

Incidencia de lesiones quirúrgicas de vías biliares en el Servicio de Cirugía del Hospital Militar Central FFAA. Periodo Enero 2018 a Junio 2019

Incidence of surgical injuries of bilar routes in the Surgery Service of the Central FFAA Military Hospital. Period January 2018 to June 2019

*Darío Fretes**, *Hernando Raúl Cardozo A***, *Alejando Manuel Caballero R***,
*Amanda Fretes***, *Cynthia Verdecchia***

Hospital Militar Central. Asunción, Paraguay

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional retrospectivo descriptivo de corte transversal en 607 pacientes operados para determinar la incidencia de lesiones quirúrgicas de vías biliares durante el periodo enero 2018 a junio 2019 en el Servicio de Cirugía del Hospital Militar Central, donde se tomaron datos de fichas de pacientes en cuanto a sexo, edad, sexo, procedencia, abordaje quirúrgico y evolución de los pacientes operados en dicho periodo. En su mayoría fueron pacientes de sexo masculino y el porcentaje mayor fueron personas de entre 41 y 50 años. El 85% de los operados es de procedencia de zona urbana. En cuanto al tipo de abordaje quirúrgico el 11,53% fue por vía convencional y el 88,47% por video laparoscopia. En cuanto a la evolución el 90,5 % de los procedimientos fueron realizados como cirugías programadas y el 9,5 % como cirugías de urgencias (colecistitis aguda Litiasica) de los cuales 2 pacientes sufrieron lesiones de vías biliares que en esta investigación representó al 0,37%. Uno de ellos sufrió una lesión de Strasberg tipo E2 y el otro Strasberg tipo A, cabe destacar que ambos procedimientos fueron realizados por videolaparoscopia y fueron cirugías Programadas.

Palabras clave: abordaje quirúrgico, video laparoscopia, Strasberg tipo E2 y A.

ABSTRACT

A descriptive retrospective cross-sectional observational study was performed on 607 patients operated to determine the incidence of surgical bile duct lesions during the period January 2018 to June 2019 at the Surgery Service of the Central Military Hospital, where patient record data were taken. In terms of sex, age, sex, origin, surgical approach and evolution of the patients operated in said period. They were mostly male patients and the highest percentage were people between 41 and 50 years old. 85% of those operated are from urban areas. As for the type of surgical approach, 11.53% was open and 88.47% by video laparotomy. Regarding evolution, 89.29% were chronic, 9% acute, 0.82 vesicular poly and only 0.33%. The surgical approach of all these operations was by video laparoscopy, of which 2 patients suffered bile duct lesions, which in this investigation represented 0.33%. One of them suffered an injury of Strasberg type E2 and the other Strasberg type A.

Keywords: surgical approach, video laparotomy, Strasberg type E2 and A.

SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO

Los pacientes con litiasis vesicular refieren padecer dolor transitorio, o constante, después de comer (sobre todo alimentos ricos en grasas) localizado en la parte derecha y alta del abdomen (hipocondrio derecho) o en el centro del mismo (epigastrio), acompañado de náuseas y en ocasiones de vómitos de contenido alimentario o amarillo (biliar), por un periodo entre 1 y 24 horas. Esto es considerado como un cólico biliar típico producido por la litiasis vesicular. La extracción de la vesícula y los cálculos (colecistectomía) es el mejor tratamiento para estos pacientes. Algunas veces el dolor se irradia a la espalda (espacio interescapular en la región dorsal). En algunos pacientes los síntomas son de menor intensidad y consisten solamente en una vaga molestia abdominal (en la "boca del estómago") o dispepsia⁽¹⁾.

El diagnóstico de litiasis vesicular habitualmente se realiza por ultrasonido o ecografía abdominal. El hallazgo ultrasonográfico, de engrosamiento de la pared vesicular o de líquido perivesicular sugiere la presencia de colecistitis aguda⁽²⁾.

TRATAMIENTO

La litiasis vesicular asintomática no es indicación de colecistectomía excepto que la pared vesicular este engrosada (4 mm o más) o calcificada o que los cálculos sean mayores de 3 cm de diámetro. Cuando el paciente con litiasis vesicular comienza con dolores en el abdomen superior que no tienen otro origen, la colecistectomía electiva está indicada. Existen indicaciones urgentes de colecistectomía como son el caso de la: colecistitis aguda, pancreatitis biliar grave y colangitis^(2,3).

