía directa respecto a la retrógrada para la prevención de lesiones coledocianas. En una casuística de Donaldson, 80 % de los accidentes se produjeron en colecistectomías retrógradas. Glenn, coincidiendo con los resultados anterior-

res, propicia en forma taxativa la técnica directa. Re conocemos las evidentes ventajas de esta técnica en la colecistitis aguda, en que el edema inflamatorio dificulta o impide la disección de los elementos, o en aquellos procesos retráctiles en que la anatomía se presenta muy distorsionada. Pero el hecho de que a pesar de todo se produzcan lesiones utilizando esta técnica debe hacernos adoptar siempre una actitud extremadamente cautelosa. A nuestro juicio, los accidentes son aparentemente más numerosos en la colecistectomía retrógrada, por la simple razón de que esta técnica se emplea también con mucha mayor frecuencia.

Como norma fundamental, jamás se procederá a seccionar una estructura, sin estar absolutamente seguro sobre su naturaleza. Cuando la inflamación sea tal que no permita una buena disección, será preferible contentarse sólo con una colecistostomía. Si la disección ha progresado hasta el bacinete, cuando estamos realizando una colecistectomía directa y nos encontramos con tejidos excesivamente friables, preferimos practicar una colecistectomía incompleta, drenando el muñón del bacinete. Si el paciente desarrolla un síndrome post-colecistectomía, siempre queda la posibilidad de reintervenir en una mejor oportunidad.

Cuando la identificación de los elementos del hilio vesicular se preste a la menor duda deberá considerarse la posibilidad de estar frente a una anomalía anatómica. En estos casos la colangiografía operatoria podrá ser útil para dilucidar las dudas. En esta situación es siempre aconsejable optar por la extomía directa. Entre las anomalías más frecuentes se encuentra la implantación de la vesícula sobre el conducto hepático derecho, que fácilmente puede ser confundido con el cístico y consecuentemente lesionado. Colédocos de calibre muy estrecho también pueden ser confundidos con el conducto

cístico y resultar seccionados. La tracción excesiva sobre el bacinete producirá una angulación del hepatocolédoco, pudiendo quedar éste ligado o seccionado con pérdida de substancia. Por la importancia que tiene en el pronóstico la reparación inmediata de la lesión, es muy importante examinar siempre la vesícula en cuanto se extirpe, para descartar la posibilidad de cualquier daño ductal. Otra situación que merece consideración especial es el riesgo de la lesión en el curso de la colecistectomía directa. No es difícil perder el correcto plano de clivaje en el lecho vesicular en presencia de edema inflamatorio o esclerosis cicatrizal. Si la disección progresa hacia la región subcapsular, el plano de despegamiento conducirá directamente a la zona de la confluencia de los conductos hepáticos. Sólo así nos explicamos la génesis de aquellas lesiones en que ambos conductos hepáticos resultan seccionados.

La tracción indebida sobre el bacinete puede también condicionar el desgarro de la arteria cística. Esta emergencia representa un grave riesgo de daño ductal, si el cirujano intenta aplicar ciegamente clamps sobre la zona sangrante. De no resultar incluida la vía biliar en una ligadura, sufrirá eventualmente los efectos de la atrición. La conducta adecuada será siempre la compresión de la arteria hepática mediante la introducción del dedo índice izquierdo por el hiato de Winslow y la compresión del epiplón menor por delante con el dedo pulgar. Controlado el sangramiento, se dispondrá un campo operatorio adecuado, siendo imprescindible una buena aspiración y relajando la compresión se identificará el punto sangrante con seguridad, procediendo a su hemostasia. Cuando deba colocarse clamps sobre el epiplón menor, para controlar una hemorragia por retracción de la arteria cística, es indispensable practicar coledocotomía y exploración

instrumental para comprobar la indemnidad de la vía biliar principal. En todo caso, de disponerse de los medios, debe practicarse posteriormente a las maniobras hemostáticas, una colangiografía intraoperatoria de control.

