

# COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE LA CIRUGÍA DE LAS VÍAS BILIARES. Clasificación. Diagnóstico. Tratamiento.

Dr. Lázaro Quevedo Guanche (1)

## 1. Clasificación

Las complicaciones postoperatorias de la cirugía de las vías biliares se clasifican en: inmediatas y mediatas.

### 1.1. Complicaciones inmediatas:

Son aquellas cuyos síntomas comienzan en las primeras. 48 h -72 h del período postoperatorio.

Entre éstas, las más frecuentes son:

#### 1.1.1 Peritonitis biliar determinada por:

1.1.1.1. Dehiscencia del muñón cístico.

1.1.1.2. Bilirragia por punción del colédoco.

1.1.1.3. Falsa vía por exploradores del colédoco.

1.1.1.4. Sección del hepato-colédoco:

- Tipo I: Dos cm por debajo de la confluencia de los hepáticos.

- Tipo II: Entre la confluencia de los hepáticos y dos cm por debajo de la confluencia.

- Tipo III: En la confluencia de los hepáticos o más arriba.

1.1.1.5. Bilirragia por conductillo aberrante

1.1.2. Hemorragias.

1.1.3. Pancreatitis aguda.

1.1.4. Ictericia:

1.1.4.1. Ligadura del colédoco.

1.1.4.2. Cálculo residual.

1.1.5. Ligadura de la arteria hepática.

1.1.6. Hemobilia.

1.1.7. Dehiscencia de la sutura en las derivaciones biliointestinales

### 1.2. Complicaciones tardías

1.2.1. Iatrogénicas: estenosis cicatrizal del colédoco.

1.2.2. Por enfermedad no diagnosticada:

1.2.2.1. Cálculo residual del colédoco

1.2.2.2. Papilitis u odditis

1.2.3. Por técnica defectuosa:

1.2.3.3. Vesícula remanente.

---

(1) Dr. en Ciencias Médicas. Profesor Auxiliar de Cirugía, I.S.C.M.-H.  
Especialista de 2do. Grado en Cirugía General. Hospital C. Q. Docente  
Hermanos Ameijeiras. Miembro del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.

---

#### 1.2.4. Otras causas:

1.2.4.1. Complicaciones relacionadas con los drenajes.

1.2.4.2 Íctero postoperatorio tardío.

1.2.4.3 Colangitis supurada aguda obstructiva.

1.2.4.4 Colangitis secundaria esclerosante.

1.2.4.5. Fístula biliar.

1.2.4.6. Colecciones subfrénicas:

a) Suprahepáticas.

b) Infrahepáticas.

## 2. Diagnostico y tratamiento

### 2.3 Complicaciones inmediatas

#### 2.3.1 Peritonitis biliar:

##### 2.3.1.1 Diagnóstico:

a) Antecedentes de operación.

b) Síntomas y signos: salida de bilis por el drenaje.

##### 2.3.1.2 Exámenes de diagnóstico:

a) Hemograma.

b) Punción abdominal.

c) Ultrasonido Abdominal

d) TAC, RMN

##### 2.3.1.3 Tratamiento:

a) Dehiscencia del muñón cístico:

- Reintervención: operación por mínimo acceso con ligadura por transfixión del cístico, dejando drenaje subhepático, después de aspiración completa y lavado de la cavidad peritoneal.

- En pacientes seleccionados puede realizarse CPRE y colocación de endoprótesis.

b) Bilirragia por punción del colédoco

- Tratamiento profiláctico: punto con catgut intestinal No. 000 para cerrar el orificio de puntura.

- Tratamiento curativo: coledocotomía, sonda en T y drenaje subhepático. Antes de retirar la sonda en T nueva colangiografía.

c) Falsa vía en el transcurso de las exploraciones del colédoco al tratar de pasar los exploradores.

- Profilaxis:

- Movilización duodenopancreática sistemática en la exploración de las vías biliares.

- Sólo se debe utilizar solamente el explorador No. 3 y, si existe resistencia, no se debe insistir en pasarlo, porque con ello se confirma que existe una estenosis del Oddi.

- Tratamiento:

• Drenar la cavidad y colocación de sonda en T, haciendo que uno de los extremos sobrepase el lugar de la lesión o colocación de endoprótesis.

• Drenaje subhepático.

d) Sección de la vía biliar principal:

- Reintervención lo más tempranamente posible.

- Reparación de la lesión dejando una sonda en T.

- Técnicas:
  - En el tipo I: Anastomosis término - terminal del colédoco, con sonda en T por contraabertura.
  - En el tipo II: Hepaticoyeyunostomía de Hepp-Couinaud.
  - En el tipo III: - Hepaticoyeyunostomía doble.

e) Bilirragia por conductillo aberrante: para evitar esta complicación, se debe dejar drenaje de hule en toda operación de las vías biliares.  
Si la bilirragia persiste se realizará esfinterotomía por vía endoscópica.