El paciente debe consultar con un cirujano si el episodio agudo fue resuelto o si los síntomas disminuyeron. Los pacientes que presentan dolor importante y defensa en el hipocondrio de-

* Jefe de Servicio de Cirugía

** Residente Servicio de Cirugía

Autor correspondiente: Dr. Raúl Cardozo Arias: Email: Raulcardozoarias@gmail.com

Recibido: 17 diciembre 2019 - Aceptado: 21 enero 2020

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons

recho, fiebre y leucocitosis deben ser atendidos inmediatamente por un cirujano⁽⁴⁾.

Los tratamientos alternativos como son, la disolución de los cálculos con agentes orales, ondas de choque extracorpórea con litotripsia y disolución directa de los cálculos con inyección de solventes directamente en la vesícula no son formas de tratamiento estándar y están reservados para situaciones especiales. La colecistectomía puede indicarse ocasionalmente en pacientes con dolor vesicular sin litiasis (colecistitis alitiásica)⁽⁵⁾.

La colecistectomía se puede realizar por vía laparoscópica o vía convencional (abierta). Las ventajas de la colecistectomía laparoscópica son: una corta estancia hospitalaria, retorno rápido a la actividad laboral y mínima cicatriz. Las desventajas son la visión limitada del contenido abdominal y la imposibilidad de palpar la vía biliar y otros órganos abdominales^(6,7).

COMPLICACIONES

En los pacientes a los que se les realiza colecistectomía electiva, las complicaciones referidas específicamente a la colecistectomía incluyen: lesión de la vía biliar, litiasis residual (dejar cálculos en vía biliar principal (colédoco) y lesión de órganos vecinos⁽⁸⁾.

CONVERSIÓN DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA A CONVENCIONAL ABIERTA

Aunque la colecistectomía laparoscópica es factible en la mayoría de los pacientes, la conversión a un procedimiento abierto suele ser necesario en algunos pacientes. La conversión no se debe considerar como una complicación por sí misma, sino como una decisión adecuada, cuando existe la presencia de adherencias, dificultades en delimitar la anatomía o cuando hay sospecha de lesiones. Entonces la conversión a un procedimiento abierto puede evitar complicaciones.⁽⁹⁾ La conversión es más frecuente en cirugías de pacientes mayores de edad, en aquellos que presentan: cirugías previas en el abdomen superior, pared vesicular delgada o colecistitis aguda. La incidencia de conversión a un procedimiento abierto es del 5 al 10 %⁽¹⁰⁾.

PRONÓSTICO

En la mayoría de los pacientes con riesgo quirúrgico ASA I y II, la colecistectomía laparoscópica electiva no requiere más de 24-28 horas de ingreso en la clínica. Las operaciones de urgencia ASA III y IV requieren un postoperatorio más largo. En la colecistectomía abierta, los pacientes son dados de alta aproximadamente a los 4-7 días de la cirugía. El ingreso hospitalario puede prolongarse en los pacientes en los que es necesario la colocación de drenajes abdominales, exploración de la vía biliar o en los que presentan alguna complicación de la vía biliar. Los pacientes colecistectomizados presentan remisión del dolor en el 95% de los casos. El 5 % que continúa con dolor se debe a que el origen del mismo es de otra causa diferente a la litiasis vesicular. Algunos pacientes presentan calambres, distensión abdominal, meteorismo, diarrea o acidez antes de la cirugía. Estos síntomas no son relativos a la patología vesicular y no disminuyen luego de la colecistectomía. Ellos pueden ser controlados por medio de dieta, o tratando si existe una causa que lo provoque como por ejemplo en los pacientes con acidez que requieren tratamiento del reflujo⁽¹¹⁾.

TRATAMIENTO DE LA LITIASIS DE LA VÍA BILIAR PRINCIPAL (COLÉDOCO)

Las opciones para el tratamiento de los cálculos de la vía biliar pueden ser quirúrgicos o endoscópicos. El tratamiento endoscópico es el indicado en los pacientes que presentan colangitis, pancreatitis grave o ictericia obstructiva. El tratamiento endoscópico de la litiasis de la vía biliar es efectivo pero está asociado con un riesgo bajo de pancreatitis, sangrado o perforación. El tratamiento quirúrgico de la litiasis de la vía biliar se puede realizar por vía laparoscópica si se dispone del instrumental adecuado y si el equipo quirúrgico tiene experiencia. La colecistectomía abierta con exploración de la vía biliar es un tratamiento seguro y efectivo especialmente en los pacientes con un cuadro agudo. El tratamiento no quirúrgico de la litiasis de la vía biliar en los pacientes que aún tienen vesícula debe ser realizado posterior a la consulta con un cirujano. Como la mayoría de los cálculos de la vía biliar provienen de la vesícula, la colecistectomía está indicada a menos que el paciente tenga un riesgo quirúrgico elevado^(12,13).

