

11209
2 ej 68

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

CAUSAS DE REINTERVENCIONES TEMPRANAS EN
CIRUGIA DE VESICULA BILIAR Y VIAS BILIARES
EXTRAHEPATICAS

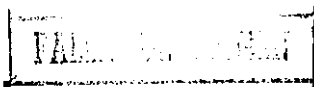
TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A :

DR. ANTONIO CLARETH PARODYS MOVILLA

Titular del Curso: Dr. Roberto Blanco B.
Asesores de Tesis: Dr. Manuel Ricardez M.
Dr. Juan Mier y Díaz

MEXICO, D. F.,



1989



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	PAG.
INTRODUCCION	1
RESERA HISTORICA	3
ANATOMIA	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
OBJETIVOS	16
MATERIAL Y METODOS	17
HIPOTESIS	19
RESULTADOS	20
DISCUSION	46
CONCLUSIONES	50
BIBLIOGRAFIA	51

INTRODUCCION.

La cirugía de vesícula biliar y vías biliares extrahepáticas, es una de las cirugías más frecuentes que se practican en el tracto digestivo, constituyendo el 2% de todas las intervenciones en muchos hospitales. Quizá, solamente, la apendicectomía tenga mayor incidencia que la colestectomía en el mundo occidental.

La colestectomía, es una cirugía segura en manos del cirujano con experiencia. Para realizarla se requiere de óptimas condiciones de trabajo, un buen equipo quirúrgico, buena exposición y estar física y mentalmente preparado para ello. En casos electivos, la mortalidad es menos del 1% y casi siempre debida a eventos inesperados, como infarto del miocardio, embolia pulmonar, etc. Por otra parte, la tasa de mortalidad se incrementa con la edad y enfermedades ya sea agudas y crónicas subyacentes. En pacientes ancianos la mortalidad se eleva hasta un 10% (9, 26).

Aproximadamente 5 a 10% de los pacientes que se les realiza cirugía biliar, requerirán de un procedimiento secundario. La tercera parte de éstos pacientes que son reintervenidos, tendrán complicaciones que no afectan directamente el árbol biliar; entre las cuales tenemos: abscesos, peritonitis, oclusión intestinal y dehiscencia de herida quirúrgica. Un segundo grupo de pacientes presentarán fuga biliar, ictericia, litiasis residual o una neoplasia no reconocida, que obligarán a una cirugía inmediatamente después de la primera. Otra tercera parte de los pacientes, que forman un tercer grupo, tendrán complicaciones más tardías que ameritarán una reoperación: lesión de la vía biliar, litiasis recidivante, -

cístico remanente patología ampular(26). Resumiendo, podemos agrupar - las complicaciones tempranas después de cirugía de la vesícula biliar y vías biliares extrahepáticas en tres grupos:

GRUPO I: Sepsis localizada o difusa, sangrado, dehiscencias de herida quirúrgica y obstrucción intestinal.

GRUPO II: Fuga biliar, litiasis residual, ictericia persistente y - neoplasia no reconocida.

GRUPO III: Lesión de la vía biliar, litiasis recidivante, cístico - remanente y patología ampular.

RESEÑA HISTORICA.

El hígado y las vías biliares, son a menudo mencionados en las primeras observaciones del hombre. Cerca del año 2000 a.C., los babilonios describieron la vesícula biliar y las vías biliares extrahepáticas. La descripción más temprana de los cálculos biliares, se remonta al trabajo de Alexander Trallianus, médico griego del siglo V, quien notó la presencia de cálculos en un hígado humano. Posteriormente en 1570, un médico llamado Fernandus escribe un informe acerca de los hallazgos de una autopsia, en la cual se encontró una vesícula biliar perforada y una gran piedra en la cavidad abdominal y señales de peritonitis mortal.(8)

Se atribuye a Fabricius Hildanus, como el primero en remover cálculos de la vesícula biliar, hecho registrado en animales en 1618. Durante este siglo, se realizaron frecuentes experimentos en animales. En 1630 se registra un breve informe del italiano Zambecari, quien abrió la vesícula biliar de un perro vivo y la suturó, dos meses después sacrificó al animal, descubriendo que las heridas de la vesícula se habían injertado en la pared abdominal.(24) En 1655, Glisson, médico francés, hace una descripción de su propio cólico vesicular, diciendo que "EN EL CUAL NO HAY SALVACION POSIBLE, FUERA DE LA MEURTE". Más tarde el propio Glisson, describió la anatomía y fisiología del colédoco distal.(24).

En 1677, Stalpert comprobó la existencia de un absceso en el cuadrante superior derecho y al abrir dicho absceso descubrió asombrado, que en el contenido líquido del mismo, había concreciones pétreas, sin quedar claro para dicho médico que se trataba de cálculos biliares y de un insólito proceso de curación natural. En este mismo año, Teckop en

Leiden (Holanda), realiza la primera colecistectomía en perros. En 1673, J.L. Petit, el cirujano parisiense más famoso de su época, sacando conclusiones de los hallazgos de Stalpert, propone remover la vesícula biliar, no despertándose ningún entusiasmo por dicho procedimiento en ese momento. Surgen nuevas proposiciones de otros cirujanos en 1744, como la de Bloch en Berlín, quien propone la aplicación de fuertes excitantes sobre la piel de la zona vesicular, hasta conseguir el aumento de volumen de la vesícula. Una vez conseguido lo anterior, se abría la vesícula para extraer los cálculos de la misma. No hay escritos de su experimento, ni mucho menos se registra éxito alguno.(23,24).

En 1798, el Dr. Richter, recomienda puncionar la vesícula biliar con una cánula puntiaguda, dejando dicha cánula dentro de la vesícula, para que así de esta forma, las paredes de la misma, se adhirieran a la pared abdominal, hecho que no tuvo ninguna trascendencia. Hasta 1859 se forjan nuevos proyectos en cirugía biliar, surgiendo propuestas del médico inglés Thudichum y del francés Carré, quienes recomendaron abrir la pared abdominal, fijar por medio de suturas la vesícula biliar a la pared abdominal, posteriormente extraer los cálculos y esperar la curación, quedando esto también en teoría.(8, 23, 24).

En 1867, John Bobbs, en Indianápolis es el primero en documentar una colecistostomía sin haberla planeado, ya que se proponía realizar una cirugía por un tumor abdominal y al abrir el tumor, emergió del mismo gran número de piedras en forma inesperada. El 15 de enero de 1878, el cirujano norteamericano, J. Mario Sims, quien en ese momento ejercía en Francia, programó la primera cirugía del árbol biliar, realizando la primera colecistostomía.(24).

El 15 de Julio de 1882, Carl Langenbuch, inicia en Alemania la cirugía moderna del tracto biliar, al realizar la primera colecistectomía - en humanos, extrayendo la vesícula biliar completa, por litiasis vesicular. Este acontecimiento marca una evolución rápida en la cirugía biliar y se realiza la primera Colecistoenterostomía en ese mismo año por Von Winiwater, por coledocolitiasis. Se atribuye a Riedel haber hecho - la primera coledocoduodenostomía en 1888, pero dicho procedimiento debe su nombre a Sprengel, quien lo describió en 1890. En 1891, Mc. Burney - realizó la primera esfinterotomía por coledocolitiasis y cuatro años más tarde, Kocher, abre el duodeno en su pared posterior e incide la pared anterior del colédoco 1 cm. proximal a la papila de Vater para la remoción de un lito enclavado.(23,24).

La esfinterotomía se realizó inicialmente para tratar pancreatitis recurrente por Archibald y más ampliamente por Doubilet y Mulholland. En los años 1940 y 1950, estos dos últimos autores difundieron ampliamente la esfinteroplastia, como un esfuerzo para mejorar los pobres resultados de la esfinterotomía. La esfinteroplastia hoy día tiene otras indicaciones más importantes, como: remoción de cálculos impactados en el colédoco distal, estenosis de la papila, estenosis benigna de un corto segmento del colédoco distal, cálculos irremovibles en los conductos hepáticos y cálculos múltiples en los conductos.

