



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



CIRUGÍA

Cirugía de vías biliares

Biliary tract surgery

M. Á. Mercado,^a A. L. Carrete-González^b

^a Director de Cirugía. Departamento de Cirugía del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

^b Médico Pasante de Servicio Social. Departamento de Cirugía del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Recibido el 7 de junio de 2013; aceptado el 15 de junio de 2013

La neoplasia papilar intraductal de la vía biliar (IPNB) es un cáncer poco común que es contraparte de la neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN). Kamyab y Jacobs¹ reportan el caso de un paciente masculino con dolor abdominal en el cual se encontró una masa quística que parecía adherirse al hígado; se realizó resección quirúrgica y el resultado de patología reveló una IPMN de la vía biliar. Debido a que no se han establecido las similitudes y diferencias entre IPNB e IPMN, no existe un algoritmo diagnóstico y terapéutico. Por lo tanto, la resección quirúrgica con márgenes amplios es la más recomendada, debido al potencial de transformación maligna.

La colangitis piógena recurrente es una enfermedad caracterizada por la presencia de cálculos intrahepáticos y cuadros de colangitis a repetición, en los que puede coexistir o no estenosis biliar, conductos biliares ectásicos dilatados, abscesos o atrofia hepática. El tratamiento consiste en la extracción del cálculo con un drenaje adecuado o la remoción del tracto biliar afectado; en casos menos severos se indica drenaje biliar operatorio. En un estudio retrospectivo² que incluyó a 51 pacientes, 30 se sometieron a drenaje biliar operatorio y 21 a hepatectomía con o sin drenaje

biliar. No se encontró diferencia entre las tasas de fallo inicial o a largo plazo en los 2 grupos de tratamiento.

En la patogénesis del carcinoma hepatocelular de tipo icterico, la obstrucción biliar intraluminal puede ocurrir por la migración de restos del tumor, crecimiento retrógrado en la vía biliar o hemobilia secundaria a sangrado del tumor. Aunque el pronóstico de esta patología ha sido reportado como adverso, varios estudios concluyen que la supervivencia global de estos pacientes es similar a la de aquellos sin ictericia, y que la buena paliación y cura ocasional son posibles con el tratamiento adecuado. Koh et al.³ reportan una serie de 5 pacientes para evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico en colangitis piógena recurrente. La intervención quirúrgica es una opción de tratamiento viable que puede ofrecer una paliación razonable y supervivencia en estos pacientes.

Las complicaciones biliares son la causa principal de morbilidad quirúrgica posterior a trasplante hepático, con una incidencia estimada en un rango de 10% a 40%. Debido a que no existe un estándar para catalogar las mismas, su clasificación no se encuentra bien documentada. Neville et al.⁴ proponen un sistema basado en 3 componentes y localización anatómica: estenosis (intrahepática, hepático común o

Autor de correspondencia: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Vasco de Quiroga 15, Col. Sección XVI. Del. Tlalpan. México DF. C.P. 14000. Teléfono: (01) 5487 0900 ext. 2130 y 2131. Correo electrónico: mercadodiazma@yahoo.com (M. Á. Mercado)

anastomótica), fugas (anastomóticas y no anastomóticas) y defectos de llenado. Realizaron un estudio con 189 pacientes, 76 de ellos con complicaciones biliares. Los componentes de la clasificación propuesta muestran una estrecha relación con el resultado clínico, siendo el factor de "estenosis" el que más fuertemente se asocia a readmisión hospitalaria. Esta clasificación requiere de validación subsecuente.

Con el objetivo de reducir el riesgo de morbilidad quirúrgica posterior a trasplante hepático y poder llevar a cabo intervenciones dirigidas a estas complicaciones, Marthur et al.⁵ realizaron un estudio retrospectivo en el que analizaron los efectos de la colocación profiláctica de férulas durante el trasplante hepático ortotópico en el postoperatorio. Se analizaron 434 receptores de trasplante hepático de donantes cadavéricos. Se les colocó férulas biliares al 30.7% durante la cirugía, las cuales se asociaron con una disminución de 30% en el riesgo de complicaciones biliares y de 46% en el riesgo de requerir CPRE. Concluyen que la colocación de férulas biliares transoperatorias reduce significativamente el riesgo de fugas y estenosis tras el trasplante hepático, así como la práctica subsecuente de procedimientos invasivos.

