

11209

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO**

2A  
261

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**LESION INCIDENTAL DE LA VIA BILIAR PRODUCIDA DURANTE CIRUGIA  
BILIAR POR VIA ABIERTA O POR VIA LAPAROSCOPICA: REVISION EN UN  
HOSPITAL DE TERCER NIVEL DURANTE EL PERIODO 1992 A 1994**

**TESIS DE POSTGRADO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
CIRUGIA GENERAL**

**DR. MARIO ALBERTO CORTES CORONA**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1996

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



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.

11209

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES  
DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO**

**HOSPITAL REGIONAL "1o DE OCTUBRE "**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION**

**NOVIEMBRE 1994**

1996

*R. Oropeza*

**DR. RAMON OROPEZA MARTINEZ  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE  
CIRUGIA GENERAL  
HOSPITAL REGIONAL "1o DE OCTUBRE"**

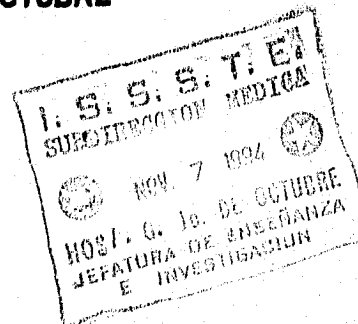


*G. Olvera*

**DR. HORACIO OLVERA HERNANDEZ  
MEDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE  
CIRUGIA GENERAL  
HOSPITAL REGIONAL "1o DE OCTUBRE"  
ASESOR DE TESIS**

*G. Olvera*

**DR. HORACIO OLVERA HERNANDEZ  
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
HOSPITAL REGIONAL "1o DE OCTUBRE"**



**DEDICATORIAS**

**A MIS PADRES :**

**POR SU APOYO Y ESFUERZO  
DURANTE MIS AÑOS DE ESTUDIO**

**A MI ESPOSA :**

**POR SU AMOR CONFIANZA Y APOYO  
DURANTE EL DESARROLLO DE MI CARRERA**

**A MIS HIJOS:**

**POR SER MI ALEGRIA E INSPIRACION  
PARA EL FUTURO**

**A MIS MAESTROS :**

**POR LOS MOMENTOS BRINDADOS  
EN MI ENSEÑANZA DE LA CIRUGIA**

## INDICE

<b>TEMA .....</b>	<b>1</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>2</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCION .....</b>	<b>4</b>
<b>MATERIAL Y METODOS .....</b>	<b>11</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>13</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>22</b>
<b>COMENTARIOS .....</b>	<b>23</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>25</b>

## INDICE

<b>TEMA .....</b>	<b>1</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>2</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCION .....</b>	<b>4</b>
<b>MATERIAL Y METODOS .....</b>	<b>11</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>13</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>22</b>
<b>COMENTARIOS .....</b>	<b>23</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>25</b>



**TEMA**

**LESION INCIDENTAL DE LA VIA BILIAR PRODUCIDA  
DURANTE CIRUGIA BILIAR POR VIA ABIERTA O POR  
VIA LAPAROSCOPICA: REVISION EN UN HOSPITAL  
DE TERCER NIVEL DURANTE EL PERIODO DE  
1992 A 1994.**

## RESUMEN

*La colecistectomía es la mejor opción para la resolución de la patología vesicular, ya sea por colelitiasis, colecistitis aguda atltásica, colesteroosis, colecistitis crónica etc.*

*Utilizándose para esto la vía abierta tradicional, y la vía laparoscópica de reciente inicio, presentándose como complicación, en ambas formas de tratamiento, la lesión incidental de la vía biliar. Siendo una complicación poco frecuente pero que provoca importante morbimortalidad en el paciente sometido a cirugía de vías biliares por lo que se realiza el presente trabajo con los siguientes resultados; Se estudiaron un total de 799 colecistectomías realizadas en el periodo comprendido de Enero de 1992 a Junio de 1994 tanto por vía abierta como por vía laparoscópica, encontrando 7 lesiones incidentales de vía biliar con un porcentaje del (1.5%) encontrándose una mayor frecuencia durante la cirugía abierta del (0.8%), que durante la cirugía por vía laparoscópica (0.06%), predominando en el sexo femenino 4 pacientes (55.1%) así como entre la 5a y 6a década de la vida.*

*La experiencia del cirujano no fue un factor significativo en nuestro estudio, ya que la lesión incidental de la vía biliar se presentó independientemente de la experiencia del cirujano, siendo más frecuente en cirujanos adscritos, (55.1%) contra (44.9%) en residentes supervisados por adscritos.*

*La hora de realización del procedimiento no fue un factor importante, ya que se presentó con mayor frecuencia por la mañana, (55.1%).*

*En nuestro estudio no se reportó la presencia de anomalías anatómicas con los pacientes con lesión incidental de la vía biliar.*

*Un factor que se presentó en todos los casos fue la presencia de adherencias perivesiculares múltiples y sobre la vía biliar, como hallazgo operatorio probablemente por la dificultad técnica que esto implica durante la disección de las estructuras de la vía biliar extrahepática.*

## SUMMARY

*At the present cholecystectomy is now the better option for resolution of gallbladder pathology like:*

*Cholelithiasis, Acute Cholecystitis, Cholesterolosis, Chronic Cholecistitis. etc.. We had using two ways of surgical approach: the traditional abdominal cholecystectomy or laparoscopic cholecystectomy. Being present in both ways of treatment iatrogenic bile duct injuries, is a little frecuente complication but can cause an important morbimortality in the patient with cholecystectomy.*

*In our study we have de next results:*

*There were studied 799 cholecystectomies since January 1992 to June 1994 with abdominal cholecystectomy 447, we found 7 iatrogenic bile duct injuries (1.4%) we had found more frequently in abdominal surgery (0.8%) than in laparoscopic surgery (0.6%) It is most frequently in the female (52.7%) and during 5th and 6th decade of the live.*