ANATOMIA

El conocimiento de la región anatómica en la que se encuentra enclavada la vesícula biliar y las vías biliares extrahepáticas, es imperativo para todo cirujano, por lo que nos proponemos hacer una revisión somera de dicha región.

TRIANGULO COLECISTOHEPATICO.

Descrito originalmente por Calot, para quien el límite superior era la arteria cística, actualmente se dice que está formado por el conducto cístico y vesícula biliar por debajo, el lóbulo derecho del hígado por arriba y el conducto hepático común hacia la parte media. El triángulo contiene la arteria hepática derecha, la cual en el 87% de los casos es posterior al conducto hepático común en su entrada al triángulo y en el restante 13% es anterior. La Arteria cística nace de la arteria hepática derecha dentro del triángulo colecistohepático (20). La arteria cística puede nacer de la arteria hepática común en el 5% de los casos, de la hepática izquierda 3% o de la gastroduodenal 2%, entrando al triángulo por debajo del mismo. Por otro lado, la arteria hepática derecha en un 25% de los casos puede nacer de la arteria mesentérica superior y no de la hepática común. (18).

CONDUCTOS HEPATICOS

Los conductos biliares segmentarios interahepáticos se unen para formar conductos lobulares, que emergen del parénquima hepático como conductos hepáticos derecho e izquierdo, representando así el inicio del

sistema biliar extrahepático. El conducto izquierdo es más largo que el derecho y mide en promedio 1.7 cm. de longitud, mientras que el derecho sólo mide 0.9 cm. Estos dos conductos se unen para formar el hepático común, el cual tiene una longitud entre 1.5 y 4 cm. como promedio de tres cm. A éste se le une el conducto cístico para formar el colédoco.(15)

VESICULA BILIAR Y CONDUCTO CISTICO.

La vesícula biliar se ubica en la unión del lóbulo derecho del hígado y el segmento medial del lóbulo izquierdo en la superficie visceral del hígado. Tiene una capacidad de 50 ml. aproximadamente y está unida al hígado por tejido conjuntivo y la superficie antihepática cubierta por peritoneo. Consta de cuatro partes: fondo, cuerpo, infundíbulo y cuello. El fondo contiene la mayor parte de músculo liso y el cuerpo contiene más tejido elástico. El cuello tiene forma de S y se encuentra en el borde libre del ligamento hepatoduodenal. La mucosa del cuello está elevada en pliegues que forman las válvulas de Heister. La convexidad del cuello puede extenderse a una dilatación conocida como infundíbulo o bolsa de Hartman. La mucosa de la vesícula está formada por epitelio columnar, que contiene depósitos de colesterol y gránulos de grasa.

La vesícula se comunica con el hepático común por medio del conducto cístico, el cual tiene un diámetro normal de 3 mm. y una longitud de 3 a 4 cm. Esta unión se hace en forma de ángulo agudo, naciendo la arteria hepática derecha inmediatamente por detrás.(15,18).

COLEDOCO.

Tiene una longitud en promedio de 8.5 cm. con límites variables de 5 a 15 cm. dependiendo de la desembocadura del conducto cístico y un diámetro de 8 mm. en promedio. Se divide en cuatro porciones.

1.- Supraduodenal, con longitud promedio de 2 cm. situado entre las dos capas del ligamento hepatoduodenal y a la derecha de la arteria hepática y anterior a la vena porta.

2.- Retroduodenal, con longitud promedio de 1.5 cm. ubicada entre el margen superior de la primera porción del duodeno y el margen superior de la cabeza del páncreas. Aquí tiene como relaciones importantes la arteria gastroduodenal, la cual está a la izquierda y la pancreatoduodenal que es posterosuperior, cruza primero adelante del colédoco y después posterior al mismo, justo antes de entrar al duodeno.

3.- Intrapancreática, con longitud promedio de 3 cm. cubierta en parte por una lengüeta del páncreas o completamente por su parénquima.

4.- Intramural, con longitud promedio de 1 cm. pasa forma oblicua a través de la pared duodenal junto con el conducto pancreático principal, cuya confluencia se ubica al final de la porción intramural del colédoco, formando la papila duodenal o ampulla de Vater, la cual se encuentra en la pared posteromedial de la segunda porción del duodeno, a la derecha de la segunda o tercera vértebra lumbar. El colédoco distal y el ampulla de Vater son regulados por un complejo esfinteriano originalmente llamado de Oddi, pero descrito más exactamente por Boyden, como un complejo de cuatro esfínteres, formado por fibras musculares lisas circu

tares y en espiral, que rodean la porción intramural de colédoco. (15,20)

1. Esfínter superior
2. Esfínter inferior
3. Esfínter ampular
4. Esfínter pancreático

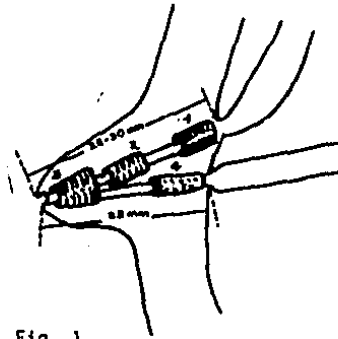


Fig. 1.

Diagrama de los cuatro esfínteres formando el complejo de Boyden (De Skandalakis).

IRRIGACION DE LA VESICULA BILIAR VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS.

La vesícula biliar, los conductos hepáticos y la porción superior - del colédoco, son irrigados por la arteria cística. La porción inferior del colédoco por ramas de la pancreaticoduodenal y de la arteria retroduodenal. En una tercera parte de los pacientes, el flujo sanguíneo de la porción supraduodenal del colédoco se ve reforzado por la arteria retroportal.(22).

El drenaje venoso de la vesícula biliar y conductos biliares extrahepáticos en su porción superior, está dado por pequeñas venas que drenan directamente a las venas intrahepáticas. La porción inferior del colédoco drena directamente a la vena porta. Ocasionalmente se encuentra una gran vena cística desembocando directamente a la vena porta.(15, 18).

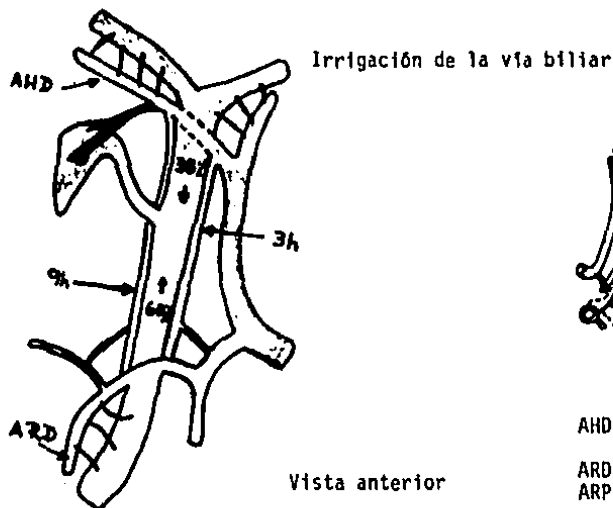


Fig. 2.

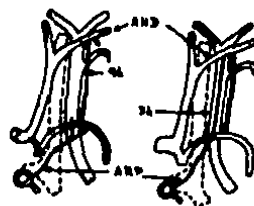


Fig. 3
Vista Posterior
AHD: arteria hepática derecha.
ARD: arteria retroduodenal
ARP: arteria retroportal

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Siendo la colecistectomía, una de las cirugías más frecuentes que se practica en el tracto digestivo, es importante que todo cirujano capacitado para realizarla, tengan conocimiento de las posibles complicaciones que puedan presentarse en el transoperatorio, en el postoperatorio y además el criterio para resolverlas, ya que un manejo inadecuado en una cirugía que es muy segura, puede convertirse en una verdadera catástrofe para el paciente.

A continuación revisaremos las complicaciones más frecuentes, con el propósito de prevenirlas y en caso que se presenten, disminuir de esta forma la morbimortalidad de los pacientes sometidos a cirugía de vesícula biliar y vías biliares extrahepáticas.

SEPSIS LOCALIZADA O DIFUSA.

