

Lesiones quirúrgicas de la vía biliar en la **Colecistectomía Laparoscópica**

Sesión Clínica
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo

Hospital de Cabueñes-SESPA
19/9/2007

COLECISTECTOMÍAS

- INCIDENCIA lesión vía biliar:
 - Laparoscópica: 0,4 %
 - Más riesgo en >70a
hombres
 - Menos riesgo si CIO (-)
 - No influye nº IQ en el Hospital

Waage A, Nilsson M. Iatrogenic Bile Duct Injury. A population-based study of 152776 cholecystectomies in the Swedish Inpatient Registry. Arch Surg 2006

☞ En las primeras 20 colecistectomías: hasta 2%

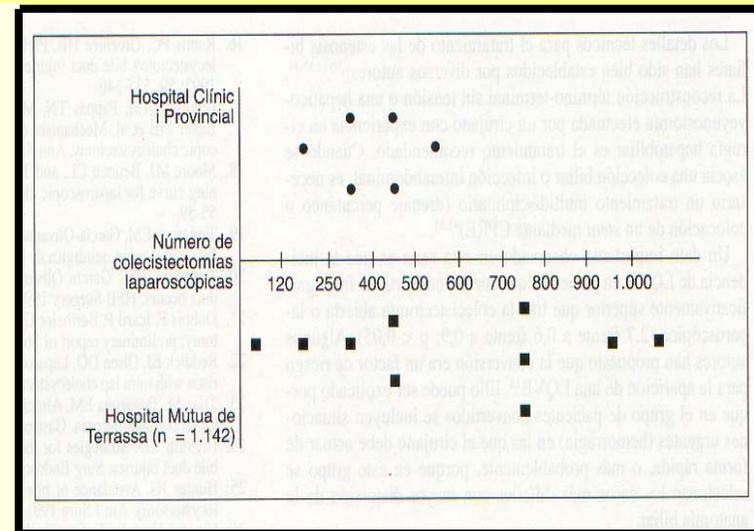
LESIONES VÍA BILIAR

“Cualquier cirujano puede tener una LVB tras CL, sin que se pueda considerar “mala praxis”.

“Todavía hay, y seguirán existiendo cirujanos en desarrollo, aprendiendo, que deben ser supervisados adecuadamente”

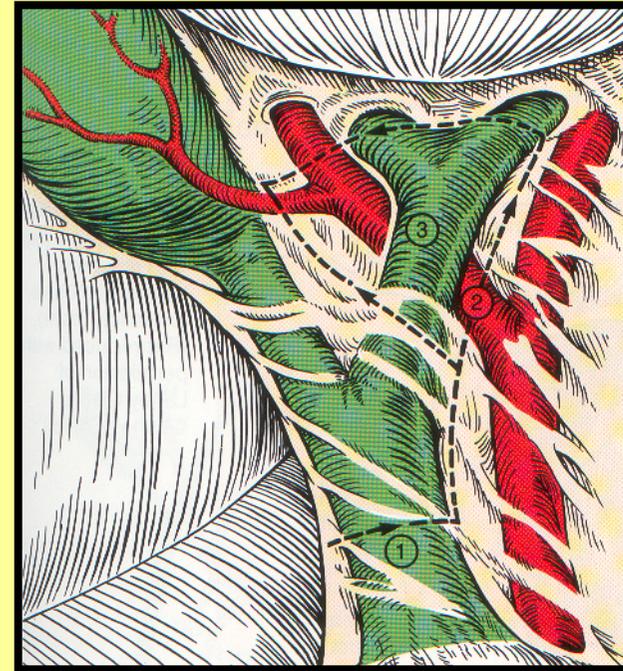
“La curva de aprendizaje es personal”

“Una Lesión de la VBP debe seguir representando una **alarma**”

