

Serie de Casos: Manejo de Lesión Iatrogénica de Vía Biliar en el Hospital José Carrasco Arteaga.

Tammy Ibaham Oña Sarmiento¹, Xavier Eugenio Astudillo Bravo¹, Italo Gutiérrez Piedra¹, Carlos Iván Aguilar Gaibor¹, Luis Mario Maldonado Ochoa¹, Darío Aníbal Reinoso Barzallo², Frans Iván Serpa Larrea³, David Andrade Zamora⁴, Catherine Cabrera Ordoñez¹, José Adrián Sanchez León¹.

1. Servicio de Cirugía General. Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca – Ecuador.
2. Servicio de Cirugía General y Trasplante Renal. Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca – Ecuador.
3. Servicio de Cirugía Digestiva y Hepatobiliopancreática. Hospital Metropolitano. Quito – Ecuador.
4. Servicio de Gastroenterología. Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca – Ecuador.

CORRESPONDENCIA:

Carlos Iván Aguilar Gaibor
Correo electrónico: caloaguilar@hotmail.com
Dirección: República y Guapondelig.
Cuenca – Ecuador
Código postal: EC010208
Teléfono: [593] 987 360 991

Fecha de Recepción: 20-05-2016
Fecha de Aceptación: 24-06-2016
Fecha de Publicación: 20-07-2016

MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Oña T, Astudillo X, Gutiérrez I, Aguilar C, Maldonado L, Reinoso D, et al. Serie de Casos: Manejo de Lesión Iatrogénica de Vía Biliar en el Hospital José Carrasco Arteaga. Rev Med HJCA 2016; 8(2): 187-192. <http://dx.doi.org/10.14410/2016.8.2.sc.31>

ARTÍCULO ORIGINAL ACCESO ABIERTO



©2016 Oña et al.; Licencia Rev Med HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License" (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), la cual permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; mezclar, transformar y crear a partir del material, dando el crédito adecuado al propietario del trabajo original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición del autor.

* Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la edición actualizada a marzo de 2016, el cual incluye los términos MESH, MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>).

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Las lesiones iatrogénicas de la vía biliar por laparoscopia son siempre catástrofes quirúrgicas con una alta morbilidad y mortalidad, ventajosamente su frecuencia es cada vez menor pero requieren de estrategias quirúrgicas agresivas para su resolución. Mediante la presentación de 3 casos se realiza un acercamiento al manejo de este tipo de lesiones.

CASOS CLÍNICOS: Se trata de tres pacientes tratados en el servicio de Cirugía General del HJCA durante el año 2015, cada uno de los casos tuvo presentación clínica, tiempos de diagnóstico y tratamiento diferentes; se individualizó el manejo según el caso. En los tres pacientes se realizó Derivación Bilio-digestiva en Y de Roux como técnica quirúrgica resolutive.

EVOLUCIÓN: Los tres pacientes evolucionaron favorablemente, en un caso fue necesaria una segunda intervención por fuga biliar de la anastomosis y la posterior colocación de un catéter en la anastomosis bilio-enterica mediante enteroscopia para el control de la fuga.

CONCLUSIÓN: Los casos evidenciaron la diversidad en la presentación clínica de esta patología y la necesidad de contar siempre con un equipo multidisciplinario de cirugía para su manejo, es fundamental determinar el nivel de lesión para establecer la estrategia quirúrgica más apropiada tomando en cuenta la posibilidad de conversión a cirugía abierta o referencia a un centro más especializado.

***DESCRITORES DeCS:** VÍAS BILIARES/CIRUGÍA, ENFERMEDAD IATROGÉNICA, ANASTOMOSIS EN-Y DE ROUX.

ABSTRACT

Case Series: Iatrogenic Bile Duct Injury Treatment at José Carrasco Arteaga Hospital.

BACKGROUND: Laparoscopic iatrogenic injuries of biliary tract are always surgical catastrophes with high morbidity and mortality, frequency is decreasing but requires aggressive surgical approaches to be resolved. By presenting these 3 cases an approach is taken to review the management of these injuries.

CASE REPORTS: Three patients treated at General Surgery service of HJCA during 2015, each one had their own clinical presentation, diagnosis stage and treatment. Treatment was individualized according to each case, all the patients underwent on Roux Y bilio-digestive derivation as the resolutive surgical technique.