Las colecciones de bilis, sangre o ambas, después de cirugía biliar, si no son drenadas adecuadamente, se infectarán llevando a la formación de abscesos localizados, los cuales pueden drenarse a la cavidad abdominal, ocasionando una peritonitis generalizada. Por otra parte, las lesiones inadvertidas de vísceras huecas vecinas, igualmente llevarán a una peritonitis postoperatoria. Estas complicaciones pueden disminuirse si se previene una fuga biliar, estableciendo un adecuado drenaje durante el mismo acto operatorio e identificando muy bien las estructuras vecinas.

SANGRADO.

El sangrado postcolecistectomía, la mayoría de las veces se debe a hemostasia deficiente del lecho vesicular y menos frecuentemente originado en la arteria cística por mala técnica quirúrgica. Es importante hacer una buena disección de la arteria cística y ligarla en forma segura bajo visión directa. Además, todo paciente que se somete a cualquier procedimiento quirúrgico, deberá contar con parámetros bioquímicos dentro de lo normal, para evitar sangrados patológicos.

FUGA BILIAR.

Frecuentemente se debe a mala ligadura del conducto cístico, conductos anómalos en el lecho vesicular, laceración hepática, lesión no reconocida de la vía biliar y más raramente sección completa de la misma. La fuga biliar que se presenta después de la exploración de la vía biliar, generalmente se debe a oclusión distal del colédoco por cálculos, neoplasias no reconocidas, inflamación o fibrosis en el segmento terminal del colédoco o patología ampular (26). También puede deberse a fuga a través de la coledocorrafia, alrededor de la sonda en T o salida de la misma. Esto puede evitarse haciendo una buena disección de la vesícula biliar y en caso de que se requiera exploración de la vía biliar, hacer una incisión corta y longitudinal sobre el colédoco, ya que las incisiones grandes predisponen a la fuga biliar. La sutura alrededor de la sonda en T, deberá ser segura y probar que no haya fuga antes de cerrar la cavidad abdominal. En caso de duda o sospecha de fuga, es importante dejar un buen drenaje en el espacio subhepático. Además, debe fijarse muy bien la sonda en T a la piel, ya que la salida accidental de la mis-

ma en el postoperatorio inmediato obligaría a una reintervención quirúrgica.

LITIASIS RESIDUAL.

Es una de las complicaciones más serias y frecuentes que siguen a la exploración de la vía biliar. La incidencia es mayor cuando no se toman en cuenta las indicaciones absolutas o relativas para la exploración de la misma o cuando no se realiza colangiografía transoperatoria. Un buen juicio clínico y una cuidadosa colangiografía transoperatoria son esenciales para una buena exploración. La incidencia de litiasis residual después de una colecistectomía simple es del 1.1% y de 4.3% cuando se hace exploración de la vía biliar, aumentando a 9.4% cuando ésta exploración ha sido positiva.(9,26).

ICTERICIA PERSISTENTE.

La causa más común de ictericia postcolecistectomía sin exploración de la vía biliar, puede ser un cálculo inadvertido en el tracto biliar extrahepático, lesión de la vía biliar, necrosis hepática secundaria a la ligadura de la arteria hepática y patología obstructiva no identificada durante el acto quirúrgico, como neoplasia en los conductos biliares, estenosis del ampulla de Váter, colangitis esclerosante, pancreatitis crónica, inflamación o neoplasia en el duodeno.(26)

LESION DE LA VIA BILIAR.

Es la complicación más grave que ocurre después de colecistectomía, ya sea por ligadura accidental o lesión de la vía biliar. Esto se presenta en alguna de las siguientes situaciones:

1. Colecistectomías técnicamente fáciles, en la cual se hace tracción exagerada de la vesícula biliar que pone a tensión el colédoco con lesión consecutiva del mismo.

2.- Variantes anatómicas no identificadas.

3. Colecistectomías técnicamente difíciles, con o sin variaciones anatómicas.

Cuando hay disecciones difíciles, generalmente hay sangrado severo, hay distorsión de la anatomía de la región y si se presenta el sangrado, lo importante es tener buena exposición, para no lesionar estructuras vitales.

NEOPLASIA NO RECONOCIDA.

Otra causa de ictericia obstructiva son las neoplasias de cabeza de páncreas, de la vía biliar proximal o distal no identificadas durante la colecistectomía. La presentación clínica será ictericia obstructiva y la investigación clínica incluirá colangiografía percutánea o colangiopancreatografía endoscópica retrógrada, que debe hacerse antes de realizar la segunda operación.(26)

EVISCERACION.

La evisceración, es una complicación inherente a cualquier cirugía abdominal y la mayoría de las veces se debe a elección inadecuada o mala calidad del material de sutura, mala técnica quirúrgica. Otras situaciones son desnutrición, enfermedad maligna, terapia con esteroides, insuficiencia renal crónica, etc., condiciones que deben ser tenidas en cuenta cada vez que se programe una colecistectomía o cualquier tipo de cirugía abdominal.

OBJETIVOS.**A. GENERALES.**

Disminuir el índice de morbilidad y mortalidad en pacientes sometidos a cirugía de vesícula biliar y vías biliares extrahepáticas en procedimientos electivos y de urgencia.

B. ESPECIFICOS.

Hacer una revisión retrospectiva, de las complicaciones más frecuentes que se presentaron en forma temprana (hasta 45 días después de la cirugía inicial) en pacientes que fueron sometidos a colecistectomía u otro procedimiento quirúrgico sobre las vías biliares extrahepáticas y que requirieron ser reintervenidos en forma inmediata o temprana.

MATERIAL Y METODOS.

En el Hospital General de Zona: I-A "Los Venados" en el periodo comprendido entre Marzo de 1984 y Febrero de 1988, se realizaron un total de 7,012 cirugías, de las cuales 1,059 (15.1%) fueron de vesícula y/o vías biliares extrahepáticas y de éstas se reintervinieron en forma temprana 50 pacientes (4.7%). 33 mujeres, con edades entre 22 y 96 años, con edad promedio de 49.6 años, de las cuales 22 se operaron en forma electiva inicialmente y 11 procedimientos de urgencia. Los restantes 17 pacientes fueron masculinos con edades entre 26 y 83 años, con edad promedio de 53.05 años, de éstos se operaron inicialmente en forma electiva 9 pacientes y 8 de urgencia. (Tabla # 1). En total de los 50 pacientes reintervenidos, 31 (62%) se operaron en forma electiva inicialmente y 19 (38%) de urgencia. (Tabla # 2). El diagnóstico inicial fue colecistitis crónica litíásica en 20 pacientes, colecistitis crónica litíásica más coledocolitiasis en 14, colecistitis crónica litíásica más pancreatitis en 8, neoplasia vesicular y vías biliares en 5, litiasis recidivante en 2 y colecistitis alitiásica en 1. El diagnóstico de litiasis vesicular, coledocolitiasis o patología ampular se estableció principalmente por el cuadro clínico y estudios de gabinete, siendo el más frecuentemente utilizado la ultrasonografía y en menor grado colecistografía oral y colangiografía intravenosa.

De acuerdo a la clasificación de las complicaciones tempranas después de cirugía de vesícula biliar y vías biliares extrahepáticas que obligan a una reintervención los pacientes se clasificaron en tres grupos (26):

- I. Sepsis localizada o difusa 16 pacientes (53.33%), evisceración 6 pa-
cientes (20%), sangrado 6 pacientes (20%) y oclusión intestinal 2 -
pacientes (6.66%), para un total de 30 pacientes. (Tabla # 3).

- II. Litiasis residual 8 pacientes (47.50%), fuga biliar 5 pacientes -
(29.41%), neoplasias no reconocidas 3 pacientes (17.64%) e icteri--
cia persistente 1 paciente (5.88%), para un total de 17 pacientes.-
(Tabla # 4).

- III. Lesión de la vía biliar 3 pacientes (100%).

HIPOTESIS.

- I. La complicación temprana más grave que se presenta posterior a colecistectomía y exploración de vías biliares, es sepsis localizada o difusa, ya que puede llevar a falla orgánica múltiple con una mortalidad elevada.
- II. La manipulación directa de la vía biliar, condiciona la formación de abscesos residuales.
- III. Las reintervenciones quirúrgicas en pacientes mayores de 60 años - presentan un mayor índice de morbimortalidad.

