

Controversias en cirugía de vesícula y vías biliares

Participantes:

Coordinador: Dr. Fernando Romero Castillo. Académico, Academia Mexicana de Cirugía. Jefe del Servicio 104, Cirugía General, Hospital General de México, S.S.A. Profesor titular de Introducción a la Clínica, Facultad de Medicina, UNAM.

Dr. Alejandro Aceff González. Cirujano del Hospital Juárez, S.S.A. Profesor coordinador de los ciclos IX y X en el Hospital Juárez, Facultad de Medicina, UNAM.

Dr. César Athié Gutiérrez. Académico, Academia Mexicana de Cirugía. Cirujano del Hospital General de México, S.S.A. Coordinador de Introducción a la Clínica, en el Hospital General, Facultad de Medicina, UNAM.

Dr. Rolando Borges Rosas. Médico adscrito del Servicio 104, Hospital General de México, S.S.A. Profesor Titular de Introducción a la Clínica. Facultad de Medicina, UNAM.

Dr. José Javier Valencia del Riego. Académico, Academia Mexicana de cirugía. Jefe del Servicio de Cirugía, Hospital Fernando Quiroz, ISSSTE. Profesor Titular de Gastroenterología, Facultad de Medicina, UNAM.

Coordinador Vamos a entrar en materia sobre las controversias en la cirugía de vesícula y vías biliares. Tocaremos algunos aspectos que quizá no sean extraordinariamente controversiales; quizá sean exclusivamente diferencias de criterio en cuanto a diferentes técnicas, pero que en un momento dado se pueden prestar a controversia importante y por eso vamos a tocar una serie de aspectos. Quisiéramos empezar por el aspecto de la incisión, ya que los diversos cirujanos están habituados a ciertos tipos de incisiones. Dr. Aceff, ¿qué incisión emplea usted habitualmente para una operación de vesícula o de vías biliares?

Dr. Aceff Paramediana derecha; solamente en el caso de que el paciente tenga además patología de pared, como diastasis de rectos o hernia umbilical agregada, entonces realizo una media supraumbilical.

Coordinador ¿En ninguna circunstancia utiliza usted algún otro tipo de incisión?

Dr. Aceff En pacientes embarazadas utilizo la incisión subcondrocostal.

Coordinador Dr. Borges, ¿quisiera decirnos qué tipo de incisión prefiere para la cirugía de vesícula y vías biliares?

El objetivo de esta mesa redonda, es discutir las controversias en la cirugía de vesícula y vías biliares. Las incisiones más usuales, en este caso son: la paramediana derecha, la transrectal y, en embarazadas, la subcondrocostal. La incisión debe ser lo suficientemente amplia para permitir la correcta exposición de la vesícula y el árbol biliar. Como no se puede tener la piel completamente estéril, se usan segundos campos, de una sustancia plástica impermeable que se fijan con seda a la aponeurosis. Como estos campos son importados se usan los de tela fijados con hilo de algodón. Sistemáticamente se revisa la cavidad peritoneal empezando por hiato esofágico, estómago, píloro, duodeno, colon, hígado y bazo. Se palpan riñones, páncreas y, en su caso, genitales internos; en el hombre la pelvis. El único caso en que no se revisa es cuando existe un píocolecisto.

Dr. Borges Yo también prefiero la incisión paramediana, pero debe llenar ciertos requisitos: debe ser una incisión muy amplia, que abarque prácticamente desde el ángulo costoxifoideo hasta dos centímetros por abajo y por fuera de la cicatriz umbilical, seccionando todos los planos. Prácticamente esta es la única incisión que he utilizado en los últimos años; anteriormente utilizaba una incisión transversa, también fue muy útil durante el tiempo en que yo la emplee, fundamentalmente para pacientes obesos o de edad avanzada. Esta incisión tiene menos posibilidades de eventración, menos molestias y menos dolor.

Coordinador Hemos observado que algunos cirujanos utilizan una laparotomía pararectal, es decir, siguiendo el borde externo del músculo recto anterior del abdomen, ¿qué opina de esa incisión, Dr. Borges?

Dr. Borges Definitivamente no comparto la idea que tienen quienes utilizan este tipo de incisión porque, si recordamos, esta incisión secciona las ramas nerviosas de los intercostales y esto hace que se deje denervada toda esa porción muscular, lo que se acompaña de un importante número de eventraciones.

Coordinador ¿Considera usted que la incisión transrectal tiene los mismos inconvenientes que la pararectal?

Dr. Borges No; la transrectal, que atraviesa el recto a la mitad no tiene este inconveniente, porque los elementos nerviosos quedan a un lado y se dejan indemnes, no ocasionan las mismas lesiones que en un momento determinado pueden ocasionar las pararectales. Estas dejan sin inervación toda la parte que queda por dentro; esto lo hemos comprobado en nuestros trabajos de anatomía quirúrgica y es una de las cosas que enseñamos a nuestros residentes.

Coordinador En lo personal, yo también prefiero al igual que menciona el Dr. Aceff y el Dr. Borges, laparotomía paramediana supraumbilical derecha, que inicio habitualmente a nivel del apéndice xifoides o, como dijo el Dr. Borges, en el ángulo costoxifoideo; la desvío levemente pasando a unos dos centímetros aproximadamente por fuera del ombligo y la termino, aproximadamente también

a unos dos centímetros por debajo del mismo; esta incisión en la inmensa mayoría de los casos me da una buena visibilidad. En algunas ocasiones me he visto precisado a emplear una laparotomía transversa, sobre todo si se van a abordar además de la vesícula y de las vías biliares, algunos otros órganos, como por ejemplo en el caso de que se tenga que tratar a un paciente con hernia hiatal y se deba hacer una operación antirreflujo. Si quisiera enfatizar en el hecho de que prácticamente condenamos aquellas incisiones que van por fuera del músculo recto, porque está perfectamente demostrado que estas incisiones seccionan más de tres ramas de los nervios intercostales que inervan la pared anterolateral del abdomen y entonces la eventración es la regla. Dr. Valencia, no voy a preguntarle ya qué tipo de incisión prefiere; sin embargo, ¿quisiera decirnos, a su juicio, qué características básicas debe tener una incisión para estas operaciones?

Dr. Valencia Básicamente debe ser una incisión lo suficientemente amplia y practicada en un sitio que permita una correcta exposición de la vesícula y del árbol biliar. Por ejemplo, considero inadecuado que se realicen colecistectomías a partir de incisiones subumbilicales practicadas por padecimientos ginecológicos.

Coordinador Yo añadiría que de preferencia, el cirujano debe emplear la incisión para la cual está habituado. Vamos a pasar a otro aspecto interesante. Muchos cirujanos seguimos colocando elementos para tratar de aislar la piel de la herida, puesto que la piel es el único elemento que no se puede meter al autoclave, por mucho que nosotros apliquemos antiséptico, nunca la tendremos suficientemente estéril. Dr. Aceff, ¿qué utiliza para aislar la piel?

Dr. Aceff Sí efectivamente lo ideal sería tener la piel totalmente estéril, sólo que esto no es posible ni con el mejor antiséptico. Por este motivo, uso segundos campos que pueden auxiliar mucho.

Coordinador ¿A qué plano anatómico los fija?