EVOLUTION: All three patients developed favorably, one case needed a secondary intervention to control biliary anastomosis leakage with subsequent placement of a catheter in the bilio-enteric anastomosis using enteroscopy.

CONCLUSION: The cases had diverse clinical presentations and demonstrated the need of a multidisciplinary surgical team to resolve the pathology, it is essential to determine the injury characteristics to establish the most appropriate surgical strategy by including the possibility of conversion to open surgery or reference.

KEYWORDS: BILE DUCTS, SURGERY, IATROGENIC DISEASE, ANASTOMOSIS, ROUX-EN-Y.

INTRODUCCIÓN

La lesión iatrogénica de la vía biliar es una de las complicaciones más graves que pueden presentarse durante una colecistectomía, ya sea convencional o mediante laparoscopia [1]. Dichas lesiones no presentan una tasa de incidencia importante; si bien en años anteriores era más común la lesión durante la intervención realizada por laparoscopia que en la cirugía convencional, actualmente la frecuencia de afectación de la vía biliar en ambos procedimientos es baja y no presenta diferencias significativas; durante la colecistectomía laparoscópica se encuentra lesión de la vía biliar en un 0.1% a 0.55% de los casos y fugas biliares en 0.3% de los pacientes [1]. Por otro lado, en la colecistectomía convencional se observa una incidencia de 0.1% a 0.2% y una incidencia similar en regiones europeas como Polonia donde existe entre un 0.21% y 0.4% de riesgo de lesión durante la colecistectomía laparoscópica [1, 2].

La presencia de lesión de vía biliar durante la colecistectomía aumenta la morbilidad y mortalidad de los pacientes durante el postoperatorio. El análisis Kaplan-Meier mostró que la detección temprana de una lesión biliar durante la cirugía primaria mejora la supervivencia de los pacientes (uso de la colangiografía intraoperatoria redujo el riesgo de muerte luego de colecistectomía en un 62%; cociente de riesgo 0.38 e intervalo de confianza al 95%: 0.31 - 0.46) [3].

Las lesiones de la vía biliar pueden ser clasificadas según Bismuth en cinco grados de acuerdo a la asociación con la bifurcación de los conductos hepáticos derecho e izquierdo: tipo 1: a más de 2cm de la confluencia hepáticos, tipo 2: a menos de 2cm de la misma confluencia, tipo 3: coincidencia con la confluencia de los conductos hepáticos, tipo 4: existencia de destrucción de la confluencia y tipo 5: afectación de la rama hepática derecha con el colédoco [4]. Otro método fue indicado por Strasberg, quien propuso una clasificación para las lesiones laparoscópicas, dividiéndolas en cinco tipos: tipo A: fuga biliar en pequeño conducto en continuidad con el hepático común, en conducto cístico o canal de Luschka; tipo B: oclusión parcial del árbol biliar, este conducto unilateral es casi siempre el resultado de un canal hepático derecho aberrante; tipo C: fuga de un conducto en comunicación con el hepático común, también es debido a un hepático derecho aberrante; tipo D: lesión lateral de conductos extrahepáticos, por canulación inadvertida del hepato-colédoco durante la realización de la colangiografía; y tipo E: lesión circunferencial de conductos biliares mayores, corresponden a la clasificación de Bismuth de estenosis de la vía biliar [5].

Los factores de riesgo en la lesión iatrogénica de vía biliar incluyen dificultad para la orientación, experiencia del cirujano, adherencias por cirugías previas, conocimiento insuficiente de las relaciones anatómicas, consideración de variaciones anatómicas, inflamación aguda o crónica, obesidad y hemorragia, entre otras [6, 7].

El objetivo de esta serie de casos fue realizar el análisis de los casos tratados en el Servicio de Cirugía General del Hospital José Carrasco Arteaga durante el año 2015 en base a la revisión bibliográfica, con especial énfasis en el tiempo transcurrido entre la lesión y el diagnóstico, además de determinar la resolución planteada y las complicaciones presentadas.

CASOS CLÍNICOS

CASO 1.