RESULTADOS.

GRUPO 1:

- 1.- Sepsis (Tabla # 6): con un total de 16 pacientes, cuyo diagnóstico inicial, procedimiento, causas de reintervención y evolución fueron las siguientes:

5 Pacientes con colecistitis crónica litiasica, se les realizó colecistectomía, de las cuales 3 fueron de urgencia y 2 - electivas. Tiempo transcurrido entre la cirugía inicial y la reintervención: 15.4 días, con rango de 1 a 41 días. De las 5 reintervenciones 1 fue negativa y en 1 paciente femenino de 59 años de edad, se encontró peritonitis primaria y ascitis, - implantes metastásicos en epiplón no reconociéndose tumor - primario. Se tomó biopsia la cual reportó adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Falleció 15 días después de la - - reintervención. 1 paciente masculino, 35 años de edad, en la reintervención se encontró absceso hepático amibiano drenado al lecho vesicular. Se realizó drenaje y lavado, iniciándose manejo con metronidazol y dehidroemetina, evolucionando bien. Los hallazgos en los otros 2 pacientes fueron cuerpo extraño (textiloma) en el lecho vesicular y sepsis localizada. En ambos se realizó lavado y drenaje. Evolución satisfactoria.

4 pacientes con diagnóstico inicial de colecistitis crónica - litiasica más coledocolitiasis, realizándose 3 procedimientos electivos y 1 de urgencia. 2 pacientes del sexo masculino y 2

femeninos. Tiempo entre la cirugía inicial y la primera reintervención: 16.5 días con rango de 1 a 40 días. De los 4 pacientes sólo 1 evolucionó bien después de la reintervención, encontrándose absceso subfrénico derecho, realizándose lavado y drenaje. 2 pacientes fallecen por falla orgánica múltiple, ambos del sexo femenino, con edades de 71 y 96 años. Tiempo entre la reintervención y la defunción: 48 horas. El cuarto paciente fue reintervenido en 3 ocasiones, femenino de 64 años de edad, a quien se le practicó inicialmente colecistectomía y coledocoduodenoanastomosis, por colédoco de 3 cm. de diámetro y cálculos enclavados en la ampulla de Váter. 24 horas más tarde es reoperada por datos de cheque hipovolémico, encontrándose sangrado activo de vaso arterial posterior a la anastomosis y fuga biliar, realizándose ligadura de vaso sangrante y colocación de la sonda en T a través de la anastomosis. Cuatro días más tarde es reintervenida nuevamente por datos de sepsis, encontrándose absceso residual y necrosis del ángulo hepático del colon. Se realizó lavado, drenaje y cecostomía. Dos y medio meses más tarde es reoperada electivamente, realizándose hemicolectomía derecha e ileotransversoanastomosis. Evolución satisfactoria, alta a su domicilio.

Cuatro pacientes con diagnóstico inicial de colecistitis crónica litiasica más pancreatitis necrótico-hemorrágica, realizándose colecistectomía y exploración de vías biliares de urgencia. Tres pacientes femeninos y uno masculino con edades de 35, 41, 60 y 48 años. Tiempo transcurrido entre la ci

rugía inicial y la reintervención. 11.2 días, con rango de 7 a 15 días. Solamente un paciente evoluciona bien después de la reintervención, en el cual se encontró absceso retroperitoneal y fístula en el ángulo hepático del colon. Se realizó lumbotomía derecha con drenaje de absceso, manejándose en el postoperatorio con dieta elemental, cerrando la fístula sin complicaciones. Paciente masculino 48 años de edad, reintervenido, 7 días después de cirugía inicial con diagnóstico de dehiscencia de herida quirúrgica, encontrándose sepsis localizada en pared abdominal, realizándose lavado y cierre de la pared con puntos subtotales. 7 días más tarde presenta salida de material purulento por contrabertura de la sonda en T, se toma cultivo que reporta Citrobacter y Estafilococo coagulosa positivo. Diez días después, se realizó serie esófago-gastro-duodenal que mostró marco duodenal abierto y rechazo anterior del estómago, con aire en el área pancreática. Es reintervenido nuevamente con diagnóstico de absceso peripancreático, encontrándose necrosis peripancreática y absceso, se realizó necrosectomía, lavado y drenaje, evolucionando bien. Los dos pacientes restantes desarrollaron absceso pancreático y fallecieron por sepsis persistente y falla orgánica múltiple.

Tres pacientes con diagnóstico inicial de colecistitis crónica litiásica más pancreatitis edematosa, quienes fueron operados inicialmente de urgencia, realizándose colecistectomía en uno, colecistectomía y exploración de la vía biliar en otro y

en el tercero lo anterior más esfinteroplastia. Sexo femenino. Tiempo transcurrido entre la cirugía inicial y la reintervención 20 días, rango 18 a 22 días. Hallazgos en la reintervención: absceso subhepático derecho en un paciente, en el cual se realizó lavado y drenaje, buena evolución, alta a su domicilio. En la paciente que se realizó esfinteroplastia, presentó absceso retroperitoneal y material alimenticio, por dehiscencia de la duodenorrafia. Se realizó lavado y drenaje. Evolucionó torpidamente, siendo reintervenida nuevamente con hallazgo de fistula duodenal, realizándose exclusión pilórica, duodenostomía, gastroyeyunoanastomosis, lavado y drenaje de cavidad abdominal. Cuatro días después de la última reintervención fallece por sepsis persistente y falla orgánica múltiple. El tercer paciente presentó como complicación después de la cirugía inicial, pseudoquiste y flegmón pancreático, realizándose punción del flegmón y drenaje pancreático, evolucionando bien.

En este grupo de sepsis se presentaron 6 defunciones (Tabla # 7) de las cuales 5 se debieron a falla orgánica múltiple secundaria a sepsis y una a carcinomatosis y todas las defunciones se presentaron en pacientes del sexo femenino.

2. Evisceración (Tabla # 8): cinco pacientes con diagnóstico de colecistitis crónica litiásica, más coledocolitiasis, tres del sexo masculino con edades de 82, 77, 65 años, a quienes se les practicó colecistectomía más exploración de vías biliares, dos procedimientos de urgencia y uno electivo. Presenta

ron dehiscencia total de herida quirúrgica 5.6 días después - de la cirugía inicial, rango de 4 a 7 días. Se desconoce material de sutura en la primera cirugía. Se realizó cierre de aponeurosis del músculo recto abdominal con seda del # 1, puntos subtotales separados. Buena evolución. Dos pacientes femeninos, con edades de 73 y 51 años, quienes presentaron evisceración 5.5 días después de la cirugía inicial (4 a 7 días), realizándose cierre de la pared abdominal con nylon, buena - evolución.

Paciente femenino, 58 años de edad, a quien se le practicó - colecistectomía en forma electiva y 7 días después presentó - dehiscencia total de herida quirúrgica, realizándose cierre - de la pared abdominal con nylon del # 1, surgete continuo con buena evolución.

- 3.- Sangrado (Tabla # 8): cuatro pacientes, tres del sexo masculino y uno femenino, con diagnóstico inicial de colecistitis - crónica litiasica, a quienes se les realizó colecistectomía, - dos procedimientos electivos y dos de urgencia. 24 horas después de la cirugía inicial son reintervenidos por choque hipovolémico, encontrándose sangrado activo del lecho vesicular, - realizándose ligadura de vasos sangrantes y lavado de la región con buena evolución.

Paciente femenino de 48 años de edad, operada electivamente - por presentar colecistitis crónica litiasica, realizándose - colecistectomía y dos días después es reintervenida por san--

grado encontrando hemoperitoneo sin sangrado activo, se realizó lavado y drenaje con buena evolución.

Paciente femenino de 76 años de edad, operada de urgencia con diagnóstico de teratoma de ovario derecho, con hallazgos de neoplasia de vesícula biliar con invasión a colon transverso, realizándose hemicolectomía derecha e ileotransverso-anastomosis. Dos días después es reintervenida por choque hipovolémico, encontrándose sangrado activo de vasos epiploicos y retroperitoneales, efectuándose ligadura de dichos vasos. Fallece 3 días después de la reintervención. Falla orgánica múltiple, ocasionada por la patología de fondo.

