

10 años de cirugía biliar en Montevideo

Resultados

Dres. Guillermo Piacenza¹, Daniel Czarnevicz², C. Ferreira²

Resumen

Los autores realizan una revisión estadística de 7000 casos de cirugía biliar realizados en la ciudad de Montevideo durante el período 1980-1989. Para su estudio se consideran 2 grupos: 1) cirugía simple; 2) cirugía compleja, donde se incluyen los pacientes operados de urgencia, mayores de 60 años y aquellos con compromiso de vía biliar principal. Existió un leve predominio de la cirugía compleja (52%), siendo similar la distribución por sexo en ambos grupos. La morbilidad global fue del 15,61%, siendo francamente mayor para el grupo de cirugía compleja (21,7%) que para la simple (9%). El porcentaje de reintervenciones de 3,6% (237 pacientes) siendo el triple en el grupo de cirugía compleja. Se concluye que queda ampliamente justificada la división entre cirugía simple y compleja, los malos resultados obtenidos en nuestro medio y que el factor de riesgo que más influye en la morbi-mortalidad es la cirugía de urgencia.

Palabras clave: Patología biliar
Incidencia
Prevalencia
Morbilidad
Uruguay

Summary

The authors make a statistical revision of 7000 cases of biliar surgery carried on in Montevideo between 1980 and 1989. In order to study them, two groups are taken into account: 1) simple surgery 2) complex surgery, which includes urgent operations, patients older than 60, and those with main biliar viae involvement. There was a slight

predominance of complex surgery (52%), sex distribution being the same in both groups. Global mortality was 15,61%; it was definitely greater in the complex surgery group (21,7%) than in the simple one (9%). The percentage of reoperation was 3,6% (237 patients), infectious complications were the main cause. Global mortality was 2,99% (206 patients); it was three times greater in the complex surgery group. Authors conclude that the division between simple and complex surgery is extensively justified, the bad results obtained in our country and that the main risk factor as regards mortality is urgent surgery.

Introducción

La litiasis biliar es la patología más frecuente del tubo digestivo. Gliedman ⁽¹⁾, refiere que un 12% de la población de EEUU tiene o tuvo litiasis biliar, siendo ésta la principal causa de indicación quirúrgica. En cifras absolutas esto corresponde aproximadamente a 500.000 colecistectomías anuales, las que provocan 5.000 a 8.000 muertes (1%), generando un costo de un billón de dólares.

Desde que Langenbuch ⁽²⁾ en 1890, expresara que «la vesícula debe ser extirpada, no porque contenga cálculos, sino porque los forma», muchos han sido los progresos en cirugía biliar, convirtiéndose la colecistectomía en la intervención abdominal con menor morbimortalidad y con los mejores resultados a largo plazo. Pero en las últimas dos décadas han aparecido otras alternativas terapéuticas ⁽³⁾, que si bien se encuentran aún en sus etapas iniciales, deberán enfrentar sus resultados a los de la colecistectomía convencional si pretenden permanecer viables y ocupar un lugar permanente en el tratamiento de la enfermedad litiasica.

En base a lo expuesto, es decir la elevada frecuencia y el advenimiento de técnicas alternativas de tratamiento, creemos conveniente rever los resultados de la cirugía biliar en nuestro medio, durante los últi-

Clínica Quirúrgica «2» (Director Prof. Dr. C. Silva).

¹ Ex Profesor Adjunto Departamento de Emergencia. (†) ² Asistentes Clínica Quirúrgica.

Trabajo presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 30 de junio de 1992.

Correspondencia: Dr. Daniel Czarnevicz. Sociedad de Cirugía del Uruguay. Hospital de Clínicas 4P. Av. Italia s/n. Montevideo, Uruguay.

Tabla 1. Datos recabados de las historias clínicas

1. Sexo y edad
2. Oportunidad operatoria
3. Ictericia
4. Procedimiento quirúrgico
5. Complicaciones
6. Reintervenciones
7. Mortalidad

mos 10 años. Será éste, entonces, el objetivo de nuestro trabajo.

Material y método

Para la realización de este trabajo se estudiaron, en forma retrospectiva, 7000 casos de cirugía por litiasis biliar, operados en la década del 80 (1980–1989). Se consideraron diferentes Centros Asistenciales seleccionados según un criterio estratificado e, involucrando estratos sociales diferentes, lo que en su conjunto representan un muestreo de la población de Montevideo. Los métodos estadísticos utilizados nos han permitido una precisión de $\pm 0.1\%$ con un límite de confianza del 99.9%.