*Experience of the surgeon was not an important factor in the incidence of iatrogenic bile duct injuries, being more frequent in the hands of senior surgeons (52.7%) than in residents supervised by surgeons.*

*The time of surgery was not an important factor in the incidence of iatrogenic bile duct injuries being more frequent at the morning (52.7%) four patients.*

*In our study we didn't find anatomic abnormalities in patient with iatrogenic bile duct injuries described during surgery.*

*One factor present in all cases was the presence of multiple perivesicular adhesences and on bile duct like an operatory finding probably for technique difficulty.*

**LESION INCIDENTAL DE LA VIA BILIAR PRODUCIDA DURANTE CIRUGIA BILIAR POR VIA ABIERTA O POR VIA LAPAROSCOPICA: REVISION EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DURANTE EL PERIODO DE 1992 A 1994.**

**INTRODUCCION:**

*La enfermedad vesicular por litiasis no es algo nuevo, en una momia egipcia que data de 1000 años antes de cristo, se encontro litiasis vesicular, Paracelsus en el año de 1500 D.C., expresó que un desbalance en el sistema químico puede promover la precipitación de sólidos en la billa, otros médicos del siglo XIX , agregaron evidencias científicas que las anomalías metabólicas, la infección la ectasia biliar podrian jugar un papel importante en la patogénesis de la litiasis vesicular .*

*Esta entidad es un problema de grandes dimensiones en cualquier país del mundo. En México la prevalencia global es del (14.3%), siendo el (8.4%) en el sexo masculino y del (20.4%) en el sexo femenino, siendo mayor que en los Estados Unidos de Norteamérica que es del (10.00%), pero menor que la de Chile , que es la mas alta del mundo. En México mas de 6 millones son portadores de litiasis vesicular, la mayoría de ellos de estrato socioeconómico bajo, con factores de riesgo bien establecidos como son: La dieta rica en carbohidratos, grasas poliinsaturadas, pobre en fibra, se asocia claramente a diabetes mellitus, al uso de anticonceptivos orales, a la vagotomía troncular y resección gástrica.*

*La prevalencia de ancianos llega hasta el (33%) y es en este grupo de edad donde se observa mayor morbilidad y mortalidad operatoria, encontrando los principales factores de riesgo en las complicaciones agudas, las enfermedades cardiacas y la insuficiencia hepática.*

*En el humano los litos de vesícula estan compuestos principalmente de colesterol, la formación de estos calculos se considera como resultado de tres factores importantes:*

- 1.- Saturación de colesterol.*
- 2.- Nucleación acelerada de los cristales de colesterol.*

### **3.- Motilidad vesicular Incoordinada.**

**Por ello debemos considerar a esta patología como una enfermedad de tipo metabólico y no propiamente de la vesícula por sí sola.**

**Hasta hace unos años, el tratamiento convencional para la litiasis vesicular sintomática era una operación abierta a través de una incisión abdominal para reseca la vesícula, la recuperación usual era de 5 días y una convalecencia de 3 a 6 semanas y mortalidad baja (0.05%), excepto en pacientes viejos o de alto riesgo.**

**Se han desarrollado una variedad de alternativas no quirúrgicas, que incluyen la disolución oral de ácidos biliares, disolución con solventes de contacto, extracción mecánica a través de catéter colocado en la vesícula percutánea o endoscópicamente y fragmentación por ondas de choque combinada, con disolución de ácidos biliares.**

**Todas estas alternativas dejan a la vesícula intacta, y por ende la posibilidad de recurrencia, la colecistectomía laparoscópica y por minilaparotomía son las nuevas opciones a la colecistectomía abierta.**

**La litotripsia extracorpórea con ondas de choque, introducida en los ochentas por Sauer Bruch, en donde la onda de choque es propagada por un medio líquido a través del cuerpo y dirigida hacia los litos vesiculares o de cólecoco, mediante ultrasonido con la finalidad de fragmentarlos hasta el momento ninguno de los equipos para este fin ha sido aprobado por la administración de drogas y alimentos en E.U.A., la máxima utilidad según el grupo de Munich del (95%) de éxito la alcanzan en pacientes sintomáticos, con un litio no calcificado y único, menor de 20mm y una vesícula funcionando.**

**Pacientes con litos de 20 a 30 mm y hasta en un número de 3, reportan un éxito del (60%) estimando que en estas dos categorías, caen en el (16%) de todos los pacientes con colecistitis asintomática, si a esto aunamos el costo elevado del procedimiento que requiere terapia coadyuvante con ácido ursodesoxicólico y que la recidiva no es rara a sí como el dolor biliar transitorio, reportando hasta un (45%), hace suponer que este método está limitado a pacientes seleccionados y de alto riesgo, tiene una gran utilidad**

**en la fragmentación de litos de la vesícula biliar de (90 a 95%), en litos de gran tamaño e inaccesibles para removerlos por esfinterotomía endoscópica.**

**En México se ha informado la experiencia de estos métodos en la coledocolitiasis con un éxito en la fragmentación del (50%) en una sola sesión y con un seguimiento a los 18 meses del (100%), en estos pacientes, será necesario, esperar un mayor número de experiencias para una mejor valoración de los resultados.**

**En la historia de la cirugía pocas operaciones, han cambiado el pensamiento tan rápidamente como la colecistectomía laparoscópica (cole x lap.), esta técnica ha revolucionado la práctica diaria de la cirugía en todo el mundo.**

**La experiencia europea ha reportado 15644 casos con un índice de conversión del (3 al 8%), daño al conducto biliar común en 58 casos (0.03%), y una mortalidad de (0 al 0.1%), por lo que la hace totalmente comparable con la colecistectomía abierta, pero con las grandes ventajas conocidas de la colecistectomía laparoscópica, esta operación ahora es la de rutina para la extracción de la vesícula enferma.**