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo descriptivo de corte transversal en 607 pacientes colecistectomizados durante el año 2018 hasta julio del 2019 en el Servicio de Cirugía del Hospital Militar Central. Se accedieron a las fichas clínicas de los pacientes, de donde se extrajeron datos de pacientes en cuanto a sexo, edad, procedencia, abordaje quirúrgico y evolución de los pacientes operados en dicho período. Los datos fueron procesados y tabulados en planillas Excel los resultados fueron presentados en tablas con todos los datos y los gráficos estadísticos.

RESULTADOS

1. Sexo de los operados

En el Servicio de Cirugía del Hospital Militar Central fueron operados 607 pacientes por litiasis vesicular en sus diferentes tipos de los cuales 306 pacientes fueron de sexo masculino lo cual representa al 50,41% del total de y 301 pacientes de sexo femenino representando al 49,59% del total de los pacientes operados. Por lo tanto, la mayoría de los operados fue de sexo masculino.

2. Edades de los operados

De los 607 pacientes operados 20 contaban con edades entre 14 y 20 años, representando al 3,29%, 55 entre 20 y 30 años representando al 9,06%, 65 pacientes entre 31 y 40 años siendo esto el 10,71%, 165 entre 41 y 50 años representando al 27,18%, 135 pacientes entre 51 y 60 años representando al 22,14%, 73 pacientes entre 61 y 70 años representando al 12,03%, 53 pacientes entre 71 y 80 años representando al 8,73%, 28 pacientes de entre 89 y 90 años representando al 4,61% y los pacientes con más de 90 años fueron 13 representando al 2,14%.

3. Procedencia de los operados

De los 607 operados en el periodo 2018 a julio del 2019, 87 pacientes fueron de procedencia rural representando al 14,33% y 520 pacientes de procedencia urbana representando al 85,67% del total.

4. Abordaje quirúrgico utilizado

Tabla 1: Abordaje quirúrgico utilizado en pacientes operados de litiasis vesicular en el Servicio de Cirugía del Hospital Militar Central de enero 2018 a junio 2019

ABORDAJE QX	CANTIDAD	%
CONVENCIONAL	70	11,53
LAPAROSCOPIA	537	88,47
TOTAL	607	100,00

Fuente: Elaboración propia con datos 2019 del Hospital Militar

5. Evolución

Se realizaron 549 procedimientos como cirugías programadas y 58 fueron realizados como urgencia (colecistitis Aguda Litiasica)

Tabla 2: Evolución de los pacientes operados de litiasis vesicular en el Servicio de Cirugía del Hospital Militar Central de enero 2018 a junio 2019

EVOLUCIÓN	CANTIDAD	%
URGENCIA CIRUGIA PROGRAMADA	58	9,5
	549	90,5
TOTAL	607	100

Fuente: Elaboración propia con datos 2019 del Hospital Militar

CONCLUSIONES

Se pudo observar que en el periodo de enero del 2018 a junio del 2019 de 607 intervenciones quirúrgicas por litiasis vesicular en su mayoría fueron pacientes de sexo masculino y el porcentaje mayor fue a personas de entre 41 y 50 años. El 85% de los operados es de procedencia de zona urbana. En cuanto al tipo de abordaje quirúrgico el 11,53% fue por vía abierta y el 88,47% por video laparoscopia. En cuanto a la evolución el 90,5 % de los procedimientos fueron realizados como cirugías programadas y el 9,5 % como cirugías de urgencia (colecistitis Aguda Litiasica). Dos pacientes sufrieron lesiones de vías biliares que en esta investigación representó al 0,37% del total de operados desde enero del 2018 hasta junio del 2019 y es el porcentaje que se maneja a nivel mundial, cabe destacar que estos procedimientos fueron realizados por videolaparoscopia y fueron cirugías programadas, ambos fueron pacientes de

sexo masculino, uno de 60 años y el otro de 63 años.

El paciente de 60 años tuvo una lesión Strasberg E2. La técnica de la Vista Crítica de Strasberg consiste en la disección y liberación del triángulo de Calot hasta exponer la arteria y el CC y exponer la base del hígado. Una vez constatada esta vista, estas estructuras solo pueden corresponder al conducto y a la arteria cística, en casos de conductos aberrantes o en casos de vesículas muy inflamadas, se sugiere la exposición de la capa interna de la subserosa, optimizando la vista crítica⁽¹⁴⁾.

Mientras que el paciente de 63 años tuvo una lesión tipo Strasberg A, Fuga biliar en pequeño conducto en continuidad con el hepático común. En conducto cístico o canal de Luschka⁽¹⁵⁾.