Los datos recabados son los que se ven en la tabla 1. Para el análisis de estos datos se utilizaron tablas de contingencia, prueba de Yates y X^2 , estableciéndose una significancia estadística para $p < 0.05$.

Concomitantemente se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica extranjera, de manera de poder realizar estudios comparativos con nuestros resultados.

Resultados

Los casos estudiados fueron divididos en dos grupos: 1) cirugía simple y 2) cirugía compleja. La cirugía compleja corresponde a las operaciones de urgencia, pacientes mayores de 60 años, y/o con compromiso de la vía biliar principal (v.b.p.) ya sea diagnosticada en el pre como en el intraoperatorio. Esta división la realizamos siguiendo los criterios de Gliedman ⁽¹⁾ y Hess ⁽⁴⁾ y se justifica dada la mayor morbimortalidad de la cirugía compleja.

De los 7.000 casos analizados, el 48% (3357) correspondieron al grupo de cirugía simple, mientras que en el 52%, 3643 casos, la cirugía fue compleja. En este grupo de cirugía compleja, la edad fue determinante en 1394 casos (38.3%), la urgencia en 618 (17%) y la participación de la v.b.p. en 301 (8.3%); en

Tabla 2. Distribución etaria en los diferentes grupos

	C. Simple	C. Compleja
Menores 40 años	1.108 (26.4%)	383 (9.1%)
40–60 años	2.249 (73.6%)	808 (22.2%)
Mayores 60 años		2.503 (68.7%)

998 (27.4%) 2 factores de complejidad se asociaron, en tanto en 333 casos (9.1%) 3 fueron los factores presentes. La distribución por sexo fue similar para ambos grupos: 24.1% y 37.4% sexo masculino en cirugía simple y compleja respectivamente; y 75.9% y 62.6% para el sexo femenino. La distribución etaria es la que se observa en la tabla 2.

La morbilidad global fue del 15.61% (1093 casos) y, como era de esperar, fue diferente para ambos grupos: de los 3357 casos de cirugía simple, 301 —es decir el 9%— se complicaron mientras que, de los 3643 casos de cirugía compleja, lo hicieron 792, o sea un 21.7%; ésta es una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.0005$). Si analizamos la distribución por sexo vemos que es mayor el porcentaje para el sexo masculino, 21.9% (475 pacientes), mientras que para el sexo femenino fue de 12.79% (618 pacientes); relación ésta que se mantiene tanto en el grupo de cirugía simple como el de compleja.

La cirugía de urgencia presentó una morbilidad global del 31.68%, que triplicó a la de la cirugía de elección que fue del 10.88%. Relacionando morbilidad y edad comprobamos que para los menores de 40 años la morbilidad fue del 9.89% (143 enfermos), para el grupo de 40 a 60 años fue del 16.58% (507 pacientes) y para los mayores de 60 años fue del 17.72% (443 pacientes). Hay pues una relación directa entre morbilidad y edad, lo que traduce, sin duda, la «mayor edad» de la enfermedad en los pacientes añosos, con el mayor riesgo de complicación. Analizando solamente el grupo de cirugía compleja vemos que la distribución de la morbilidad fue la siguiente: en cirugía compleja por edad 9.1%, por urgencia 25.6%, por participación del v.b.p. 36.8%, en la compleja por 2 factores del 30.2% y por 3 factores del 28.6%. Mediante pruebas de correlación comprobamos que, si bien el mayor porcentaje de casos complicados correspondió al grupo con participación de la v.b.p., el factor que más influye en forma individual para la aparición de complicaciones es la intervención de urgencia.

Por último analizamos la morbilidad global para cada procedimiento, la cual vemos en la tabla 3.