**La experiencia de E.U.A. reporta 84,687 pacientes con daño al conducto biliar del (0 al 1.0%), con una conversión del (5%), y una mortalidad del (0.3%), la incidencia del daño al conducto biliar aunque baja es mayor que la colecistectomía abierta, por lo que exige una gran experiencia del cirujano, recomendando la reparación inmediata del daño al conducto biliar aunque es baja es mayor que la colecistectomía abierta, por lo que exige una gran experiencia del cirujano, recomendando la reparación inmediata del daño.**

**En México es limitada la experiencia de reportes en el país, es necesario esperar preferentemente reportes mayores a 100 pacientes para una mejor evaluación de los resultados, que ayudara a establecer parámetros para certificar a los cirujanos que realicen este procedimiento; y así aplicar adecuadamente esta norma con el fin de evitar al máximo las complicaciones que inicialmente se consideraban menores que con la colecistectomía abierta, tarea que poco a poco deberá ser solucionada, la colecistectomía por minilaparotomía es una alternativa que puede ser competitiva.**

En la etapa temprana de los 70s se introdujo la colangiopancreatografía endoscópica (CPE), revoluciendo el planteamiento diagnóstico en las enfermedades biliopancreáticas.

Algunos años después se describió la esfinterotomía para el manejo de cálculos del colédoco retenidos o recurrentes, además en la actualidad es aceptado como un excelente método en la colangitis aguda, pancreatitis biliar, manejo endoscópico de litiasis biliar primaria sin planear colecistectomía; entre otras indicaciones, tiene un éxito del (95%) en promedio, complicaciones de (1.0%), en (cpe) terapéutica con mortalidad del (1.0%).

Con el entusiasmo despertado por la colecistectomía laparoscópica (cole x lap), se han presentado nuevas opciones en la aplicaciones de la (cpe) tanto en el manejo de cálculos del colédoco antes o después de la (cole x lap), por lo que Cotton establece 3 factores :

- 1.- Sospecha de cálculo de colédoco.
- 2.- Experiencia del endoscopista local.
- 3.- La presión para reseca la vesícula por vía laparoscópica opuesta a la cirugía abierta.

La experiencia de el hospital general de México en un estudio de 620 colecistectomías. Se encontró que la causa más frecuente de colecistectomía es la litiasis vesicular, analizando también otras causas y su frecuencia .

**DURANTE 1992 ENCONTRANDO LOS SIGUIENTES RESULTADOS  
MEDIANTE EL ESTUDIO HISTOPATOLOGICO DE LAS PIEZAS  
QUIRURGICAS**

<b>PATOLOGIA</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Colecistitis cronica litiasica</b>	<b>553</b>	<b>89.1%</b>
<b>Colecistitis aguda litiasica</b>	<b>473</b>	<b>76.2%</b>
<b>Colesterosis</b>	<b>112</b>	<b>18.0%</b>

<b>Colecistitis aguda litiasica</b>	<b>61</b>	<b>9.8%</b>
<b>Metaplasia</b>	<b>37</b>	<b>5.9%</b>
<b>Piocolocisto</b>	<b>5</b>	<b>0.8%</b>
<b>Hidrocolecisto</b>	<b>2</b>	<b>0.3%</b>
<b>Absceso</b>	<b>2</b>	<b>0.3%</b>
<b>Polipo adenomatoso</b>	<b>1</b>	<b>0.16%</b>
<b>Displasia severa</b>	<b>1</b>	<b>0.16%</b>
<b>Adenocarcinoma in situ</b>	<b>1</b>	<b>0.16%</b>
<b>Carinosarcoma</b>	<b>1</b>	<b>0.16%</b>
<b>Adenocarcinoma</b>	<b>12</b>	<b>1.93%</b>

**Por lo que presentan estas como las principales razones para practicarse colecistectomía siendo actualmente el metodo de elección para la resolución de la patología biliar antes mencionada, siendo el motivo de nuestro trabajo determinar la incidencia de la lesión de la vía biliar. En nuestro medio la via mas segura para practicar la colecistectomía, ya sea por método abierto o por via laparoscópica.**

**La colecistectomía laparoscópica se ha convertido rapidamente en la técnica mas empleada para extraer una vesicula biliar litiasica, en efecto esta es exigida por los pacientes no solamente por razones estéticas si no sobre todo por el confort post-operatorio que ella aporta; En efecto el individuo se puede alimentar la misma tarde, salir del hospital a la mañana siguiente sin embargo, como en toda técnica nueva la colecistectomia laparoscópica presenta un cierto numero de problemas que no estan aún bien codificados y supone riesgos que no son todavia bien conocidos y evaluados numericamente, en efecto se sabe que de (10% al 15%) de los pacientes portadores de litiasis vesicular y candidatos a colecistectomia tienen calculos en la vía principal y sabemos igualmente que la técnica de la colecistectomía laparoscópica no permite extraer regularmente los calculos de la vía biliar principal por lo que se ha utilizado con este fin la (CPRE), y en ocasiones la esfinterotomia para extraer los litos, de la vía biliar principal. Ahora analizaremos cuales son la lesiones de la vía biliar que se presentan con mas frecuencia.**



*Las fístulas biliares del cístico son debidas al clipage parcial del conducto cístico o bien a falta de ligadura adecuada y en general se asocia a un obstaculo de la billa creado la mayoría de la veces por una disfunción del esfinter de Oddi y mas raramente por un calculo no reconocido en la via biliar principal, en ausencia de un obstaculo en el flujo de la billa.*