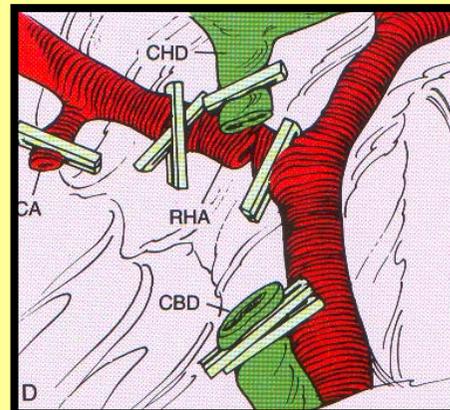
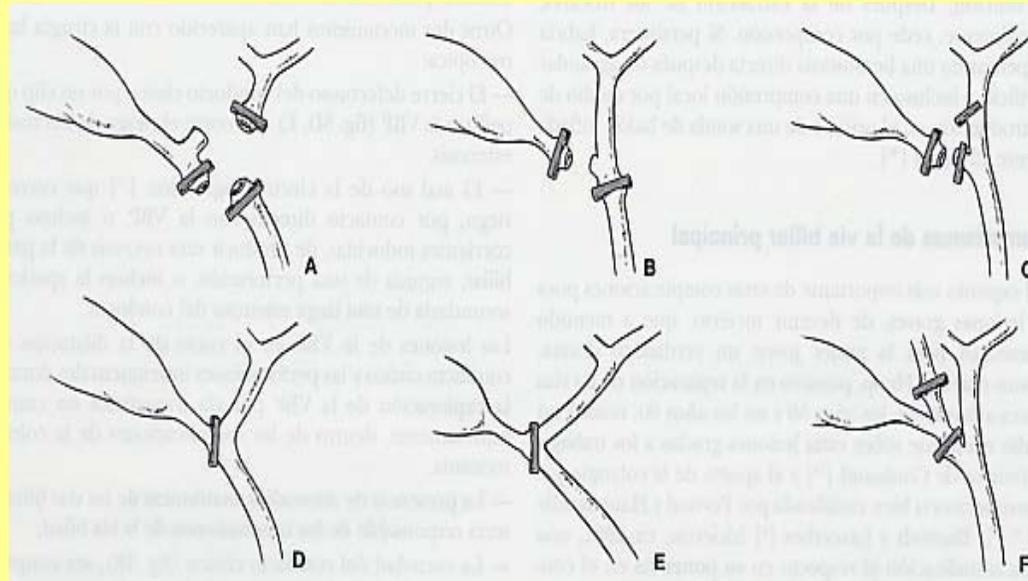


¿Por qué se producen?

- Error en la identificación anatómica
 - Del cístico (cístico corto o en cañón de escopeta)
 - Del hepatocolédoco (que se interpreta como cístico)
- Errores técnicos
- Conductos hepáticos anómalos
- Colecistitis aguda

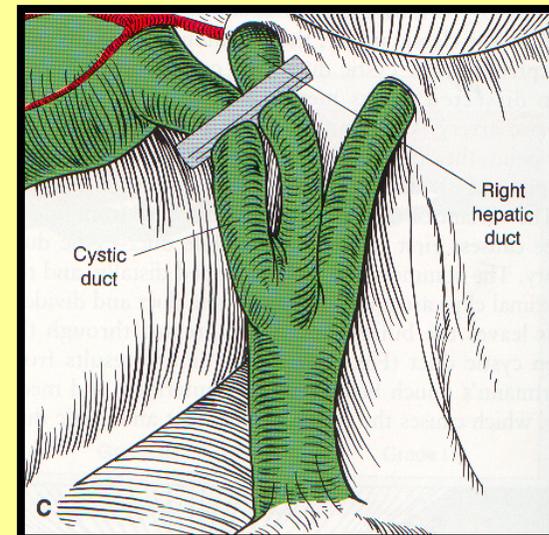
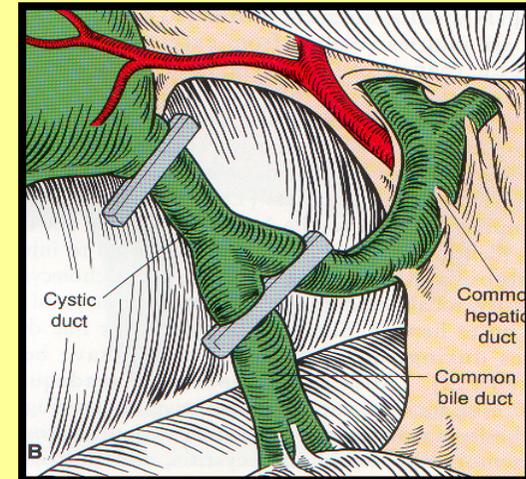