La coledocolitiasis está presente en un 6% a 12% de las personas que padecen colelitiasis. Posterior a la exploración de vías biliares, pueden realizarse 2 procedimientos para el cierre de la coledocotomía: coledocorrafia primaria y drenaje de tubo en T. En un meta-análisis⁶ de ensayos clínicos controlados que reportan resultados perioperatorios de estas 2 intervenciones, se encontró que la coledocorrafia primaria debe ser el método de elección posterior a coledocotomía en la exploración de vías biliares, ya que está asociada a disminución de la duración de la estancia y menos complicaciones generales comparada con el drenaje de tubo en T.

El quiste de colédoco es una dilatación congénita de la vía biliar intra o extrahepática. En un estudio retrospectivo realizado por Vyas et al.⁷ sobre esta entidad por un periodo de 8 años, con 201 pacientes, el 70% de los casos correspondió al género femenino, con una edad promedio general de 36.8 años. Las presentaciones más frecuentes fueron el dolor abdominal y la colangitis a repetición. La resección completa del quiste con anastomosis biliodigestiva y la formación de un asa de acceso radiológico fue el procedimiento quirúrgico de elección. Se realizó un seguimiento de 3 a 84 meses, presentándose como complicaciones fuga biliar y hemorragia intraabdominal. Los autores concluyeron que el diagnóstico inadecuado de esta patología incrementa la incidencia de terapia quirúrgica subóptima, por lo que debe tenerse en cuenta al realizar diagnóstico diferencial en pacientes con síntomas biliares o pancreatitis recurrente con dilatación biliar.

La cirugía laparoscópica es el tratamiento de elección en colecistitis aguda. A pesar de esto, no existe evidencia suficiente acerca de cuál es el momento adecuado para realizar la cirugía (temprana o tardía). En un ensayo multicéntrico⁸ llevado a cabo en 11 hospitales en Alemania durante 2006 a 2011 comparando colecistectomía laparoscópica temprana (dentro de las primeras 24 horas: ELC) vs. tardía (días 7-45: DLC), 618 pacientes fueron elegidos aleatoriamente (ELC 304, DLC 314). La morbilidad general a los 75 días fue de 11.6% (ELC) y 31.3% (DLC), respectivamente. La mortalidad

fue de un paciente (0.3%) en cada grupo. Las tasas de conversión no difirieron en la colecistectomía temprana o tardía (ELC 9.9%, DLC 11.9%). Los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica temprana presentan menor morbilidad, una estancia hospitalaria más corta y costos más bajos; por lo tanto, la colecistectomía temprana debe ser estándar de tratamiento en colecistitis aguda.

Debido a que las tasas de readmisión hospitalaria han aumentado en varios hospitales de Estados Unidos, Pawlik et al.⁹ realizaron un estudio para conocer la incidencia y los factores de riesgo asociados a readmisión posterior a cirugía. El estudio comprendió a 240,125 pacientes al alta posterior a cirugía general, gastrointestinal superior, colorrectal, hepatopancreatobiliar (HPB), vascular y torácica utilizando ACS-NSQIP 2011, con un promedio de edad de 56 años. Un 43% eran hombres y la media de clasificación de ASA de dos. La media de estancia intrahospitalaria (EIH) fue de un día (cirugía general: un día; tracto gastrointestinal: 2 días; colorrectal: 4 días; HPB: 6 días; vascular: 2 días; torácica: 4 días). La readmisión general a los 30 días fue de 8.1%; variando entre las diferentes subespecialidades (cirugía general: 7.3%; gastrointestinal superior: 6.9%; colorrectal: 10.0%; HPB: 15.9%; vascular: 12.4%; torácica: 11.1%; $p < 0.001$). Los factores que se relacionan a readmisión son: clasificación de ASA, estado funcional, diálisis, complicaciones durante hospitalización y duración de la estancia intrahospitalaria, mientras que en el análisis multivariado, la clasificación de ASA y la EIH son las que más fuertemente asociadas. Concluyen que un sistema de puntuación basado en la clasificación de ASA y EIH puede evaluar con precisión el riesgo de readmisión para dirigir intervenciones.