*La fistula del muñon cístico es por lo regular de bajo débito y desaparece espontaneamente en algunos días como ha sido el caso de uno de nuestros pacientes: Esta fistula se traduce en un escurrimiento biliar externo a lo largo de del Dren, si este esta colocado, en caso de no estarlo se presentan dolores en hipocondrio dercho con o sin síndrome febril , en un paciente no drenado la ecografía pone facilmente en evidencia la colección biliar subhepática mas o menos localizada: Solo en los casos donde la fistula biliar externa es importante con débito superior a 100cc por día, o persistente o en el caso de signos clinicos y ecográficos de fistula biliar se realizara una (CPRE) para hacer el inventario de las lesiones; A.- Si se trata de una litiasis residual se practicará la extracción endoscópica del cálculo, se trata de evitar en lo posible la esfinterotomía endoscópica por los riesgos que esto implica y se intenta colocar un drenaje nasobiliar. B.- En caso de disfunción del esfinter de Oddi y si la fistula biliar persiste a pesar de este tratamiento se debera realizar una esfintetotomía endoscópica, la cual tiene por objeto suprimir el gradiente de presión de el duodeno biliar y así permitir el cierre de la fistula, C.- En raros casos la colección biliar intraperitoneal requiere un drenaje complementario percutaneo bajo control ecográfico como ha sido el caso de dos de nuestros pacientes.*

*La lesion de la vía biliar principal constituye la lesión mas severa de la colecistectomia puesto que estas se produce por lo regular sobre las finas vias biliares de poco calibre que la hacen muy difíciles de reparar. La única manera de evitarlas es separando con precisión en el momento de la disección de la vía biliar durante la colecistectomia, identificando perfectamente los elementos del Triángulo de Callot la arteria cística, el conducto cístico y vía biliar principal y diseccar lo mas posible a la derecha cerca de el infundíbulo vesicular, la existencia de ciertas variaciones anatómicas: (cístico corto que se implante en el canal del hepático derecho*

**y cístico largo rodeando la vía biliar principal etc.), estas variaciones anatómicas aumentan el riesgo de complicaciones, la realización de colangiografía durante la cirugía no permite evitar esta complicación, por que ella se realiza despues del clipage del cístico, sobre el cuello vesicular con riesgo de lesión de la vía biliar principal, es mas común en este canal y es mas aún en el caso de adherencias vesiculares al pedículo hepático y en ocasiones en caso de cirugía laparoscópica es necesario la conversión a cirugía abierta, a veces la lesión pasa desapercibida durante la cirugía presentando posteriormente sintomatología similar a la de la fistula biliar. Siendo indispensable practicar colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) para hacer el balance exacto de la lesión, por que los datos biológicos , ecográficos y de laboratorio no son muy seguros.**

**En caso de clip sobre la vía biliar principal, la (CPRE) muestra estenosis de la vía biliar ; siendo imposible pasar un hilo guía en caso de sección del colédoco y en ocasiones con pérdida de la substancia es posible pasar un hilo guía para su localización, observando una fuga masiva extracanalicular del medio de contraste, requiriendose una reparación quirúrgica, cuyos resultados no son siempre adecuados, presentando en ocasiones estenosis secundarias las cuales son tratadas adecuadamente por dilatación de vía biliar y colocación de prótesis de Stent , ya sea por vía endoscópica o percutánea.**

## **MATERIAL Y METODOS**

**Se revisaron 7 expedientes clínicos de los Archivos del Hospital Regional 1o de Octubre correspondientes a igual número de pacientes estudiados en el periodo comprendido de Enero de 1992 de Junio de 1994: Todos los pacientes con diagnóstico de lesión incidental de la vía biliar, producido durante la práctica de colecistectomía tanto por vía abierta como por vía laparoscópica.**

**De la muestra de estudios se tomaron y registraron los siguientes datos, en una hoja de recolección de los mismos común a ellos: Edad, Sexo, Tiempo de Evolución, Número de Cuadros Previos, Experiencia del Cirujano, Hora de Realización, Cirugías Previas, Variantes Anatómicas, Patologías Asociadas, Tipo de Cirugía Realizada, e Índice de Mortalidad relacionadas a estos.**

**La lesión incidental de la vía biliar es una complicación de la colecistectomía tanto por la vía abierta o por la vía laparoscópica, aumentando la morbimortalidad, por lo que es necesario conocer cual es la frecuencia con que se produce en nuestro medio, así como su manejo y prevención.**

### **OBJETIVO GENERAL**

**El objetivo general es de determinar la frecuencia, manejo y prevención de la lesión incidental de la vía biliar en nuestro medio.**

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1.- Conocer la frecuencia de este padecimiento en nuestro medio.**
- 2.- Conocer cuales son las formas de manejo, para este tipo de patología.**
- 3.- Conocer las complicaciones mas frecuentes que se presentan posteriores al tratamiento.**
- 4.- Determinar los factores principales que inciden en su presencia.**

**5.- Analizar la morbimortalidad de la lesión incidental de la vía biliar, tanto en cirugía por vía abierta como por vía laparoscópica.**

**6.- Determinar formas de prevención para esta patología.**

## RESULTADOS

*Se reportaron los hallazgos de lesión incidental de vía biliar, producida durante colecistectomía, tanto por vía abierta, como por vía laparoscópica, entre Enero de 1992 a Junio de 1994 en el Hospital Regional 1o de Octubre. Del Instituto de Servicio y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado .*

*El presente estudio se realizó en base a nuestras experiencias recientes, en la presentación y manejo de la Lesión Incidental de la Vía Biliar, así como sus complicaciones y manejo de secuelas, forma de prevención, determinando los factores que contribuyen a aumentar o disminuir la morbimortalidad de nuestros pacientes. evaluar los diferentes procedimientos quirúrgicos, según la evolución clínica de los pacientes.*

*En nuestro hospital se practicaron un total de 799 colecistectomías tanto por vía abierta 342 (42.81%), como por vía laparoscópica 457 (57.19%), en el período comprendido de Enero de 1992 a Junio de 1994, presentándose durante este período un total de 7 (0.88 %), pacientes con lesión incidental de vía biliar, de los cuales 3 (42.9%) fueron hombres y 4 (57.1 %) fueron mujeres (Gráfica 2). con edades que fluctuaron entre los 32 a los 70 años con edad promedio de 51 años (Gráfica 1). del grupo de pacientes que conformaron el universo de estudio, observamos que las edades más afectadas, fueron de la quinta a la sexta década de la vida, con un total de 4 pacientes, predominando en el sexo femenino, 4 (57.1%). (Tablas 1,2,3.).*