Dr. Aceff A la aponeurosis. Sin embargo, me gustaría precisar algo: generalmente los cam-

pos no son impermeables, por lo cual al poco tiempo es como si no se pusiera nada, porque de todas maneras por capilaridad pasan líquidos hacia el sitio que queremos proteger. Entonces de preferencia debe ser de una sustancia plástica impermeable.

Coordinador Concretamente, ¿qué usa doctor?

Dr. Aceff Hago esterilizar hojas de plástico.

Coordinador ¿Con qué material fija usted los segundos campos a la aponeurosis?

Dr. Aceff Con seda.

Coordinador Dr. Borges, ¿usted qué emplea para aislar la piel de la herida?

Dr. Borges Primero quiero dejar enfatizado que utilizo rutinariamente segundos campos, siempre los fijo a la piel; nosotros también pensamos que debemos dejar aislada la piel del siguiente plano, que es el tejido celular subcutáneo, que es un elemento poco irrigado y por lo tanto, lábil ante las infecciones; fijamos estos segundos campos, de tela, habitualmente con hilo de algodón del número 10 con agujas rectas. No utilizamos pinzas de campo porque son estorbosas y nos hemos dado cuenta que el procedimiento que señalamos resulta muy práctico. Esto, insisto, es con el fin de aislar el tejido celular subcutáneo. Además, como vamos seguramente a ver en el transcurso de esta mesa, de rutina utilizamos rayos X, y los puntos con hilo de algodón que no nos ocasionan problemas, si es que llega a necesitarse la impresión de placas.

Coordinador Otras personas fijan los campos a la aponeurosis y otras al peritoneo; nosotros en particular lo fijamos a la piel porque pensamos que el elemento que debemos aislar precisamente es la piel, ya que el tejido celular subcutáneo, la aponeurosis y el peritoneo los protegemos en otra forma, mediante compresas húmedas que ponemos en los bordes y que en nuestro argot quirúrgico las conocemos como compresas de bordes; entonces los segundos campos quedan fijados a la piel y el resto de los planos los protegemos con compresas. Dr. Valencia, ¿quisiera decirnos cómo aísla la piel de la herida?

Dr. Valencia En el medio en donde trabajo, puedo emplear las hojas estériles de material plástico que se expenden en el mercado. Sin

embargo, actualmente va siendo difícil conseguir este material que es de importación, por lo que tengo que usar frecuentemente los campos de tela que ustedes han mencionado, y los fijo al peritoneo.

Coordinador Vamos a pasar a otro tema que también me parece es interesante. Supongamos que ya realizamos la laparotomía, colocamos los segundos campos, protegimos los bordes y utilizamos un separador que abra adecuadamente la herida y que nos proporciona buena visibilidad, una buena exposición quirúrgica. Quisiera preguntarle al Dr. Aceff: ¿habitualmente realiza una revisión de la cavidad peritoneal cuando opera vesícula y vías biliares, o no lo hace?

Dr. Aceff Sí, sistemáticamente reviso la cavidad peritoneal, siempre y cuando no exista algún proceso séptico que vaya a propagar, que esté limitado y con las maniobras de exploración vaya a generalizarse; entonces, si no hay ningún problema séptico agregado, por supuesto que sí.

Coordinador ¿Cómo lo organiza usted doctor? ¿Nos podría dar una idea del orden que sigue?

Dr. Aceff El orden en el que realizo siempre es: primero el hiato esofágico, después el estómago, píloro, duodeno, y aprovecho para comprobar que la sonda nasogástrica se encuentre en su sitio. Después continúo con el intestino delgado y colon; observo hígado y bazo; palpo nada más lo que corresponde a riñones y páncreas y si es mujer, palpo también genitales internos.

Coordinador ¿Si la persona a quien está operando es hombre, no investiga la pelvis, doctor Aceff?

Dr. Aceff Sí, introduciendo la mano para tocar propiamente sigmoide, recto y alguna otra alteración que pudiera existir, como por ejemplo en la próstata.

Coordinador Entonces, por ejemplo, si encontrara un pirocolecisto que no está roto en el momento de abrir la cavidad, ¿haría usted la exploración por palpación de la cavidad o no la haría? Un pirocolecisto que usted encuentra y no está roto.

Dr. Aceff Lo encontré y no está roto; no hay ninguna reacción más que localizada en este

sitio; pues con mucho cuidado lo aislo y reviso la cavidad, lo cual es muy importante.

Coordinador Dr. Borges, ¿usted revisa rutinariamente la cavidad mediante palpación o procede a la cirugía de vesícula y de vías biliares de inmediato?

Dr. Borges Siempre realizo una completa revisión de la cavidad peritoneal; lo hago siguiendo un mismo método habitualmente. Lo utilizo de esta manera porque haciéndolo siempre de la misma forma no se me pasan detalles, y de otra manera sí podría sufrir equivocaciones; reviso desde luego el hiato, esófago, estómago, palpo el bazo, reviso colon transverso, colon descendente y sigmoide; también si es hombre, pero fundamentalmente si es mujer, la cavidad pélvica en su totalidad, teniendo cuidado de hacer una cuidadosa palpación del útero y los ovarios; después llevo al apéndice, colon ascendente, hígado y finalmente vías biliares. Desde luego, como señaló el doctor Aceff, hago esto siempre y cuando no exista un problema de tipo infeccioso que pueda ser diseminado a toda la cavidad peritoneal.

Coordinador Cabe la misma pregunta Dr. Borges, si encuentra un piocolecisto no perforado, no roto, pero sí claro, con su reacción pericolicistítica habitual, en fin, natas de fibrina, posiblemente adherido al epiplón o al estómago, ¿realiza usted la exploración normal de la cavidad o no?

Dr. Borges Pues esto sí es más difícil; estoy diciendo lo que habitualmente hago, pero si encuentro un piocolecisto, definitivamente no reviso la cavidad peritoneal.

Coordinador Dr. Athié, estamos en la etapa de la revisión de la cavidad peritoneal, si encuentra en un paciente al terminar la laparotomía un piocolecisto que no está perforado, ¿revisa la cavidad o no la revisa?

Dr. Athié Bueno, yo creo que lo primero que tenemos que hacer es resolver el problema del piocolecisto y ya posteriormente sí podríamos dedicarnos a revisar el resto de la cavidad; obviamente cambiándonos de guantes, cambiando las compresas, etc.; pero todo depende de la forma en cómo está el paciente; si está en malas condiciones, si está chocado, en fin, entonces obviamente no lo haríamos.

Coordinador ¿Y no tendría algún temor de difundir la infección en la cavidad peritoneal si teniendo un piocolecisto no perforado se hace la exploración manual de la cavidad?

Dr. Athié Sí, podría ser, a través del contacto directo que tenemos con los guantes en la vesícula biliar. Inclusive en muchas ocasiones encontramos abscesos piógenos del hígado; sí podría haber la posibilidad de contaminar a la hora de hacer maniobras y sobre todo, ¿qué ganaría yo con explorar la cavidad abdominal si el diagnóstico lo tengo ya a la vista?