REPARACION

Debe diferenciarse a los pacientes en que el daño es reconocido de inmediato, de aquéllos en que éste se reconoce sólo tardíamente.

En el primer caso la reparación se hará en el mismo acto operatorio. Para esto deberá precisarse la cuantía de la lesión y si ésta ha implicado pérdida de substancia del conducto. Cuando la pérdida de substancia sea de 5 mm o menos se recomienda la anastomosis término-terminal (14) ; si el defecto es mayor, es preferible optar por una derivación biliodigestiva (6). Para obtener un correcto afrontamiento de los cabos seccionados con una sutura libre de tensión deberá, si es preciso, movilizarse el duodeno y cabeza del páncreas, para aproximar el cabo inferior del conducto a la cara inferior del hígado. La reconstitución se hará sobre una sonda T, cuyo diámetro deberá ser el máximo compatible con el lumen del conducto. La rama larga deberá exteriorizarse por una abertura separada, distante del sitio de la lesión ; la sutura se hará a puntos separados con sutura atraumática fina de seda, Dexon o catgut crómico. Como las suturas no siempre quedan herméticas, debe dejarse drenajes adecuados tubulares o en tubo de cigarrillo en la vecindad de la anastomosis para evacuar la filtración biliar que eventualmente se produzca. La sonda actuará como tutor a nivel de la anastomosis y deberá permanecer in situ entre 6 y 12 me

ses, de acuerdo al criterio de la Clínica Lahey, que compartimos. Mientras más prolongada sea la permanencia del tutor, menor será el riesgo de estenosis. Después de 6 meses, los tubos se tornan quebradizos y se ocluyen, por lo que con frecuencia deben ser retirados. Nos ha correspondido reparar en forma inmediata y de acuerdo a este procedimiento una sección de hepático derecho, con excelente resultado.

Cuando la lesión se reconoce en forma tardía se tratará de colocar al paciente en las mejores condiciones para resistir una nueva intervención. Deberá tenerse en cuenta que ésta será necesariamente laboriosa y prolongada y requerirá del operador un especial dominio del problema. Si existe una fístula biliar externa será prudente esperar un lapso de 2 a 3 meses para obtener una regresión del proceso inflamatorio local. De no existir drenaje externo deberá reintervenirse en un plazo de 4 semanas mientras se prepara al paciente. Las reintervenciones prematuras son causa más frecuente de fracaso que beneficio. En estos casos es frecuente que la inflamación local impida todo intento de reparación, debiendo el cirujano contentarse con establecer un drenaje externo, en espera de una normalización de las condiciones locales. Si los recursos humanos y materiales locales no ofrecen seguridad de poder afrontar con éxito una reparación, es aconsejable disponer el traslado del paciente a un centro mejor equipado. Debe tenerse presente que cada intento de reparación implica una pérdida de substancia de tejido ductal y que cada intervención debilitará progresivamente la pared abdominal.

La preparación pre-operatoria estará orientada a compensar o corregir los déficits nutritivos, hidro-electrolíticos, infección biliar, coagulabilidad,

etc. La evidencia de insuficiencia hepática, bilirrubinemia elevada sobre 30 mg% o hipertensión portal son de pésimo pronóstico.

La reintervención plantea habitualmente dificultades para la identificación de los elementos en medio del magma fibroso sub-hepático. Es útil practicar una amplia laparotomía para-mediana derecha trans-rec-tal, que se extienda más abajo que la incisión previa, para caer en peritoneo libre de adherencias. La disección proseguirá mediante el despegamiento del ángulo hepático del colon de la cara inferior del hígado. Esto permitirá la exposición del duodeno. Se proseguirá con el desprendimiento del duodeno y cabeza del páncreas, para exponer el extremo inferior del colédoco. Para la ubicación del conducto hay dos elementos de importancia, que son : el latido de la arteria hepática y la presencia de un ganglio hiperplástico, denominado por Cattell "ganglio coledociano" por su constancia. Entre ambos se localizará el conducto. En el extremo superior la presencia de una fístula facilitará su identificación. En ausencia de ella podrá ser necesaria la punción de las estructuras de hilio hepático, hasta obtener la salida de bilis. Cuando la sección es muy alta, será necesario tallar los conductos del parénquima hepático mediante disección cortante.

