



DISRUPCIÓN *de las* vías biliares

UN ANÁLISIS CRÍTICO

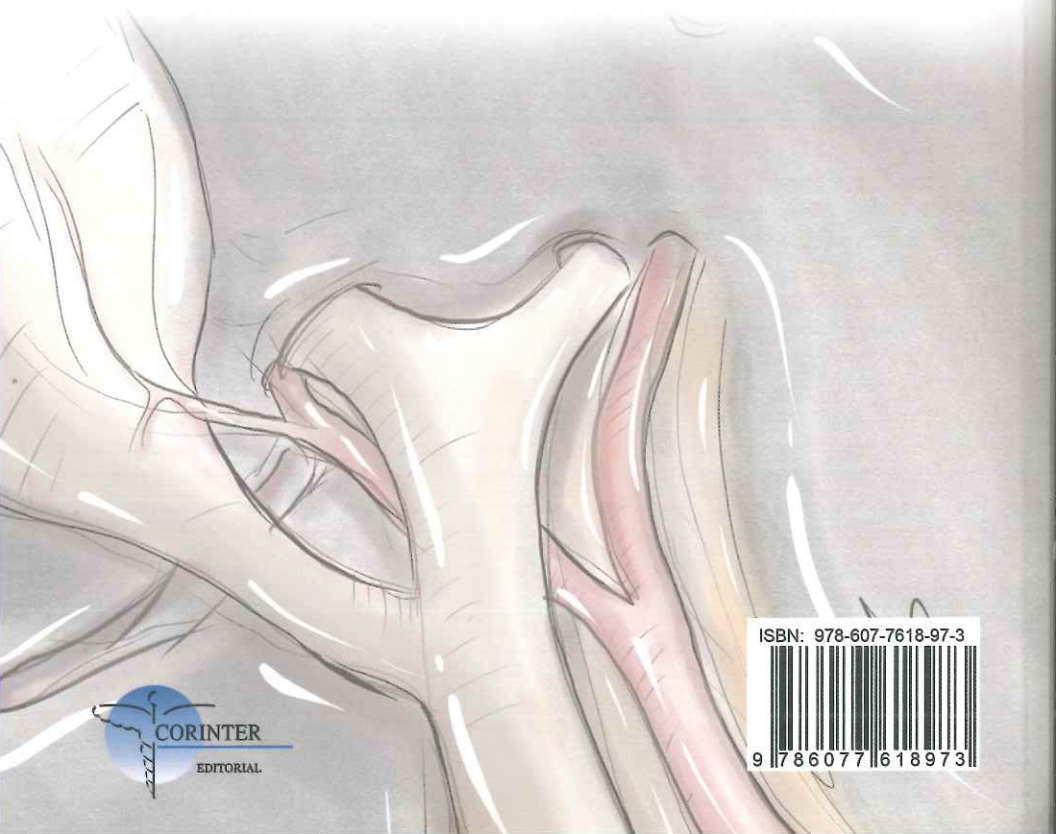
Miguel Ángel Mercado
Julio César Cisneros Correa
Mario Vilatobá Chapa



Miguel Ángel Mercado
2019

Después de 40 años de que inició la aplicación del procedimiento quirúrgico llamado colecistectomía laparoscópica y de hacer grandes esfuerzos por disminuir la frecuencia de lesiones (visión crítica), éstas no se han podido eliminar. Aunque la frecuencia de lesiones se mantiene constante no constituye un problema de salud mundial, pero la vida del paciente (y del cirujano) se afecta notablemente.

En este libro se hace un análisis crítico de las características de las lesiones, su clasificación, diagnóstico y temporalidad de las reparaciones (que tiene una gran relevancia) así como del manejo multidisciplinario. Asimismo, se hace un análisis profundo de todas las reparaciones quirúrgicas, incluido el trasplante hepático y se revisan los aspectos técnicos individuales de cada reparación.



DISRUPCIÓN

de las

vías biliares

UN ANÁLISIS CRÍTICO



DISRUPCIÓN

de las

vías biliares

UN ANÁLISIS CRÍTICO

Miguel Ángel Mercado
Julio César Cisneros Correa
Mario Vilatobá Chapa



DISRUPCIÓN DE VÍAS BILIARES UN ANÁLISIS CRÍTICO



Copyright © 2024
Corporativo Intermédica, S.A. de C.V.
1ª. Cda. 20 de Noviembre Lt 1, Mz 3
Col. 12 de Diciembre C.P. 09870
Ciudad de México, México
Tel: 52 (55) 5695 3661
www.corinter.mx
editorial@corinter.mx

Todos los derechos reservados. Este libro está protegido por los derechos de autor. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en un sistema de recuperación o transmitida en forma alguna y por ningún medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, sin autorización previa del editor.

