

CIRUGIA DEL ICTERICO

El paciente que consulta por una ictericia, plantea al médico tres interrogantes que deben ser cuidadosamente analizados para determinar la oportunidad del tratamiento quirúrgico:

- 1º) Se trata de una ictericia médica o quirúrgica.
- 2º) Ante una ictericia quirúrgica, establecer el riesgo quirúrgico operatorio.
- 3º) Preparación adecuada, táctica quirúrgica y cuidado postoperatorio.

Nos ocuparemos esencialmente del paciente que será sometido al tratamiento quirúrgico de su síndrome icterico, dejando consideraciones clínicas y diagnósticas ya puntualizadas en esta misma publicación.

¿ES UNA ICTERICIA O QUIRURGICA?

En la mayoría de los pacientes es posible llegar a un diagnóstico de certeza mediante una buena historia clínica y estudios complementarios, pero existe un número de casos en que la larga evolución de su ictericia o su forma clínica no permite tal diagnóstico y es necesario llegar a la laparatomía exploradora para determinar la causa de la obstrucción.

Las vías biliares extrahepáticas pueden ser obstruidas por distintos procesos:

Luminales:	Litiasis, fístulas, parasitosis
Parietales:	Tumores, coledocitis estenotante, divertículos, estenosis postoperatoria
Extraparietales:	Tumoraciones pancreáticas, úlcera duodenal, adenopatías
Congénitas:	Atresias, quistes
Funcionales:	Disquinesias

En la Cátedra de Cirugía D se sigue el siguiente plan para el estudio de un síndrome icterico: historia clínica y examen semiológico prolijo, pruebas de laboratorio, endoscopia y radiología. Estos temas han sido suficientemente tratados en capítulos anteriores, por lo tanto no los analizaremos para no caer en repeticiones; sin embargo, desde el punto de vista del cirujano creo conveniente puntualizar algunos antecedentes y signos

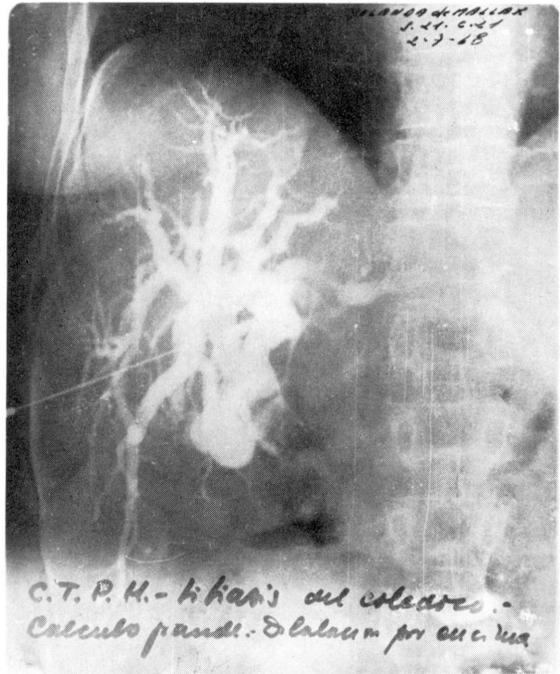
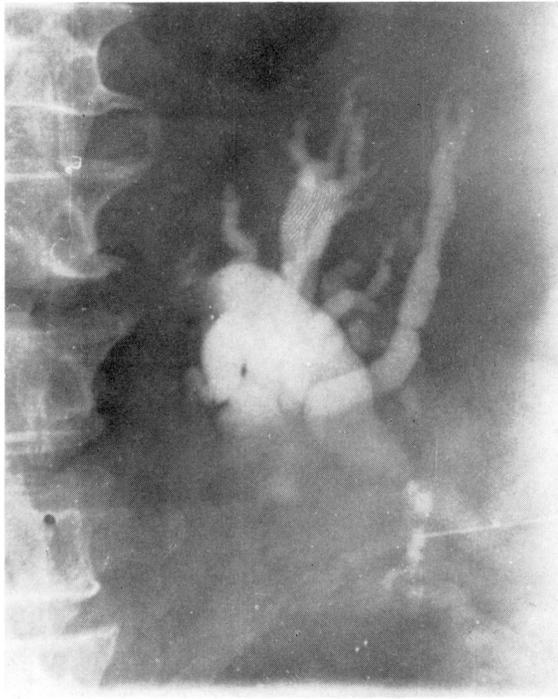
semiológicos. La presencia de operaciones anteriores y el tiempo transcurrido entre esa fecha y el momento del examen nos pueden alertar sobre la litiasis canalicular residual o alguna lesión quirúrgica de la vía biliar. La hepatomegalia es la regla en la obstrucción de las vías biliares extrahepáticas, hepatomegalia importante que oscila entre tres traveses de dedo por debajo del reborde costal, y más aún. Ello se explica, pues el agrandamiento de la glándula en muchas ocasiones se produce antes que aparezca la ictericia. La Ley de Courvoisier Terrier no es constante, su presencia tiene todo el valor para diagnosticar una obstrucción coledociana; su ausencia no elimina el diagnóstico de obstrucción de las vías biliares extrahepáticas. Las pruebas de laboratorio han sido analizadas precedentemente y nos ocuparemos con más detalle del estudio radiológico de la obstrucción biliar extrahepática.

