

Reintervencion es electivas en cirugía digestiva (de la vía biliar)



Curso de
XXVII
Cirugía General

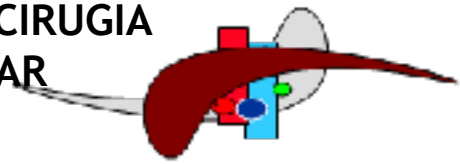
DEL 26 AL 27 DE ENERO DE 2012
SOCIEDAD VALENCIANA DE CIRUGIA

Con la colaboración del IIV y COMV
Sede: COMV (Iustre Colegio Oficial de
Médicos de Valencia)

Declarado interés Científico Sanitario
por la Conselleria de Sanidad.
Aita de la Plata, 26. Tel. 943315120.
www.sociedadva.com

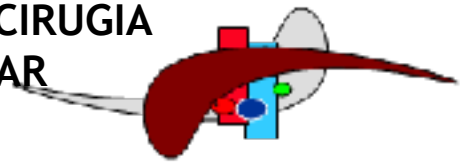


Eva M^a Montalvá Orón
Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante
Hospital Universitario y Politécnico La Fe



Reintervenciones electivas de la vía biliar

- Lesiones yatrógenas de vía biliar
- Estenosis de anastomosis biliodigestivas
- Estenosis de anastomosis biliares (en trasplante hepático)



Reintervenciones electivas de la vía biliar

➤ Lesiones yatrógenas de vía biliar **0,16 = 0,60%**

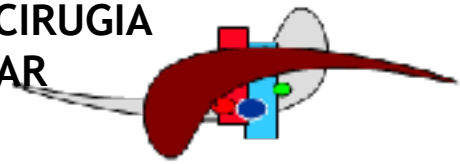
CARACTERISTICAS

- ✓ Sin factores de riesgo (cirugía complicada, variantes anatómicas) (80%)
- ✓ Errores técnicos (30%)
- ✓ Colectomía fácil (47%)

Nuzzo G et al. Italian National Survey. *Arch Surg* 20



- ¿Cuándo considerar una colectomía de riesgo?
- ¿Cómo prevenir las lesiones?
- ¿Cómo informar a los pacientes?

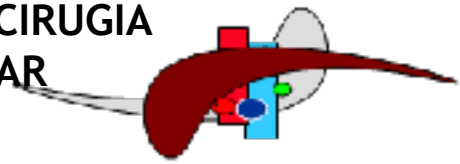


➤ Lesiones yatrógenas de vía biliar

COLECISTECTOMIA SEGURA

✓ Interpretación errónea de hallazgos intraoperatorios = desorientación





➤ Lesiones yatrógenas de vía biliar

COLECISTECTOMIA SEGURA

- ✓ Interpretación errónea de hallazgos intraoperatorios = desorientación
- ✓ Disección del triángulo de Calot (“critical view of safety” de Strasberg).

Strasberg SM. J Am Coll Surg 2000.

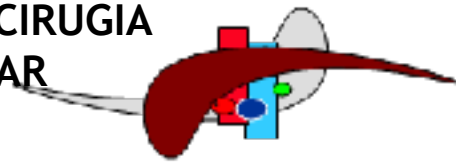
Strasberg SM. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2002.

COLANGIOGRAFÍAS INTRAOPERATORIAS

- ✓ De rutina vs electivas
- ✓ No evitan la lesión, pero permiten reconocerla inmediatamente.
- ✓ Se recomiendan selectivamente cuando haya sospecha de lesión (¿?)

Ludwig K. Surg Endosc 2002.

Debru E. Surg Endosc 2006.



➤ Lesiones yatrógenas de vía biliar

ANTE LA LESION

- ✓ ¿Quién la debe reparar?
- ✓ ¿Dónde se debe reparar?
- ✓ ¿Cuándo se debe reparar?



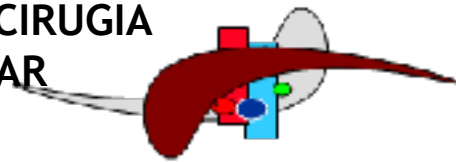
- Peores resultados si la lesión la repara el mismo cirujano
- Se deben referir a un hospital terciario / cirujano especialista en HPB
- El fracaso de una reparación, empeora el pronóstico e incrementa la complejidad de reparaciones posteriores
- Las reparaciones inmediatas (< 3 días) y las tardías (> 6 semanas) son las que registran mejores resultados

Flum DR. JAMA 2003

Nuzzo G. Arch Surg 2005

Santibáñes E. HPB 2008

Sahajpal AK. Arch Surg 2010



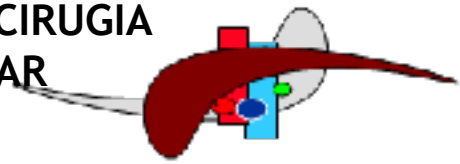
➤ Lesiones yatrógenas de vía biliar

DEFINICION DE LESIÓN COMPLEJA DE VÍA BILIAR

- Lesión biliar que llega a la confluencia
- Lesión biliar con un intento previo de reparación
- Lesión biliar asociada a lesión vascular
- Lesión biliar con hipertensión portal asociada o cirrosis biliar secundaria

NORMAS BÁSICAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS LESIONES BILIARES

- Exposición del área dañada evitando disección excesiva
- El margen del conducto biliar no debe tener quemaduras ni isquemia
- Se debe realizar CIO en todas las fugas biliares
- La integridad vascular debe ser confirmada
- La hepaticoyeyunostomía se debe realizar con asa aislada en Y de Roux
- La anastomosis entre mucosas se debe realizar con sutura reabsorbible
- Se recomienda usar lupas quirúrgicas.



