

Abordaje, diagnóstico y tratamiento de lesión de vía biliar. Revisión sistemática

Tabla 1: Clasificación de Ictericia Postoperatoria

| Prehepático (Sobreproducción de Bilirrubina no conjugada) | Intrahepático (Lesión de hepatocitos o células epiteliales biliares) | Posthepático (Obstrucción del árbol biliar extrahepático) |
|---|--|--|
| Hemólisis Hematoma en resolución | Isquemia Hepática Infección Toxicidad por fármacos (halonato, enflurano) Nutrición Parenteral Toral Enfermedad crítica | Calculo biliar retenido Lesión directa del tracto biliar Colecistitis acalculosa |

Fuente: Approach to the patient with postoperative jaundice. Uptodate ⁽⁷⁾. Modificado por los autores.

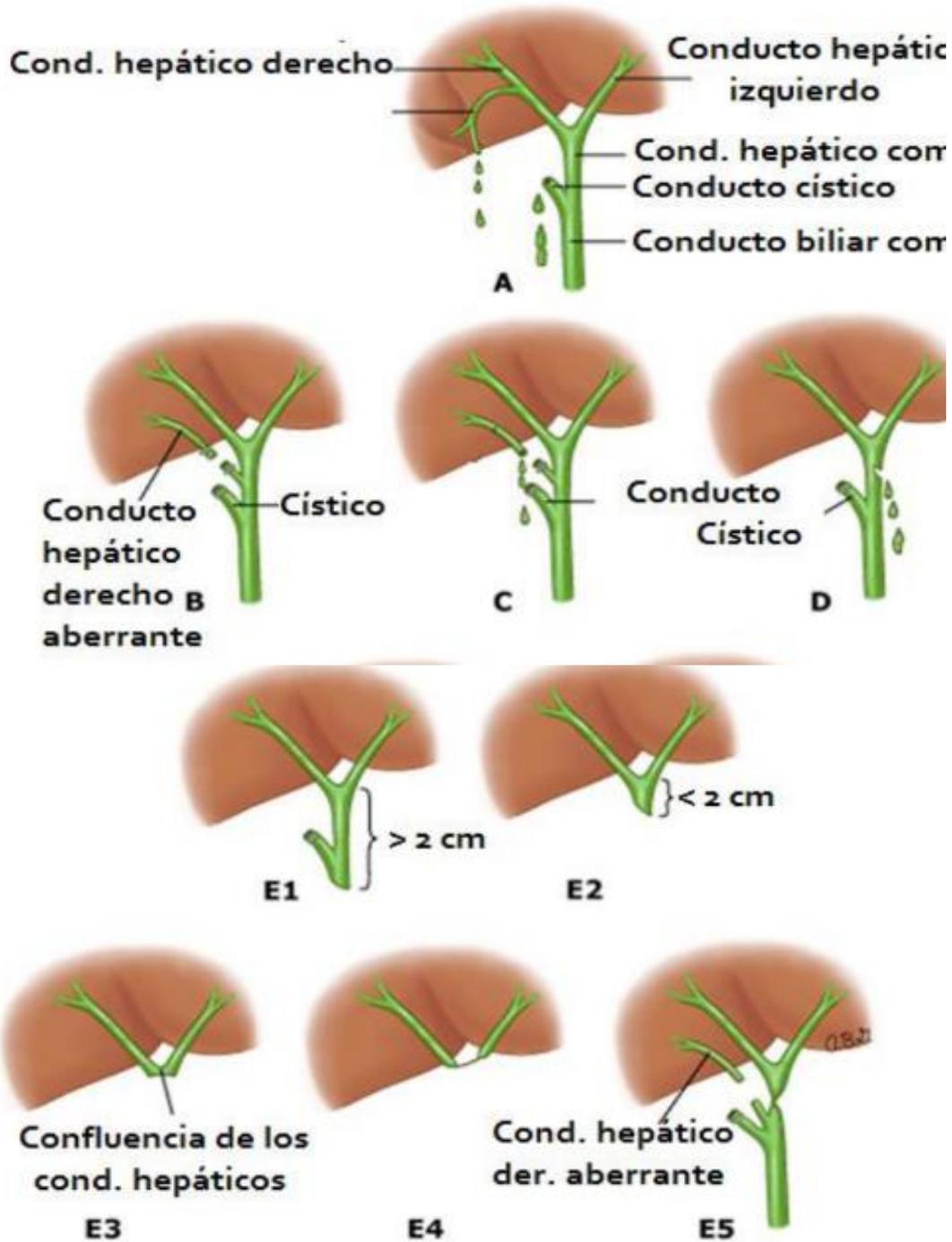
Tabla 2: Factores de Riesgo de LVB

| | |
|-----------------------------------|---|
| Factores Anatómicos | 70-80% son debidos a identificación errónea de la anatomía, las causas más frecuentes de LVB son anomalías del conducto hepático derecho o anomalías de la arteria derecha ⁽⁸⁾ . La sección completa del colédoco, constituye la lesión biliar más frecuente y la más difícil de tratar. Esta lesión es causada por una identificación errónea del conducto biliar con el cístico, esta lesión puede verse agravada por la escisión de un segmento del conducto biliar común y la división del conducto hepático común ⁽⁹⁾ . Por lo tanto, se recomienda no ligar ninguna estructura hasta ser correctamente identificada ⁽⁵⁾ . |
| Naturaleza de la Patología | Inflamación alrededor del triángulo de Calot, hace el tejido se vuelva friable, así como si la vesícula es escleroatrófica, las dificultades técnicas son mayores. Realizar la disección en estas condiciones favorece la presencia de hemorragias y promueve la lesión de vía biliar ⁽⁸⁾ . Otras situaciones en las que es probable que se presenten estas lesiones son: pancreatitis aguda, cálculos biliares grandes, conducto cístico corto, Sd. de Mirizzi ⁽⁸⁾ . |
| Hemorragias | El sangrado del hilio hepático es el principal enemigo ya que altera la visualización de estructuras. Los intentos de control de hemorragia a ciegas aumentan las probabilidades de dañar el conducto hepático derecho ⁽⁸⁾ . |
| Otros Factores | Obesidad, exceso de grasa dentro del ligamento hepatoduodenal, sexo masculino y los síntomas recidivantes de colecistectomía ⁽⁸⁾ . Los factores que contribuyen a la lesión de vía biliar: Inflamación del triángulo de Calot, conducto cístico corto, retracción cefálica excesiva en el fondo de la vesícula biliar, retracción lateral insuficiente o excesiva del infundíbulo de la vesícula biliar, uso excesivo de cauterización, inexperiencia del cirujano, anatomía biliar aberrante ⁽⁹⁾ . |