ERROR INTERPRETACIÓN ANATÓMICA

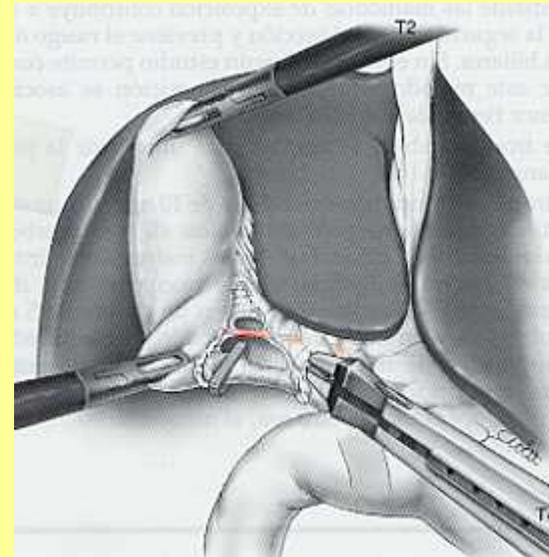
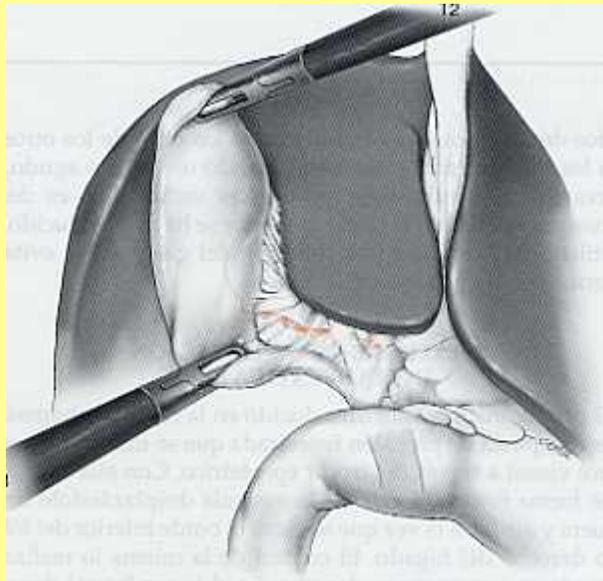