Paciente de 25 años, sexo femenino, ingresada por el servicio de Emergencia, tuvo el antecedente de haberse sometido a Colecistectomía Laparoscópica realizada aparentemente sin complicaciones 3 días antes del ingreso en un prestador privado de salud por el diagnóstico de colecistolitiasis y siendo dada de alta luego de 24 horas. Acude por presentar dolor abdominal de predominio derecho acompañado de náusea que lleva al vómito por 2 ocasiones, coluria, alza térmica e ictericia. Al examen físico presentó escleras ictericas, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho y en flanco derecho y ruidos hidroaéreos de frecuencia, tono e intensidad normales.

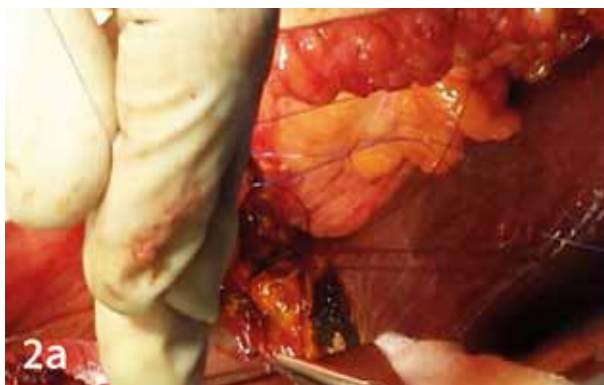
En los exámenes complementarios se reportaron electrolitos normales, ligera neutrofilia sin leucocitosis, hiperbilirrubinemia a expensas de la fracción directa, elevación de transaminasas, fosfatasa alcalina elevada y función renal normal; la ecografía abdominal evidenció hígado de forma y tamaño normal con discreta dilatación de la vía biliar intrahepática; el estudio de colangioresonancia (imágenes 1a y 1b), reportó discreta dilatación de los conductos hepáticos derecho e izquierdo así como de la vía biliar intrahepática, discontinuidad en su confluencia con el colédoco, mismo que presentó atenuación de su intensidad. Se realizó CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) que puso en evidencia el conducto colédoco clipeado.

La paciente fue intervenida y durante el procedimiento quirúrgico (Laparotomía Exploratoria – imágenes 2a y 2b) se evidenció una lesión de vía biliar Bismuth III, misma que fue reparada mediante derivación bilio-digestiva-hepatoyeyunal en Y de Roux.

Imágenes 1a y 1b. Colangioresonancia magnética nuclear: Se evidencia solución de continuidad a nivel de bifurcación de conductos hepáticos derecho e izquierdo.



Imágenes 2a y 2b. Técnica quirúrgica (preparación de conducto biliar para anastomosis biliodigestiva en Y de Roux).



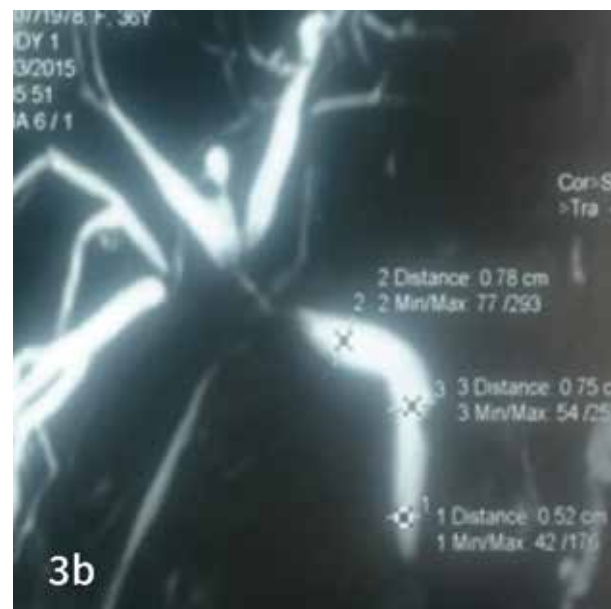
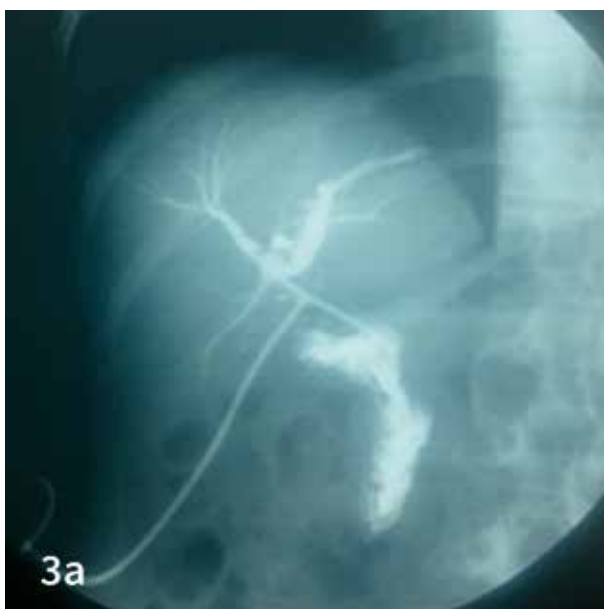
CASO 2.