Fuente: Lesiones yatrogénicas de la vía biliar tras colecistectomía ⁽⁸⁾. Modificado por los Autores

Imagen 1:

Clasificación de Lesiones Iatrogénicas de la vía biliar Strasberg



CLASIFICACIONES DE BISMUTH Y STRASBERG

| ANATOMÍA BILIAR | B | S |
|--|----------|----|
| Fuga del cístico o de pequeños conductos en el lecho hepático | - | A |
| Oclusión de un conducto hepático derecho aberrante | - | B |
| Transección sin ligadura del conducto Hepático derecho aberrante | - | C |
| Injuria lateral del colédoco (< 50% circunferencia) | - | D |
| Estenosis del conducto Hepático común muñón > 2 cm | Tipo I | E1 |
| Estenosis del conducto Hepático común muñón < 2 cm | Tipo II | E2 |
| Estenosis Hiliar, no residual del conducto hepático común, confluencia preservada | Tipo III | E3 |
| Hiliar, compromiso de la confluencia, pérdida de la comunicación entre los conductos hepáticos derecho e izquierda | Tipo IV | E4 |
| Estenosis del conducto sectorial derecho de ubicación baja (sola o con concomitante estenosis hepático común) | Tipo V | |
| Injuria a un conducto hepático derecho aberrante + injuria del hilio | Tipo V | E5 |

Fuente:

Clasificación de Bismuth y Strasberg ^(9,11).

Tabla 3:

Indicaciones de Derivación Biliodigestiva

- Coledocolitiasis múltiple (> 5 cálculos)
- Litiasis intrahepáticas
- Estenosis de la ampolla
- 2 o más exploraciones previas para coledocolitiasis
- 2 o más episodios de colangitis
- Colédoco de 20 mm

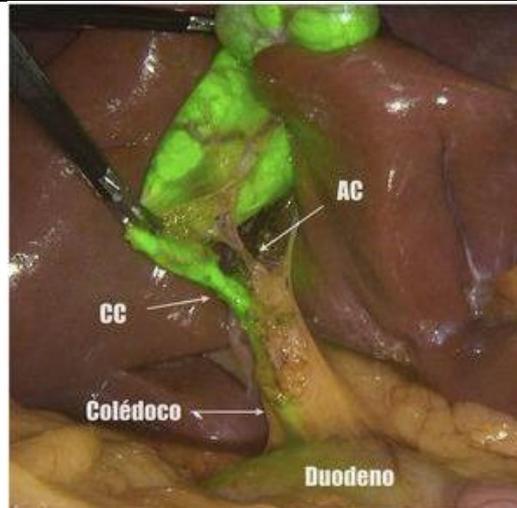
*Condición para su realización y disminuir las complicaciones es que el diámetro colédoco no sea inferior a 16 mm

Condiciones para Reconstrucción de Lesión de Vía Biliar

- Ausencia de Biloma (documentada por Ultrasonido o Tomografía)
- Identificación de anatomía de vía biliar (Colangiografía o Resonancia Magnética)
- Ausencia de sepsis, colangitis o falla orgánica

Fuente: Cirugías Biliopancreática ⁽⁸⁾

Imagen 2:
Visión Crítica de seguridad con Verde de Indocianina



AC: Arteria cística, **CC:** Conducto Cístico

Fuente: Técnica de punción de verde de indocianina intravesicular para conseguir una visión crítica de seguridad durante la colecistectomía por laparoscopia ⁽¹⁵⁾.

Tabla 4:
Esquema de Tratamiento de Lesión de Vía Biliar según Clasificación Strasberg

| | |
|-------------------|--|
| Tipo A | <p>Tratamiento precoz: Suturar filtración biliar Drenaje</p> <p>Tratamiento Tardío: Drenaje por punción Control de la sepsis Manejo endoscópico</p> |
| Tipo B y C | <p>Tratamiento Precoz: Laparotomía y Reparación con Y de Roux</p> <p>Tratamiento Tardío: Asintomático: Observación Sintomático: Derivación Biliodigestiva Eventual Hepatectomía según atrofia. Drenaje Transhepático</p> |
| Tipo D | <p>Tratamiento Precoz: Laparotomía e instalación de Sonda T vs sutura Drenaje</p> <p>Tratamiento Tardío: Drenaje percutáneo, tratamiento de la sepsis Si no hay estenosis reparación Si estenosis, derivación biliodigestiva vs dilatación endoscópica</p> |

Fuente: Cirugías Biliopancreática ⁽⁸⁾



Revista Ocronos. ISSN nº 2603-8358 (ed. digital) –2695-8201 Ocronos (ed. impresa)

Depósito legal: CA-27-2019

Revistamedica.com - DOI: <https://doi.org/10.58842/OCRONOS>