Nos referimos en forma detallada a las complicaciones más relevantes, ya sea por frecuencia o por su jerarquía. Las complicaciones parietales fueron las más frecuentes presentándose en 3.8% de los casos

Tabla 3. Morbilidad de los procedimientos realizados

	%	N
Colecistectomía	11,9	5.828
Colecistectomía + coledocotomía	31,2	760
Colecistectomía + derivación B-D	9,0	174
Colecistectomía + papilotomía quir.	100,0	16
Colecistectomía + coledocostomía + papilotomía	50,0	32
Coledocostomía	40,0	79
Colecistostomía	66,6	95
Colecistostomía + coledocostomía	100,0	16

Tabla 4. Tipos y frecuencia de los drenajes utilizados

	%	N
Subhepático	72,4	5.068
Kehr	2,0	140
Transcístico	2,2	154
Subhepático + transcístico	10,2	714
Subhepático + Kehr	13,2	924

de cirugía simple (127 enfermos) y en 5.6% (189 pacientes) de cirugía compleja ($p < 0.0005$).

Dentro de las complicaciones parietales la supuración fue la más frecuente, seguida de la eventración y la hemorragia.

Resulta interesante destacar que, si bien el mayor porcentaje de infecciones parietales se vieron cuando se actuó sobre la vía biliar principal, el factor con más influencia para la aparición de la misma fue la edad.

Las infecciones intraabdominales, dentro de las que consideramos abscesos subfrénicos, hepáticos, subhepáticos e interasas, ocurrieron en 48 pacientes de cirugía simple (1.4%) y 80 de cirugía compleja (2.1%) ($p < 0.002$).

Considerados en conjunto las complicaciones infecciosas, ya sea parietales o intraabdominales, se vieron en 127 casos de cirugía simple (4.8%) y en 191 de cirugía compleja (5.1%). Vemos entonces que la infección fue la principal causa de complicaciones en la cirugía simple, no así en la compleja, donde la complicación más frecuente fue la litiasis residual.

La colangitis postoperatoria se presentó en 48 casos de cirugía compleja (1.3%), no registrándose ninguna en el grupo de cirugía simple; 16 de estos enfermos (33%) fallecen vinculados a una colangitis persistente y sepsis. Debido a la mala calidad de las

historias en solo 1/3 de los casos se pudo constatar una litiasis residual como causa de la colangitis, desconociéndose la etiología de la misma en el resto.

No se registraron casos de peritonitis biliar en la cirugía simple, pero sí en la compleja, donde hubo 16 enfermos (0.4%) con esta complicación. En nuestra serie presentó una mortalidad del 100%, es decir fallecieron todos los pacientes con peritonitis biliar postoperatoria, pero lamentablemente, y de nuevo la mala calidad de las historias clínicas, desconocemos la etiología de la misma.

La hemorragia postoperatoria intraabdominal se presentó en el 0.5% (16 pacientes) de cirugía simple, y en el 0.9% (32 casos) de cirugía compleja. Resultó imposible establecer la causa de la misma por falta de datos en las historias, lo cual nos impide también desarrollar este ítem.

La litiasis residual se presentó en 332 pacientes (4.75%) de los cuales 63 casos correspondieron al grupo de cirugía simple (1.9%) y en 269 (7.4%) al de cirugía compleja, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.0005$). No hubo diferencias en cuanto a la distribución por sexo de esta complicación, pero sí vale la pena destacar que en el 50% de las 332 litiasis residuales, se realizó colangiografía intraoperatoria y no se registraron casos de litiasis residual cuando se realizaron más de una colangio i/o. Resulta interesante que prácticamente en el 75% de los casos de litiasis residual, el cirujano dejó un drenaje transcístico o un tubo de Kehr. Analizando el grupo de cirugía compleja vemos que de los 269 casos, solamente fue urgencia en 11.8%, por participación de la v.b.p. en 17%, por edad y urgencia en 29.4%, por urgencia y compromiso de la v.b.p. en 17.6%, por edad y v.b.p. en 11.8%, y por 3 factores en 11.8%.

De esto surge que la urgencia sola o asociada a otro factor, estuvo presente en el 70% de los casos, la participación de la v.b.p. descubierta en el intraoperatorio, en un 52%, la ictericia preoperatoria en un 35%, y la edad en un 52%. Pero, si bien el mayor número de casos de litiasis residual se dio en los operados de urgencia, por medio de estudios de correlación comprobamos que el factor de riesgo que más influye en forma individual, es el compromiso de la v.b.p. descubierto en el intraoperatorio.

La incidencia de herida de v.b.p., fue del 0.5% (16 pacientes) en cirugía simple y del 0.9% (32 pacientes) en cirugía compleja, ($p < 0.05$). El hecho de que ningún enfermo haya sido reintervenido y que todos se asociaran al uso de un tubo de Kehr, está determinando que este porcentaje abarca solo heridas conocidas en el intraoperatorio.