ERRORES TÉCNICOS

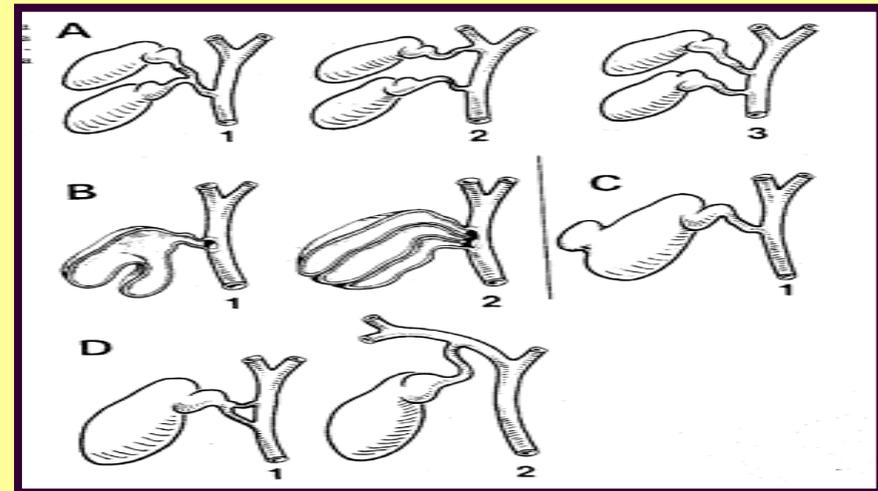
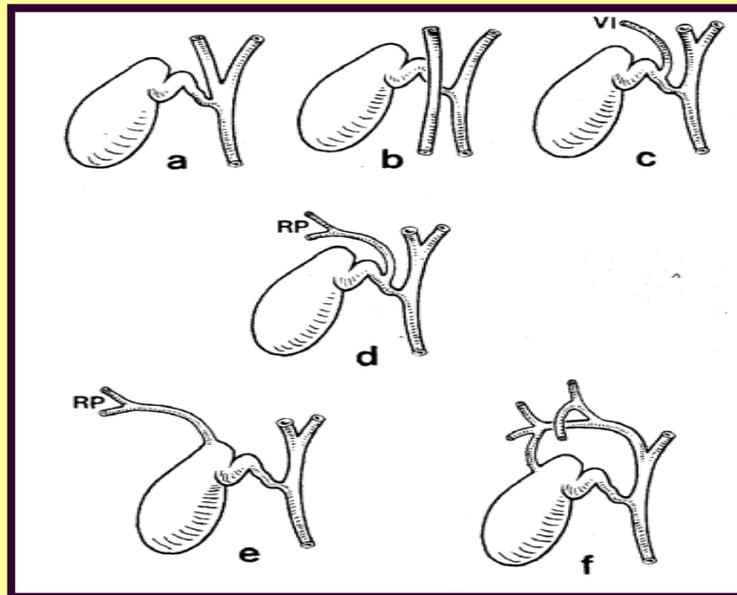
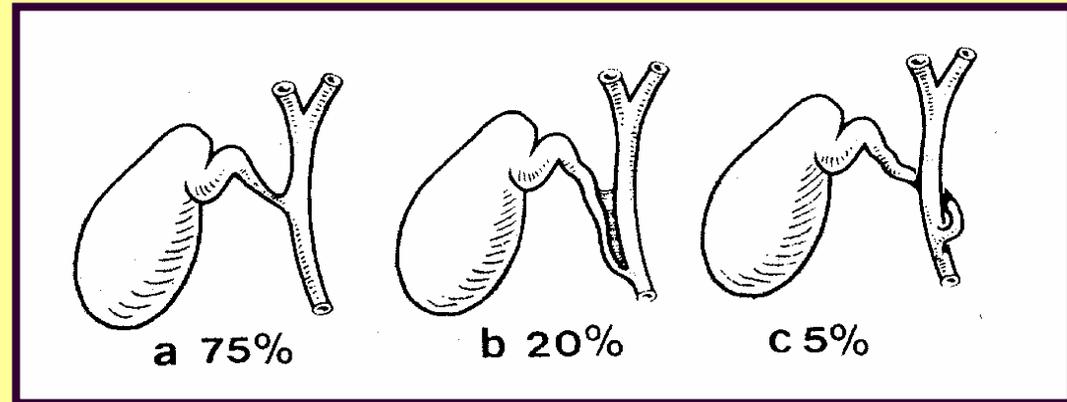
- Tracción excesiva (Efecto tienda campaña)
- Tracción cefálica
- Hemorragia incontrolada
 - Clips incontrolados
 - Quemadura incontrolada
- Mal uso del electrocauterio
- Fallo en clip del cístico
- Lesión por introducción de cánula de colangiografía



TECNICA DEL “CRITICAL VIEW”