4. Oclusión intestinal (Tabla # 8): paciente femenino, 72 años de edad, operada electivamente con diagnóstico inicial de colecistitis crónica litiasica, con hallazgo de neoplasia vesicular, practicándose colecistectomía. 26 días después es reintervenida por oclusión gástrica, encontrándose oclusión duodenal. Se realizó gastroyeyuno-anastomosis. Evoluciona muy mal y fallece a los 5 días por falla orgánica múltiple ocasionada por carcinomatosis.

Paciente masculino de 48 años de edad, operado electivamente con diagnóstico inicial de neoplasia de ampulla de Váter a quien se le realizó gastroyeyuno-anastomosis. Evoluciona con ictericia obstructiva y datos de oclusión intestinal alta, por lo que es reintervenido 8 días después, encontrándose oclusión de yeyuno y ligadura accidental del conducto cístico.

Se realizó colecistectomía, desmantelamiento de la gastroyeyuno-anastomosis, resección de 30 cm. de yeyuno, nueva (gastroyeyuno-anastomosis) y coledocoyeyuno-anastomosis. Se tomó biopsia de la lesión que reportó adenocarcinoma bien diferenciado con invasión a páncreas. El paciente evoluciona bien, se da alta y control por consulta externa. Sobrevida 8 meses.

La mortalidad en este subgrupo diferente a sepsis fue de dos pacientes para un porcentaje de 14.28% (2 pacientes para el total del subgrupo que fueron 14 pacientes). La causa de muerte en ambos pacientes fue falla orgánica múltiple, ocasionada por la patología de fondo. El sangrado postoperatorio fue más frecuente en pacientes del sexo masculino y la evisceración se dió en pacientes mayores de 60 años. (Tabla # 9).

La mortalidad total del grupo I fue de 8 pacientes (26.6% para la totalidad del grupo, 30 pacientes).

GRUPO II:

- 1.- Fuga biliar (Tabla # 10): cinco pacientes. El primero, masculino de 61 años de edad, operado electivamente con diagnóstico inicial de colecistitis crónica litiasica. Se realizó colecistectomía y exploración de la vía biliar y drenaje. 48 horas más tarde presenta salida de bilis en forma importante por el drenaje, por lo que se reoperó, encontrándose biliperitoneo de 1000 ml. y sonda en T colapsada. Se recoloca nueva

sonda en T, lavado de cavidad y nuevo drenaje. Buena evolución. Dos pacientes del sexo femenino, 22 y 47 años de edad, operados electivamente, con diagnóstico inicial de colecistitis crónica litiasica más coledocolitiasis, a quienes se les realizó colecistectomía y exploración de la vía biliar. Son reoperados a los 13 y 3 días respectivamente después de la cirugía inicial por presentar salida de bilis por drenaje, encontrándose biliperitoneo y salida de sonda en T, practicándose recolocación de sonda en T, lavado de cavidad y drenaje. El control postoperatorio a través de la sonda en T mostró la vía biliar normal. Buena evolución. Un paciente del sexo masculino, 56 años de edad, con diagnóstico inicial de hidropiocolicisto, operado en forma de urgencia, realizándose colecistectomía con apertura accidental del cístico. A los 18 días de su intervención reingresa al hospital con cuadro de abdomen agudo, por lo que es reintervenido con hallazgo de 2500 cc. de líquido biliar en cavidad abdominal, sin evidencia de lesión de la vía biliar y sin fuga a través del cístico. Se realizó lavado y drenaje con buena evolución. Por último, paciente masculino, 83 años de edad, operado electivamente con diagnóstico de neoplasia de la encrucijada pancreatobiliar, encontrándose cáncer de cabeza de páncreas metastásico a hígado, a epiplón gastrohepático y ligamento hepatoduodenal. Se realizó gastroyeyuno-anastomosis y colecistoyeyuno-anastomosis en omega de Brown. A los 9 días es reintervenido por abdomen agudo, encontrándose dehiscencia parcial de colecistoyeyuno-anastomosis y biliperitoneo de 2000 cc. Se

realizó reconstrucción de la anastomosis con vicryl del 0000, parche de epiplón, lavado y drenaje. Buena evolución.

- 2.- Litiasis residual (Tabla # 10): comprendió un total de 8 pacientes, 1 del sexo masculino y 7 femeninos.

Masculino 35 años de edad, operado de urgencia con diagnóstico de hidrocolecisto, con hallazgo de hidrocolecisto, coledocolitiasis más pancreatitis edematosa. Se realizó colecistectomía y exploración de la vía biliar. La colangiografía mostró litos en colédoco, por lo que se reoperó, encontrándose 4 cálculos en colédoco a la reexploración, realizándose además esfinteroplastia. Buena evolución.

Los 7 pacientes femeninos con promedio de edad de 37.85 años, rango 24 a 58 años, se reoperaron a los 9.42 días, rango 4 a 21 días, por litiasis residual. Se encontró litiasis residual en 6 y una reexploración negativa. En una de las pacientes - en al cirugía inicial no se encontró la vesícula biliar, pero en la reexploración se encontró la misma en el sitio anatómico, realizándose colecistectomía. Esta paciente a las 24 horas de la reintervención es reoperada nuevamente por sangrado del lecho vesicular. Se realizó hemostasia y drenaje. Todos estos pacientes evolucionaron en forma satisfactoria.

- 3.- Neoplasia no reconocida (Tabla # 10): paciente femenino, 54 años de edad, operada en forma urgente inicialmente con diagnóstico de colecistitis crónica litiásica, encontrándose indy

ración de la cabeza de páncreas con diagnóstico postoperato--
rio de pancreatitis a descartar cáncer de páncreas. Se reali
zó colecistectomía por múltiples litos en vesícula biliar y -
además se tomó biopsia de cabeza de páncreas. Es reoperada -
por evidencia tomográfica de neoplasia de cabeza de páncreas,
encontrándose nuevamente induración y ganglios peripancreáti-
cos. Se tomó nueva biopsia de páncreas y ganglios la cual re
portó páncreas y ganglios sin evidencia de cáncer. A los 39
días es reintervenida nuevamente por sepsis, encontrándose -
absceso subfrénico derecho, haciéndose lavado y drenaje. Fa--
llecce a los 4 días de la última reintervención por insuficien
cia cardíaca, respiratoria y renal.

Paciente femenino 41 años de edad, operada electivamente con_
diagnóstico de colecistitis crónica litiasica, encontrándose_
litiasis vesicular, ganglios prepilórico inflamados y útero -
miomatoso. Se realizó colecistectomía y biopsia de dichos -
ganglios. Es reoperada a los 12 días por oclusión intestinal
y reporte de la biopsia de adenocarcinoma metastásico modera-
damente diferenciado. Se realizó gastrectomía subtotal, gas-
troyeyuno-anastomosis y omentectomía. Buena evolución.

Paciente masculino 40 años de edad, operado electivamente con
diagnóstico inicial de colecistitis crónica litiasica, encon-
trándose colecistitis alitiasica, practicándose colecistecto-
mía. A los 22 días es reoperado por oclusión intestinal en-
contrando tumoración en yeyuno a 1.2 Mts. de Treitz, realizán

dose resección intestinal y entero-entero-anastomosis término-terminal. El reporte de patología fue colecistitis crónica alitiásica, adenocarcinoma de yeyuno y bordes quirúrgicos libres de tumor. Buena evolución.

- 4.- Ictericia persistente (Tabla # 10): femenino 65 años de edad, diagnóstico inicial piocolecisto y colangitis, operado de urgencia con hallazgo de neoplasia de colédoco y litiasis vesicular. Se realizó colecistectomía. Persiste con colangitis y a las 24 horas es reintervenida, realizándose derivación externa de la vía biliar mediante sonda en T en el hepático común, se tomó además biopsia hepática, la cual reportó adenocarcinoma metastásico. Fallece a los 4 días por falla hepática, insuficiencia renal aguda e insuficiencia respiratoria.