La ictericia postoperatoria no se registró en la cirugía simple, pero sí en 96 casos (2.6%) de cirugía compleja. Lamentablemente, por la calidad de las historias clínicas, solamente en 32 pacientes (33%)

Tabla 5. Mortalidad para cada procedimiento realizado

	%	N
Colecistectomía	2,17	127/5.828
Colecistectomía + Coledocotomía	6,25	48/760
Coledocostomía	20,0	16/79
Colecistostomía	16,67	16/95

se pudo vincular a la litiasis residual como factor etiológico, desconociéndose la misma en el resto. Debemos destacar que la mortalidad de esta complicación fue del 50% (48 pacientes fallecen).

La fístula biliar se registró solamente en cirugía compleja, presentando una incidencia del 2.6% (96 casos), desconociéndose la etiología de la misma en todos ellos.

Las fístulas digestivas se presentaron en 32 casos (0.9%) de cirugía simple y en 48 (1.2%) de cirugía compleja, no existiendo una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p < 0.05$). El 40% de estos 80 pacientes fueron reintervenidos, siendo las heridas de duodeno y de colon las más frecuentes.

La pancreatitis postoperatoria solo se registró en la cirugía compleja, y su incidencia fue del 13% (48 casos); si bien no se pudo recabar información sobre el tipo de pancreatitis, su mortalidad fue alta, 32.5% (15 muertes). Es de destacar que todos los casos se presentaron en situaciones de urgencia.

Otras complicaciones que se presentaron fueron: 1) hemorragia digestiva en 32 casos (0.9%) de cirugía compleja, 2) oclusión intestinal, también en 32 casos (0.9%) de cirugía compleja, 3) síndromes postcolecistectomía en 16 casos (0.5%) de cirugía simple y 4) complicaciones respiratorias, que llamativamente se registraron solamente en cirugía simple, 16 casos (0.5%).

Se usaron drenajes en 5733 casos (81.9%) del total de la serie, mientras que en 1267 (18.1%) no se dejaron ningún tipo de avenamientos. El tipo de drenajes utilizado son los que se detallan en la tabla 4 y como es lógico existe una amplia mayoría de drenajes subhepáticos.

Fueron reintervenidos 237 pacientes (3.6%), de los cuales 79 (2.4%) eran del grupo de cirugía simple, mientras que en cirugía compleja se reintervinieron 158 enfermos (4.8%); esta es una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.0005$). En los 237 pacientes reintervenidos las complicaciones presentes fueron: litiasis residual (19.4%), oclusión intestinal (13.5%), fístula biliar (13.5%), las complicaciones infecciosas incluyendo abscesos y peritonitis, (40.5%),

la hemorragia (6.7%), y las fístulas digestivas (13.5%); debemos destacar que muchos de los pacientes reintervenidos presentaron más de una complicación como causa de la misma.

La mortalidad fue de 206 enfermos (2.94%), de los cuales 48 (1.4%) correspondieron a la cirugía simple y 158 pacientes (4.3%) para la compleja ($p = 0.0005$). Lamentablemente la causa de la muerte no consta en la mayoría de las historias clínicas, donde el paro cardiorrespiratorio es habitualmente mencionado; figuran como causa de muerte la sepsis en 16 enfermos (7.7%), la insuficiencia hepatocítica en 31 (15%), la hemorragia digestiva en 16 (7.7%), en el resto 143 enfermos (69.2%) desconocemos la causa. En nuestra serie la urgencia presentó una mortalidad 5 veces mayor que para la cirugía de elección, 6.93% y 1.76% respectivamente. La distribución por sexo nos muestra que mientras solo el 2.3% de las mujeres fallecen, lo hacen el 4.38% de los hombres, evidenciando la mayor complejidad de esta cirugía en el sexo masculino. Como es lógico suponer, y al igual que en la morbilidad, la mortalidad aumenta con la edad, siendo del 1.1% (16 enfermos) en los menores de 40 años, del 2.07% (63 enfermos) en el grupo de 40–60 años, y del 5.06% (127) para los mayores de 60 años.