El relleno de las vías biliares, en un síndrome icterico, es posible mediante la inyección de sustancia opaca en la vesícula biliar (colangiografía laparoscópica de Royer), en las vías biliares intrahepáticas (colangiografía transparietohepática) o por colangiografía endoscópica cateterizando la papila con duodenoscopia a fibra. Tenemos una experiencia de 20 años con la colangiografía transparietohepática, la que nos ha sido de extraordinaria utilidad en el diagnóstico de obstrucción y la etiología de la misma. Con la aguja de Chiva, cuyo escaso calibre hace la punción inocua, aumenta el número de sus indicaciones.

Para conseguir el relleno de la vía biliar por punción de un canal intrahepático es necesario que la obstrucción tenga una evolución de 15 a 20 días, de lo contrario la punción será negativa por no existir aún una adecuada dilatación de los conductos biliares. Nosotros efectuamos la punción bajo control radioscópico, por vía lateral (línea axilar anterior) e inmediatamente antes de la operación. Si la punción rellena las vías biliares y nos demuestra la presencia de un obstáculo, el enfermo es transportado al quirófano; si es negativa, el problema del coleperitoneo no se presenta, ya que no ha habido punción de canal biliar. En nuestra experiencia, cuando así ha ocurrido, la evolución ha sido igual al de una punción biopsia.

La colangiografía transparietohepática nos informa sobre altura de la obstrucción, si se trata de un tumor o una litiasis y si simultáneamente rellenos el árbol portal, podremos establecer la posibilidad quirúrgica de resección en un tumor de cabeza de páncreas.

Un método que alienta una mayor precisión diagnóstica en el futuro, es la opacificación de las



vías biliares con Tennesium 99, con captación con gammacámara; de corroborarse las bondades que señalan los autores que tienen experiencia con el mismo, su falta de morbilidad lo colocará entre los primeros a emplear.

Laparotomía exploradora. Hay enfermos que pese a la variedad de estudios a que son sometidos no es posible llegar al diagnóstico etiológico de su obstrucción y en consecuencia es necesario efectuarles una exploración quirúrgica. Estamos convencidos que después de un período de 2 a 3 semanas, durante el cual no se ha podido establecer un diagnóstico de certeza, el enfermo debe ser explorado mediante una laparotomía; prolongar los estudios es aumentar el daño hepatocelular, y exponer al paciente a una descompensación de su función hepática durante el período postoperatorio. Si el diagnóstico es de ictericia obstructiva, la operación debe efectuarse cuanto antes, previa preparación del enfermo, como veremos más adelante.