Se presentaron dos defunciones, ocasionadas ambas por falla orgánica múltiple secundaria a sepsis, aunque el pronóstico en ambos pacientes era fatal por cáncer.(Tabla # 11).

GRUPO III:

1. Lesión de la vía biliar extrahepática (Tabla # 12). Tres pacientes con lesión de la vía biliar, presentando uno de ellos doble lesión longitudinal del colédoco. Las otras dos lesiones fueron una puntiforme (3 mm.) de hepático común y el tercer paciente lesión circular del hepático con pérdida de una tercera parte de su diámetro. El primer paciente se operó electivamente con diagnóstico de colecistitis crónica litiasis

ca. En el acto quirúrgico se identifica lesión longitudinal de 4 cms. del colédoco proximal la cual se repara con vicryl 000. Reingresa a los 8 días con abdomen agudo, es reintervenido encontrándose lesión longitudinal de 2 cms. en el colédoco distal la cual se repara y se feruliza con sonda en T, se hace lavado y drenaje de cavidad. Buena evolución. El segundo paciente se operó electivamente realizándose colecistectomía, identificándose en el mismo acto quirúrgico lesión puntiforme del hepático común dejándose drenaje. Evoluciona muy mal con salida de bilis por el drenaje, por lo que es reintervenida 6 días después de la primera cirugía, encontrándose biliperitoneo y la lesión descrita anteriormente. Se reparó con vicryl 000, dejando sonda en T, lavado y drenaje. Persiste con ictericia, la cual fue progresiva y fallece en la Unidad de Cuidados Intensivos por hepatitis por halotano. El último paciente se operó electivamente con diagnóstico de colecistitis crónica litiasica más coledocolitiasis, realizándose se colecistectomía y exploración de la vía biliar. Evoluciona bien. A la tercera semana aparece ictericia, se toma colangiografía por sonda en T en la cual no se visualizaron los conductos hepáticos por lo que se reinterviene a los 20 días de la cirugía inicial, encontrándose lesión del hepático común. Se realizó ferulización del mismo con sonda en T. # 20.- Es reintervenida tres veces más por mala evolución y finalmente fallece a las 24 horas después de la última reintervención por sepsis que ocasionó falla orgánica múltiple. En este grupo se presentaron tres pacientes con lesión de la vía biliar,

presentándose dos lesiones longitudinales en un paciente evolucionando satisfactoriamente. Fallecen dos pacientes, uno por hepatitis y otro por falla orgánica múltiple secundaria a sepsis (Tabla # 13), ambos presentaron lesión circular de la vía biliar.

La mortalidad total del grupo fue del 24 % (12 de 50 pacientes). Diez defunciones se debieron a sepsis que llevó a falla orgánica múltiple (83.33%). Una defunción por hepatitis y una por carcinomatosis. De los 16 pacientes que presentaron como complicación sepsis localizada o difusa en 10 hubo manipulación directa de la vía biliar (62.5%). De los 50 pacientes reintervenidos por complicaciones tempranas después de cirugía de vesícula biliar y vías biliares extrahepáticas, 42 pacientes requirieron una reintervención y de éstos, 35 (83.33%) evolucionaron satisfactoriamente y 7 (16.66%) fallecieron por causas ya descritas.

Ocho pacientes (16%) requirieron más de una reintervención de los cuales fallecieron 5 pacientes (62.5%).

REINTERVENCIONES TEMPRANAS EN CIRUGIA DE VESICULA Y VIAS BILIARES
EXTRAHEPATICAS DESDE MARZO DE 1984 A FEBRERO DE 1988. (TAB. No.1)

Total de Cirugías.	7,012	100%
Cirugías de Vesícula/vías biliares.....	1,059	15.10%
Reintervenciones	50	4.72%
Pacientes del sexo femenino	33	62.00%
Pacientes del sexo masculino.	17	38.00%

REINTERVENCIONES TEMPRANAS EN CIRUGIA DE VESICULA Y VIAS BILIARES
EXTRAHEPATICAS DIAGNOSTICO INICIAL (TAB. No. 2).

	E	U	TOTAL
Colecistitis Crónica Litiásica.	12	8	20
Colecistitis Crónica Litiásica más coledocolitiasis.	12	2	14
Colecistitis Crónica Litiásica más pancreatitis.	1	7	8
Cáncer Vesicular/Vías biliares	3	2	5
Litiasis Recidivante**	2	-	2
Colecistitis alitiásica	<u>1</u>	<u>-</u>	<u>1</u>
	31	19	50

E: ELECTIVA.

U: URGENCIA

** Intervenido inicialmente fuera de la Unidad.

**CAUSAS DE REINTERVENCIONES TEMPRANAS EN CIRUGIA DE VESICULA Y VIAS
BILIARES EXTRAHEPATICAS (TAB. No. 3).**

GRUPO 1.	NUMERO	PORCENTAJE
Sepsis localizada o difusa	16	53.33%
Evisceración	6	20.00%
Sangrado	6	20.00%
Obstrucción intestinal	<u>2</u>	<u>6.66%</u>
	30	100 %

**CAUSAS DE REINTERVENCIONES TEMPRANAS EN CIRUGIA DE VESICULA Y VIAS
BILIARES EXTRAHEPATICAS (TAB. No. 4)**

GRUPO II.	NUMERO	PORCENTAJE
Fuga Biliar	5	29.41%
Litiasis residual	8	47.05%
Neoplasia no reconocida	3	17.64%
Ictericia persistente	<u>1</u>	<u>5.88%</u>
	17	100 %

CAUSAS DE REINTERVENCIONES TEMPRANAS EN CIRUGIA DE VESICULA Y VIAS
BILIARES EXTRAHEPATICAS TAB. No. 5)

GRUPO III.	NUMERO	PORCENTAJE
Lesión de la vía biliar	<u>3</u>	<u>100%</u>
	3	100 %

CAUSA DE REINTERVENCION GRUPO I (SEPSIS TAB. No. 6)

DIAGNOSTICO INICIAL	CIRUGIA INICIAL	No.	CAUSA	PROCEDIMIENTO REALIZADO	V/M
Colecistitis Crónica litiásica.	Colecistectomía	5	Absceso residual: 4 Negativo: 1	Lavado y drenaje Laparatomía negativa	4/1
Colecistitis Crónica litiásica más coledocolitiasis.	Colecistectomía más exploración de la vía biliar Biliodigestiva	2 2	Absceso residual: 4	Lavado y drenaje	2/2
Colecistitis Crónica litiásica más coledocolitiasis más pancreatitis edematosa.	Colecistectomía Colecistectomía más esfínteroplastia.	2 1	Absceso residual: 3	Lavado y drenaje	2/1
Colecistitis crónica litiásica más pancreatitis necróticohemorrágica.	Colecistectomía más exploración de la vía biliar.	4	Absceso residual: 4	Lavado y drenaje	2/2
		<hr/>			<hr/> 10/6

V: Vivo.
M: Muerto.

CAUSAS DE REINTERVENCION GRUPO I (TAB. No. 7).

