

MESA REDONDA
CIRUGIA GENERAL

TEMA:

REINTERVENCIONES
EN CIRUGIA BILIAR

COORDINADORA:
Dra. DINORAH CASTIGLIONI

REINTERVENCIONES POSTCOLECISTOSTOMIA *

Dr. JAVIER MENDIVIL HERRERA

DELIMITACION DEL TEMA

Son sólo quince minutos que disponemos para el tema, esto hace que lo que se diga sea lo que creemos más importante y en forma sintética.

- 1) La colecistostomía es una intervención “en menos” o *intervención menor*, practicada, la mayor parte de las veces, como una solución de emergencia; es, por tanto, una solución parcial o incompleta que deja una patología residual en vías biliares o en órganos afines (páncreas, duodeno, etc.), que debe ser tratada en otra oportunidad.

Por consiguiente, en estas reintervenciones dirigidas a estos sectores, el tema se superpone a otros que serán tratados por integrantes de esta Mesa. Los excluiré de mi exposición, mencionando simplemente las situaciones.

- 2) La mayor parte de la patología de la vía biliar accesoria, está dominada por la litiasis y sus secuelas.

Es sobre todo a ella que nos referiremos, sin dejar de reconocer y mencionar el papel que en las intervenciones y en las reintervenciones, juega la infección, el cáncer y aun el quiste hidático.

- 3) La evolución, a través del tiempo, del criterio quirúrgico frente a una obstrucción vesicular aguda, hacen de la ostomía, una intervención que se practica cada vez menos; por consiguiente, son también menos las reintervenciones que se practican postcolecistostomía.

* Este trabajo fue expuesto sobre comentarios de diapositivos que lo resumen.

La disparidad de criterios en los distintos ambientes quirúrgicos, hace más difícil un concepto estadístico ajustado. Pero la ostomía mantiene su vigencia en situaciones bien definidas.

INDICACIONES DE LA COLECISTOSTOMIA

- a) Por indicación o planteo previo al acto quirúrgico, es decir, resultado de una táctica quirúrgica:
 - Viejos con taras orgánicas.
 - Afecciones cardiovasculares o metabólicas descompensadas y difícilmente corregibles.
 - Cirujano y o equipo quirúrgico en malas condiciones.
 - Como intervención previa de degravitación, en el neoplasma de cabeza de páncreas o del sector bajo del colédoco.
- b) Como indicación surgida en el campo operatorio, que impida la ectomía o una intervención más amplia:
 - Colecistitis aguda obstructiva litiásica evolucionada con dificultades para la ectomía.
 - Angiocolitis litiásica grave, supurada, sobre todo cuando hay participación renal; la coledocostomía es salvadora. La ostomía vesicular puede complementar aquella, o en casos de excepción, sustituirla.
 - Colecistopancreatitis con litiasis vesicular.
 - Pancreatitis agudas con participación biliar.
 - Peritonitis biliar sin perforación; etc.
- c) Como intervención asociada a otra gran intervención, realizada fuera de las vías biliares:
 - Colecistostomía por litiasis vesicular, asociada a otra gran intervención; p. ej.: gastrectomía por ulcus duodenal o gástrico, resecciones intestinales. etc.
- d) Como intervención complementaria a otra, realizada fuera de las vías biliares:
 - En la ictericia hemolítica congénita y familiar, con litiasis vesicular, como complemento a la esplenectomía
 - En traumatismos hepáticos, en relación a su magnitud, complementando la intervención sobre el parénquima.
 - En el quiste hidático hepático abierto en vías biliares como complemento a otro gesto quirúrgico.

SITUACIONES POSTCOLECISTOSTOMIA QUE INDICAN LA REINTERVENCION

- a) *Situaciones derivadas de la intervención como intervención abdominal en sí:*
- Eventración postoperatoria crónica.
 - Adherencias viscerales y visceroparietales.
 - Oclusión intestinal mecánica.
- b) *Situaciones en relación directa con las vías biliares:*
- 1) Por persistencia de la afección en sí:
 - Colecistitis crónica residual.
 - Cálculo enclavado en cístico.
 - Litiasis del colédoco y sus complicaciones.
 - 2) Por recidiva de la afección:
 - Recidiva de la litiasis vesicular.
 - 3) En relación directa con la intervención:
 - Fístula biliar postoperatoria externa.
 - Fístula mucosa.
 - Fístulas complejas.
 - 4) Por aparición de una nueva afección:
 - Cáncer de la vesícula biliar.
 - 5) Reintervenciones profiláticas.
- c) *En relación con el cáncer de cabeza de páncreas:*
- Ostomías de derivación o degravitación (primer tiempo).