Paciente de sexo femenino de 36 años de edad, sometida en otra institución pública a Colectistectomía Laparoscópica por diagnóstico de coledocitis, dicho procedimiento fue convertido a cirugía abierta por lesión de la vía biliar principal (VBP), misma que fue reparada con sutura primaria de colédoco sobre sonda de Kehr a manera de "PUENTE", uniendo los dos extremos de la lesión y abocado al exterior.

Se realizaron estudios de colangiografía trans-kehr y colangiografía trans-kehr, observándose el paso de los medios de contraste y siendo dada de alta en buenas condiciones generales para mantenerse bajo seguimiento. La paciente permaneció por un periodo de 5 meses con el dren de Kehr en buenas condiciones clínicas, siendo valorada en varias ocasiones por el servicio de cirugía y con reporte de colangiografía de control sin estenosis y colangiografía que evidenció la ausencia del tercio proximal que confirmó la presencia del tubo de Kehr (imágenes 3a y 3b), siendo ingresada al hospital José Carrasco Arteaga para retiro del mismo.

Se retiró el dren, posterior a la intervención presentó dolor abdominal intenso por lo que se realizaron estudios de ecografía y colangiografía que reportaron hallazgos compatibles con bilioperitoneo; se intervino mediante Laparotomía Exploratoria y Derivación Bilio-digestiva en Y de Roux por la lesión de vía biliar catalogada como Bismuth IV.

Imágenes 3a y 3b. Colangiografía trans – Kehr (3a) y Colangiografía trans (3b). Se evidencia dren de Kehr a manera de Bypass entre extremos proximal y distal de la vía biliar.



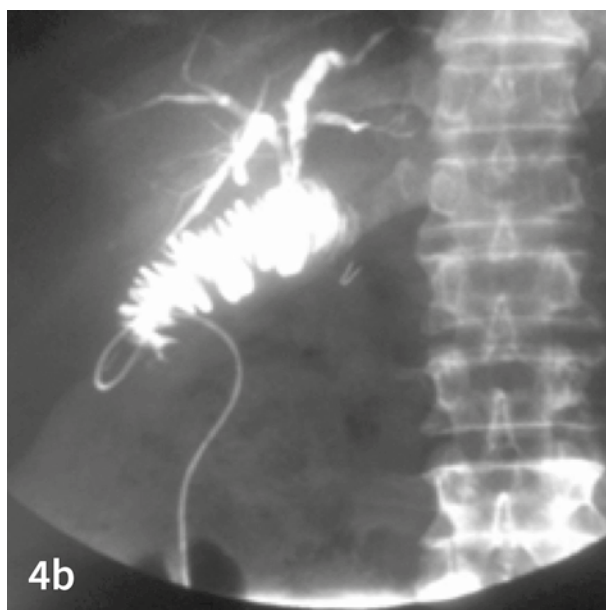
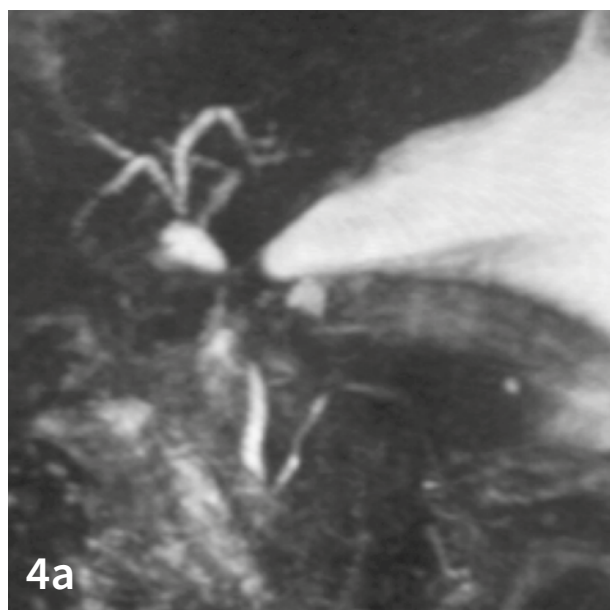
CASO 3.