La exploración de un icterico debe ser hecha por un cirujano experimentado, que reconozca la patología hepatobiliar en el acto operatorio, que conozca todas las técnicas quirúrgicas que debe efectuar para solucionar el problema obstructivo, desde la simple coledocotomía hasta la resección del duodenopáncreas, de lo contrario será el responsable de la pérdida de la oportunidad de la curación de su enfermo. Debe ser en lugares adecuados, con buena anestesia, y disponer de servicios auxiliares en el momento (anatomía patológica, hematología y radiología) para poder solventar las distintas situaciones que puedan presentarse.

RIESGO QUIRURGICO DEL ICTERICO

En general los enfermos con ictericia no toleran bien la intervención quirúrgica, y su tolerancia está en relación directa con la suficiencia hepatocelular; por lo tanto, la indicación quirúrgica debe ser minuciosamente evaluada.

Es necesario prevenir la descompensación funcional hepática, las hemorragias intra y postoperatorias y las complicaciones sépticas; todo esto fuera de la evaluación general de todo paciente que sea sometido a una cirugía importante.

En los artículos precedentes se han estudiado las pruebas de suficiencia hepática y su valor para el diagnóstico, no obstante no creo que esté de más recalcar dos o tres puntos. El hígado es el encargado de la síntesis de la albúmina, fibronógeno, protrombina y otros componentes proteicos esenciales que intervienen en la coagulación. El descenso de la albúmina por debajo de 2,7 g/100, aparte de sugerir una importante insuficiencia hepática, es conocida su importancia en la cicatrización de las heridas.

El tiempo y concentración de protrombina nos ha sido de gran utilidad para establecer las posibilidades quirúrgicas de un enfermo icterico. La respuesta positiva a la administración de vitamina K que se traduce por aumento de la concentración y disminución del tiempo, nos habla en favor de una aceptable suficiencia hepatocelular. Si después de tres días de administración de vitamina K, 10 mg diarios, no hay mejoría del tiempo y concentración de protrombina, el pronóstico es desfavorable.

Es conveniente explorar la función renal, alterada a nivel de la filtración glomerular, y que siempre está presente en toda insuficiencia hepática, so-

bre todo cuando hay cirrosis y que es la responsable de la aparición del síndrome "hepatorrenal" en el postoperatorio.

El enfermo que va a ser operado debe estar con buena reposición de su volemia y equilibrio electrolítico corregido. Cuando existe infección de las vías biliares, debe ser combatida; recordar que la rifamicina que si bien es cierto que se elimina selectivamente por las vías biliares, puede condicionar un aumento de la bilirrubinemia por su acción competitiva en la excreción de los pigmentos.

TACTICA QUIRURGICA

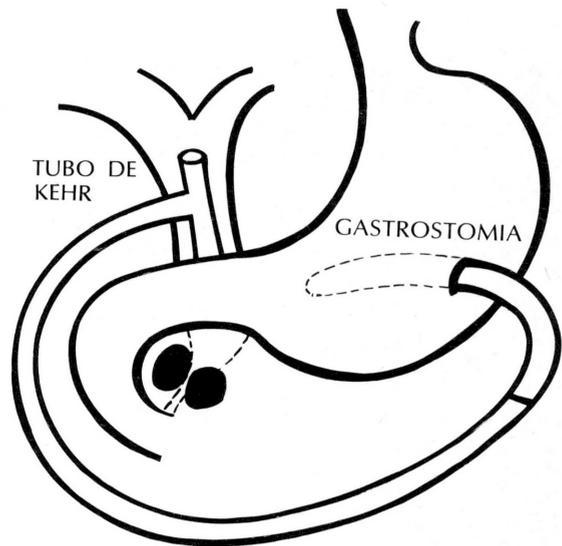
1º) **Preoperatorio.** Analizados los factores que pueden aumentar el riesgo quirúrgico de un icterico, es fundamental su adecuada preparación. Si hay anemia, ésta debe ser corregida mediante las transfusiones preoperatorias. A estos pacientes es conveniente canalizarles la vena humeral 24 ó 48 horas antes de la operación; en esa forma, disponiendo de una buena vía venosa se corrige la anemia, la deshidratación y los desequilibrios electrolíticos que hubiere. Es útil también para establecer, mediante las tomas de presión venosa, la adecuada hidratación del paciente. Estos enfermos deben ir intubados a la mesa de operaciones.