Si analizamos solo el grupo de cirugía compleja vemos que la mortalidad fue de 16 pacientes (1.1%) cuando la cirugía fue compleja por la edad; por urgencia también 16 pacientes (2.6%), por participación de v.b.p. 16 pacientes (5.3%). cuando fue compleja por 2 factores 79 pacientes (7.9%) y por 3 factores 32 pacientes (9.5%). Resulta claro que existe una proporción directa entre mortalidad y el número de factores determinantes de complejidad. Al igual que en la morbilidad, la urgencia es el factor de riesgo que más influye en forma individual.

Por último la mortalidad para cada procedimiento es la que vemos en la tabla 5.

Comentario

El análisis de esta serie de 7.000 casos nos permitirá estudiar diferentes variables, pero no debemos olvidar que este es un estudio retrospectivo y, por lo tanto, presenta todas las limitaciones de los mismos.

Desde el primer momento vemos que queda ampliamente justificada la división en los 2 grupos de cirugía: simple y compleja. También se hace evidente la mayor morbilidad y mortalidad de la cirugía biliar en el hombre.

Las complicaciones infecciosas fueron las más frecuentes, a pesar de que la cirugía biliar es en principio una cirugía limpia. Pero en la aparición de estas complicaciones juegan un rol preponderante factores preoperatorios, intra y postoperatorios, y el estado inmunitario del paciente⁽⁵⁾. Esto último es quizá lo

que está explicando que la edad haya sido, en nuestra serie, el factor con más influencia para la aparición de estas complicaciones. Debemos hacer una mención aparte para los abscesos intraabdominales fundamentalmente los subfrénicos y los subhepáticos; estos abscesos no son excepcionales en cirugía biliar presentando en series internacionales una frecuencia del 1.1% ⁽⁴⁾ similar a la de nuestra serie que fue de 1.8%. Para la mayoría de los autores las colecciones subhepáticas no son raras, pero la mayoría se reabsorben espontáneamente; los abscesos subfrénicos habitualmente se desarrollan por propagación de una supuración subhepática o por rotura de abscesos hepáticos.

La falta de datos en las historias clínicas no nos permite analizar en forma precisa algunas complicaciones. Este es el caso de las hemorragias postoperatorias intraabdominales, que si bien en nuestra serie no presentaron una elevada frecuencia, no podemos olvidar que es una complicación grave que frecuentemente exige la reintervención del enfermo y, que de no ser diagnosticada o sospechada a tiempo, puede ser causa de muerte ⁽⁶⁾. Las causas de hemorragia pueden ser múltiples, desde la falla de la ligadura de la arteria cística hasta las causadas por coagulopatías de consumo pasando por los desgarramientos hepáticos, sangrados del lecho vesicular, etc.

La litiasis residual conforma por sí sola un capítulo, importante dentro de la cirugía biliar, siendo una complicación potencialmente evitable. Si bien los adelantos en la detección pre e intraoperatoria de la litiasis coledociana permiten detectar un número importante de casos, los mismos son incapaces de lograr un 100% de efectividad. Esto estaría apoyado por los resultados de Gliedman ⁽¹⁾ que muestran hasta un 15% de litiasis residual a pesar del uso de colangiografía i/o, sola o asociada a la debitomanometría. Debido a esto, más importante que conocer la incidencia de litiasis de la v.b.p., que oscila entre 2.3–10%, es reconocer los factores de riesgo para su presencia. La ausencia de ictericia, colédoco 10 mm y exámenes de laboratorio normales, se asocian a litiasis coledociana en un 5% de casos. La elevación de la bilirrubina y la fosfatasa alcalina llevan los valores a un 33–66%; la ictericia, el colédoco dilatado y los exámenes de laboratorio alterados se asocian a un 100% de litiasis coledociana. Pero debemos recordar que estos factores de riesgo son solo orientadores y no absolutos. Autores como Skilling ⁽⁷⁾ y Wethoff ⁽⁸⁾ sostienen que en ausencia de factores de riesgo, la colangiografía no identifica entre 2.3–10% de la litiasis de la v.b.p., con un porcentaje de falsos negativos entre 1.7–6% ⁽⁹⁾ y falsos positivos entre 2.5 y 22%; estas cifras caen a un 4% cuando a la colangiografía se le asocia la coledoscopia ⁽¹⁰⁾. En nuestra serie la sensibilidad fue del 52.38% y la especificidad 46.08%; a pesar de estos resultados «aparentemen-

te malos» es opinión de los autores que las ventajas de la colangiografía sistemática superan las desventajas ⁽¹¹⁾. Una explicación para estos resultados es que gran parte de estos casos provienen del medio hospitalario, donde los equipos radiológicos utilizados no son buenos y la experiencia del equipo quirúrgico, habitualmente, no es muy vasta.

