



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es



■ Editorial

El manejo multidisciplinario de la lesión de vía biliar

Dr. Miguel Ángel Mercado

Dirección de Cirugía. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Las lesiones asociadas a instrumentación o cirugía de vías biliares tienen un espectro amplio. Aunque clasificables, el tipo de lesión, la anatomía individual y la respuesta a la lesión son prácticamente únicas. En general se acepta que mientras exista continuidad de la vía biliar, el tratamiento endoscópico (y ocasionalmente radiológico) está indicado. Las fugas por lesiones laterales son susceptibles de tratarse con maniobras que disminuyen la presión ductal (esfinterotomía más endoprótesis). El sitio de la fuga cicatriza y en muchas ocasiones el diámetro luminal de la vía biliar no se ve afectado. Una lesión que compromete más de 25% de la circunferencia puede producir una estenosis de la vía biliar. Este tipo de lesiones son todavía susceptibles a tratamiento endoscópico porque la vía biliar mantiene continuidad y la mayor parte del conducto a este nivel tiene epitelio, lo cual no altera la biliodinamia, produciendo estenosis biliar proximal con o sin colestasis. Algunas zonas estenóticas se producen por colocación de grapas (a veces suturas) que ocluyen parcialmente la luz, y estas son también candidatos a manejo inicial con endoscopio. Lo mismo puede decirse también de estenosis lineales largas, asociadas a daño térmico (electrocauterio), en donde también se mantienen continuidad de la vía biliar a veces filiforme.

La definición de falla a tratamiento endoscópico es compleja. Probablemente el hecho de tener una endoprótesis con sustituciones periódicas, por meses y sin rehabilitación del calibre de la vía biliar, puede considerarse una falla. Aún más, las estenosis pueden ser progresivas (las térmicas) y en

ocasiones, cuando se intenta un segundo o tercer tiempo, ya no es posible considerar el continuar con este abordaje.

La experiencia y buen juicio del endoscopista indica cuando estos casos deben ser tratados quirúrgicamente. Cuando se produce solución de continuidad de la vía biliar, se requiere de una derivación, quirúrgica.

El mecanismo de lesión de la vía biliar, más frecuente en el acceso laparoscópico, siempre está acompañado de pérdida de sustancia, lo cual hace que el muñón proximal y distal queden separados considerablemente. En la lesión aguda además, estos muñones tienen la microcirculación comprometida y es por esto que la anastomosis término-terminal tiene una alta frecuencia de dehiscencia o estenosis, producto de una anastomosis tensa e isquémica manifestada días después de la reconstrucción.

Los casos en los cuales no hay pérdida de sustancia y sólo obstrucción luminal completa por sutura o grapa, son poco frecuentes. Se producen cuando se intenta realizar hemostasia y la grapa o la sutura se coloca inadvertidamente en la vía biliar sin que el cirujano seccione la estructura ocluida. Este tipo de casos desafortunadamente son infranqueables en general para el endoscopista o radiólogo.

Artifon y sus colaboradores presentan en este número un caso único en el cual con la ingeniosa mezcla de dispositivos endoscópicos y mediante punción, logran franquear una estenosis y establecer la continuidad de la vía biliar. Posteriormente

dilatan la estenosis y el paciente se mantienen asintomático por 18 meses.

El problema de las lesiones de vías biliares tratados por endoscopia, radiología o cirugía; es que se debe garantizar su permeabilidad a muy largo plazo (varias décadas). El buen resultado obtenido al segundo año de la intervención no garantiza el que la estenosis no progrese o reaparezca. Esto, en el caso de pacientes tratados con endoscopia, se debe a la ausencia de epitelio biliar. Como ya fue señalado la sustitución parcial de la pared por cicatriz (que probablemente se re-epitelice) afecta la rehabilitación.

En los casos en los cuales la circunferencia total de la vía biliar esta sustituida por cicatriz, la obstrucción es la regla. Se han realizado estudios experimentales con materiales sintéticos v. gr. PTFE, SURGISIS (biomaterial submucoso de intestino delgado) y el funcionamiento es deficiente, debido a que no se logra la re-epitelización de los trayectos, además de la reacción a cuerpo extraño. Lo mismo ocurre con la fístula interna (de vía biliar a duodeno, producida por drenajes de permanencia prolongada) en donde ocurre una derivación “espontánea” biliodigestiva que funciona transitoriamente y que después se ocluye.