### 2.3.2. Hemorragias:

#### 2.3.2.1. Diagnóstico:

- a. Antecedentes de la operación:
- b. Síntomas y signos: shock, anemia, salida de sangre por el drenaje.
- c. Hematoma de la herida.
- d. Exámenes de diagnóstico: hemoglobina y hematocrito.
- e. Punción abdominal.
- f. Ultrasonido Abdominal

#### 2.3.2.2. Tratamiento: Videolaparoscopia y o Laparotomía .

En los pacientes con deslizamiento de la ligadura de la arteria cística: ligadura urgente del vaso sangrante.

Si hay hemorragia del lecho hepático, se debe tratar como una herida hepática. (Ver el presente manual)

### 2.3.3. Pancreatitis aguda. (Ver el presente manual)

### 2.3.4. Ligadura y sección del colédoco:

#### 2.3.4.1. Diagnóstico: el propio de ictero obstructivo. (Ver el presente manual.)

#### 2.3.4.2. Tratamiento:

- a) Se realizará siempre en un hospital docente.
- b) Ver lo señalado en la lesión de la vía biliar principal.

### 2.3.5. Ligadura de la arteria hepática (por lo general de la rama derecha):

#### 2.3.5.1. Diagnóstico:

- a) Antecedentes de operación.
- b) Aparición de shock precoz.
- c) Coma hepático.

#### 2.3.5.2. Tratamiento: si se sospecha que existe esta lesión, se deben usar antibióticos .

### 2.3.6. Hemobilia:

#### 2.3.6.1 Diagnóstico:

- a. Antecedentes de trauma y cirugía hepática.
- b. Síntomas y signos.
- c. Anemia:
  - Salida de sangre por la sonda en T.
  - Melena o hematemesis
- d. Exámenes de diagnóstico:
  - Hemoglobina y hematocrito.
  - Estudio radiológico y endoscópico de estómago y duodeno en los pacientes con hematemesis o melena, con el propósito de descartar otras enfermedades.
  - Ultrasonido Abdominal
  - TAC simple y contrastada
  - Angiografía hepática con fase venosa.

- 2.3.6.2. Tratamiento: se facilita si existe una coledocostomía con sonda en T, que permite hacer, a través de ella, lavados con solución salina isotónica, para eliminar los coágulos.
  - Arteriografía y embolización del vaso sangrante.
  - A veces es necesario realizar resecciones segmentarias o lobectomías hepáticas.
- 2.3.7. Dehiscencia de la sutura en las derivaciones biliointestinales
  - 2.3.7.1. Diagnóstico:
    - a. Antecedentes de la operación.
    - b. Síntomas y signos de peritonitis.
    - c. Exámenes de diagnóstico:
      - Hemograma.
      - Radiografía de abdomen simple, en posiciones vertical y horizontal.
      - Punción abdominal.
      - Ultrasonido Abdominal
      - TAC
  - 2.3.7.2. Tratamiento: se debe intervenir urgentemente.
    - Aspirar bien la cavidad abdominal y practicar yeyunostomía. Dejar colocado un drenaje.
    - Reanastomosis
- 2.4. Complicaciones tardías
  - 2.4.1. Iatrogénicas: estenosis cicatrizal del colédoco.
    - 2.4.1.1. Diagnóstico:
      - a. Si existe íctero, se hará el diagnóstico de íctero obstructivo. (Ver el presente manual)
      - b. Si no hay íctero, se tomarán en cuenta los antecedentes de operación (síntomas y signos): dolor, crisis de colangitis.
      - c. Exámenes de diagnóstico:
        - Colangiografía percutánea transhepática.
        - CPRE
        - Colangiorresonancia, TAC.
    - 2.4.1.2. Tratamiento:
      - a. Reparación de las vías biliares con sutura término - terminal o cierre transversal, dejando sonda en T por encima o por debajo de la sutura.
      - b. Derivación biliodigestiva supraestenótica
      - c. Los tratamientos de dilatación con balón y stents antes de la cirugía, pueden realizarse sobre todo en los primeros 6 meses
  - 2.4.2. Enfermedad no diagnosticada:
    - 2.4.2.1. Cálculo residual del hepatocolédoco. (Ver el presente manual.)
    - 2.4.2.2. Papilitis y odditis. (Ver el presente manual.)
  - 2.4.3. Técnica defectuosa:
    - 2.4.3.1 Vesícula remanente.
      - a. Diagnóstico:
        - Antecedentes de la operación.
        - Síntomas y signos: análogos a los de litiasis vesicular
      - b. Tratamiento:
        - Resecar el remanente vesicular. Descartar afección del esfínter de Oddi. (Ver el presente manual.)