Coordinador Es un buen mensaje que esta mesa de discusión coordinada puede dejar en este momento: es conveniente realizar la exploración manual de la cavidad peritoneal, de las vísceras abdominales y abdominopélvicas cuando se hace cirugía de vesícula y de vías biliares, salvo que exista un proceso piógeno, que aun cuando no esté perforado, como un piocolecisto, preferimos no hacer la revisión de la cavidad abdominal. Bien, yo quisiera pedirle al Dr. Athié si fuera tan gentil de darnos una idea de

qué elementos utiliza para hacer la exposición de la zona del hilio hepático, ¿cómo lo expone? ¿Usa compresas, o qué elementos utiliza para exponer la zona del hilio hepático?

Dr. Athié Generalmente en este tipo de cirugía utilizamos un separador que lógicamente en muchas partes no vamos a encontrar; es el separador de Smith, redondo, y que tiene varias valvas, pero en caso de no contar con él,

Para exponer el hilio hepático se usa un separador de Smith, redondo y con varias valvas, uno de Gosset o un Finochetto. En segundo lugar una compresa para proteger duodeno y estómago y una tercera compresa sobre el hígado en la que se apoya un Deaver. Otro participante en la mesa redonda usa cinco compresas. Para disecar los elementos del hilio hepático se corta primero con una tijera de Metzenbaum, luego se usa una pinza de cístico, y por último una pinza de ángulo. En general los autores hacen colangiografía transoperatoria, para lo cual recomiendan tener el equipo en la misma mesa de operaciones. También sugieren la palpación del colédoco que se facilita con la maniobra de Kocher. En caso de existir piocolecisto la palpación no se hace o sólo con sumo cuidado para no diseminar la infección a la retrocavidad de los epiplones.

lo que utilizamos es un separador de Gosset común y corriente, o un Finochetto para mantener ampliamente abierta la cavidad. Utilizamos generalmente compresas, una para el colon transversal y el ángulo hepático del colon, que nos permite rechazarlos hacia abajo y protegerlos; en segundo lugar una segunda compresa que utilizamos para proteger el duodeno y el estómago rechazándolos hacia el lado contrario y una tercera compresa que utilizamos sobre el hígado para que apoyemos en ella un Deaver que sea manejado por un ayudante; o bien, una valva del separador Smith para proteger el hígado; en esa forma considero que está expuesto perfectamente el hueco en donde vamos a trabajar.

Coordinador Dr. Aceff, ¿usted usa varias compresas como lo hace el Dr. Athié, o emplea la compresa única para aislar las vísceras, para retacar y exponer el área del hilio hepático?

Dr. Aceff Uso básicamente tres compresas, una para rechazar hacia abajo el colon transversal y el ángulo hepático, otra para la mano de mi ayudante, con la que me va a separar estómago y duodeno y la otra en el lóbulo derecho del hígado, en su cara inferior, para colocar ahí un Deaver.

Coordinador Dr. Borges, ¿usa usted varias compresas como el Dr. Athié y el Dr. Aceff, o usa usted compresa única o algún otro medio del que se valga para exponer el hilio hepático?

Dr. Borges Yo uso cinco compresas y también las voy colocando metódicamente; la primera compresa la coloco para que el primer ayudante separe el duodeno y con esta maniobra me permita hacer la primera separación de la vesícula si tiene algún proceso adherencial, de no ser así, continúo con la colocación de las otras compresas, una para separar el colon, una tercera para separar el hígado y dejar libre el ligamento hepatoduodenal; una cuarta compresa que nos separa el estómago y la quinta con la que el primer ayudante va a poner tenso el ligamento hepatoduodenal; estas son las cinco compresas que yo utilizo.

Coordinador Como puede notarse, no hubo propiamente controversia, prácticamente todos estamos de acuerdo en usar varias com-

presas de espongear para retacar las vísceras y exponer el área del hilio hepático; esto tiene la ventaja de que además de que da buena visibilidad, aísla el resto de la cavidad peritoneal ante la posibilidad de que se derramara bilis o algún otro líquido, como material purulento, por ejemplo. Bien, Dr. Aceff, para disecar los elementos del hilio hepático, ¿utiliza usted preferentemente pinzas de ángulo o pequeñas torundas de gasa? ¿Qué elemento fundamental es el que utiliza para la disección de los elementos del hilio hepático?

Dr. Aceff Bien, esto es muy importante porque va a variar de acuerdo a las características del paciente; si tiene un proceso fibroso, inicio una disección cortante con una tijera de Metzenbaum y después continúo con una pinza de cístico, con una pinza de ángulo y pocas veces, realmente muy pocas veces uso las torundas. Si la disección es fácil, si no hay ningún problema fibroso adherencial que me impida ver o disecar perfectamente bien los elementos del hilio hepático, muchas veces basta con la disección con la pinza de ángulo, con la pinza de cístico.

Coordinador Dr. Athié, una pregunta nueva que creo que es muy importante. Rutinariamente, perdone que use el término, pero quiero hacerlo así, ¿rutinariamente realiza usted colangiografía transoperatoria o no?

Dr. Athié Sí, rutinariamente la usamos.

Coordinador ¿En todos los casos?

Dr. Athié En todos los casos.

Coordinador ¿Aunque usted encuentre, digamos, un cálculo único, grande, en la vesícula con el cístico delgado, el colédoco delgado, no hay antecedentes de ictericia, a pesar de ello usted realizaría colangiografía?

Dr. Athié Sí.

Coordinador ¿Nos podría decir por qué, Dr. Athié?

Dr. Athié Porque nosotros, teniendo la inquietud precisamente sobre la utilidad de la colangiografía transoperatoria rutinaria o no, hicimos un protocolo prospectivo y nos encontramos con que el 8 por ciento de los enfermos carentes de síntomas de coledocolitiasis tuvieron cálculos en el colédoco. Consideramos que el procedimiento, haciéndolo cuidadosamente, obviamente en manos ade-

cuadas como son las personas que se dedican a trabajar ese tipo de situaciones, proporciona muchos beneficios; topográficamente podemos observar el árbol biliar íntegramente y sobre todo, ver el paso del medio de contraste hacia el duodeno. No solamente es operar, el quitar la vesícula, sino observar el colédoco y los hepáticos y sobre todo el esfínter de Oddi; comprobar si existe alguna otra patología agregada. Por todo esto, nosotros sí consideramos que da muchos más beneficios, aún a pesar de que no exista una indicación precisa, hacerlo rutinariamente; además es inocuo; nunca hemos tenido hasta hoy, afortunadamente, ningún accidente.

Coordinador Muy interesante su opinión. Dr. Borges, ¿utiliza rutinariamente la colangiografía transoperatoria?

Dr. Borges Yo quiero contestar a esta pregunta de la siguiente manera. Siempre que voy a operar vías biliares, debo estar completamente seguro de contar con el servicio de rayos X; si no es así, si no cuento con el equipo radiológico, me abstengo de operar. En cuanto a la pregunta en sí, hay algunas ocasiones en que no hago colangiografía, por ejemplo, cuando encuentro la vesícula con un cálculo grande, único, con cístico muy delgado; la vía biliar principal es normal. Son las situaciones en que yo me abstengo de hacer colangiografía, aun cuando siempre tengo listo el equipo.