Como en todo otro operado que sea sometido a una intervención importante, habrá que corregir los problemas de índole general, cardíacos, respiratorios, etc.

2º) **Táctica quirúrgica en sí.** De la anestesia no me ocuparé; su tratamiento ha sido hecho en forma completa anteriormente.

Un icterico puede ir a la operación con una buena suficiencia hepática; en tal caso el cirujano puede disponer de un paciente en condiciones casi normales, pero debe recordar que las hipotensiones son mal toleradas, ya que producen una hipoxia que puede dañar aún más la célula hepática. Si el enfermo tiene una obstrucción de larga duración, la operación no deberá prolongarse más de 1 a 1½ hora; en ese caso será conveniente efectuar el tratamiento completo en dos tiempos.

Cuando la operación se efectúa en un paciente con ictericia de larga evolución, con obstrucción de las vías biliares por patología que requiere tratamiento complejo (estenosis postoperatoria, angiolitiasis graves, cáncer de cabeza de páncreas), tenemos que sospechar que se trata de un enfermo con importante daño hepático; en consecuencia es conveniente en estos enfermos colocar un drenaje del árbol biliar que descomprima el sistema canalicular, y al aliviar la hipertensión biliar mejorará el funcionamiento hepatocelular. No creemos que se deba pretender "blanquear" al enfermo, sino mejorar su ictericia, disminuyendo su bilirrubinemia y mejorar su proteinemia, sobre todo en su fracción albúmina. Hemos hecho en estos pacientes, juntamente con la coledocotomía, una gastrotomía que nos permite utilizar la bilis que se pierde por el tubo de Kehr, indudablemente importante para un buen



TUBO DE GOMA QUE UNE AMBOS TUBOS

Figura 1

aprovechamiento de los alimentos que se ingieren.

Por el contrario, en un paciente con buena suficiencia hepática y renal, como se observa en las ictericias de corta duración, hecho el diagnóstico de obstrucción biliar extrahepática, el paciente debe ser sometido **sin dilaciones** al tratamiento quirúrgico. Los tratamientos médicos, pruebas de laboratorio y tratamientos de prueba en estos pacientes, no hacen más que demorar una solución que inexorablemente es quirúrgica y con el correr del tiempo se hará de un paciente en malas condiciones.

Cuando el enfermo es remitido a la operación sin pérdida de tiempo y en buenas condiciones, la cirugía puede ser realizada en el tiempo.

Pero en ocasiones el paciente que estamos operando tiene una ictericia hepatocelular, o más ampliamente, no quirúrgica. En este caso puede estar indicada la simpaticectomía periarterial de la arteria hepática, que ha dado buenos resultados mejorando el flujo de sangre arterial a la glándula hepática. Si en caso de duda se punza el colédoco para hacer una colangiografía operatoria, será necesario colocar en ese colédoco un tubo en T, de lo contrario nos exponemos a un coleperitoneo. En caso de duda sobre la permeabilidad de la vía biliar debe hacerse la colangiografía, único procedimiento hasta el presente que nos permite asegurarnos las condiciones del flujo biliar.

El cirujano debe estar alertado en los pacientes que son operados y tienen una ictericia parenquimatosa juntamente con una litiasis biliar; es allí donde la experiencia y capacidad serán puestas a prueba para evitar una cirugía agresiva, que pretenda solucionar todo el problema canalicular, comprometiendo la vida del paciente.