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana
Registro No. 2860

Primera edición 2024
ISBN: 978-607-7618-97-3

El contenido del libro es responsabilidad exclusiva de los autores. El editor no se responsabiliza de ninguno de los conceptos, recomendaciones, dosis, etcétera, transcritos por los autores y su aplicación queda a criterio de los lectores.

Estuvieron al cuidado y edición de la obra:
Aurelio García Magaña
Abelardo Rojas Flores
Correctores de estilo

G. Darío Rodríguez G.
Diseño gráfico y formación

Impreso en México/Printed in Mexico

Autores

Dr. Miguel Ángel Mercado
Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía
Director de cirugía, INCMNSZ
Sistema Nacional de Investigadores III - Conacyt

Dr. Julio César Cisneros Correa
Transplant Surgery
University of Rochester, USA.

Dr. Mario Vilatobá Chapa
Jefe del departamento de trasplantes, INCMNSZ
Sistema Nacional de Investigadores II - Conacyt

Dr. Ismael Domínguez Rosado
Cirugía HPB y oncológica
Adscrito al departamento de cirugía HPB, INCMNSZ
Sistema Nacional de Investigadores I - Conacyt

Dr. Alexandra Rueda de León Aguirre
Cirugía HPB, INCMNSZ
Cirugía general, INCMNSZ

Dr. Germán Esteban Sánchez Morales
Cirugía HPB, INCMNSZ
Cirugía general, INCMNSZ

Dr. Emmanuel Posadas Trujillo
Residente cirugía general, INCMNSZ

Dr. Axl Diego Porras
Pasante de servicio social, INCMNSZ

Introducción

La primera lesión de vía biliar de la que se tiene referencia se produjo en el primer año después de la realización de la primera colecistectomía por Langenbuch en Berlín, en el último cuarto del siglo XIX. Desde esa época, se describieron las alternativas terapéuticas quirúrgicas para la reparación.

La reparación de la vía biliar siempre se ha considerado como una operación de alto riesgo. En los años cincuenta, cuando el primer ministro inglés Antony Eden tuvo una lesión firmó un consentimiento para el doctor Catell en el que aceptaba una mortalidad y morbilidad muy elevada. La evolución de la cirugía y la anestesia ha hecho que este procedimiento complejo tenga una baja morbimortalidad.

En esta obra se analizan las variantes anatómicas de la vía biliar y sus condicionantes multifactoriales para la lesión. De igual manera, se hace un análisis crítico completo del tipo y clasificación de las lesiones, los métodos diagnósticos y la participación multidisciplinaria en su resolución, así como un análisis exhaustivo de las técnicas quirúrgicas para lograr una reparación satisfactoria, tomando en cuenta que la operación más utilizada es un procedimiento "antinatura", y que por sus características dista mucho de ser el procedimiento perfecto. También se incluye la experiencia institucional con trasplante hepático como una solución final en casos extremos.

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán tiene una gran tradición en la cirugía biliar; los doctores Clemente Robles, Rafael Muñoz Kapellman, Sergio Cárdenas y Héctor Orozco fueron grandes cirujanos de la vía biliar.

En las últimas tres décadas, el Instituto ha concentrado un gran número de casos (casi 1000) que han permitido tanto el desarrollo de técnicas como el estudio de la evolución de estos casos.

Índice

SECCIÓN I

ANATOMÍA QUIRÚRGICA Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

Capítulo 1

Anatomía quirúrgica de las vías biliares

| | |
|---------------------------------------|----|
| Anatomía biliar intrahepática | 1 |
| Anatomía del sistema biliar izquierdo | 2 |
| Anatomía del sistema biliar derecho | 4 |
| Anatomía biliar extrahepática | 6 |
| Vía biliar principal | 6 |
| Vesícula biliar y conducto cístico | 7 |
| Vasculatura del sistema biliar | 9 |
| Vasculatura arterial hepática | 10 |
| Referencias | 13 |

Capítulo 2

Colecistectomía difícil y estrategias de prevención

| | |
|---|----|
| Colecistectomía difícil y estrategias de prevención | 15 |
| Referencias | 24 |

Capítulo 3

Manejo inmediato posterior a disrupción biliar

| | |
|--|----|
| Manejo inmediato posterior a disrupción biliar | 27 |
| Disrupción de la vía biliar diagnosticada en el intraoperatorio | 29 |
| Tratamiento de lesiones reconocidas en el intraoperatorio | 32 |
| Lesiones vasculobiliares | 34 |
| Tratamiento antibiótico de lesiones diagnosticadas en el intraoperatorio | 35 |
| Conclusiones | 36 |
| Referencias | 37 |

SECCIÓN II

DIAGNÓSTICO Y ABORDAJE PREOPERATORIO

Capítulo 4

Características y clasificación de las lesiones de vía biliar 39

| | |
|------------------------------|----|
| Introducción | 39 |
| Clasificación de Bismuth | 42 |
| Clasificación de Strasberg | 43 |
| Clasificación de McMahon | 44 |
| Clasificación de Steward-Way | 45 |
| Clasificación de Hannover | 47 |
| Clasificación de ATOM | 48 |
| Clasificación de INNSZ | 50 |
| Conclusiones | 51 |
| Referencias | 52 |