Coordinador En este caso sí estamos viendo cierto aspecto controversial; el Dr. Athié en todos los casos realiza colangiografía transoperatoria, el Dr. Borges la hace también habitualmente, pero ocasionalmente, en ciertos casos muy seleccionados deja de efectuarla. Dr. Aceff, ¿cuál es su opinión?

Dr. Aceff Sí, la uso rutinariamente como una disciplina quirúrgica, incluso se impone a los residentes del hospital que si no existe el técnico de rayos X o el material radiográfico, pues no se opera al paciente. Hemos tenido desagradable experiencias, que afortunadamente ya no se repiten desde que se realiza en forma rutinaria la colangiografía. Muchas veces en pacientes aún con un colédoco aparentemente de tamaño dentro de límites normales, nos encontramos con la sorpresa de que existían cálculos. Incluso en pacientes en quienes no

podemos canular el cístico, puncionamos directamente el colédoco.

Coordinador Dr. Aceff, ha mencionado usted la posible punción del colédoco para realizar colangiografía, ¿qué medidas toma usted para evitar que a través de esa punción pudiera haber, en el transoperatorio, salida biliar?

Dr. Aceff En primer lugar, lo hacemos lo más cerca posible al cístico, al sitio de la implantación del cístico y en realidad, como lo hacemos con una aguja tan fina, que muchas veces nada más con hacer una ligera presión con una gasa seca se soluciona el problema. En caso necesario, a veces damos algún pequeño punto muy superficial, porque no llegamos a tomar todas las capas del colédoco, con el fin de impedir la salida de bilis por ahí. Pero, insisto, usando una aguja muy delgada, en la mayoría de las ocasiones no hay problema.

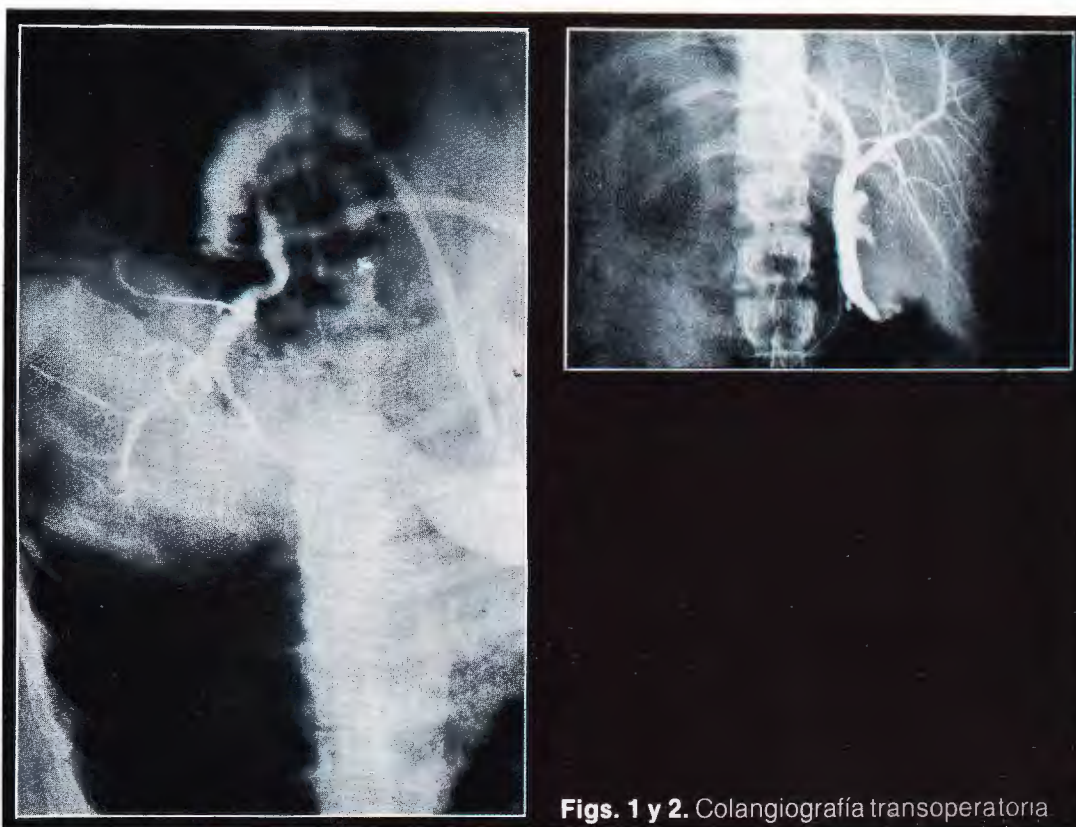
Coordinador Dr. Valencia, ¿emplea usted rutinariamente la colangiografía transoperatoria.

Dr. Valencia Sí.

Coordinador ¿Así, tan enfáticamente?

Dr. Valencia Sí.

Coordinador Yo en lo personal también realizo la colangiografía en forma prácticamente rutinaria, pero en algunos casos muy especiales, muy seleccionados, he dejado de hacerla; particularmente cuando con la exploración, tanto por la vista como por el tacto, puedo demostrar que es un colédoco de calibre y de consistencia normal; que el cístico es también de calibre normal; la vesícula contiene un gran cálculo único o dos grandes cálculos; no hay antecedentes de ictericia; preferentemente si tengo colangiografía preoperatoria en donde haya visualizado adecuadamente el conducto colédoco, pues en un caso así muy especial, he dejado de hacer algunas veces colangiografía. Lo que sí queremos dejar como un mensaje absolutamente claro, es que siempre debemos contar con el equipo para realizar colangiografía en la mesa de operaciones. Ya el Dr. Aceff, el Dr. Borges y el Dr. Athié han dicho que si no se cuenta con el equipo, es preferible no operar al paciente. Si en un hospital privado, asistencial o institucional no existe en un momento dado el equipo necesario para realizar colangiografía transoperatoria, no debe



Figs. 1 y 2. Colangiografía transoperatoria

ser operado un enfermo de vesícula o de vías biliares, debe diferirse la operación o trasladarse al paciente al medio quirúrgico en donde se cuente con el equipo necesario para este estudio, consideramos una falla muy importante de criterio, de táctica quirúrgica, que un cirujano opere a un paciente de vesícula o de vías biliares sin contar con el equipo necesario para realizar colangiografía transoperatoria.

Si lo hace así, expone a su paciente a muy graves complicaciones transoperatorias. Bien, Dr. Athié, pese a que ya sabemos que realiza colangiografía en todos sus casos y el gran criterio que tiene usted, la gran experiencia para ver un colédoco, un cístico, ¿continúa realizando la palpación del conducto colédoco, o ya no la realiza?

Dr. Athié Sí, definitivamente. A pesar de todos los métodos auxiliares de diagnóstico, que van desde la exploración clínica hasta los métodos radiológicos transoperatorios, debemos realizarla; la palpación del colédoco se facilita mucho haciendo la maniobra de Kocher, pues en esa forma podemos tomar entre

nuestros dedos la vía biliar y explorarla perfectamente bien; sin embargo, debo mencionar que aun siendo negativa en la exploración manual, hemos encontrado cálculos. Entonces, el mensaje que podríamos dejar es que, aun con la exploración manual negativa, puede existir patología de vías biliares. Esto no sólo es litiasis, hay mucha otra patología de vías biliares y por eso es conveniente realizarla. No solamente debemos enfocar la patología a la litiasis, sino que debemos tener presente que toda la vía biliar es una unidad y como tal tenemos que estudiarla.