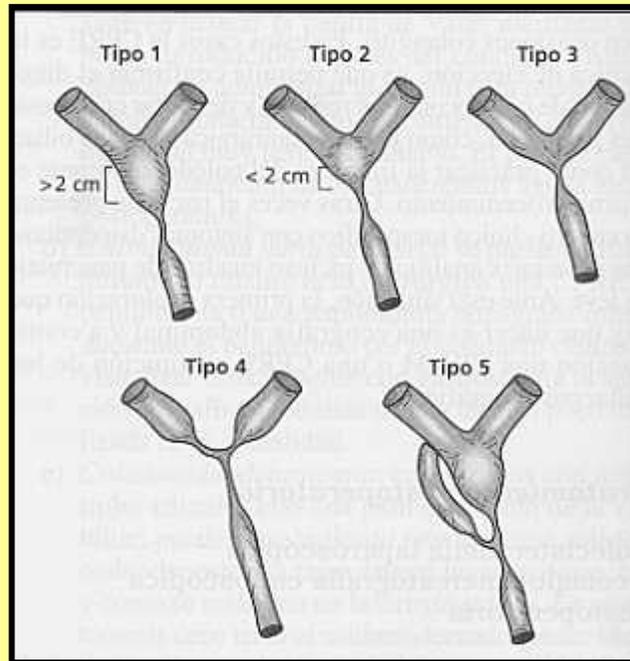


ANOMALÍAS BILIARES

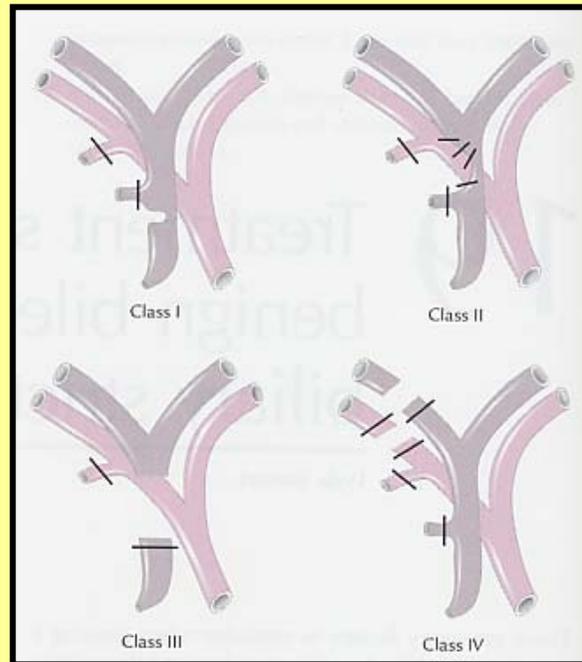


CLASIFICACIÓN LESIONES VÍA BILIAR

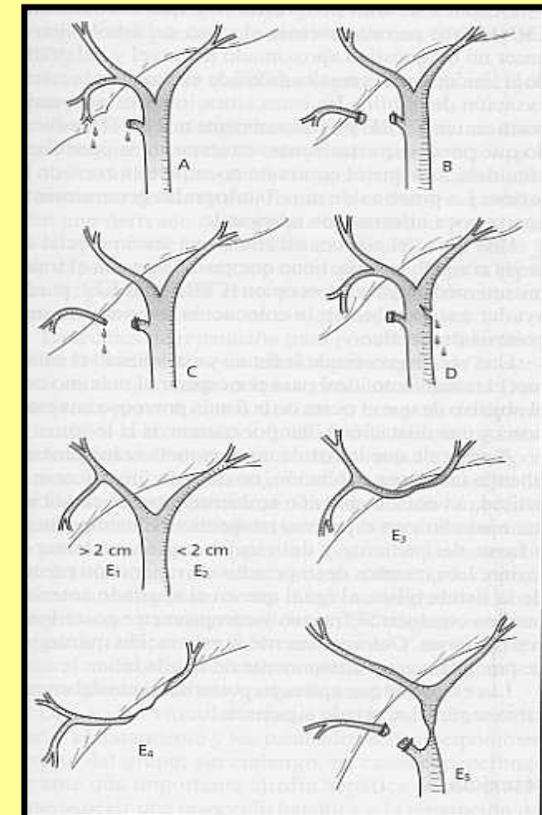
Clasificación de **Bismuth** de las lesiones de la vía biliar



Clasificación de **Stewart-Way** de las lesiones de la vía biliar tras colecistectomía laparoscópica



Clasificación de **Strasberg** de las lesiones de la vía biliar tras colecistectomía laparoscópica



¿Cuándo pensar en LVB durante la CL?