La técnica operatoria variará según el tipo de lesión. En estenosis mínimas se preferirá los procedimientos plásticos del tipo Heineke Mikulicz, consistentes en la incisión vertical del área estenosada, con sutura transversal de la misma. Los resultados de esta técnica con 70 % de éxito, son superiores a la simple dilatación (sólo 55 %) en la experiencia de Cattell. Siempre se colocará un tutor de sonda en T exteriorizada por con-trabertura coledociana.

Ante la sección del conducto, que a veces implica la pérdida de substancia de parte del mismo, se plantearán diversas alternativas. De ser posible, se procurará restablecer su continuidad mediante anastomosis sobre sonda T, procurando preservar el aparato esfinteriano para prevenir el reflujo alimenticio a la vía biliar. Esto se hará siempre que la sutura no quede sometida a ninguna tensión, ni exista desproporción en el calibre de los cabos. Para obtener la aproximación puede recurrirse a la movilización del duodeno y cabeza de páncreas, pero en esta situación es probablemente más seguro recurrir a una anastomosis biliodigestiva. Para esto puede optarse entre una hepático-duodenostomía, siempre que no quede sometida a tensión, o hepático-yeyunostomía, en asa de Brown o de Roux. Las ventajas de la hepático-duodenostomía residirían en su mayor simpleza, ya que se requiere sólo una anastomosis. La hepático-yeyunostomía prevendría el reflujo alimenticio a la vía biliar y permite realizar la anastomosis biliodigestiva sin ningún grado de tensión. Ambas técnicas, en manos de Walters (13) y Cattell (6), presentan resultados comparables, con un 50 % de éxito a largo plazo. En las lesiones del conducto hepático común, Fernández Puente propicia la sinistro hepático-yeyunostomía, lo que tendría la ventaja de disponer de un conducto suficientemente largo para establecer una boca anastomótica de 2 a 5 cm, sin empleo de tutor. La amplitud de la boca permitiría que en caso de producirse retracción cicatrizal, siempre persistiera un lumen suficientemente amplio.

En lesiones subcarinales hemos empleado con éxito la sonda T modificada como tubo en Y, como prótesis perdida, en tres casos. Esta debe permanecer in situ por un mínimo de 6 a 8 meses para prevenir la estenosis (3). Ocasionalmente este tipo de prótesis migra

espontáneamente al intestino o permanece permeable por muchos años. Si se obstruyen deben ser retiradas mediante una intervención secundaria, al sobrevenir crisis de angiocolitis (6). La intervención es de mínima cuantía, bastando una enterotomía en el asa anastomótica para retirar la sonda.

En las lesiones muy altas, en que se han seccionado ambos conductos hepáticos, éstos deben ser labrados mediante disección cortante en el hilio hepático (3), teniendo presente la proximidad de la vena porta y arteria hepática hacia la cara posterior. La reconstrucción puede hacerse reconstituyendo una carina, para lo cual es indispensable el empleo de la prótesis en Y o sonda T modificada. Puede optarse por la anastomosis de ambos conductos hepáticos por separado al asa intestinal. Dependiendo de la longitud de los conductos hepáticos, esto presentará diverso grado de dificultad. En una paciente tratada en nuestro Hospital, con cinco intervenciones previas, se realizó un abordaje por el plano interlobar hasta individualizar los conductos hepáticos, practicándose con éxito una colangiyeunostomía intrahepática bilateral (7). Vos comunico buenos resultados en 5 casos similares recientemente (8).