A favor de esta posible explicación se encuentra el hecho de que en una alta proporción de casos de litiasis residual el cirujano dejó un drenaje transcístico o dejó un Kehr, evidenciando la sospecha intraoperatoria de una litiasis coledociana, que por alguna causa no fue comprobada.

Si bien la frecuencia de la litiasis residual en nuestra serie fue del 4.75% —valores bajos para los que se manejan en la literatura— recordemos que nuestra cifra puede verse incrementada por otras formas no identificadas, así como por algunos casos que cursaron con ictericia postoperatoria o fístula biliar. Es decir, que este porcentaje refleja sin duda el mínimo de casos de litiasis residual y no evidencia la realidad del problema.

Para finalizar con la litiasis residual, queremos recalcar que debe ser considerada como complicación grave, por varios factores:

- A) por su elevada frecuencia; Zollinger ⁽¹²⁾ reconoce que un 10% es la incidencia de la litiasis coledociana y, a su vez, un 10% de estas condicionan una litiasis residual. Como ejemplo se acepta que en EE.UU. 30.000 pacientes por año quedan con una litiasis residual.
- B) la litiasis residual aumenta los riesgos de infección y colangitis; recordemos que Lippsett y Pitt ⁽¹³⁾ demostraron el aumento de la flora biliar en presencia de una obstrucción.
- C) la morbilidad de la cirugía de la litiasis residual, que es aproximadamente del 4%, duplica a la de una coledocostomía primaria y cuadruplica a la de una colecistectomía simple ⁽¹⁴⁾. Si bien, como mencionáramos al principio del trabajo, el advenimiento de nuevas técnicas posibilitan el tratamiento de la litiasis residual sin una reintervención, las mismas no están exentas de riesgos ⁽¹⁾.
 - la extracción incruenta ofrece un 95% de buenos resultados, con una morbilidad del 5%, dominada por sepsis, fiebre y pancreatitis, y con una mortalidad del 0%.
 - la papilotomía endoscópica ofrece resultados positivos en el 91.6% con una morbilidad del 7.6% y una mortalidad de 1.1 a 2.2%. En aproximadamente 10% no se pueden extraer los cálculos.
 - otras técnicas como la coledococlitosis y litotripsia quedan limitadas a casos particulares y con resultados inciertos.

La herida de la vía biliar es una complicación direc-

tamente vinculada a las maniobras quirúrgicas. Su incidencia es baja, Harrison refiere un 0.2% (47 casos) en 22.255 enfermos, Borgstrom 0.1% (5 en 5.656) y Ake-Andren⁽¹⁵⁾ en una revisión multicéntrica refiere una frecuencia del 0.7%.

Los tipos de lesión comprenden desde la sección total a secciones parciales de la misma. Lilleman⁽¹⁶⁾ refiere que solo entre el 12 y el 46% se reconocen en el intraoperatorio y en este sentido la colangiografía intraoperatoria resulta fundamental en el diagnóstico, permitiendo no solo topografiar la lesión sino también evidenciar su tipo^(15,17). El no reconocimiento de estas situaciones en el acto quirúrgico origina diferentes complicaciones: ictericia, fístulas biliares, colangitis a repetición. El manejo de estas situaciones es habitualmente difícil y no es la finalidad de este trabajo su discusión⁽¹⁸⁻²⁰⁾. En nuestra serie, recordemos que la herida de v.b.p. fue del 0.68%, pero el análisis retrospectivo no es el adecuado para conocer su verdadera frecuencia ya que como vimos, gran parte de las mismas pueden pasar desapercibidas.