- Siempre, aunque parezca fácil la IQ
- Bilis en el campo operatorio (sin perforación de la vesícula)
- Sobran tubos y hay que poner más clips de lo normal
- Hemorragia descontrolada
- Examen de la vesícula con orificios y tubos de más

CIO vs CONVERSION

¿Qué debe hacer el cirujano ante la sospecha de LVB durante una CL ?

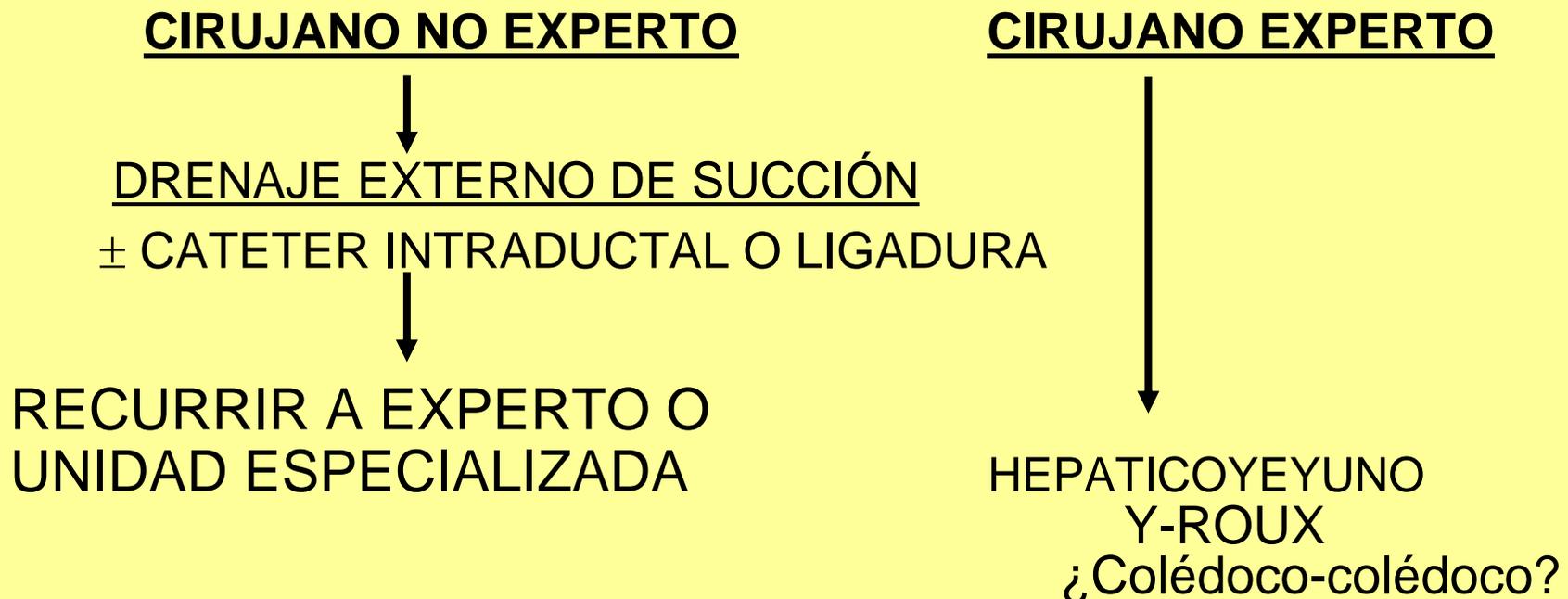
- Cirujano sin experiencia y hospital sin recursos
 - Drenaje subhepático y enviar
- Cirujano experimentado
 - Conversión
 - CIO
 - Parar y preguntarse:
 - ¿Se puede reparar ahora?
 - ¿Cuál es la mejor técnica?
 - ¿Quién debería hacerlo?