*El tiempo de evolución del padecimiento fue variable presentándose desde pacientes de reciente inicio del cuadro de dolor vesicular (24 hrs de evolución), hasta pacientes con padecimiento crónico ( 5 años de evolución como máximo), sin ser significativo en la presentación de la lesión incidental de la vía biliar en nuestro medio.*

**El número de cuadros previos de cólico vesicular en nuestro estudio, se presentó en 6 pacientes, presentandose en el rango de 1 a 6 cuadros previos, y al comparar este factor con la presencia de adherencias perivesiculares y adherencias sobre la vía biliar, se encontró la combinación de ambos en 6 casos. Por lo que parece tener relación la combinación de ambos con la lesión incidental de la vía biliar en (85.8%) de los casos.**

**La experiencia del cirujano que al parecer es un factor predisponente e importante en la presentación de la lesión incidental de la vía biliar en nuestro estudio no presentó gran relevancia. Ya que la lesión incidental de vía biliar se presentó con mayor frecuencia en pacientes intervenidos por cirujanos adscritos, 4 lesiones (52.1%), en pacientes operados por médicos residentes, y supervisados por médico adscrito, se presentaron 3 lesiones (42.9%). Por lo que concluimos que la experiencia del cirujano no fue un factor predisponente importante en la presentación de lesión de la vía biliar de nuestro estudio.**

**La hora de realización de la colecistectomía que se menciona como factor predisponente de lesión incidental de vía biliar, probablemente a causa de fatiga física y mental tanto del cirujano como de su equipo, no fue un factor predisponente significativo en nuestro estudio, ya que 4 lesiones se produjeron por la mañana (55.1%), 2 por la tarde (27.5%), y 1 por la noche (13.78%).**

**Se presentó únicamente un paciente del sexo femenino (13.78%) en pacientes con cirugía previa (Apendicectomía y lesión incidental de vía biliar durante colecistectomía), probablemente causando adherencias y dificultando la disección de la vía biliar.**

**Se encontraron múltiples adherencias perivesiculares y sobre la vía biliar en todos los pacientes estudiados y al parecer es el factor predisponente más importante, asociándose con el número de cuadros previos 4 a 6 cuadros previos en 4 pacientes (55.1%), se asoció con cirugías previas (apendicectomía), en 1 paciente (13.78%), pensamos que este es el factor predisponente más importante en la presentación de la lesión incidental de la vía biliar ya que dificulta la adecuada disección y exposición de la vía biliar extrahepática.**

**En cuanto a la presencia de patología asociada se encontraron 3 pacientes con hipertensión arterial sistémica (44.9%). Y 1 paciente con diabetes mellitus y plicolecisto probablemente dificultando la disección adecuada de la vía biliar .**

**Se presentó la lesión incidental de la vía biliar más frecuentemente en pacientes que requirieron cirugía de urgencia 4 pacientes (55.1%) contra 3 en cirugía programada (44.9%) , no teniendo significancia estadística (Gráfica 3).**

**La lesión incidental de la vía biliar en nuestro estudio se presentó con más frecuencia durante la cirugía por vía abierta 4 (55.1%), contra 3 de cirugía laparoscópica (44.9%), sin haber significancia estadística Gráfica**

**Se presentaron como lesiones más frecuentes en 5 casos la sección del conducto colédoco (66.4%). realizándose reparación del colédoco en 5 casos, presentándose una lesión del hepático derecho que requirió reparación primaria y una lesión del conducto hepático común que requirió hepatoyeyunoanastomosis en Y de Roux y otra lesión del conducto colédoco, la cual requirió Coledoco Yeyunoanastomosis en Y de Roux.**

**Como complicaciones se presentaron, fistula biliar en 6 pacientes (85.8%), litiasis residual en 1 paciente (13.7%) , biloma en un paciente (13.7%), pancreatitis necrótico hemorrágico en 1 paciente. 4 pacientes (55.1%) requirieron 4 pacientes (55.1%) requirieron reintervención quirúrgica la lesión incidental de via biliar presentó mortalidad en 1 paciente (13.7%). el cual falleció de múltiples complicaciones secundarias a Choque Séptico Sirpa e Insuficiencia Renal Aguda.**

**A los pacientes con fistula biliar posterior a la reparación primaria del colédoco se les manejó de forma conservadora cerrando las fistulas espontaneamente en un promedio de 2 a 6 semanas.**



T A B L A 1

NOMBRE	EDAD	SEXO	T. DE EVOL	No DE CUAD. PREV.	EXP. DEL CIR.	HORA	CIR. PREV.	VAR. ANAT. Y HA.
M.E.C.	70A	M	6a		4	ADSCRITO	MAÑANA	0 ADHER. MULT.
B.S.J.	56A	F	1a		1	ADSCRITO	MAÑANA	0 " " "
C.V.Y.	39A	F	10d		4	ADSCRITO/RES	NOCHE	0 " " "
B.V.P.	58A	M	3a		6	ADSCRITO	MAÑANA	0
B.V.M.	32A	F	8m		4	ADSCRITO	MAÑANA	0
P.P.J.	54A	M	1m		3	ADSCRITO/RES	TARDE	0
G.S.C.	51A	F	24Hrs.		0	ADSCRITO/RES	TARDE	APENDICEC/CES.