Coordinador Quisiéramos entender Dr. Athié, que a pesar de contar con la angiografía transoperatoria, a pesar de ello, continúa realizando la palpación del colédoco. Ya entendimos también que la maniobra de Kocher la facilita mucho. Dr. Borges, ¿continúa usted realizando la palpación del conducto colédoco a pesar de contar con colangiografía transoperatoria?

Dr. Borges A pesar de contar con colangiografía, realizo la palpación.

Coordinador ¿Por qué, doctor?, si ya tiene

Fig. 3. Despegamiento de la vesícula del lecho vesicular, colecistectomía anterógrada.



Fig. 4. Despegamiento de la vesícula del lecho vesicular, colecistectomía anterógrada.



usted la colangiografía ahí; normal, por ejemplo.

Dr. Borges Porque sabemos perfectamente bien que la colangiografía transoperatoria no es un método que nos vaya a dar un 100 por ciento de seguridad sobre la presencia o ausencia de cálculos; su resultado depende de muchos factores; dentro de los más importantes están los que pueden señalarse en relación al técnico, que toma los estudios radiológicos, así como con respecto al material de contraste que en un momento se utiliza. Es decir, hay un grupo importante de factores que en un momento determinado pueden dar datos falsos; y de hecho así está demostrado por las estadísticas, que a pesar de contar con una colangiografía transoperatoria negativa aún así pueden existir cálculos dentro de la vía biliar. Por esos motivos, siempre palpo rutinariamente el conducto colédoco y esto lo hago en prácticamente toda su extensión, desde el ligamento hepatoduodenal con su porción intrahepática, realizando maniobra de Kocher.

Coordinador Dr. Athié, si fuera el caso aquél de que hablábamos al principio, de un piocollecisto no roto, no perforado, ¿haría usted la palpación del conducto colédoco o no?

Dr. Athié Esta es una situación muy importante; quiero aclarar algo, cuando hablamos de piocollecisto, yo entiendo que hay una vesícula con empiema, es decir que tiene pus dentro de su cavidad.

Coordinador Un empiema de la vesícula, a eso nos estamos refiriendo.

Dr. Athié No está perforado, pero existe un proceso inflamatorio muy importante en todos los órganos que lo rodean; por supuesto que esto tiene grados, puede ser mínimo o puede ser máximo. En cuanto a la palpación en estos casos, depende de muchos factores. Si veo que en realidad el problema es muy serio, si el proceso inflamatorio es muy importante, la palpación debe ser muy cuidadosa. Siempre trato de hacerla en forma rutinaria; cuando opero sobre vías biliares, antes de realizar la colangiografía hago la palpación. Si a la palpación encuentro que hay cálculos en el interior de la vesícula, muchas veces en ese momento no hago la colangiografía, sino que abro el colédoco y saco las piedras. Realizo la colangiografía ya estando la sonda en T colocada. Aún en esos casos en que ya sé que existe el riesgo de ir a contaminar espacios en otro sitio, la efectúo con mucho cuidado. Existe también el peligro de que se perfora la vesícula, razón de más para realizar con precaución la palpación.

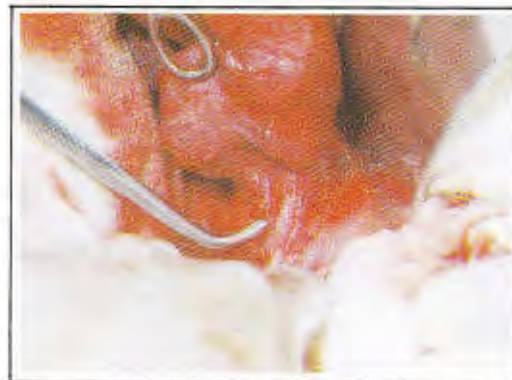
Coordinador Efectivamente, el mensaje que podemos dejar es en el sentido de que pese a que se cuente con los procedimientos actuales de diagnóstico transoperatorio como la colangio-

La colecistectomía puede ser anterógrada la que va del fondo de la vesícula hasta el cuello y retrógrada la que va del cístico hasta el fondo. En general se prefiere la retrógrada que permite ligar la arteria cística evitando sangrado, en procesos agudos se combinan ambas técnicas o se usa la anterógrada. Es básico observar per-

Fig. 5. Despegamiento digital de la vesícula.



Fig. 6. Disección de cístico y colédoco.



fectamente la unión cístico-coleddociana para hacer una ligadura en el sitio adecuado y evitar el síndrome del cístico remanente o estenosis en la pared del colédoco. La vesícula puede disecarse digitalmente o instrumentalmente. La dirección de la coledocotomía debe ser preferentemente longitudinal y la exploración del colédoco se hace, con precaución, usando instrumentos rígidos.

grafía, a pesar de ello el cirujano sigue palpando las vías biliares, porque puede encontrar datos importantes. Quizá si en un momento dado hay material purulento e infección, simplemente el cirujano procuraría no hacer la palpa-

ción, puesto que al introducir sus dedos en el hiato de Winslow podría llevar infección a la retrocavidad de los epiplones.

Dr. Borges, ¿habitualmente prefiere la colecistectomía llamada anterógrada o la retrógrada? Vamos a entender como anterógrada la que va del fondo de la vesícula hacia el cuello y retrógrada la que va del cístico; o sea, del cuello, hasta el fondo; si prefiere alguna de estas, ¿quisiera decirnos en qué condiciones usa la otra?

Dr. Borges Prefiero, y de hecho así lo hago cuando se trata de un cuadro de coledolitiasis, la extirpación que se lleva desde el cístico hacia el fondo, entonces es retrógrada.

Coordinador ¿Por qué la prefiere, doctor?

Dr. Borges Porque en casos de coledolitiasis puedo identificar en la inmensa mayoría de las veces, plenamente los elementos que me interesan para realizar una colecistectomía, entre ellos el ligamento hepatoduodenal, el conducto cístico, el conducto colédoco, el he-

pático, la arteria hepática y la arteria cística; en estos casos es más fácil, no así en procesos agudos. En éstos, la realizo combinando la técnica retrógrada y la anterógrada; cuando tengo dificultades técnicas para lograr la identificación de estos elementos, que siempre deben de identificarse para hacer una colecistectomía, entonces hago la colecistectomía anterógrada, es decir vengo del fondo hacia el cuello, claro, haciendo esto con muchos cuidados. Con frecuencia sangra abundantemente, puesto que aún no se liga la cística. Al disecar la vesícula de su lecho en donde encuentro un vaso o algún pequeño conducto, los ligo cuidadosamente. Lo importante aquí es que en un momento determinado, pueda identificar finalmente, una vez despegada la vesícula de su lecho, la arteria y el conducto císticos, que son los elementos importantes, así como el colédoco. Este método nos facilita la identificación de la arteria cística y sobre todo del conducto cístico en su unión con el conducto colédoco, así como el hepático hacia arriba. La identificación de estos elementos es básica.

Coordinador Dr. Valencia, ¿prefiere la colecistectomía retrógrada o la anterógrada?

