

CASO CLÍNICO

Lesión traumática por arma blanca de la vena porta y del colédoco

Dres. Leonardo Risi ¹, Raúl Mori ², Laura Miegges ³, Alberto Estefan ⁴**Resumen**

Presentación de un caso de lesión traumática por arma blanca del pedículo hepático: lesión de la vena porta y del colédoco. La lesión de la vena porta fue solucionada mediante una venorrafia y la de la vía biliar principal efectuando una hepático-yeyunostomía calibrada por un tubo transhepático en sedal. Este último procedimiento no lo hemos encontrado referido en la literatura consultada.

Palabras clave: Colédoco
Venas
Heridas y lesiones
Conducto biliar común
Técnicas quirúrgicas

Summary

A report is presented of a case of traumatic lesion from stabbing of the hepatic pedicle, lesion of the portal vein and of the common bile duct. The lesion of the portal vein was solved by means of venorraphy and that of the principal bile way through a hepatic jejunostomy calibrated by a transhepatic tube in seton. We have not found the latter procedure dealt with by the literature consulted.

Introducción

La lesión traumática del pedículo hepático (LTPH) no iatrogénica plantea múltiples proble-

mas en su resolución quirúrgica. En efecto, en una muy reducida región anatómica se encuentran situadas tres estructuras vitales: arteria hepática, vena porta y hepático-colédoco que pueden ser lesionadas de modo aislado o combinado.

La infrecuencia de las LTPH no iatrogénicas explica la escasa bibliografía nacional y extranjera. Ello justifica que un centro asistencial —y menos aun, un cirujano— no dispongan de una experiencia numéricamente significativa en el tratamiento de estas lesiones.

En nuestro medio se han referido a esta patología Perrone y Estefan ⁽¹⁾.

Esta comunicación tiene por finalidad presentar un caso de LTPH no iatrogénica (lesión de la vena porta y del colédoco) en el cual se empleó un procedimiento de reconstrucción biliar del cual no hemos encontrado referencias en la literatura nacional o extranjera.

Observación clínica

A.M. 65 años. Sexo masculino. Hospital Maciel.

A.P. alcoholismo. Gastrectomizado (se ignora la causa).

E.A. Herida penetrante por arma blanca del hipocondrio derecho. Al ingreso: intoxicación alcohólica aguda. Insuficiencia circulatoria periférica por hipovolemia.

Operación

Incisión transversa de hipocondrio derecho. Hemoperitoneo de 1.300 a 1.500 ml. Hipertensión portal. Lesión longitudinal de la vena porta de 1,5 cm.

Sección casi completa de la rama aferente del colon transversal. Hígado cirrótico. Sección completa del colédoco supraduodenal, cístico filiforme y de abocamiento alto en la vía biliar principal.

Ante los hallazgos operatorios se decide am-

1. Residente de Cirugía.

2. Ex-Asistente de Clínica Quirúrgica.

3. Ayudante de Anatomía

4. Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica «3». (Prof. Dir. Oscar Balboa). Hospital Maciel. Facultad de Medicina. Montevideo. Uruguay Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 11 de mayo de 1994.

Correspondencia: Dr. Leonardo Risi. Domingo Torres 4380. Montevideo.

Tabla 1. Tipos de lesión traumática del pedículo hepático (LTPH) no iatrogénica y su frecuencia.

Autor	VBP	VP	AH	Cerrado	Baía	AB	Total
Mattox (1975)	3 (13,6%)	22 (100%)	3 (13,6%)	2 (9%)	17 (77,2%)	3 (13,6%)	22
Graham (1978)	4 (10,8%)	37 (100%)	5 (13,5%)	?	?	?	37
Petersen (1979)	1 (3,5%)	28 (100%)		3 (10,7%)	15 (53,5%)	10 (35,7%)	28
Busuttil (1980)	14 (66,6%)	10 (47,6%)	4 (19%)	7 (33,3%)	13 (61,9%)	2 (9,5%)	21
Sheldon (1985)	4 (12,9%)	29 (93,5%)	3 (9,6%)	3 (9,6%)	18 (58%)	10 (32,2%)	31
	26 (18,7%)	126 (90,6%)	15 (10,7%)	15 (13,8%)	69 (63,3%)	25 (22,9%)	139

VBP: vía biliar principal; VP: vena porta; AH: arteria hepática; AB: arma blanca

Tabla 2. Clasificación de las LTPH no iatrogénicas. Estefan ⁽¹⁾

- Tipo I: lesión aislada de uno de los componentes del pedículo hepático (PH)
 - Ia: arteria hepática
 - Iv: vena porta
 - Ib: vía biliar principal.
- Tipo II: lesión combinada de dos de los componentes del P.H.
 - II a + v
 - II a + b
 - II v + b
- Tipo III: lesión combinado de los tres componentes del P.H.

pliar la vía de abordaje transformándola en una incisión en "boca de horno". Se procede a efectuar la maniobra de Pringle. Venografía con sutura continua de prolene 5-0. Disección de ambos cabos del hepático-colédoco. Ligadura del colédoco distal a nivel retroduodenal. Colectistectomía. Sección de 1 cm de la vía biliar principal proximal distal hasta llegar a tejidos de aspecto macroscópico "normal".

Hepático-yeyunostomía término-lateral sobres asa de Hivet-Warren modificada ⁽²⁾ calibrada por tubo transhepático derecho en sedal. Colostomía en cabos separados del colon transversal. Drenaje subhepático. Cierre parietal.