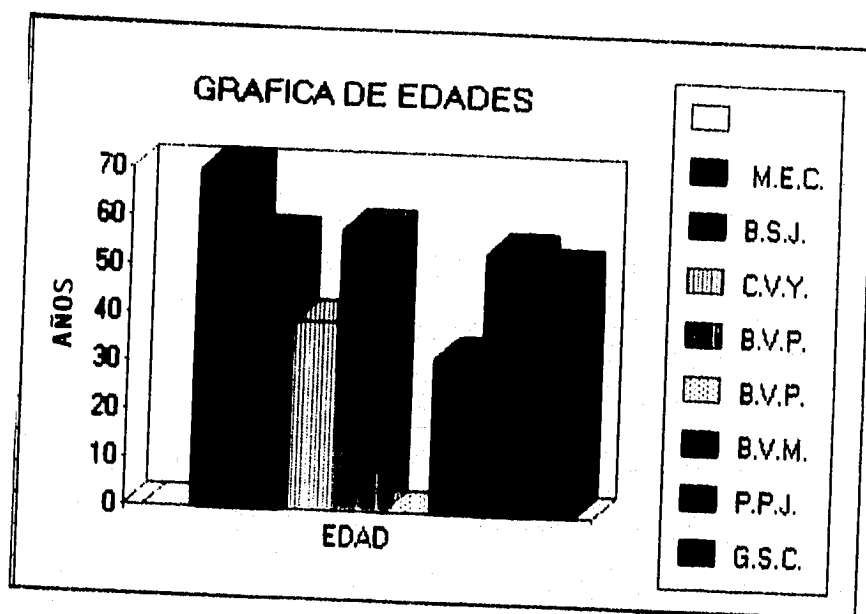
T A B L A 2

PATOL. ASOC.	COND. GRAL DEL PAC.	EVOL TRANSOP.	TIPO DE CIRUGIA					TIPO DE CIR.	TIPO DE LESION
			URG.	PROG.	LAP.	AB.	LAP./AB.		
DM. HAS	ICTERICIA	BUENA	X			X		COLE EVB L.	LES. HEP. DER
		BUENA		X	X		X	COLE SIMP.	LES. HEP. COM.
		BUENA	X			X		COLE EVB.	LES. COLEDOCO
HAS		BUENA		X	X		X	COLE LAP.	SEC. COLEDOCO
		BUENA		X	X		X	COLE LAP.	SEC. COLEDOCO
HAS	CHOQUE MIXTO HIPERTERMIA	MALA	X			X		COLE SIMP.	SEC. COLEDOCO
		BUENA	X			X		COLE SIMP.	SEC. COLEDOCO