CASO	EDAD	SEXO	DEFUNCIONES No.DE REINTERVENCIONES	INTERVENCION QUIRURGICA INICIAL	TIEMPO ENTRE LA REINTERVENCION Y LA MUERTE
1	60 anos	Femenino	2	Colecistectomía más exploración de la vía biliar.	14 días
2	71 años	Femenino	1	Coledocoduodenoanastomosis	2 días
3	45 anos	Femenino	2	Colecistectomía más exploración de la vía biliar más esfinteroplastia.	4 días
4	96 anos	Femenino	1	Colecistectomía más exploración de la vía biliar.	2 días
5	35 años	Femenino	3	Colecistectomía más exploración de la vía biliar, drenaje peripancreático.	39 días
6	59 años	Femenino	1	Colecistectomía	15 días

CAUSAS DE REINTERVENCION GRUPO I (VARIOS TAB. No. 8)

DIAGNOSTICO INICIAL	CIRUGIA INICIAL	No.	CAUSA	PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	V/M
Colecistitis crónica litiásica más coledocolitiasis	Colecistectomía más exploración de la vía biliar	5	Evisceración	Cierre de pared	5/0
Colecistitis crónica litiásica	Colecistectomía	1	Evisceración	Cierre de pared	1/0
Colecistitis crónica litiásica	Colecistectomía	4	Sangrado del lecho vesicular.	Hemostasia	4/0
Colecistitis crónica litiásica	Colecistectomía	1	Hemoperitoneo sin sangrado activo	Lavado y drenaje	1/0
Cáncer vesicular	Hemicolectomía-derecha	1	Sangrado retroperitoneal	Hemostasia	0/1
Cáncer vesicular	Colecistectomía	1	Obstrucción duodenal	Gastroyeyunoanastomosis	0/1
Cáncer ampula de Váter	Gastroyeyunoanastomosis.	1	Oclusión intestinal	Colecistectomía, resección intestinal 30 cm. coledocoyeyunoanastomosis y nueva gastroyeyunoanastomosis.	1/0

CAUSAS DE REINTERVENCION GRUPO I (VARIOS TAB. No. 9)

DEFUNCIONES

CASO	EDAD	SEXO	No.DE REINTERVENCIONES	INTERVENCION QUIRURGICA INICIAL	TIEMPO ENTRE LA REINTERVENCION Y MUERTE.
1	76 años	Femenino	1	Hemicolectomia derecha	3 días.
2	72 años	Femenino	1	Colecistectomia	5 días

CAUSAS DE REINTERVENCION GRUPO II (TAB. No. 10)

DIAGNOSTICO INICIAL	CIRUGIA INICIAL	No.	CAUSA	PROCEDIMIENTO REALIZADO	V/M
Colecistitis crónica lití- sica más coledocolitiasis	Colecistectomía más exploración de la - vía biliar.	3	Fuga biliar y salida de son- da en T.	Lavado de cavidad, drenaje, recolocación de sonda en T.	3/0
Piocollecisto*	Colecistectomía	1	Fuga biliar	Lavado de cavidad y drena- je.	1/0
Cáncer de Páncreas	Colecistoyeyuno- anastomosis + gas- troyeyunoanastomo- sis.	1	Fuga bilair	Parche	1/0
Colecistitis crónica Litiá- sica (4), Colecistitis Cró- nica Litiásica + Hernia Um- bilical.	Colecistectomía más exploración de la vía biliar	5	Litiásis resi- dual: 4 Falso positi- vo: 1	Reexploración de la vía - biliar.	5/0
Colecistitis Crónica Litiá- sica más Coledocolitiasis	Colecistectomía más exploración de la - vía biliar.	2	Litiásis Resi- dual.	Esfinteroplastia	2/0
Piocollecisto más Coledoco- litiásis.	Colecistectomía más exploración de la - vía biliar.	1	Litiásis Resi- dual.	Coledocoduodenoanastomo- sis.	1/0
Colecistitis Crónica Litiá- sica.	Colecistectomía	1	Adenocarcino- ma antral	Gastrectomía subtotal tipo B-II	1/0
Colecistitis Crónica Litiá- sica.	Colecistectomía	1	Adenocarcino- ma yeyunal	Resección intestinal	1/0
Cáncer de Vías Biliares	Colecistectomía	1	Ictericia per- sistente	Exploración de la vía - biliar.	0/1
Colecistitis Crónica Litiá- sica más Pancreatitis	Colecistectomía más biopsia de páncreas	1	Neoplasia no reconocida	Coledocoduodenoanastomo- sis	0/1
		17			15/2

V =Vivo

M = Muerto

* En la reintervención no se encontró fuga biliar, pero sí biliperitoneo de 2500 cc, al parecer por fuga a través de canaliculos hepáticos anómalos.

CAUSAS DE REINTERVENCION GRUPO II (TAB. No. 11)

DEFUNCIONES

CASO	EDAD	SEXO	No.DE REINTERVENCIONES	INTERVENCION QUIRURGICA INICIAL	TIEMPO ENTRE LA REINTERVENCION Y LA MUERTE
1	65 años	Femenino	1	Colecistectomía	4 días
2	54 años	Femenino	2	Colecistectomía más exploración de la vía biliar más biopsia de páncreas.	4 días

CAUSAS DE REINTERVENCION GRUPO III (TAB. No. 12)

DIAGNOSTICO INICIAL	CIRUGIA INICIAL	No.	CAUSA	PROCEDIMIENTO REALIZADO	HALLAZGOS	V/M
Colecistitis Crónica Litiásica	Colecistectomía	2	Fístula Biliar	Reparación Ferulización	Lesión 3 mm (circular)	0/1
					Lesión 20 mm (longitudinal)	1/0
Colecistitis Crónica Litiásica más coledu colitiasis	Colecistectomía más exploración de la vía bi- liar.	1	Ictericia Post operatoria.	Reparación Ferulización	Lesión 1/3 del diámetro del - coledoco (cir- cular).	0/1

CAUSAS DE REINTERVENCION GRUPO III (TAB. No. 13)

DEFUNCIONES

CASO	EDAD	SEXO	No.DE REINTERVENCIONES	INTERVENCION QUIRURGICA INICIAL	TIEMPO ENTRE LA REINTERVENCION Y LA MUERTE.
1	37 años	Femenino	1	Colecistectomía	10 días
2	61 años	Femenino	4	Colecistectomía más exploración de la vía biliar.	24 horas

DISCUSION.

Es importante entrar a analizar algunos criterios que determinan - una reexploración abdominal.

Se ha demostrado a través de estudios en pacientes, como el realizado por el Dr. Irving L. Kron (11) en el Centro Médico de la Universidad de Virginia, que existe una correlación entre la presión intraabdominal por encima de 25 mms. de hg. y la falla renal. El aumento de la presión intraabdominal, causa compresión de la vena cava inferior, llevando a una disminución del gasto cardíaco. Presiones intraabdominales por encima de esta cantidad en un paciente postoperado, con un adecuado volumen sanguíneo y un gasto urinario bajo, es indicación de reexploración abdominal.

Otras indicaciones para reoperar un paciente son las siguientes(21):

1. Hemorragia.
2. Peritonitis, absceso residual y fistulas.
3. Dehiscencia de herida quirúrgica subcutánea o total.
4. Ictericia y fuga biliar.

La edad es un factor determinante en el riesgo y pronóstico de una reintervención. En nuestra revisión la tasa de mortalidad más alta la encontramos en pacientes mayores de 60 años (60%), la cual es similar a la reportada en otras revisiones.(21).

Quando un paciente postoperado evoluciona clínicamente en forma tórvida y los estudios de laboratorio y gabinete, nos hacen sospechar un -

proceso séptico, la reintervención oportuna aunada al progreso en las - Unidades de Cuidados Intensivos, repercutirán favorablemente en la sobrevida de estos pacientes.(10)

Los abscesos intraabdominales se presentan cuando la cantidad de - bacterias inoculadas es relativamente pequeña o los mecanismos de defensa del huésped son muy efectivos. Por otro lado, cuando la cantidad de bacterias inoculadas es muy alta o los mecanismos de defensa del huésped son inadecuados, resultará una peritonitis fulminante con alto riesgo de mortalidad.(6)

Los factores reconocidos como efectivos para la supervivencia de - los pacientes con abscesos intraabdominales, se explican en términos de un adecuado drenaje quirúrgico y competencia del sistema inmune del - - huésped.(6).

La sepsis postoperatoria permanece como una de las causas prevalentes de muerte en las Unidades de Cuidados Intensivos. Un gran número de exámenes de laboratorio y radiológico, sumados a un buen juicio clínico y experiencia del cirujano, son marcadores importantes para determinar - la reintervención de un paciente séptico.

Un comentario especial merece los pacientes con pancreatitis y desarollaron absceso pancreático como complicación, debido a que de cuatro pacientes, fallecieron dos (50%). La muerte asociada con abscesos pancreáticos puede ser precedida por la severidad del episodio desencadenante de pancreatitis, por la presencia de sepsis y disfunción pulmonar - - cuando hay pancreatitis o absceso y por sepsis persistente en el postope

ratorio. La tasa de mortalidad por absceso pancreático no ha sufrido modificación en las dos últimas décadas y el drenaje quirúrgico solo sigue siendo una posibilidad de supervivencia.(2).