Paciente masculino de 68 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial, ingresa por un cuadro de coledocitis aguda y tratado con Colectistectomía Laparoscópica por plastrón vesicular; durante el postoperatorio presenta drenaje de líquido biliar por dren tubular + síndrome colestásico por lo que se le realiza CPRE más esfinterotomía en la que se visualizó estenosis completa de colédoco en tercio medio. Al examen físico presentó ictericia en escleras, abdomen distendido con presencia de dren tubulara través del cual sale líquido bilioso, doloroso a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha y frecuencia disminuida de ruidos hidroaéreos.

En los exámenes complementarios se evidenció bilirrubinemia total de 2.5 mg/dl con bilirrubina directa de 2.11mg/dl y bilirrubina indirecta de 0.39mg/dl, deshidrogenasa láctica (LDH): 409U/l, fosfatasa alcalina: 381U/l, GGT: 380U/l, albúmina: 2.6g/dl. Los resultados de la colangio-resonancia revelaron la ausencia completa del tercio medio del colédoco.

Se realizó Hepato-yeyuno anastomosis en Y de Roux, los hallazgos incluyeron bilioperitoneo con peritonitis generalizada y aproximadamente 2000cc de líquido, se evidenció la presencia de sutura a nivel de tercio medio del colédoco y sección del mismo con ausencia de 3cm del conducto con lo que se concluyó lesión de vías biliares Bismuth IV. El cabo distal no estuvo dilatado y el cabo proximal tuvo 4mm de diámetro aproximado; se realizó colangiografía intra-operatoria evidenciándose una lesión a nivel del conducto hepático común, existió adecuada visualización de los conductos hepáticos derecho e izquierdo.

Imágenes 4a y 4b. Colangioresonancia. Se evidencia estenosis total del conducto hepático común a nivel de la bifurcación de los conductos hepáticos derecho e izquierdo.



CUADRO DE ANALISIS

CASO	TIEMPO DE DIAGNÓSTICO	TIEMPO DESDE EL DIAGNÓSTICO HASTA RESOLUCIÓN	LESIÓN	RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA	TIEMPO QUIRÚRGICO	COMPLICACIONES
1	72 horas	5 días	Bismuth III	Derivación bilio-digestiva en Y de Roux	2 horas 30 minutos	No
2	Intraoperatorio	Intraoperatorio y a los 5 meses	Bismuth IV	Derivación bilio-digestiva en Y de Roux	3 horas	Fuga Biliar
3	72 horas	5 días	Bismuth IV	Derivación bilio-digestiva en Y de Roux	4 horas	No

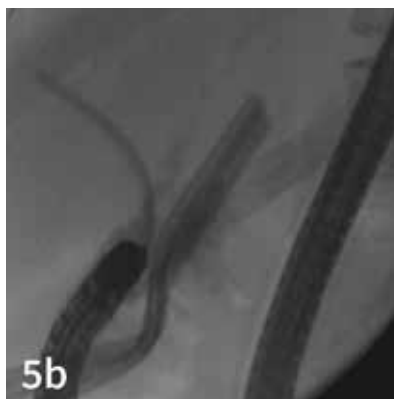
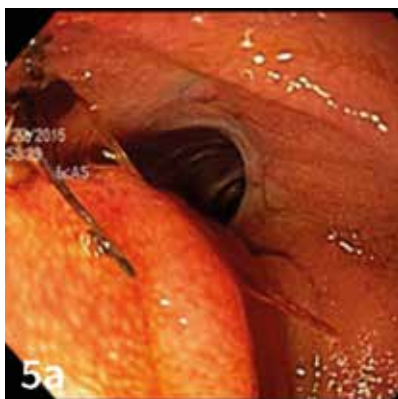
EVOLUCIÓN

CASO1. La paciente permaneció 2 días en la Unidad de Cuidados Intensivos, se mantuvo hospitalizada durante 6 días, fue dada de alta en buenas condiciones y no presentó complicaciones. Los controles posteriores no evidenciaron novedades.