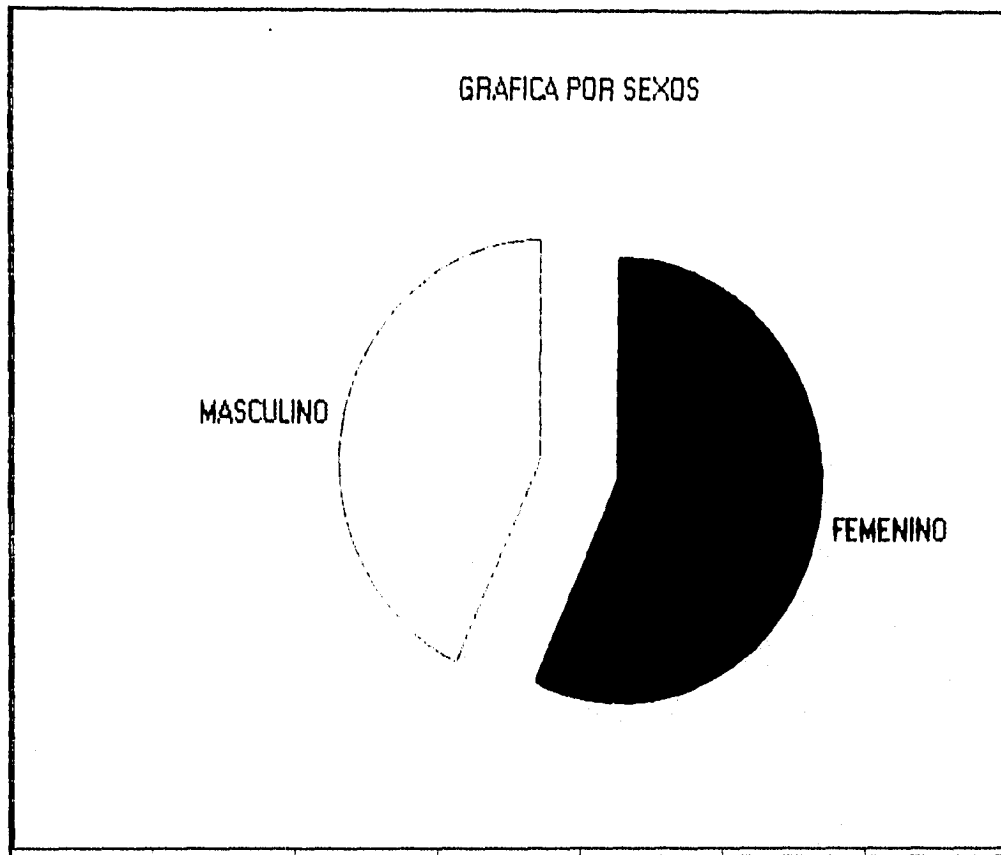
T A B L A 3

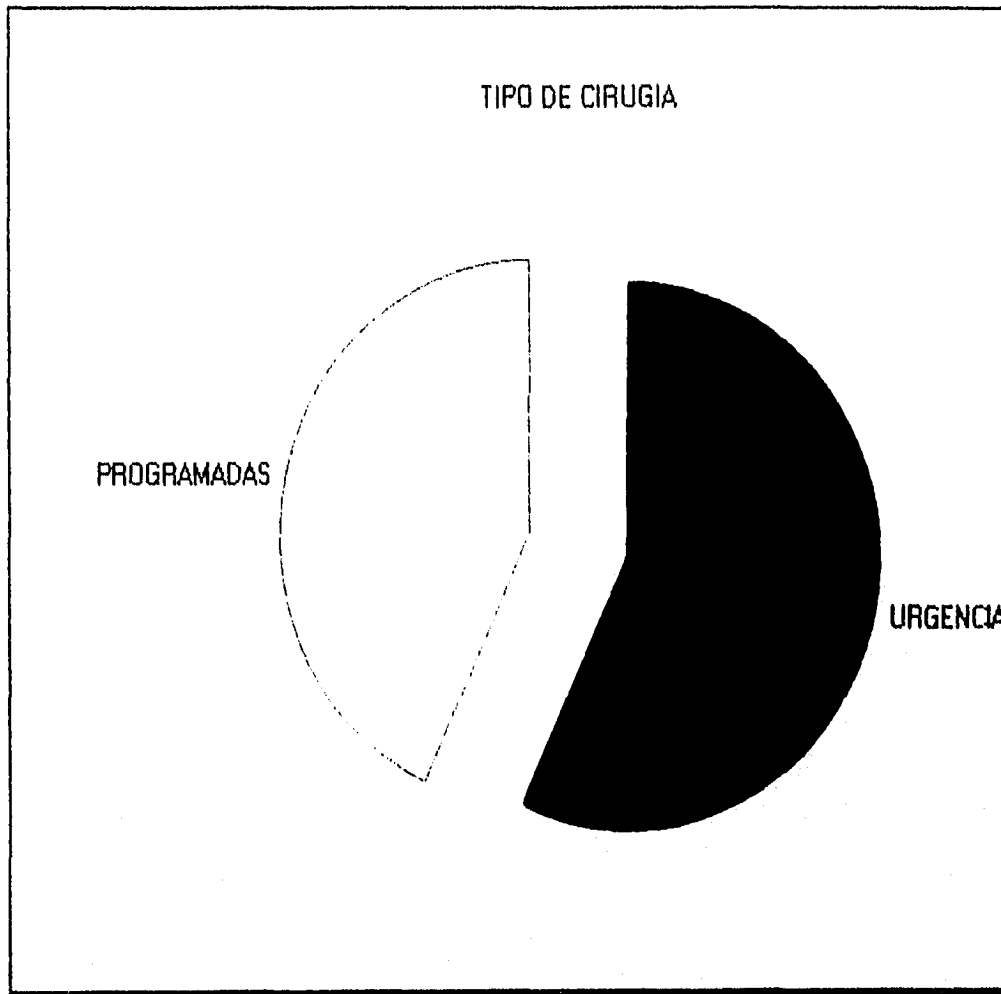
METODO DE REPARACION	EVOLUCION	COMPLICACIONES	MORTALIDAD	
			V	M
REP COLEDOCO ST	REGULAR	FISTULA BILIAR	X	
REP COLEDOCO ST	REGULAR	FISTULA BILIAR	X	
REP COLEDOCO ST	REGULAR	FIST. BIL. LITORES	X	
HEPATO YEYUNO ANST. EN Y DE ROUXS	MALA	FIST. BIL.FERULIZACION BILIAR	X	
REP COLEDOCO ST	REGULAR	FISTULA BILIAR	X	
REP COLEDOCO ST	MALA	PANCREATITIS NECROHEM BILOMA F.O.M.		X
COLEDOCO YEYUNO ANAST. EN Y DE ROUXS	REGULAR	FISTULA BILIAR	X	

## GRAFICA N° 1

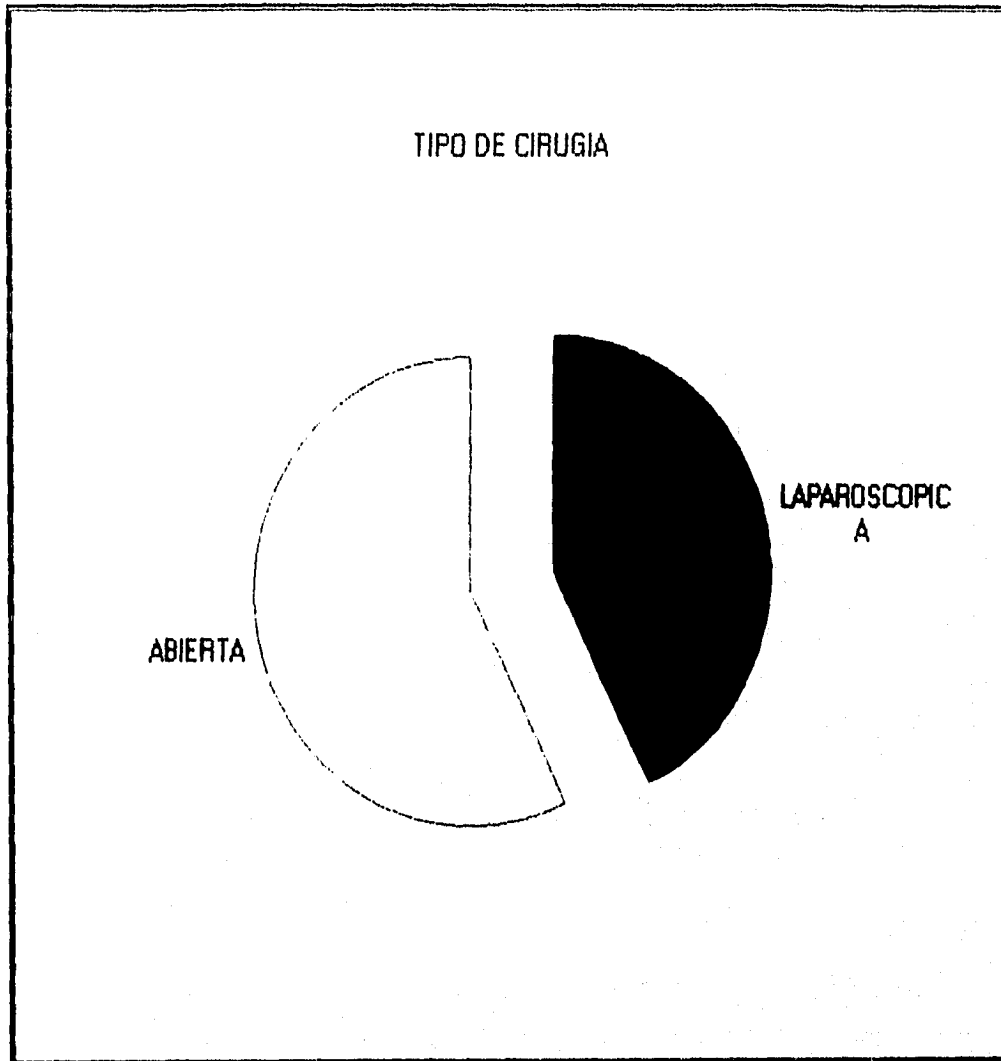


SECRETARÍA DE EDUCACIÓN  
DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIONES  
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN





GRAFICA N° 3



GRAFICA N° 4

## CONCLUSIONES

**La lesión de la vía biliar en nuestro medio se presentó con mayor frecuencia durante la cirugía abierta 4 pacientes (55.1%) y en cirugía laparoscópica 3 pacientes (44.9%).**

**En cuanto al sexo la lesión incidental de vía biliar en nuestro medio es mayor en el sexo femenino 4 pacientes (55.1%), contra 3 pacientes masculinos (44.9%) .**

**La lesión incidental de la vía biliar se presentó con mayor frecuencia en nuestro estudio entre la 5a y 6a década de la vida.**

**El tiempo de evolución de los cuadros fue variable de 24 hrs. a 5 años con un rango de cuadros previos de 1 a 6 sin presentar una relevancia estadística aparente.**

**La experiencia del cirujano no es un factor significativo en nuestro estudio, ya que la lesión incidental de vía biliar se presentó con mayor frecuencia en cirujanos adscritos 4 lesiones (55.1%), que en pacientes operados por médicos residentes y supervisados por médicos adscritos se presentaron 3 lesiones (44.9%).**

**La hora de realización del procedimiento no fue un factor predisponente importante en la presentación de la lesión incidental de vía biliar, ya que 4 de estas lesiones se presentaron por la mañana, 2 por la tarde y únicamente una lesión se presentó por la noche.**

**Se encontraron múltiples adherencias perivesiculares y sobre la vía biliar en todos los pacientes estudiados y al parecer es el factor predisponente más importante asociándose con el número de cuadros previos de 4 a 6 cuadros**

previos(55.1%), se asocio con cirugias previas (apendicectomia en un paciente (13.7%), pensamos que este es el factor predisponente mas importante en la presentación de la lesión de la via biliar, ya que dificulta la adecuada disección y exposición quirúrgica de la via biliar extrahepática.

La presencia de patología asociada como hasta en dos casos de hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus en 1 caso, así como las condiciones generales del paciente no presentaron relevancia en la presencia de la lesión incidental de la via biliar.

La lesión incidental de la via biliar se presentó con más frecuencia en la región del colédoco por sección del mismo en 5 casos(68.8%). realizandose reparación del coledoco en 5 casos, presentandose también una lesión del hepático derecho, que requirió reparación primaria y una lesión de hepático común la cual requirió hepatoyeyunoanastomosis en Y de Roux.

Como complicaciones se presentaron ; fistula biliar 6 pacientes posteriores a la reparación de la lesión original de la via biliar (82.6%), litiasis residual y fistula biliar en 1 paciente, (13.7%), biloma 1 paciente (13.7%), pancreatitis necrohemorrágica, choque séptico, S.I.R.P.A., e insuficiencia renal aguda.

El resto de los pacientes presentó fistula biliar la cual ha sido manejada con manejo conservador hasta el momento.

#### **COMENTARIOS.**

Encontramos como factor mas importante la presencia de la lesión incidental de la via biliar las adherencias perivesiculares múltiples, pensamos que esto sea debido a la dificultad técnica que esto implica, para la disección adecuada de las estructuras localizadas en el triángulo de Callot.

En cuanto a la prevención de la lesión de las vías biliares, se deben extremar precauciones durante la colecistectomia, en pacientes que presenten múltiples adherencias, ya que como se analizó resulto ser el

**factor más importante en nuestro estudio, por lo que recomendamos en estos pacientes el uso de colecistostomías, en los casos en los que esto es posible, o bien la toma de colecistografía transoperatoria, a través de la vesícula biliar, con el fin de apreciar de manera más objetiva la forma y localización de los conductos biliares principales, así como la presencia de malformaciones congénitas y variantes anatómicas que suelen estar presentes en pacientes sometidos a colecistectomía.**



**BIBLIOGRAFIA**

1.- KOZARERECK R. ET AL. BILE LEAK AFTER LAPHAROSCOPIC CHOLECISTECTHOMY,DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC APPLICATION ON ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY,ARCH INT.MED.1992 MAY: 152 (5) p1040-43.

2)CHRISTENSEN RA. ET AL. MECHANISM OF MAYOR BILIARY INJURY DURING LAPHAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY ANN SURG. 1992 MAR. 215 (3) P 196-202.

3) DAVIDOFF AM ET AL ALINADVERTENT LIGATION OF THE ABERRANT RIGHT,HEPATIC DUCT AL CHOLECYSTECTOMY RADIOLOGIC DIAGNOSIS AND THERAPY. RADIOLOGY 1992 MAY.183 (2) 549-53.

4) LEPSTEN ET.AL. TREATMENT OF IATROGENIC,BILE DUCT INJURY , DURING LAPAROSCOPIC CHOLECISTECTOMY,AND LAPAROSCOPIC INSERTION OF T TUBE STENT.

SURG ENDOSC. 1991 5 (3) p119-22.

5) MONK. J.S. JR.ET.AL. REPAIR OF TRAUMATIC NONCIRCUNFERENTIAL HEPATIC BILE DUCT DEFECT USING VEIN PATCH. J. TRAUMA 1991 NOV:31 (11) p1555-7.