Situaciones postcolecistostomía e indicaciones de la reintervención

- 1) En primer lugar y para descartarlas, ya que si bien pueden ser causa de reintervención, son derivadas de la intervención quirúrgica, como reintervención en sí, comprendidas dentro de las generales a toda intervención abdominal.

Nos referimos a:

- Eventraciones a nivel de la cicatriz operatoria.
- Adherencias viscerales y visceroparietales, que bloquean el espacio subhepático, determinando dificultades en reintervención.

En este aspecto, la fijación de la vesícula a la pared abdominal, en la primera intervención, tiene gran importancia.

También influye el tiempo transcurrido desde la primera intervención sobre el tipo de adherencias como también el grado de lesión visceral o intensidad de los fenómenos locales y regionales que acompañan al proceso original.

—Oclusión intestinal por adherencias al foco vesicular drenado.

2) Excluidas estas causas, trataremos las estrictamente relacionadas como dependientes de las vías biliares y que como tal son objeto de *reintervenciones en las vías biliares*.

a) Paciente libre de síntomas, con vesícula funcionando y V. B. indemne.

En tal situación, como es lógico, no se plantea la reintervención.

Recordar por tanto, que la colecistostomía puede ser curadora del proceso; son los menos.

b) Paciente con toda la gama de síntomas de sufrimientos de la V. B. o sus equivalentes, y con vesícula con trastornos en su evacuación, o con vesícula no funcionante.

La reintervención es la regla, previo los estudios completos habituales de su V. B. P., funcionalidad hepática, signos de infección, gastroduodeno, etcétera.

c) Recidiva de la litiasis vesicular: la indicación de reintervención es de rigor. Es en general, una reintervención alejada de la primera, permitiendo el estudio completo y evaluación del paciente.

d) Paciente con litiasis coledociana, concomitante con su problema vesicular, conocida o desconocida en el primer acto operatorio, puesta en evidencia por colecistocolangiografía directa postoperatoria o por biligrafina.

La reintervención se plantea no sólo dirigida a la ectomía vesicular, sino también al tratamiento de la V. B. P. De tal modo, este problema entraría mejor en el tema que va a tratar otro de los integrantes de esta Mesa Redonda.

Indicación de reintervención

- 1) Sin indicación de reintervenir.
- 2) Con indicación formal de reintervenir.
- 3) Con indicación relativa (reintervenciones profilácticas).

Oportunidad de la reintervención

- a) Reintervenciones de urgencia:
 - 1) Piocolecisto secundario.
 - 2) Obstrucción aguda vesicular.
- b) Reintervenciones planificadas:
 - 1) Inmediatas:
 - Fístula biliar externa.
 - 2) Precoces:
 - Por fístula mucosa.
 - Litiasis de colédoco.
 - Duodenopancreatectomía.
 - 3) Retardadas:
 - Vesícula no funcionante.
 - Recidiva de litiasis.

Hallazgos operatorios

En relación a:

- a) Vía biliar principal y afines.
 - b) A la vía accesoria en sí.
- 1) *La vesícula escleroatrófica:*
 - La vesícula encastrada.
 - Muñón vesicular.
 - Id. más adherencias viscerales.
 - Fístula colecistoduodenal.
 - 2) *La fístula mucosa externa:*
 - Cálculo cístico impactado.
 - Cístico desaparecido.
 - 3) *Combinación de patología vesicular más V. B. P.*
 - 4) *El cáncer vesicular:*
 - Presente, pero desconocido en la primera intervención.
 - Injertado posteriormente a la misma.
 - 5) *El cáncer de cabeza de páncreas:*
 - Difusión postintervención.

LA REINTERVENCION Y HALLAZGOS OPERATORIOS

Toda reintervención sobre vías biliares debe ser definitiva en cuanto a su resultado, debiéndose tratar la patología residual integralmente.

El tratamiento quirúrgico, condicionado al tipo de lesión residual o a la aparición de nueva patología, puede variar de una simple ectomía a otras intervenciones de mayor entidad.

Indicación.

- a) No siempre, luego de una colecistostomía, es necesaria la reintervención, o dicho en otra forma, hay colecistostomías que curan. Son las menos.

Por ejemplo, en las litiasis biliares asintomáticas, hallazgo operatorio con motivo de otra intervención, la ostomía puede curar definitivamente.

En algunos casos de colecistitis litiásica crónica con lesiones histopatológicas de poca entidad, donde no han tenido episodios de obstrucción aguda, pueden no necesitar la reintervención.

- b) Luego de una colecistostomía, intervención en menos, practicada para salvar una emergencia y sin poder resolver los demás problemas, la reintervención está indicada para tratar toda esa patología residual.