Las lesiones de vías biliares postoperatorias requieren un manejo multidisciplinario. En años recientes, han ocurrido avances en la evaluación y tratamiento de los pacientes con esta patología. En un estudio¹⁰ se compararon los resultados de las lesiones de vía biliar por distintos especialistas en 2 periodos: de 1993 a 2003 y de 2004 a 2010. En total 543 pacientes mayores de 18 años fueron incluidos, con una edad promedio de 51 años; en el 97% se realizó colecistectomía y/o exploración de vías biliares. Los pacientes fueron catalogados mediante la clasificación de Strasberg como fuga biliar (tipo A) o lesión de vía biliar (tipos B-E). Los pacientes con fuga biliar fueron manejados por endoscopistas con una tasa de éxito del 96%. Aquellos con lesión de vía biliar fueron manejados por endoscopistas, seguidos por cirujanos y radiólogos intervencionistas, con una tasa de éxito en el periodo de 1993-2003 de 80% por medio de cirugía, mientras que en el periodo 2004-2010 el éxito postquirúrgico fue de 95%. Los resultados del manejo de las lesiones de vías biliares han mejorado con el paso del tiempo y, actualmente, el quirúrgico es el que ofrece mayor tasa de éxito.

Financiamiento

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Kamyab A, Jacobs M. Intraductal papillary neoplasm of the bile duct [abstract]. HPB 2013;15:(Suppl. 1) A-40.
2. Koh Y, Chok A, Chiow A, et al. Outcomes of liver resection versus operative biliary drainage for recurrent pyogenic cholangitis. Is operative biliary drainage still relevant in the modern era? [abstract]. HPB 2013;15:(Suppl. 1) A-43.
3. Koh Y, Lee S, Chok A, et al. Surgical intervention for intraductal hepatocellular carcinomas causing jaundice secondary to biliary obstruction [abstract]. HPB 2013;15:(Suppl. 1) A-43.
4. Neville A, Boutros M, Barkun J. The validation of a classification system for biliary complications following orthotopic liver transplantation (OLT) [abstract]. HPB 2013;15:(Suppl. 1) A-55.
5. Mathur A, Nadig S, Welling T. The effect of intraoperative stenting on biliary complications following orthotopic liver transplantation [abstract]. HPB 2013;15:(Suppl. 1) A-51.
6. Sukharamwala P, Parikh S, Safi H, et al. Primary choledochorrhaphy is associated with reduced complications compared to T-tube drainage after choledochotomy: A meta-analysis and a systematic review [abstract]. HPB 2013;15:(Suppl. 1) A-74.
7. Vyas F, Joseph P, Sanghi R, et al. Adult choledochal cyst: A single center experience in management [abstract]. HPB 2013;15:(Suppl. 1), 1-87. HPB 2013;15:(Suppl. 1) A-83.
8. Gutt C, Encke J, Königer J, et al. Acute cholecystitis: early versus delayed cholecystectomy - a multicenter randomized trial (ACDC Study, NCT00447304) [abstract]. Ann Surg. En prensa.
9. Pawlik T, Lucas D, Hyder O, et al. Assessing risk of readmission after general, vascular and thoracic surgery using ACS-NSQIP [abstract]. Ann Surg. En prensa.
10. Pitt H, Sherman S, Johnson M, et al. Improved outcomes of bile duct injuries in the 21st century [abstract]. Ann Surg. En prensa.