*Moosa AR, Tracey JY. Repair of laparoscopic bile duct injuries
16th World Congree of the International asociation of Surgeons and
Gastroenterologists*

MANEJO DURANTE LA CIRUGÍA

- Si se identifica al momento → **colangiografía intraoperatoria**
(*Siempre si tasa LVB > 0.4 ó inexperiencia =< 50LC*)

- Conducto accesorio < 3 mm (rellena un segmento) → **LIGARLO**
- Laceración < 25% (no térmica) → **SUTURA DIRECTA ± KEHR?**
- Sección completa, clipaje completo con isquemia, lesión térmica



Clínica diferida

- Curso postoperatorio atípico (sutil)
- Ictericia
- Dolor abdominal
- Exudado por heridas o drenajes
- Fiebre-sepsis
- Vómitos
- Distensión abdominal

MANEJO POSTCIRUGÍA

■ DIAGNÓSTICO

- Eco/Tac, ColangioRM, CPTH, CPRE

■ CONTROL DE LA FÍSTULA

- Drenaje percutaneo de colecciones bajo control radiológico,

Sin demora

- Drenaje de la vía biliar ?
-

DIAGNÓSTICO

- ECO / TAC: colección subhepática

- COLANGIO RMN

- COLANGIOTAC

 - Bilirrubina <3

- COLANGIOGRAFIA

 - Percutánea

 - CPRE

- HIDA

- ~~■ Fistulografía~~



Intención

■ ¿Merece la pena conseguir una imagen de la mayor parte posible del árbol biliar?

- LOCALIZAR LA LESIÓN
- VER SI HAY LESIONES ASOCIADAS
- DESCARTAR PERSISTENCIA DE CAUSAS DE LA FÍSTULA
- VER SI HAY DRENAJE BILIOENTÉRICO ADECUADO
- PODER DECIDIR EL MEJOR TRATAMIENTO

MEJOR COLANGIO-RM O TRANSHEPÁTICA QUE CPRE

- Si se visualiza todo el árbol biliar ÉXITO DE REPARACIÓN → 84%
- Si sólo se conoce el nivel de la lesión “ → 31%
- Si no se conoce con exactitud la lesión “ → 3%

Arch Surg 1995;130:1123-29 / Arch Surg 1999;134:769-75

Hallazgos-Solución

- Continuidad V. biliar
 - No → Hepato/coledocoyeyunostomía/T-T
 - Si
 - Obstrucción
 - No → Tr. Médico conservador
 - Si → Tr. Endoscópico/Rx