Oportunidad.

Está condicionada por múltiples factores.

En definitiva podemos dividirlos en:

- a) *Reintervenciones de urgencia:*

—Piocolecisto secundario al cierre espontáneo de una ostomía.

—Colecistitis obstructiva aguda, en un antiguo ostomizado, en que ha recidivado la litiasis; puede ser asimilado a un problema igual, en pacientes que no hallan sido operados.

- b) *Reintervenciones planificadas.*

En relación al tiempo de la intervención, pueden ser:

- 1) *Inmediatas:*

—Fístula biliar externa postcolecistostomía, mantenida por obstáculo a nivel de la vía biliar. Por ejemplo, cálculo enclavado en papila.

2) *Precoces:*

- Reintervención por fístula mucosa.
- La litiasis de colédoco, detectada en el postoperatorio por colecistocolangiografía directa por el tubo de drenaje vesicular aún mantenido.
- Reintervención para duodenopancreatectomía, segunda etapa en el tratamiento quirúrgico del cáncer de cabeza de páncreas.

3) *Retardadas:*

Reaparición de síntomas. Por ejemplo: recidiva de litiasis vesicular y o participación de la vía biliar principal.

Hallazgos operatorios

Muchos de los hallazgos operatorios en la reintervención, son previsibles en los estudios previos a la misma.

Los hallazgos de más interés, los referiremos a dos sectores:

- a) *a la vesícula en sí*, objeto de la intervención anterior;
- b) *al resto de las vías biliares y estructuras vecinas*.

Reconocemos que la unidad fisiopatológica de la vía biliar accesoria y la principal, impiden esta división artificial; tiene como propósito no interferir con el tema de otros integrantes de esta Mesa. Por tanto, no trataré el parágrafo b).

Con respecto a la vesícula en sí, algunos hallazgos son de interés.

1) *La vesícula escleroatrófica* con distintos aspectos:

- La vesícula alterada en forma y tamaño, de paredes gruesas, con o sin cálculos, encastrada en el parénquima hepático.
- La misma reducida a un pequeño muñón, junto al pedículo, al que sumado las adherencias epiploicas y viscerales, hace dificultosa su individualización.
- La vesícula con proceso crónico residual, con adherencias viscerales vecinas. Interesa destacar la fijación postoperatoria del duodeno, que si bien es más común encontrarla luego de una ectomía, se ha hallado en este tipo de reintervenciones. Es capaz de generar un cuadro clínico por demás intrincado, que no voy a entrar a analizar.

—Vesícula con proceso residual y fístula colecistoduodenal; en un caso de nuestra estadística, se encontró la asociación de una fístula mucosa del fondo vesicular, junto con una fístula colecistoduodenal, inmediatamente distal a la obstrucción litiásica del cístico.

No podemos precisar si ésta existía previo a la primera intervención, o si es posterior a la misma, y qué papel pudo haber desempeñado en su producción el tubo de drenaje.

- 2) *La fístula mucosa externa* no es hallazgo operatorio, puesto que es fácilmente diagnosticable. Sólo interesa destacar que cuando persiste el cálculo impactado en cístico, su vecindad o intimidad con el hepatocolédoco y otras estructuras del pedículo, hacen particularmente dificultosa la exéresis vesicular.
- 3) La combinación de la patología residual vesicular con problemas de la vía biliar principal, hacen de la reintervención una de las situaciones de mayor compromiso para el cirujano.
- 4) *El cáncer vesicular* como hallazgo operatorio en reintervención postcolecistostomía, lo hemos encontrado en dos casos.
 - En una reintervención cinco años después de la primera.
 - En una reintervención tres meses después por persistencia de fístula mucosa externa.

Estos hechos son un llamado de atención a la posibilidad de que, sobre todo en pacientes de edad, colecistostomizados, la persistencia de lesiones vesiculares crónicas puedan degenerar, *apareciendo el cáncer*. Es un capítulo para tratarlo más conceptualmente, que con experiencia clínica.

- 5) *El cáncer de cabeza de páncreas, luego de una ostomía*. Sólo quiero mencionar el hecho de que, en una primera intervención de derivación, el neoplasma se presentaba como resecable y que en la reintervención la diseminación regional, y sobre todo peritoneal, lo vuelve inextirpable. La intervención inicial actuó como un latigazo sobre el neoplasma; es quizás éste, el principal argumento para la resección en un solo tiempo, practicando de entrada la resección duodenopancreática.

Tema polémico; a medida que se va haciendo experiencia, se va adoptando distinta posición frente al mismo.