Dr. Valencia Desde luego la retrógrada, que tiene entre otras, la ventaja de que se liga la arteria cística antes de extirpar la vesícula, lo cual disminuye importantemente el sangrado al despegarla de su lecho en el hígado.

Coordinador De acuerdo con todo esto, yo agrego que hay otra ventaja con la técnica retrógrada: la disección de elementos tan im-

Fig. 7. Disección del cístico.



Fig. 8. Disección de la cística.



portantes como la arteria cística y conductos cístico y hepatocolédoco, se realiza con las relaciones anatómicas aún conservadas, lo cual brinda un buen margen de seguridad.

Dr. Athié, si suponemos que ya está diseccionado el cístico y seccionado, ¿con qué material lo liga usted?

Dr. Athié Nosotros preferimos ligar el cístico ya al terminar la operación, entonces utilizamos material inabsorbible en aquellos casos en que consideramos que no hay un cuadro infeccioso agregado.

Coordinador ¿Aplica usted punto por transficción en el cístico, o una ligadura simple?

Dr. Athié Una ligadura nada más, lo más cerca posible al colédoco.

Coordinador ¿Como a qué distancia aproximadamente?

Dr. Athié A un milímetro.

Coordinador ¿Aplica usted doble ligadura alguna vez?

Dr. Athié En ocasiones sí.

Coordinador Dr. Aceff, ¿con qué material liga usted el cístico?

Dr. Aceff Prefiero ligarlo mediante un punto transfiectivo con cárgut atraumático de dos ceros, medio crómico.

Coordinador ¿Aplica usted algún segundo punto o con ese considera que sea suficiente?, y ¿aproximadamente a qué distancia del colédoco aplica usted la ligadura?

Dr. Aceff Con ese es suficiente, y lo más cercano posible al colédoco.

Coordinador ¿Nos podría decir su razón, doctor?

Dr. Aceff Para evitar el llamado síndrome del

cístico remanente.

Coordinador ¿En alguna ocasión ha observado usted el riesgo de que ligando muy cerca del colédoco se pudiese traccionar este conducto y resultar ligado parcialmente con la consiguiente estenosis?

Dr. Aceff Claro que existe ese riesgo, pero hay que hacerlo viendo perfectamente y previa disección muy cuidadosa de la unión cístico coledociana.

Coordinador Dr. Borges, ¿con qué material liga usted el colédoco?, el cístico, perdón; esperamos que nunca tenga usted que ligar el colédoco.

Dr. Borges Utilizo una ligadura con seda de dos ceros, a dos o tres milímetros de la terminación del conducto cístico en el colédoco y un punto por transficción con cárgut atraumático de dos ceros.

Coordinador ¿Aplica usted dos puntos?

Dr. Borges Dos puntos, rutinariamente.

Coordinador Yo aplico habitualmente también un punto por transficción con cárgut atraumático de dos ceros y después aplico otra ligadura libre con seda del cero o de dos ceros. Generalmente aplico estas ligaduras calculando que queden colocadas a unos tres milímetros aproximadamente de la unión cístico coledociana; cuido de no aplicarla muy cerca del colédoco porque hemos visto que se forma un cono con la pared de este conducto, y hay riesgo de que la ligadura quede sobre el vértice de dicho cono; después al retraerse la pared del colédoco, deje una zona estenosada. Creo que lo más importante que se desprende de lo dicho por los señores profesores es que

Fig. 9. Sección del cístico.

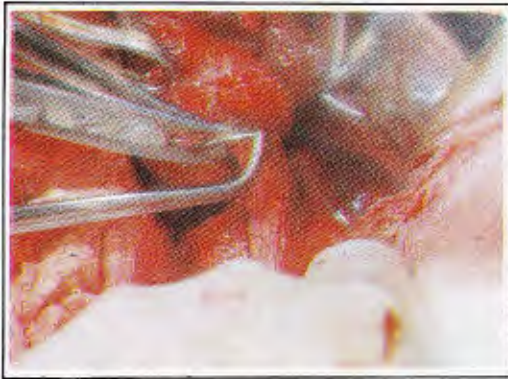
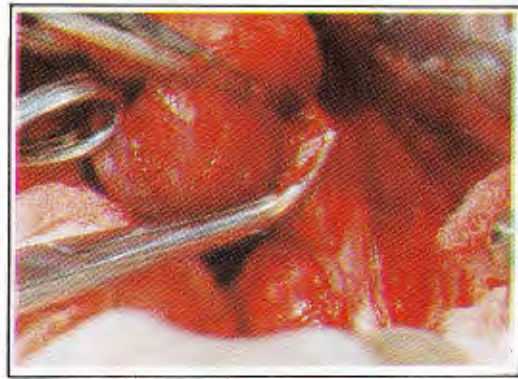


Fig. 10. Cístico seccionado.



es básico observar perfectamente la unión cístico-coledociana para hacer la ligadura en un sitio adecuado y se evite el síndrome del cístico remanente o al contrario, se produzca una estenosis en la pared del colédoco.

Dr. Aceff, y la arteria cística, ¿con qué material la liga usted?

Dr. Aceff Con seda dos ceros, una sola ligadura libre.

Coordinador Es muy difícil aplicar una transfijión en este elemento; sin embargo, algunos cirujanos insisten en que se haga por transfijión, pero es difícil. Dr. Athié, ¿con qué material liga la cística?

Dr. Athié Con seda dos ceros, aplicando una ligadura libre.

Dr. Borges Igualmente la ligo con seda y doble ligadura. Además, procuro que sea cerca de su origen en la hepática, cuando esto es posible; no siempre lo es porque muchas veces es demasiado corta. Cuando lo logro, es con la finalidad de ligarla antes de la división en sus ramas anterior y posterior.

Coordinador Nosotros aplicamos también habitualmente doble ligadura con seda, desde luego poniendo un extremo cuidado en que estas ligaduras queden muy seguras, muy firmes, porque una de las complicaciones postoperatorias de este tipo de cirugía es el sangrado de la cística, frecuentemente peligroso. Dr. Athié, en el momento de despegar la vesícula del lecho cístico, ¿habitualmente lo hace en forma digital o instrumental?

Dr. Athié Instrumental.

Coordinador ¿Con tijera?

Dr. Athié Sí, lo hacemos con tijera de Metzen-

baum muy fina; primero practicamos un corte con bisturí precisamente sobre el peritoneo visceral, tomamos con pinzas finas o pinzas de Allis y procedemos al despegamiento. Hemos visto en nuestra experiencia que en esta forma sangra menos y causa uno menos daño haciendo una disección muy cuidadosa con tijera que haciendo una disección digital.

Coordinador Dr. Aceff, ¿el desprendimiento de la vesícula lo realiza habitualmente digitalmente o con instrumentos?

Dr. Aceff Bueno, lo hago en forma mixta, voy introduciendo mis dedos y al mismo tiempo voy cortando también con la tijera de Metzenbaum.

Coordinador Dr. Borges, ¿digitalmente o con instrumento?

Dr. Borges Utilizo los dos procedimientos, romo y cortante; romo digital y en donde encuentro un obstáculo me detengo, lo tomo con una pinza, lo secciono y lo ligo.