CASO 2. Después de la cirugía inicial, la paciente fue reintervenida por fuga biliar por lo que un refuerzo de la anastomosis fue necesario; se mantuvo con débito por drenes de entre 80cc y 120cc por lo que fue valorada por el servicio de Gastroenterología siendo necesaria la realización de una CPRE asistida por enteroscopia monobalón, durante el procedimiento no se evidenciaron fugas en el sitio de anastomosis, sin embargo se colocó un stent plástico en el sitio de anastomosis hepato-yeyunal (imágenes 5a, 5b y 5c). Posterior a la CPRE se evidenció la disminución del débito para finalmente realizar el retiro del stent plástico por medio de enteroscopia monobalón 2 meses después. La paciente evolucionó favorablemente sin presentar complicaciones.

CASO 3. El paciente permaneció los 2 primeros días del postoperatorio en la Unidad de Cuidados Intensivos, luego 14 días más hospitalizado en el piso de Cirugía; fue sometido a una nueva colangiografía de control que reveló vías biliares permeables y ausencia de defectos intraluminales. El paciente fue dado de alta en buenas condiciones sin presentar complicaciones.

Imágenes 5a, 5b y 5c. Imágenes endoscópica y radiológica de enteroscopia para colocación de stent a nivel de anastomosis hepato-yeyunal.



DISCUSIÓN

La visión crítica de seguridad (VCS) en colecistectomía laparoscópica es una estrategia de visualización de estructuras como la arteria cística, conducto cístico, vía biliar e infundíbulo; radica en la liberación del infundíbulo de la vesícula sobre el lecho hepático con disección de derecha a izquierda y con visualización de 360 grados e individualización de estructuras, es la forma ideal para identificar las estructuras del triángulo de Calot claramente, sin factores de error y para determinar con certeza el conducto y la arteria císticos [8, 9].

El objetivo es evitar la visualización errada del conducto hepático común, o de conductos accesorios en lugar del conducto cístico y prevenir la injuria de la vía biliar. Existen múltiples estudios en los Estados Unidos y en Europa que han evaluado su uso y han atestiguado su valor; en ninguno de los pacientes en los que se usó la VCS (visión crítica de seguridad) se produjo una lesión de la vía biliar debido a una identificación errónea [10]. Un estudio reciente concluyó que la VCS debe ser tomada en cuenta como el gold standard entre las técnicas quirúrgicas para la valoración de la estructura biliar durante la colecistectomía laparoscópica [10].

Las lesiones iatrogénicas de la vía biliar oscilan entre un 0.1% y 0.6% [13]; resultan por no identificar un conducto hepático derecho aberrante o por confundir el conducto hepático derecho o el colédoco con el conducto cístico [11]. Para lograr la visión crítica de seguridad, existen tres requisitos: 1. El triángulo de Calot se debe limpiar perfectamente de grasa y de tejido fibroso, sin que sea necesario exponer el colédoco, 2. La parte más baja de la vesícula debe separarse del lecho hepático para que se vean las 2 estructuras en dirección a la vesícula y 3. No es necesario exponer el colédoco [12].

Cuando no se logra una visión crítica de seguridad parte la indicación de conversión a cirugía abierta o realizar una colangiografía intraoperatoria para precisar la anatomía ductal [13]. Estudios indican que la VCS es la forma más segura y difundida para disminuir la probabilidad de lesión de vía biliar durante la colecistectomía laparoscópica y debe ser asumida en forma sistemática y rutinaria, en comparación con la colangiografía intraoperatoria y la ecografía laparoscópica [14].

El manejo quirúrgico de las lesiones de vía biliar puede ser enfocado en dos aspectos: manejo endoscópico o percutáneo para lesiones laterales, y derivación biliodigestiva para lesiones completas