#### 2.4.4. Otras causas

2.4.4.1 Complicaciones relacionadas con el drenaje. Estas son excepcionales, pero entre ellas se pueden citar las siguientes:

a. Deslizamiento del drenaje en la cavidad abdominal.

- Diagnóstico por los antecedentes o por la inspección.

- Tratamiento:

- Profiláctico: suturar el drenaje a la piel y mantener la sutura hasta su total extracción.

- Exploración, búsqueda y extracción: del cuerpo extraño.

b. Complicaciones relacionadas con la sonda en T de Kehr:

Estas complicaciones son de 3 tipos: obstrucción, retención y dislocación.

- Obstrucción:

• Diagnóstico: ausencia de la salida de bilis.

• Tratamiento: irrigaciones periódicas. Si la obstrucción persistiera, se hará extracción de la sonda,

- Retención:

• Diagnóstico: imposibilidad de retirar la sonda.

• Tratamiento: deberán evitarse las maniobras intempestivas al retirar la sonda. Si esto fuera imposible, se practicará laparotomía y liberación.

- Dislocación:

• Diagnóstico: salida de bilis al rededor de la sonda.

• Exámenes de diagnóstico: colangiografía por la sonda en T.

• Tratamiento: si la dislocación es parcial se debe movilizar la sonda 3 cm., y mantenerla como drenaje. Si la sonda está totalmente fuera del colédoco, se debe mantener como drenaje.

Si existe peritonitis biliar se hará intervención quirúrgica urgente.

2.4.4.2. Ictero postoperatorio:

a. De aparición precoz:

- Hemolítico postransfusional. (Ver «Manual de medicina interna».)

- Por ligadura del colédoco.

• Diagnóstico: es el de un íctero obstructivo, de aparición precoz. (Ver el presente manual.)

• Tratamiento. (Ver.)

• Pancreatitis. (Ver el presente manual.)

b. De aparición tardía:

- Hepatitis sérica. (Ver manual de medicina interna.)

- Litiasis residual. (Ver íctero obstructivo en el presente manual.)

2.4.4.3. Colangitis aguda supurada obstructiva:

a. Diagnóstico:

- Síntomas y signos:

• Dolor en el hipocondrio derecho, fiebre de 39° - 40°, escalofríos, ictericia (ligera o moderada), defensa muscular en el hipocondrio derecho y signos de irritación peritoneal.

• Signos de obnubilación y shock en gran número de pacientes.

- Exámenes de diagnóstico:
  - Hemograma y bilirrubinemia.
  - Hemocultivo.
  - CPRE
  - Ultrasonido Abdominal
  - TAC
  - Colangio Resonancia
- b. Tratamiento quirúrgico:
  - Tratamiento previo del shock.
  - Descompresión de las vías biliares por sonda en T o por coledocostomía, toma de muestra para Gram, cultivo y antibiograma y lavado de las vías biliares con solución de antibióticos.
  - Antibioticoterapia contra gérmenes gramnegativos. (Ver el presente manual.)
  - La enfermedad base se resolverá con posterioridad al episodio agudo.

#### 2.4.4.4. Fístulas biliares:

##### a. Internas:

- Diagnóstico: son por lo regular asintomáticas, aunque pueden manifestar síntomas de colangitis e ictericia.
- Exámenes de diagnóstico:
  - Radiografías: simple del hipocondrio derecho y del estómago y del duodeno.
  - Colon por enema.
  - CPRE
  - Colanioresonancia o colangiioresonancia
  - Tratamiento: se impondrá de acuerdo con el tipo de fístula que se presente.

##### b. Externas:

- Diagnóstico:
  - A la inspección se ve la salida de bilis por el orificio de drenaje o por la incisión operatoria.
  - Exámenes de diagnóstico: en pacientes sin íctero:
    - CPRE
    - En pacientes con íctero:
      - Colangiografía percutánea transhepática y fistulografía.
      - CPRE
- Tratamiento:
  - Si no se resuelve espontáneamente antes de las 4 semanas, será siempre quirúrgico.
  - La intervención dependerá del tipo de la fístula y del estado general del paciente.
  - Se debe investigar siempre la permeabilidad de la vía biliar extrahepática.
  - Colocación de stents biliares por vía de la CPRE, para evitar la cirugía .

#### 2.4.4.5. Colecciones subfrénicas. (Ver el presente manual.)

### 3. Anestesia:

- General endotraqueal o peridural en pacientes con alto riesgo quirúrgico.