Quirúrgico



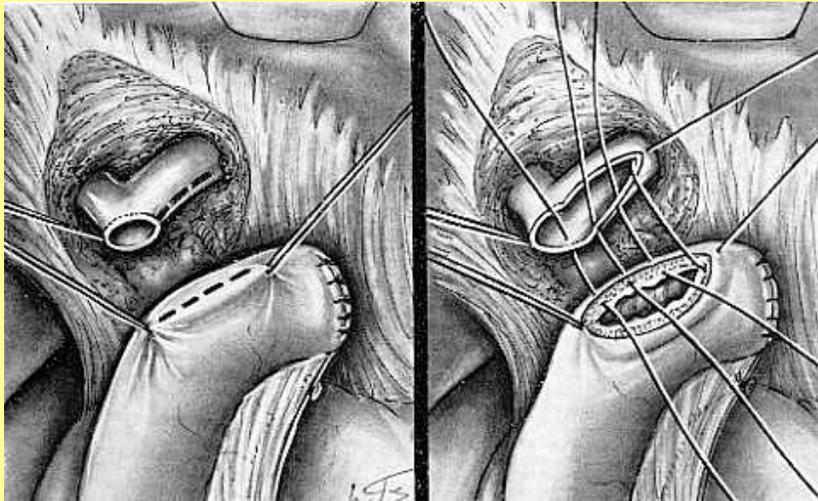
Tratamiento inicial

- Estabilizar al paciente
- Estudiar situación nutricional, posibilidad de sepsis y funcionalismo hepático
- Valorar posibilidades del Hospital (estudios complementarios)
- Considerar posibilidades técnicas del equipo quirúrgico

Tratamiento Quirúrgico

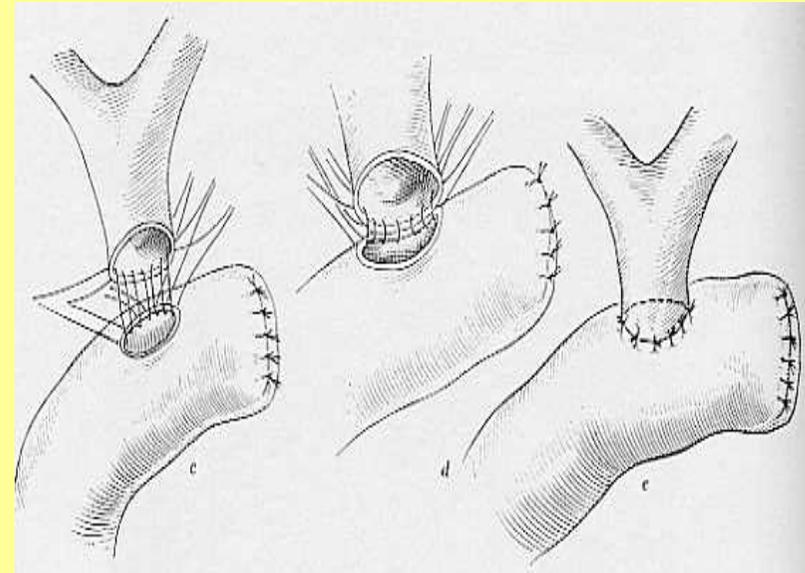
HEPATICOYEYUNOSTOMÍA Y de ROUX (I)

- Identificación MUCOSA SANA proximal a la lesión
- Orificios VB amplios → bifurcación, apertura cara anterior
- Asa de yeyuno de 60-80 cm transmesocólica
- Orificio pequeño en borde antimesentérico del asa a unos 3-4 cm del cierre del asa



HEPATICOYEYUNOSTOMÍA Y ROUX (II)

- Anastomosis mucosa-mucosa, un solo plano, puntos sueltos, de material monofilamento, reabsorbible, fino 4-5-6/0, sin tensión
- Cara posterior, de izda a dcha, puntos sueltos sin anudar hasta acabar toda la cara posterior
- Nudos: da igual que queden dentro que fuera (dentro, mejor aposición de la mucosa)
- Tutor ?



OTRAS ANASTOMOSIS

■ COLEDOCO-COLEDOCOSTOMÍA

Sólo en reparaciones al momento y cuando es laceración parcial o no hay pérdida de sustancia, y no es una lesión por diatermia.

Arch Surg 2000; 232:430-41 / Arch Surg 1995;130:1123-29 / Arch Surg 2002;237:60-63

■ PORTOENTEROSTOMÍA

Anastomosis del yeyuno a la placa hiliar

Solo se hace con múltiples orificios pequeños
imposibles de anastomosar

Alta morbimortalidad. Peores resultados que las
anteriores

Arch Surg 2000; 135:811-17

Conclusiones

- Pensar que puede ocurrir
- Estar preparado para hacer CIO
- Antes convertir que no resolver
- Ser conscientes de nuestras limitaciones y del hospital en que trabajamos
- Saber con quién hablar y cómo y dónde se puede enviar si fuese necesario