o errores del tratamiento endoscópico. En las lesiones tipo A de Strasberg la resolución mediante endoscopia con endoprótesis y esfinterotomía resulta exitoso en más del 90% de los casos, apoyándose con drenajes externos en caso de fuga biliar para evitar colecciones; para las lesiones tipo B y C de Strasberg, el tratamiento debe ser individualizado ya que los pacientes pueden desarrollar una fuga biliar que sólo requiera drenaje, el conducto eventualmente cerrará dejando un segmento hepático atrófico que no requerirá mayor tratamiento o desarrollará colangitis segmentaria para la cual el tratamiento puede ir desde antibioticoterapia hasta la hepatectomía cuando el cuadro cursa con recurrencias. En las lesiones tipo D de Strasberg, cuando abarquen menos del 25% de la circunferencia de la vía biliar se recomienda el cierre primario con monofilamento absorbible valorando el uso de endoprótesis y esfinterotomía, y para las que abarquen más del 25% manejarlas como sección completa de la vía biliar. En los casos en los que existe sección completa de la vía biliar (lesiones tipo E1-5), la recomendación es siempre la reparación alta, descrita por Mercado y Cols. desde 1999 que incluye la resección parcial del segmento IV hepático para permitir el descenso de la placa hiliar y así lograr una anastomosis amplia latero-lateral a un asa de yeyuno para terminar la reconstrucción con una Y de Roux.

Como lo demostraron varios estudios el uso de esta técnica ha llevado a mejores resultados, destacan también los factores de buen pronóstico para una anastomosis bilioentérica: A. menor uso de endoprótesis transhepáticas, B. Resección del segmento IV con anastomosis intrahepática, C. Anastomosis amplia, D. Conductos bien vascularizados, E. Drenaje completo del árbol biliar, F. Uso de material de sutura adecuado con nudos por fuera de la anastomosis y G. Ausencia de lodo o litos biliares [13, 14].

CONCLUSIONES

El objetivo principal de la revisión fue realizar un análisis comparativo de los tiempos de diagnóstico y resolución quirúrgica de las lesiones iatrogénicas de la vía biliar; no todos los casos pueden ser tratados de la misma manera, pero la mejor recomendación es el diagnóstico intraoperatorio y la referencia inmediata a un centro de mayor nivel resolutivo o la conversión a cirugía abierta cuando se disponga del personal entrenado para completar la resolución. El uso de la visión crítica de seguridad es la indicación para evitar lesiones en la vía biliar, cuando suceden y la lesión pasa inadvertida durante la cirugía, la resolución no debe demorarse más allá del tiempo necesario para evaluar la posibilidad diagnóstica y contar con un equipo quirúrgico adecuado.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

TO, XA, IG, LM, CA, FS: recolección de información y revisión bibliográfica. DR, DA, JS: diagnóstico, tratamiento, seguimiento del caso y análisis crítico del artículo. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES:

-Tammy Oña Sarmiento. Doctor en Medicina y Cirugía especialista en Cirugía General. Jefe del Área de Cirugía del hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9693-2563>
-Xavier Eugenio Astudillo Bravo. Doctor en Medicina y Cirugía especialista en Cirugía General. Director Técnico del hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6455-6268>
-Italo Gutiérrez Piedra. Doctor en Medicina y Cirugía especialista en Cirugía General. Médico tratante del servicio de Cirugía y Emergencia del hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1983-6639>
-Luis Mario Maldonado. Doctor en Medicina y Cirugía especialista en Cirugía General. Médico tratante del servicio de Cirugía del hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0489-8121>
-Carlos Aguilar Gaibor. Médico especialista en Cirugía General. Médico tratante del servicio de Cirugía y Emergencia del hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5225-6687>
-Dario Reinoso Barzallo. Doctor en Medicina y Cirugía especialista en Cirugía General y Trasplante. Médico tratante del servicio de Cirugía, Emergencia y Trasplante del hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4198-0212>
-Frans Serpa Larrea. Doctor en Medicina y Cirugía especialista en Cirugía del Aparato Digestivo y Cirugía Hepatobiliopancreática. Hospital Metropolitano de Quito. Quito, Pichincha – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3302-7229>
-David Andrade Zamora. Doctor en Medicina y Cirugía especialista en Gastroenterología y Endoscopia. Médico tratante del servicio de Gastroenterología y Endoscopia del hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2227-4016>
-José Adrián Sanchez León. Médico residente de Posgrado de Cirugía de la Universidad de Cuenca. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5514-7136>
-Catherine Cabrera Ordoñez. Médica especialista en Cirugía General. Servicio de Cirugía y Emergencia del hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8444-6020>