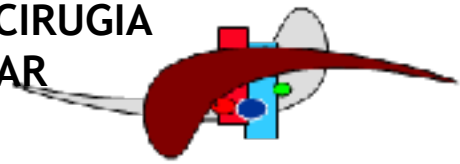
➤ Lesiones yatrógenas de vía biliar

FACTORES LIMITANTES DE LA REPARACIÓN DE LA LESIÓN BILIAR

- Reconocimiento precoz de la lesión
- Presencia de sepsis / biloma / inflamación local
- Situación general del paciente: colangitis / ictericia / hipoalbuminemia

GESTOS TERAPÉUTICOS INICIALES

- Drenaje adecuado de la sepsis local
- Drenaje de la vía biliar (si colangitis)
- Reposición de la situación general del paciente
- Remisión a un servicio con cirugía HPB
- Obtención de un mapa biliar



➤ Lesiones yatrógenas de vía biliar

LESIÓN DESCUBIERTA DURANTE LA INTERVENCIÓN

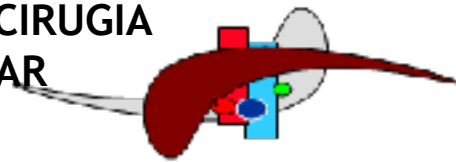
- Reconocimiento quirúrgico / colangiografía intraoperatoria
- Reparación / drenaje y remisión a unidad de referencia

LESIÓN DESCUBIERTA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO

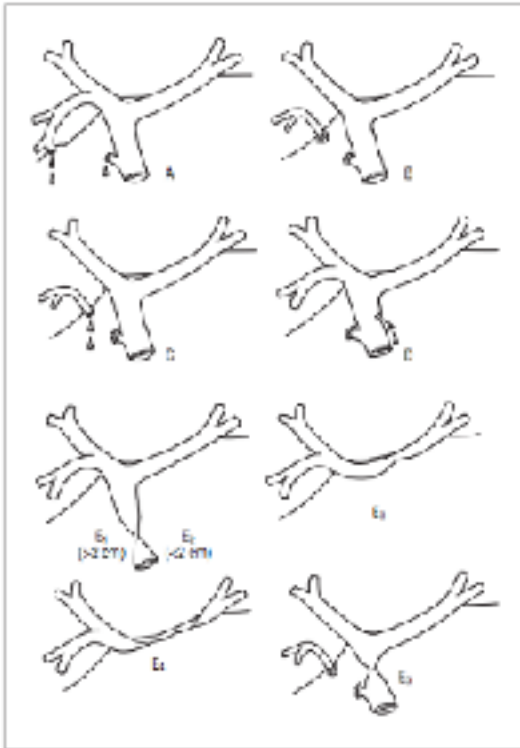
- Diagnóstico de la lesión (ecografía / colangioRM)
- Drenaje percutáneo-quirúrgico / Remisión a unidad de referencia
- Elección del momento adecuado para la reparación (recuperación de la situación general del paciente)

ESTENOSIS TARDIA

- Tratamiento radiológico / endoscópico
- Tratamiento quirúrgico en lesiones complejas / fracaso del tratamiento radiológico o endoscópico

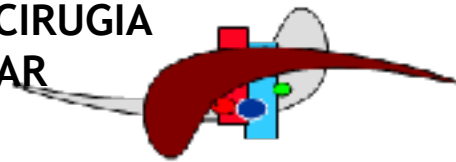


CASUISTICA HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE
(1970-2011: n = 131 - H.U. La Fe n=27)
(2001-2011 n = 58)



Clasificación de Strasberg-Bismuth

	número	porcentaje
Tipo A	4	3,1%
Tipo B	0	
Tipo C	2	1,5%
Tipo D	1	0,8%
Tipo E1	54	41,2%
Tipo E2	18	13,7%
Tipo E3	13	9,9%
Tipo E4	19	14,5%
Tipo E5	12	9,2%
Perdido	8	6,1%



CASUISTICA HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE
(1970-2011: n = 131 - H.U. La Fe n=27)
(2001-2011 n = 58)

60 COLECISTECTOMIAS LAPAROSCÓPICAS

- 25 EVIDENCIA INTRAOPERATORIA Y CONVERSIÓN A CIRUGIA ABIERTA
- 7 COLANGIOGRAFÍAS INTRAOPERATORIAS LAPAROSCOPICAS

PRIMERA ACTUACIÓN (inmediata o diferida)

- REPARACIÓN QUIRÚRGICA (n = 56)
- DRENAJE (n = 10)
- RADIOLÓGICO (n = 43)
- ENDOSCÓPICO (n = 19)
- DESCONOCIDO (n = 3)

RESOLUCION DEFINITIVA

- 1 intervención (n = 66)
- 2 intervenciones (n = 51)
- 3 intervenciones (n = 22)
 - Hepatectomía dcha (n = 3)
 - THO (n = 1)

MORTALIDAD OPERATORIA: n=8 (6,1%)



X *Curso de*
XXVII
Cirugía General

DEL 26 AL 27 DE ENERO DE 2012
SOCIEDAD VALENCIANA DE CIRUGIA

Con la colaboración del IIV y COMV
Sede: COMV (Iustre Colegio Oficial de
Médicos de Valencia)

Declarado interés Científico Sanitario
por la Conselleria de Sanidad.
Aita de la Plata, 26. Tel. 943315120.
email: cursos@iivval.com



GRACIAS