Coordinador Nosotros pensamos que la disección digital no es tan mala si se hace con cuidado y si se tiene experiencia al respecto, se puede sentir muchas veces con los dedos cuando algún elemento que viene del lecho cístico se interpone y entonces es más fácil localizarlo y pinzarlo. Desde luego, la disección instrumental como la hace el Dr. Athié es también muy buena porque con el mismo instrumento se pueden detectar estos elementos, que pueden ser un vaso o un conducto. ¿En qué sitio prefiere realizar su coledocotomía en relación con la implantación del cístico, Dr. Aceff; ¿por encima de dicha implantación, por debajo, o a qué nivel?

Fig. 11. Pinzamiento de la cística.



Dr. Aceff Por debajo de la implantación del cístico. La razón es que, si apareciera posteriormente una estenosis o alguna otra complicación en el sitio de la ligadura del cístico, tendríamos un remanente importante que corresponde al hepático para poder realizar maniobras ulteriores. Además, porque nos encontramos más cerca del esfínter de Oddi y podremos llegar al mismo más fácilmente con los instrumentos para extraer cálculos enclavados en el mismo.

Coordinador Y quizá también no sea muy conveniente que la sutura del colédoco quede demasiado cerca de la ligadura del cístico. Dr. Athié, ¿en qué dirección realiza usted la coledocotomía, tiene alguna preferencia, la hace siempre en alguna dirección, o puede hacerse en cualquier dirección?

Dr. Athié Nosotros siempre preferimos hacerla longitudinalmente; no usamos la transversal.

Coordinador Entonces el mensaje es que la dirección de la coledocotomía preferentemente debe ser longitudinal debido a que el conducto es realmente estrecho y el sitio por debajo de la implantación del cístico y no muy cerca de la misma. Dr. Borges, algunas personas han señalado últimamente que la exploración de la luz del colédoco no debe realizarse con instrumentos rígidos, pongamos por caso exploradores, cucharillas, pinzas, etc.; quisiera preguntarle si usted continúa usando este tipo de instrumentos, o solamente usa instrumentos blandos como por ejemplo, una sonda de Fogarty; blandos relativamente, claro.

Dr. Borges No, yo continúo utilizando los

Fig. 12 Cística seccionada.



instrumentos de tipo rígido, nada más que con sumo cuidado, muy delicadamente y no en forma repetitiva. Pienso yo que haciéndolo así pueden seguirse usando.

Coordinador Por ejemplo, ¿ha extraído usted cálculos con pinzas Randall?

Dr. Borges Con pinza de Randall si me es posible, y si no pues se destruye, se hace litotripsia.

Coordinador Dr. Athié, ¿utiliza usted actualmente, los llamados dilatadores de Bakes para tratar una estenosis en el esfínter de Oddi?

Dr. Athié Pienso que la pregunta, que hace un momento le hizo al Dr. borges es sumamente interesante. Nosotros consideramos que los exploradores o dilatadores de calibre mayor de tres no deben utilizarse ni pasarse

a través del esfínter de Oddi; precisamente esa es la contraindicación que formulan algunos cirujanos, y por extensión han prohibido el uso de este tipo de equipo rígido en la exploración de vías biliares. Pienso que precisamente el peligro que puede existir en el uso de este

Los dilatadores de Beigs no deben usarse más que como exploradores y de un calibre no mayor de 3. El uso del Colangiofibroscopio permite no dejar litiasis residual. En nuestro medio prácticamente ya no se usa la onda en "T" de Cattelle incluso la sonda de Kerr se recorta para facilitar su extracción. En la coledocorrafia se usa preferentemente material absorbible: catgut delgado. Algunos cirujanos atraviesan la totalidad de la pared y otros no. Se aconseja, aunque se trate de una "colecistectomía ideal" dejar un drenaje de 24 a 48 horas. Desde el día siguiente se puede movilizar el paciente.

tipo de instrumentos, es el de que traten de pasar un instrumento rígido y grueso a través del esfínter de Oddi; al hacerlo, no vamos a producir una dilatación sino una ruptura del esfínter y después habrá una estenosis mayor.

Coordinador Entonces, un mensaje muy importante para nuestros lectores es que los dilatadores de Bakes no deben usarse por ningún motivo como tales, es decir como dilatadores, sino que en todo caso exclusivamente como exploradores y no más allá del calibre número tres. Dr. Aceff, ¿qué impresión tiene usted sobre el uso de aparatos de fibra óptica para observar el interior del colédoco; maniobra que actualmente se conoce como colangiofibroscopía?

Dr. Aceff Debiéramos tener en todos los hospitales primero el colangiofibroscopio y después a la persona que sepa utilizarlo; hay muchas maniobras quirúrgicas como el mencionado uso de instrumentos rígidos, que no deberían realizarse si se hubiera tenido a la mano ese colangiofibroscopio. Además, con él tenemos la certeza de que no vamos a dejar ningún cálculo en la vía biliar, porque se está viendo directamente su luz.

Coordinador Dr. Valencia, es de todos conocida la gran experiencia que tiene usted con el uso del colangiofibroscopio. ¿Querría ser tan amable de darnos información al respecto?

Dr. Valencia Desde luego, con mucho gusto. Ante todo debo mencionar que no ha sido una actividad personal, sino de un grupo de cirujanos de tres hospitales. En un trabajo presentado por nosotros sobre 200 pacientes en los cuales se realizó estudio endoscópico transoperatorio de la vía biliar principal, no existió ningún caso de litiasis residual; lo cual hace ver que el empleo de este aparato es extraordinariamente conveniente para el paciente y para la institución, porque incluso a la larga, aunque el aparato sea costoso inicialmente, se pagará si tomamos en cuenta el número de reintervenciones y de postoperatorios prolongados que se van a evitar. Ojalá que como ha dicho el Dr. Aceff, que las instituciones de salud tomen en cuenta este aspecto para adquirir este aparato.

Coordinador Dr. Borges, ¿usa usted en el momento actual sondas en T de Cattell, o

exclusivamente de Kerr? Es decir, con la rama transversal larga o con la rama transversal corta.

Dr. Borges Exclusivamente uso la sonda de Kerr.

Coordinador ¿Nos podría decir por qué no usa las de Cattell?

Dr. Borges Fundamentalmente porque son de rama larga y en un momento determinado pueden obstruir el orificio de desembocadura del conducto de Wirsung y esto ocasiona problemas.

Coordinador Cuando el Dr. Cattell ideó su sonda, la finalidad que perseguía era que pasara precisamente la rama larga hasta el duodeno. Dr. Athié, ¿usa usted actualmente sondas de Cattell?

Dr. Athié No, definitivamente no; yo creo que la experiencia que hemos tenido es de que entre más largos estén los cabos de la sonda, actúan como un cuerpo extraño importante dentro de la vía biliar y lógicamente van a producir cuadros de colangitis. La idea de aplicar una sonda al colédoco es precisamente con tres finalidades: una para que actúe como una férula e impida la estenosis. Dos, como válvula de seguridad para la salida de bilis a través de la propia sonda, y tres, porque no permite hacer colangiografías postoperatorias. Entonces, definitivamente, desde hace muchos años ya no usamos la sonda de Cattell; en algunos hospitales todavía existen y las usamos, pero les cortamos las ramas.