ABREVIATURAS

CPRE: colangiopancreatografía retrograda endoscópica; VBP: Vía biliar proximal; LDH: deshidrogenasa láctica; GGT: gamaglutamil transpeptidasa; VCS: visión crítica de seguridad; mg: miligramos; dl: decilitro; U: unidad; l: litro; g: gramo.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos de manera especial al personal de quirófano, y al servicio de cirugía del hospital José Carrasco Arteaga por permitirnos llevar a cabo el presente trabajo de investigación. Además nuestro agradecimiento al Servicio de Gastroenterología del hospital; de manera especial al Dr. Gustavo Calle, quien trabaja y brinda su conocimiento para resolver con un equipo multidisciplinario a este tipo de pacientes.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los autores cuentan con el consentimiento por escrito de los pacientes para la publicación de los casos y sus imágenes.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no reportan conflictos de intereses.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Oña T, Astudillo X, Gutiérrez I, Aguilar C, Maldonado L, Reinoso D, et al. Serie de Casos: Manejo de Lesión Iatrogénica de Vía Biliar en el Hospital José Carrasco Arteaga. Rev Med HJCA 2016; 8(2): 187-192. <http://dx.doi.org/10.14410/2016.8.2.sc.31>

PUBLONS

 Contribuye con tu revisión en: <http://publons.com>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oddsdóttir M, Pham T, Hunter J; Vesícula biliar y sistema biliar extrahepático. Principios de Cirugía. Novena Edición. Capítulo 32: 1158.
2. Gluszek S, Kot M, Balchanowski N, Matykievicz J, Kuchinka J, Koziel D, Wawrzycka I; Iatrogenic Bile Duct Injuries – Clinical Problems. Polski Przegląd Chirurgiczny 2014; 86(1): 17-25. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24578450>.
3. Törnqvist B, Strömberg C, Persson G, Nilsson M. Effect of intended intraoperative cholangiography and early detection of bile duct injury on survival after cholecystectomy: population based cohort study. BMJ 2012; 345: e6457 doi: 10.1136/bmj.e6457.
4. Valsangiacomo P. LESIONES QUIRÚRGICAS DE VÍA BILIAR. 2004. Disponible en: http://www.mednet.org.uy/cq3/emc/monografias/mon_pablo.pdf.
5. García J, Palacio F, Castro A. Lesión biliar en colecistectomía laparoscópica An Med (Mex) 2008; 53(2): 69-73.
6. Gluszek S, Kot M, Balchanowski N, Matykievicz J, Kuchinka J, Koziel D, Wawrzycka I; Iatrogenic Bile Duct Injuries – Clinical Problems. Polski Przegląd Chirurgiczny. 2014; 86(1): 17-25. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24578450>.
7. Viste A, Horn A, Ovrebo K, Christensen B, Angelsen J, Hoen D; BILE DUCT INJURIES FOLLOWING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY; Scandinavian Journal of Surgery; 0: 1-5; 2015. Disponible en: <http://sjs.sagepub.com/content/104/4/233.short>.
8. Alvarez L, Rivera D, Esmeral M, García M, Toro D, Rojas O. Colecistectomía Laparoscópica Difícil, Estrategias De Manejo; Rev. Colomb. Cir. 2013; 28(3).
9. Aguirre R, Castañeda P, García J, et al. Lesión de la vía biliar en 1,126 colecistectomías laparoscópicas en un hospital de enseñanza. Cir Gen 2001; 23: 87-91.
10. Sandord D, Steven M, Strasberg A. Simple Effective Method for Generation of a Permanent Record of the Critical View of Safety during Laparoscopic Cholecystectomy by Intraoperative “Doublet” Photography, J Am Coll Surg 2014; 218(2): 170-178.
11. Navez B, Muter D, Russier Y, Vix M, Jamali F, Lipski D. Safety of laparoscopic approach for acute cholecystitis: Retrospective study of 609 cases. World J Surg 2001; 25 (10): 1352-1355.
12. Lillemoe K, Biliary strictures and sclerosing cholangitis. En Greenfield Surgery: Scientific Principles and Practice. Lippincott Williams & Wilkins. 2001.
13. Claros N, Laguna R, Pinilla R. Estrategias Intraoperatorias Para Evitar La Lesión De Vía Biliar Durante La Realización De Una Colecistectomía Laparoscópica, Revista Médica La Paz, 2011; 17(1): 5-15.
14. Mercado M, Dominguez I, Classification and management of bile duct injuries. World J Gastrointest Surg 2011 april 27; 3(4): 43-48.