El franquear una cicatriz completa y de mínima longitud puede hacer suponer que puede mantenerse con dilataciones periódicas y endoprótesis, así como probablemente mantenerse permeable. La pérdida de sustancia hace muy poco probable que se pueda comunicar el muñón proximal con el distal y el resultado a largo plazo si es que esto se logra tiene una elevada frecuencia de fracaso. El grupo del Hospital General de México ha tratado algunos casos mediante abordaje multidisciplinario (radiológico y endoscópico), en los cuales se logra comunicación con el tubo digestivo después de la punción percutánea del hígado auxiliado con punción luminal del duodeno. Nuevamente, son casos anecdóticos cuyos resultados no pueden ser generalizados, como es el caso de Artifon y colaboradores. El grupo de Gouma ha reportado el tratamiento de estenosis secundario a anastomosis término-terminal en lesión iatrogénica, con éxito en las dos terceras partes. Este es un caso opuesto a la estenosis en anastomosis biliar término-terminal en trasplante hepático, en donde el tratamiento endoscópico tienen indicación

indiscutible y buenos resultados. En los casos de trasplante la vía biliar receptora como donadora tienen longitud excesiva y su circulación bien conservada, lo cual permite una anastomosis sin tensión y sin isquemia.

El caso de Artifon y colaboradores demuestra que en algunos enfermos, excepcionales en mi experiencia, la distancia entre los dos muñones puede ser mínima, y que la punción ciega (tanto endoscópica como radiológica) tuvo la “suerte” de cateterizar la vía biliar proximal. Esto puede ser catalogado como serendipia por un lado o audacia por el otro. En algunos casos debe existir el temor bien fundado de no puncionar la arteria o la vena porta con resultados por definición complejos e inclusive potencialmente catastróficos.

Esta cautela, más que necesaria y recomendable, es la que hace que el procedimiento no pueda ser considerado como medida rutinaria dentro del *armamentarium* terapéutico, además de que se requerirían muchos casos seguidos por muchos años, para demostrar que una vez retirada la endoprótesis no ocurra una estenosis. Las endoprótesis mantenidas por largo plazo son costosas debido a los recambios y no exentas de complicaciones como obstrucción o colangitis. Para reproducirla se requiere el caso idóneo (lo que es excepcional), un endoscopista muy experimentado (como el del grupo que nos ocupa) y con “buena suerte” para cateterizar el muñón proximal. La “buena suerte” por definición no es una variable aceptable en estudio prospectivo controlado y aleatorio, con la fuerza estadística necesaria para incorporarlo al *armamentarium* terapéutico.

Referencias

1. Mercado MA, Chan C, Salgado-Nesme N, López-Rosales F. Intrahepatic repair of bile duct injuries. A comparative study. *J Gastrointest Surg* 2008;12:364-368.
2. Mercado MA. Early versus late repair of bile duct injuries. *Surg Endosc* 2006;20:1644-1647.
3. Mercado MA. From Langenbuch to Strasberg: the spectrum of bile duct injuries. *Rev. Invest Clin* 2004;56:649-664.
4. De Reuver PR, Raws EA, Vermeulen M, Dijkstra MG, Gouma DJ, Bruno MJ. Endoscopic treatment of post surgical bile duct injuries: long term outcome and predictors of success. *Gut* 2007;56:1599-1605.
5. De Reuver PR, Busch OR, Raws EA, Lameris JJ, Van Gulik TM, Gouma DJ. Long term results of primary end-to-end anastomosis in preoperative detected bile duct injury. *J Gastrointest Surg* 2007;14:296-302.
6. Espino-Cortés H. Iatrogenic diseases of the bile ducts. Endoscopic treatment. *Rev Gastroenterol Mex* 2007;7252: 144-147.
7. Artifon ELA, Lopes TL, da Silveira E, et al. Endoscopic recanalization following accidental ligation of the common hepatic duct: A new technique. *Rev Gastroenterol Mex* 2010; 75:en prensa.