Los casos de sepsis postoperatoria que se presentaron en pacientes a los que se agregaron procedimientos derivativos como: coledocoduodenoanastomosis, gastroyeyunoanastomosis y enteroenteroanastomosis, se pueden explicar en términos de translocación bacteriana. La mucosa intestinal funciona como la mayor barrera de defensa y ayuda a prevenir la colonización bacteriana desde el intestino a órganos sistémicos y tejidos. La flora bacteriana del tracto gastrointestinal puede atravesar la mucosa e infectar los nódulos linfáticos mesentéricos y órganos sistémicos, proceso llamado translocación bacteriana. Los factores que contribuyen a ésta pueden ser:

- 1.- Ruptura del balance ecológico de la flora bacteriana normal, resultando un sobrecrecimiento bacteriano.
- 2.- Disrupción física de la mucosa: trauma, endotoxinas.
- 3.- Disminución de los mecanismos de defensa del huésped (3, 5, 15).

Las endotoxinas alteran la integridad de la mucosa gastrointestinal, incrementando la permeabilidad vascular y deprimiendo el sistema de defensa del huésped. Lo anterior puede entenderse como una respuesta inflamatoria en la mucosa intestinal, mediada por endotoxinas, liberación de macrófagos, prostaglandinas E2 o sistema de coagulación (14).

La estenosis de la vía biliar es un punto importante que podemos explicar en base a la irrigación de la misma. El Dr. Terblanch (22), afir

ma en una revisión sobre el tema que el conducto biliar supraduodenal segmento comprendido entre los conductos hepáticos derecho e izquierdo - hasta la primera porción del duodeno, tiene un flujo sanguíneo esencialmente axial. La mayor irrigación está por debajo en un 60%, mientras - que solamente el 38% nace por encima. Los vasos restantes son troncos - adyacentes al conducto biliar principal y están en punto de las 3 y de - las 9, siendo muy pequeños, vulnerables y fácilmente lesionados. Se des - cribe una arteria retroportal, la cual nace de la arteria mesentérica - superior o del tronco celíaco y cursa por detrás del conducto biliar ex - trahepático. En el 50% de los pacientes termina por unirse a la arteria retroduodenal con solamente una pequeña rama que contribuye al flujo san - guíneo del conducto biliar supraduodenal por debajo. En una tercera - parte de los individuos se une a la arteria hepática derecha por encima, es ésta la que da la rama a las 3 y a las 9 y cuando está presente puede jugar un papel importante en la irrigación del conducto biliar supraduo - denal por encima, debido a su conexión terminal con la arteria hepática - derecha. Por ello se aconseja tratar de hacer las anastomosis biliodi - gestivas altas y además explica que las lesiones de la vía biliar en for - ma longitudinal tienen un mejor pronóstico que las lesiones circulares, ya que comprometen menos su irrigación. (Ver figs. 2 y 3 pág. 10).

CONCLUSIONES.

- 1.- La falla orgánica múltiple secundaria a sepsis después de colecis--
tectomy y/o cirugía sobre la vía biliar, es la complicación tempra
na más grave que se presenta.
- 2.- La manipulación directa de la vía biliar posterior a colecistecto--
mía, es un factor importante en la formación de abscesos residuales,
ya que en el 62.5% de los abscesos residuales hubo intervención di--
recta sobre la vía biliar.
- 3.- Las lesiones longitudinales sobre la vía biliar, presentaron buena
evolución.
- 4.- La más alta tasa de mortalidad se presentó en pacientes mayores de
60 años.
- 5.- El número de reintervenciones en un paciente está en relación direc--
ta con la morbimortalidad.
- 6.- En nuestro estudio la mayor incidencia de complicaciones se presen--
tó en pacientes del sexo femenino y en cirugías electivas.
- 7.- El grupo I: Sepsis presentó la mayor tasa de mortalidad.
- 8.- El grupo II tuvo la menor tasa de mortalidad.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Andrus Charles: Planned reoperation for generalized intraabdominal infection. The American Journal of Surgery 152: 682-686, 1986.
2. Becker James M., Prognostic factors in pancreatic abscess. Surgery. 96(3): 455-460, 1984.
- 3.- Border John R., The gut origin septic states in blunt multiple trauma (ISS-40) in the ICU. Annals of Surgery. 206(4): 427-448, 1987
- 4.- Browder William and others, Early management of operative injuries of the extrahepatic biliary tract. Annals of Surgery. 205(6): 649-656, 1987.
- 5.- Deitch Edwin A. and others, The gut as a portal of entry for bacteremia. Annals of Surgery. 205(6): 681-692, 1987.
- 6.- Fry Donald E. et al, Determinants of death in patients with intraabdominal abscess. Surgery. 88(4): 517-523, 1980.
- 7.- Glenn Frank and Mcsherry, Secondary abdominal operations for symptoms following biliary tract surgery. Surgery, Gynecology & Obstetrics. 121(5): 979-988, 1965.
- 8.- Glenn Frank & Grafe, Historical Events in Biliary Tract Surgery. Arch Surg. 93: 849-853, 1966.
- 9.- Henry Mitchell and Carey Larry C., Complications of Cholecystectomy. The Surgical Clinics of North America. 63(6): 1191-1213, 1983.

- 10.- Hinsdale James and Jaffe, Re-operation for intra-abdominal sepsis. *Annals of Surgery*. 199(1): 31-36, 1984.
- 11.- Kron Irving L. et al., The Measurement of Intra-abdominal Pressure as a Criterion for Abdominal Re-exploration. *Annals of Surgery*. 199(1): 28-30, 1984.
- 12.- Lorenc J., Early Urgent Relaparotomy In Abdominal Surgery. *International Surgery*. 51(5): 433-437, 1969.
- 13.- Machiedo George W. et al., Reoperation for Sepsis. *The American Surgeon*. 151(3): 149-154, 1985.
- 14.- Maddaus Michael A. and others, Effect of t Cell Modulation on the Translocation of Bacteria from the Gut and Mesenteric Lymph Node. *Annals of Surgery*. 207(4): 387-398, 1988.
- 15.- Maingot R., *Abdominal Operations*. Appleton-Century Crofts/Norwalk, Connecticut. 2: 1753-1767, 1985.
- 16.- Mazzariello R., Review of 200 cases of residual biliary tract calculi treated without reoperation: An eighth year study. *Surgery*. 73(2): 299-306, 1973.
- 17.- Sandberg Ake et al., Accidental Lesions of the Common Bile Duct at Cholecystectomy. *Annals of Surgery*. 201(4): 328-332, 1985.
- 18.- Schwartz Seymour I. *Patología quirúrgica. ediciones científicas LA PRENSA MÉDICA MEXICANA, S.A.* 2: 1437-1446, 1986.

- 19.- Shackelford Richard T. Surgery of the Alimentary Tract. Pancreas, -
Biliary Tract, Liver, Spleen. W. B. SAUNDERS COMPANY, 163-171, 1982
- 20.- Skandalakis John E., Complicaciones anatómicas en cirugía general,-
McGRAW-HILL INC, U.S.A. 132-142, 1983.
- 21.- Tera Harry and Aberg Curt, Relaparotomy. Acta Chir Scand 141: -
637-644, 1975.
- 22.- Terblanche John et al., An ischemic basis for biliary strictures. -
Surgery. 94(1): 52-57, 1983.
- 23.- Thorbjarnarson Bjorn, Surgery of the Biliary Tract. W.B. SAUNDERS -
COMPANY, Philadelphia, U.S.A. 16:1-2, 1982.
- 24.- Thorwald Jürgen, El Triunfo de la Cirugía. Ediciones Destino, - -
Barcelona, España. 125-165, 1972.
- 25.- Wagner H. E. and Barbier, Reoperations upon the biliary duct system
for benign disorders are still indicated. Surgery, Gynecology & -
Obstetrics. 164: 57-59, 1987.
- 26.- White Thomas T. Reoperative Gastrointestinal Surgery. Little, Brown
and Company, Boston, U.S.A. 125-163, 1979.