Posoperatorio

Sexto día: episodio de excitación que se interpreta como un síndrome de abstinencia alcohólica, durante el cual se produce la extracción parcial de tubo transhepático por su extremo proximal. A las 48 horas: deterioro hemodinámico, leucocitosis en aumento. Se plantea la existencia de un foco séptico intra-abdominal.

Primera reoperación

Reapertura de la incisión, líquido bilioso intraperitoneal escaso (100-300 ml). Desconexión de la pared abdominal de la rama aferente del asa de

Hivet-Warren modificada, los orificios del tubo transhepático se encuentran fuera del yeyuno. Se realiza la recolocación del tubo transhepático y la refijación del yeyuno. Secado exhaustivo de la cavidad peritoneal. Drenaje peritoneal. Al duodécimo día: evisceración.

Segunda reoperación

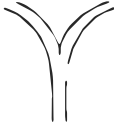


No se comprueban colecciones intraperitoneales ni ascitis. Secado peritoneal y emplazamiento de malla de polifom.

Tercera reoperación (decimocuarto día)

Sin lesiones intraperitoneales. Retiro de la malla de polifom y cierre parietal. A las 48 horas (decimosexto día) fallece por cuadro compatible con insuficiencia hepática aguda.

Discusión

La frecuencia de las LTPH no iatrogénicas varía entre 0,2% ⁽³⁾ y 5% ⁽⁴⁾ entre las lesiones traumáticas abdominales no iatrogénicas (tabla 1). Esta diferencia de incidencia de la LTPH no iatrogénicas podría ser explicada por un mejor diagnóstico, merced a los tratamientos de reanimación actuales que permiten la exploración operatoria

Tipos de lesión de la V.B.P.	Posibilidades tácticas
	<p>Biliorrafia</p> <p>Hepaticoyeyunostomía calibrada por tubo de Kehr o transhepático en sedal o coledocoduodenostomía.</p> <p>Plastia con vesícula</p>
	<p>Anastomosis término-terminal</p> <p>Hepaticoyeyunostomía</p> <p>Hepatico o coledocoduodenostomía.</p> <p>Anastomosis hepático yeyunal doble</p> <p>Anastomosis hepatoyeyunal hilar (operación tipo Kasai)</p>
	<p>Anastomosis hepático yeyunal</p> <p>Ligadura de un canal biliar lobar</p> <p>Lobectomía izquierda</p>

VBP: vía biliar principal

de enfermos que estaban en situación de inoperabilidad.

La mortalidad de las LTPH no iatrogénicas varía entre 34%⁽⁵⁾ y 39%⁽⁶⁾. Según Busuttil et al.⁽⁵⁾ el factor más importante en los índices de mortalidad depende esencialmente de las lesiones asociadas.

Estefan⁽¹⁾ propuso una clasificación de las LTPH no iatrogénicas que se expone en la tabla 2. De acuerdo a ella, nuestro caso corresponde al tipo IIb (V + B) al cual se le asocia la lesión de colon.

La lesión de la vena porta se solucionó por medio de una venorrafia. Constituye la solución "más sencilla" y con menos consecuencias si se la compara con las otras alternativas tácticas (ligadura o anastomosis porto-cava). En tanto la sección completa del colédoco lo fue mediante una hepático-yeyunostomía término-lateral sobre asa de Hivet-Warren modificada⁽²⁾ calibrada por tubo transhepático derecho en sedal asociada a colecistectomía. Esta alternativa terapéutica no la hemos encontrado referida en la literatura.

A nuestro juicio esta solución ofrece ventajas evidentes sobre otras posibilidades terapéuticas: colecisto-yeyunostomía o duodenal (previa ligadura del colédoco por debajo del abocamiento del cístico en la vía biliar principal), anastomosis hepático-coledociana terminal (con o sin tubo de Kehr transanatómico), hepático-coledocostomía término lateral. Las ventajas incluyen: técnica relativamente sencilla en manos entrenadas; en

caso de falla de suturas: fístula biliar pura; en vía biliar principal fina (menor de 10 mm) posibilita el calibrado de la anastomosis bilio-digestiva a largo plazo^(5,6) que tiene por finalidad evitar la estenosis tardía. En la figura 1 se representan los tipos de lesión de la vía biliar principal y sus correspondientes posibilidades tácticas de reparación.

Lamentablemente, la patología asociada en nuestro paciente (alcoholismo y cirrosis hepática) conspiró decisivamente en el resultado de la estrategia quirúrgica emplazada.

Consideramos que la hepático yeyunostomía calibrada con tubo transhepático en sedal constituye una excelente opción terapéutica a considerar en la solución a las lesiones no iatrogénicas de la vía biliar principal.

Bibliografía

1. Estefan A. Lesiones traumáticas no iatrogénicas del pedículo hepático. Cir Uruguay, 1991 (en prensa).
2. Praderi R, Estefan A, Gómez Fossatti C et al. Dérivations bilio-yeyunales sur anses exclues. Lyon Chir 1973; 69: 459.
3. Mattox K, Espada R, Beall A. Traumatic injury to the portal vein. Ann Surg 1975: 181-519.
4. Sheldon G, Lin R, Yee E et al. Management of injuries to the porta hepatis. Ann Surg 1985; 202: 539.
5. Busuttil R, Kitahama A, Cerise E et al. Management of blunt and penetrating injuries to the porta hepatis. Ann Surg 1980; 191: 641.
6. Petersen S, Sheldon G, Lin R. Management of portal vein injuries. J Trauma 1979; 19: 616.