La ictericia postoperatoria es una complicación grave e inquietante para el cirujano, y su tratamiento correcto exige un diagnóstico previo que permita ubicarla dentro del grupo de «ictericia médica» o «quirúrgica». Si bien las causas «médicas» prehepáticas son las más frecuentes, la lesión o ligadura de la v.b.p. y la litiasis residual deben ser consideradas hasta demostración de lo contrario. Van Thiel⁽²¹⁾ considera que la gran mayoría de las ictericias postoperatorias son secundarias a injuria hepática por hipotensión e hipoxia durante la intervención, al uso de fármacos hepatotóxicos durante la anestesia, post-transfuncionales o por hepatopatía asociada. No analizaremos los diferentes estudios diagnósticos que deben ser realizados frente a esta complicación ya que exceden la finalidad de esta presentación⁽²²⁾. En nuestra serie la frecuencia fue del 2.6%, pero debemos recalcar que presentó una mortalidad del 50%, lo cual certifica la gravedad de esta complicación y la severidad de las patologías médicas y/o quirúrgicas que la ocasionan.

Las fístulas biliares, que en nuestra serie presentaron una elevada frecuencia (1.37%), pueden clasificarse en precoces o tardías según el momento de aparición⁽⁴⁾. Al igual que la ictericia postoperatoria es potencialmente siempre, hasta demostración de lo contrario, una complicación grave que exige un diagnóstico etiológico preciso. Las fístulas con un gasto inferior a 200 ml/día habitualmente carecen de importancia y cierran espontáneamente, siendo su causa más frecuente la permeación de bilis por canalículos accesorios^(23,24); pero aquellas con un gasto superior a 800 ml/día son muy difíciles de manejar, no solo por la deshidratación y distonía que producen, sino que en las totales, se agrega el efecto deletéreo de la falta de bilis a nivel intestinal. Estas fístulas de alto gasto

se asocian habitualmente a un obstáculo distal o a una herida grave de la v.b.p.^(23,24). Tiene además gran importancia la adición o no de jugo pancreático, es decir, si es una fístula biliar pura, o una fístula biliopancreática comportándose estas últimas prácticamente como fístulas duodenales⁽²⁵⁾. Pero recordemos que siempre debemos pensar en qué es lo que está manteniendo la fístula, ya que ésta habitualmente es consecuencia de una litiasis residual o de una herida de la v.b.p.

Las fístulas digestivas por lo general son secundarias a heridas inadvertidas de vísceras huecas, o menos frecuentemente como consecuencia de una falla anastomótica de una derivación biliodigestiva⁽²⁶⁾. Es obvio que sus consecuencias y tratamiento varían con el órgano involucrado y así las colónicas tienden a cerrar espontáneamente, mientras que las duodenales y yeyunales altas son consideradas como las fístulas de más difícil manejo, siendo habitualmente necesaria una laparotomía para lograr su control. La frecuencia con que esta complicación se presentó en nuestra serie (1.14%) es mayor que la que se maneja en la literatura internacional⁽⁴⁾, con el agravante de que por ser el nuestro un estudio retrospectivo, este 1.14% es el número mínimo de fístulas digestivas. Como explicación de esta mayor incidencia podría estar el hecho de que es un estudio multicéntrico, con un gran volumen de casos provenientes de centros universitarios, es decir tratados por cirujanos en formación.

La aparición de una pancreatitis postoperatoria es una de las complicaciones más importantes y más temibles^(27,28). Su frecuencia, que en nuestra serie fue del 0.69% y se presentó solo en la cirugía compleja, no se conoce con exactitud ya que muchos casos pasan ignorados. La mayoría de las series hablan de un 0.52%, pero en un estudio realizado por Hess⁽⁴⁾ sobre 2972 enfermos, en un 11.3% se registraron hiperamilasemias, de las cuales solamente un 0.9% presentaron manifestaciones clínicas de pancreatitis. Si bien el mecanismo exacto de las pancreatitis postoperatorias se desconoce, los factores de riesgo más invocados son las operaciones sobre la v.b.p. y la historia previa de pancreatitis. Como es sabido por todos la clínica de esta patología es muy polimorfa, y más aún lo es, cuando aparece en el curso de un postoperatorio, de ahí que es muy difícil diagnosticarla precozmente. Recordemos que toda peritonitis postoperatoria puede en realidad ser una pancreatitis. Desde el punto de vista anatómico se pueden presentar como simples formas edematosas limitada a la cabeza del páncreas, hasta la necrosis total de la glándula; pero sea cual sea la forma anatómica debemos recordar que es una complicación con una alta mortalidad, que en nuestra serie fue del 32.5% (15 enfermos).

La mortalidad global en nuestra serie fue del