En el transcurso de una operación por patología hepatobiliar puede aparecer una hemorragia con-

secutiva a una fibrinólisis; en estos casos la administración de ácido épsilon-amino-caproico frena la actividad fibrinolítica, deteniendo la hemorragia; su resultado suele ser espectacular.

3º) **Postoperatorio.** El enfermo icterico sometido a una intervención quirúrgica debe ser remitido a la sala de cuidado intensivo durante las primeras 72 horas, por lo menos; más aún si se ha llevado a cabo una intervención de gran magnitud. Los controles de presión arterial, presión venosa y diuresis horaria son de rigor. Debe mantenerse una correcta hidratación y equilibrio electrolítico mediante una medición adecuada del balance; estos enfermos pierden líquido por su drenaje biliar, intubación nasogástrica o gastrotomía y su reposición debe ser continua. Acostumbramos a agregar vitamina C a larga mano y antibióticos de amplio espectro cuando hay infec-

ción o cuando se han efectuado resecciones y anastomosis biliodigestivas.

La hemorragia puede constituir una situación de emergencia y es consecuencia en general de una insuficiencia hepática. Se puede exteriorizar mediante una hemorragia digestiva, hemorragia por los drenajes o una hemobilia de grave pronóstico en los casos observados. Para un correcto tratamiento es indispensable el control del hematólogo, ya que la misma puede deberse a una fibrinólisis o a coagulopatía por consumo.

La aparición del "síndrome hepatorenal" en el postoperatorio es de muy mal pronóstico; la instalación de una anuria en estos enfermos es prácticamente irreversible.

Las restantes medidas son las comunes para todos los enfermos de cirugía mayor y de alto riesgo.

BIBLIOGRAFIA

- 1 BROOK, H. J.: El enfermo icterico. Ed. Interamericana, Buenos Aires, 1971.
- 2 CAROLI, J.: Les icteres par retention. Masson et Cie. París, 1956.
- 3 CHRISTMANN, F. E.: Clínica Quirúrgica. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1968.
- 4 DESCHAMPS, J.: Hemobilia post-operatoria. Acad. Arg. de Cirugía, 43:112, 1959.
- 5 DUNCAN, C.; KOROB, M., y FERRANDO, R.: Insuficiencia hepática postoperatoria. Cir. Panamericana, 4:281, 1974.
- 6 HARDY, J. D.: Critical surgical illness. Saunders, 1971.
- 7 HARGROVE, M. D.: Chronic active hepatitis: possible adverse effect of exploratory laparotomy. Surgery, 68:771, 1970.
- 8 HARVILLE, D. D.; SUMMERSKILL, W. J.: Surgery in acute hepatitis. Causes and effects. J. A. M. A., 184:257, 1963.
- 9 MALLET GUY, P.; FEROLDI, J.; EICHOZ, L.: L'évolution des lésions d'hépatite après neurectomie peri-artère hépatique. Lyon Chir., 49:297, 1954.
- 10 OLIVIER, C.: Chirurgie des voies biliaires. Ed. Masson, Paris, 1961.
- 11 PEREZ, V.: Enfermedades del hígado. El Ateneo, Buenos Aires, 1964.
- 12 SCHAPOSNIK, F.: Clínica Médica. Ed. Troquel, Buenos Aires, 1966.
- 13 SHERLOCK, S.: Halothane hepatitis. Gut, 12:324, 1971.
- 14 SHERLOCK, S.: Enfermedades del hígado y del sistema biliar. Ed. Beta, 1966.
- 15 WALLS, W. D.; LOSOWSKY, M. S.: The hemostatic defect of the liver disease. Gastroenterology, 60:108, 1971.
- 16 WILKS, A. E., y GOROSTIAGUE, N.: Colangiografía transparietohepática. Rev. Arg. de Cirugía, 21:280, 1971.