Capítulo 5

Métodos diagnósticos 55

| | |
|--------------------------------------|----|
| Presentación clínica intraoperatoria | 56 |
| Presentación clínica posoperatoria | 57 |
| Estudios de laboratorio | 57 |
| Estudios de imagen | 58 |
| Escenarios clínicos | 64 |
| Conclusiones | 67 |
| Referencias | 68 |

Capítulo 6

Manejo preoperatorio 71

| | |
|---|----|
| Control de la sepsis | 72 |
| Diagnóstico de la extensión de la disrupción | 74 |
| Establecimiento de un drenaje adecuado de la vía biliar | 77 |
| Preparación preoperatoria | 79 |
| Conclusiones | 80 |
| Referencias | 80 |

Capítulo 7

Tiempo de la reparación (temprana vs. tardía) 83

| | |
|--------------|----|
| Introducción | 83 |
| Conclusiones | 87 |
| Referencias | 88 |

SECCIÓN III

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y RESULTADOS DE LA RECONSTRUCCIÓN

Capítulo 8

Tratamiento de acuerdo con el tipo de lesión 91

| | |
|--|-----|
| Tratamiento no quirúrgico | 92 |
| Tratamiento de acuerdo con el tipo de lesión | 93 |
| Lesión Strasberg tipo A | 94 |
| Lesión Strasberg tipo B | 96 |
| Lesión Strasberg tipo C | 96 |
| Lesión Strasberg tipo D | 97 |
| Lesión Strasberg tipo E | 99 |
| Conclusiones | 103 |
| Referencias | 104 |

Capítulo 9

Complicaciones posoperatorias 107

| | |
|--|-----|
| Tiempo de la reconstrucción y complicaciones | 109 |
| Fuga biliar | 112 |
| Complicaciones a largo plazo | 114 |
| Colangitis | 118 |
| Colangiocarcinoma | 119 |
| Referencia tardía | 120 |
| Cirrosis biliar secundaria | 120 |
| Conclusiones | 122 |
| Referencias | 123 |

Capítulo 10

Pronóstico y resultados de la reconstrucción 127

| | |
|--|-----|
| Desenlaces clínicos posterior a tratamiento quirúrgico | 128 |
| Conclusiones | 132 |
| Referencias | 133 |

Capítulo 11

Trasplante hepático en disrupción de vía biliar 137

| | |
|------------------------------|-----|
| Introducción | 137 |
| Escenarios clínicos | 138 |
| Insuficiencia hepática aguda | 139 |
| Colangiopatía isquémica | 140 |
| Cirrosis biliar secundaria | 141 |
| Resultados | 142 |
| Referencias | 146 |

SECCIÓN IV TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Capítulo 12

Hepatoyeyuno anastomosis en Y de Roux

149

| | |
|---|-----|
| Técnica quirúrgica | 150 |
| Pérdida de la confluencia | 155 |
| Férulas transhepáticas y/o transanastomóticas | 158 |
| Referencias | 159 |

Capítulo 13

Hepatoduodeno anastomosis

161

| | |
|--------------------|-----|
| Técnica quirúrgica | 162 |
| Referencias | 163 |

Capítulo 14

Colecistectomía subtotal

165

| | |
|---|-----|
| Técnica quirúrgica | 168 |
| Colecistectomía subtotal reconstitutiva | 173 |
| Colecistectomía subtotal fenestrada vs reconstitutiva | 173 |
| Conclusiones | 174 |
| Referencias | 175 |

Capítulo 12

Hepatoyeyuno anastomosis en Y de Roux

Dr. Miguel Ángel Mercado
Dr. Ismael Domínguez Rosado
Dr. Mario Vilatobá Chapa
Dr. Julio César Cisneros Correa

La mayoría de los cirujanos están de acuerdo con la mejor opción de reparación que es la hepatoyeyuno anastomosis en Y de Roux; sin embargo, otros tipos de reconstrucción han sido descritos con diferentes resultados e indicaciones restringidas.¹

El éxito de la anastomosis depende de diversos factores como anastomosis libre de tensión, aposición de mucosa con epitelio biliar, en conductos lo más sanos posibles, sin isquemia, una anastomosis amplia, utilizar monofilamento absorbible y lo más alta en el hilo posible, ya que tiene mejor irrigación lo cual conduce a mejores resultados.

En muchos casos, para obtener tales características ideales, la exposición de la confluencia es necesaria (si ésta se encuentra preservada) o en su caso aislar los conductos derecho e izquierdo.

Para lograr esto a menudo es necesario seccionar la reflexión de la cápsula de Glisson en la base del segmento IV (descenso de la placa hiliar), lo cual permite el desplazamiento cefálico del parénquima