Las lesiones iatrogénicas de la vía biliar constituyen una nueva enfermedad, una enfermedad generada por el cirujano que engendrara siempre para el paciente una alta dosis de riesgos, sufrimientos, daños orgánicos, psicológicos y económicos, disminuirá siempre su calidad de vida y en el mejor de los casos lo convertirá en un "lisiado biliar", pues los pacientes que han sufrido una injuria biliar estarán siempre en riesgo de una estenosis o una re-estenosis.

El mejor tratamiento por lo tanto es sin dudas su prevención, pues no existe solución mágica ni 100% efectiva para estos pacientes aun en las mejores manos. No existen "recetas" para su manejo, pues cada paciente implicara sin dudas un reto. Su ocurrencia es totalmente evitable y por lo tanto recae totalmente en la responsabilidad y el buen juicio del cirujano el poder evitarlas.

En vista de lo totalmente aberrante que puede ser la anatomía de la vía biliar, no existe medio mejor para asegurar la integridad de la vía biliar que una disección meticulosa y muy gentil de los elementos del triángulo de Calot, el cirujano debe asegurarse por todos los medios, ya sean reparos anatómicos, (triángulos de seguridad etc) colangiografías, opinión de otros colegas antes de ligar o clipar las estructuras bilio vasculares. Poner por delante el bienestar y la seguridad del paciente y hacer puertos accesorios, laparotomizar, buscar ayuda antes que continuar con una laparoscopia insegura y "salvar el honor". No existen dudas de que la mejor oportunidad para el paciente es la primera reparación, por ende todos los cirujanos laparoscopistas deben tener un sólido conocimiento sobre este tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Doherty G. Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgicos. Décimo tercera ed. México: McGraw-Hill; 2011.
2. Almora CL, Arteaga Y, Plaza T, Prieto Ferro Y, Hernández Hernández Z. Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. Revisión bibliográfica. Rev Ciencias Médicas. 2012; 16(1):200-14.
3. Romero C, Barrera J, Pascual C, Valdés J, Molina E, Rey R, et al. Factores de riesgo en la litiasis vesicular. Estudio en pacientes colecistectomizados. Rev Cubana Cir 1999; 38: 88-94
4. Mendoza H. Relación entre los factores de riesgo de la Colelitiasis y los tipos de Litiasis en pacientes colecistectomizados hospital Octavio Mongrut año 2010-2011. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Repositorio de tesis digitales.
5. Lama G, Rojas A. Prevalencia de colecistitis aguda y los factores predisponentes en pacientes atendidos en el Hospital de la Policía desde Enero 2013 – Enero 2014.
6. Crisolino A, Mateos L, Garzón M, Hernández F, Argenta S. Colecistitis aguda en el servicio de medicina interna durante 4 años. Revista clínica española. 2013.
7. Carreño J. Colecistitis alitiásica: Incidencia y factores de riesgo asociados, servicios de emergencias y medicina crítica del Hospital General Luis Vernaza, enero 2008-diciembre 2010.
8. Andrén-Sandberg A, Alinder G, Bengmark S. Lesiones accidentales del conducto biliar común en la colecistectomía: factores pre y perioperatorios de importancia. Ann Surg 1985; 201: 875-80.
9. Márquez F, Peláez D, Pezzano E, Varela L. Comportamiento de factores de riesgo de conversión de la Colelap a colecistectomía abierta. Hospital General de Barranquilla, enero de 2014-abril de 2015. Biociencias. 2015; 10(2):81-8.
10. Chiche L, Letoublon C. Tratamiento de las complicaciones de la colecistectomía. Elsevier 2010. Doi: 10.1016/S1282-9129(10)58000-0
11. González R, Martínez Alfonso MA, Torres Peña R, López Milhet AB, Pereira Fraga JG, Barreras González J. Reintervenciones por complicaciones después de realizada colecistectomía laparoscópica. Rev Cubana de Cir. 2011; 50(3):302-11.
12. Tejedor Bravo M, Albillos Martínez A. Enfermedad litiasica biliar. Medicine. 2012; 11(8):481-8.
13. Gómez NA, Zapatier J, Vargas PE. Ventajas reconocidas de la colecistectomía por minilaparotomía frente a la colecistectomía laparoscópica. Cir Esp 2006; 79:130-1.
14. Honda G, Iwanaga T, Kurata M, Watanabe F, Satoh H, Iwasaki K. The critical view of safety in laparoscopic cholecystectomy is optimized by exposing the inner layer of the subserosal layer. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2009; 16: 445-9. Doi: 10.1007/s00534-009-0060-3
15. Mercado MA, Chan C, Orozco H, Hinojosa CA, Tinajero JC, Santamaría Galeotti LN, et al. Bile duct reconstruction after iatrogenic injury in the elderly. Ann Hepatol. 2004; 3(4):160-2.