En relación al empleo de tutores, existe una controversia no resuelta. En favor de su uso, y con la mayor casuística publicada, los cirujanos de la Lahey Clinic aducen que todas las anastomosis experimentan una retracción, la que es máxima en los primeros 6 meses y está estabilizada al tercer año. La presencia del tutor impediría la estenosis más allá del diámetro de éste. Abogan por la permanencia del tutor por un mínimo de 6 meses e idealmente por un plazo indefinido (12). La precipitación de sales biliares termina por obstruir

los, por lo que a la larga deben ser removidos. En años recientes, Warren introduce una sonda en Y modificada con una rama larga exteriorizada, que permite la irrigación periódica y el retiro después de un plazo prudencial, obviando una reoperación (9). Child (10) preconiza el empleo de tutores por un plazo breve de 2 a 3 semanas, prefiriendo los de tipo rígido, exteriorizados por el asa anastomótica, confiando más en la amplitud de la boca anastomótica y la continuidad de los epitelios para prevenir la estenosis cicatrizal. En estenosis altas se ha preconizado el empleo de tutores intercambiables, los que pueden ser retirados sin necesidad de operación (10), exteriorizando el extremo proximal a través del conducto hepático izquierdo y parénquima hepático por la cara inferior del hígado, y el extremo distal a través del asa anastomótica.

Otros autores rechazan el empleo de tutores, aduciendo que es su presencia la que induce la retracción cicatrizal, al constituir un obstáculo para el drenaje biliar, favorecer el depósito de detritus y condicionar la aparición de colangitis (11).

BIBLIOGRAFIA

1. WARREN K.W., ATHANASIADES S., MONGE J.I.: Primary sclerosing cholangitis.
Am. J. Surg. 111: 23-37 ; 1966
2. SANDBLOM Ph., TABRIZIAN M., RIGI M., FLUCKIGER A.: Repair of common bile duct defects, using the gall bladder or cystic duct as a pedicled graft.
Surg. Gynec. Obstet. 140 : 425-432 ; 1975
3. WARREN K.W., BRAASCH J.W.: Repair of benign strictures of the bile ducts.
S. Clin. N.A. 45 : 617-629 ; 1965
4. MAINGOT R.: The causes and prevention of postoperative strictures of the bile ducts.
J. Clin. Proctol. 26 : 53 ; 1972.
5. LLANOS O., JASEN A., SAN MARTIN S., SANHUEZA S., TOCORNAL J.: Morbilidad y mortalidad de la cirugía de la litiasis biliar.
Rev. Med. Chile 107 : 400-405 ; 1979
6. CATTELL R.B., BRAASCH J.W.: General considerations in the management of benign strictures of the bile duct.
New Eng. J. Med. 261 : 929-933 ; 1959
7. TOCORNAL J., ZUÑIGA A.: Colangiomyeyunostomía intra hepática bilateral.
Rev. Chile Cirugía 28 : 45-47 ; 1976

8. VOS M., AGAR R., SCHMIDT A.: Derivaciones biliodigestivas. Disección intrahepática.
Rev. Chilena de Cirugía 31 : 44 ; 1979
IV Congreso Latinoamericano de Cirugía y LII Congreso Chileno de Cirugía; Noviembre 1979
9. WARREN K.W., MOUNTAIN J.C., GRAY L.W.: Use of the modified Y tube splint in the repair of biliary strictures.
Surg. Gynec. Obstet. 134 : 665-668 ; 1972
10. STONE R.M., COHEN Z., TAYLOR B.R., LANGER D., TOVER E.B.: Bile duct injury. Results of repair using a changeable stent.
Am. J. Surg. 125 : 253-255 ; 1973.
11. AUST J.B., ROOT H.D., URDANEDA L., VARCO R.L.: Biliary stricture.
Surgery 62 : 601 ; 1967
12. BRAASCH J.W.: Current considerations in the repair of bile duct strictures.
Surg. Clin. N.A. 53 : 423-433 ; 1973
13. WALTERS W., RAMSDELL J.A.: Study of the 308 operations for stricture of the bile ducts. Follow-up of one to five and five to twenty five years.
J.A.M.A. 171 : 872 ; 1959
14. LONGMIRE W.P. Jr.: Early management of injury to the extrahepatic biliary tract.
J.A.M.A. 195 : 623-625 ; 1966