Coordinador Prácticamente la sonda de Cattell ya no se utiliza en ningún medio; quizá en el caso muy especial de alguna anastomosis, alguien tuviera que usarla, pero prácticamente no se emplea y quisiéramos enfatizar el hecho muy importante, de dejar las ramas de la sonda lo más cortas posible; incluso a la propia sonda de Kerr la recomendamos aún más para que las dos porciones de la rama transversal queden cortas y su extracción sea fácil y poco molesta.

Dr. Valencia, ¿en alguna ocasión ha cerrado usted el colédoco sin dejar sonda en T?

Dr. Valencia Sí. En virtud de que el empleo de colangiofibroscopio nos asegura el que no dejamos cálculos y que no existe otro tipo de patología, hemos preparado un protocolo

muy cuidadoso, para que en casos muy escogidos y previa colangiofibroscopia satisfactoria, efectuemos la coledocorrafia primaria sin dejar sonda. Hasta este momento llevamos cuatro casos, con muy buena evolucion.

Coordinador Dr. Aceff, ¿con qué tipo de material sutura usted el colédoco?

Dr. Aceff Con catgut mediocrómico de dos ceros.

Coordinador ¿Usa usted alguna vez material inabsorbible para el colédoco?

Dr. Aceff No, porque existen estudios que han demostrado que cuando se dejó material inadsorbible, en este caso hablando concretamente de la seda, fueron puntos de partida para la formación de litiasis.

Coordinador ¿Atraviesa usted la totalidad de la pared del colédoco con esos puntos o no?

Dr. Aceff Si utilizo material absorbible, atravieso toda la pared.

Coordinador Dr. Athié, ¿aplica puntos separados o surjete en la coledocorrafia?

Dr. Athié Definitivamente puntos separados.

Coordinador Dr. Borges, ¿qué material usa usted?

Dr. Borges Cátgut traumático del dos ceros, con puntos separados.

Coordinador Dr. Valencia, la misma pregunta.

Dr. Valencia Empleo seda, pero con la condición de que sea muy delgada; es decir, de 3 a 4 ceros. Aplico puntos separados con los que atravieso la totalidad de la pared.

Coordinador Entonces el mensaje de la mesa es que se debe usar preferentemente material absorbible, es decir cátgut delgado y si bien algunas personas procuran no atravesar la totalidad de la pared, otros cirujanos no le vemos realmente inconveniente y quizás cierto grado de seguridad en hacerlo. También puede usarse seda, aun cuando se hace notar que debe ser muy delgada.

Dr. Athié, ¿en algún caso ha dejado el colédoco sin sonda en T, es decir, ha practicado coledocorrafia primaria?

Dr. Athié Si el colédoco estuviera dilatado y dispusiera de un colangioscopio para revisarlo perfectamente, probablemente me atrevería a cerrarlo. La verdad es que hasta hoy no lo he hecho. Siempre hemos tenido la rutina

de dejar sonda en T por dos motivos; uno por razones de seguridad, y el segundo porque representa otro método auxiliar de diagnóstico postoperatorio para que por esa vía podamos efectuar todas las colangiografias que necesitamos.

Coordinador Dr. Valencia, en su experiencia, ¿ha realizado coledocorrafia primaria sin dejar sonda en T?

Dr. Valencia Sí, con el empleo del colangioscopio que mencionamos antes, se tiene una visibilidad absoluta del interior de las vías biliares, con lo cual el procedimiento tiene un alto grado de confiabilidad. Si se tiene la certeza de que no queden cálculos y de que no existe otro elemento patológico, se puede hacer el cierre primario del colédoco. Hasta este momento llevamos cuatro casos con muy buenos resultados.

Coordinador Si hubiese una estenosis a nivel del esfínter de Oddi, Dr. Aceff, ¿qué preferiría usted, ¿una intervención quirúrgica directa sobre el esfínter o una anastomosis de varias biliares a tubo digestivo?

Dr. Aceff Si el problema es una estenosis real, a nivel del esfínter de Oddi, la esfínteroplastia sería lo indicado.

Coordinador ¿Realiza esfínterotomía en alguna ocasión?, es decir, ¿un corte pequeño de esfínter? ¿De qué dimensiones realiza usted su corte?

Dr. Aceff El corte de la esfínteroplastia es más o menos de dos centímetros o de un centímetro y medio, porque debo abarcar las paredes del duodeno y del colédoco, para hacer una verdadera anastomosis biliodigestiva.

Coordinador Dr. Athié, cuando hay un proceso obstructivo maligno de la porción distal del colédoco, por ejemplo un carcinoma de cabeza de páncreas o un carcinoma de papila de Vater, ¿prefiere usted realizar alguna anastomosis de la vía biliar al tubo digestivo, o intentar la resección del tumor?

Dr. Athié Hemos visto que en ese tipo de problemas les va mejor a los pacientes haciendo una derivación biliodigestiva que tratar de efectuar una resección, por la alta mortalidad que conlleva.

Coordinador Incluso habrá casos en que sólo apliquemos una sonda en T, o contentarse

con dejar una de Foley o exclusivamente una de Nelaton.

Dr. Borges, después de una operación sobre vesícula y vías biliares, ¿deja canalización con Penrose?

Dr. Borges Dejo rutinariamente drenaje con Penrose y de esto nunca me he arrepentido, porque por ese medio he conocido rápidamente la aparición de un sangrado, o la salida de bilis.

Coordinador Doctor, ¿lo extrae por contra abertura o a través de la herida?

Dr. Borges Siempre por contra abertura.

Coordinador ¿Por qué no a través de la herida?

Dr. Borges Porque en esta forma puedo efectuar en forma ordenada, el cierre total de la herida.

Coordinador Dr. Athié, ¿siempre deja usted drenaje después de una operación de vías biliares y de vesícula o en algunos casos, de lo que algunas gentes han llamado como colecistectomía "ideal", ha evitado el Penrose?

Dr. Athié Es una pregunta muy interesante. Existe esa inquietud en muchos cirujanos; nosotros consideramos que una canalización es inocua.

Coordinador Hay quien dice que no, Dr.

Athié, que facilita la entrada de gérmenes.

Dr. Athié No hemos observado ese problema; al contrario, el dejar una canalización de este tipo constituye una verdadera válvula de seguridad para el paciente.

Coordinador Dr. Aceff, seguramente que usted deja también canalización.

Dr. Aceff Siempre, de rutina siempre dejo canalización.

Coordinador ¿Y en alguna ocasión utiliza drenajes rígidos, o utiliza Penrose en todas las ocasiones?

Dr. Aceff Penrose de rutina, por contra abertura.

Coordinador Entonces el mensaje es que aun cuando algunos cirujanos muy experimentados, en lo que ellos llaman colecistectomía ideal, se atreven a cerrar la cavidad abdominal sin dejar drenaje de Penrose, nosotros preferimos, y así aconsejamos que se haga, dejar siempre un drenaje que se pueda retirar a las 24 ó 48 horas si ya no sale nada; incluso desde el día siguiente puede empezarse a movilizar al paciente.

Con lo tratado hasta este momento, consideramos haber expuesto nuestras opiniones en relación con la cirugía de vesícula y vías biliares.

