

COLECISTECTOMIA CON TRANSILUMINACION

Por el doctor ALFONSO BONILLA NAAR

Jefe de Clínica Quirúrgica del hospital de San Juan de Dios. Servicio
del Profesor Agustín Arango Sanín.

Técnica

Los primeros tiempos son semejantes a los ya conocidos en los tratados clásicos. (Posición del paciente, diferentes tipos de incisión, exteriorización del hígado, protección con compresas, etc.).

Utilidad y manejo del sistema de transiluminación

I) Antes de utilizar el aparato de transiluminación, es conveniente iluminar la región subhepática (encrucijada biliar) para realizar una buena exploración manual del hiato de Winslow y zonas adyacentes. Para esto, utilizamos un separador luminoso angular (Figura 6) con foco luminoso en la extremidad distal, que se conecta a una pila de corriente continua o a un reóstato. Se coloca de tal manera, que su valva rechace el estómago y asas intestinales, que deben estar protegidos por compresas húmedas. El ayudante toma el mango del separador con su mano izquierda y tracciona en dirección del hipocondrio izquierdo; mientras el cirujano explora el hiato de Winslow.

II) *Transiluminación*

Reparado el fondo vesicular con unas pinzas de "corazón" y colocada en el cístico unas pinzas de Allis (con el fin de ampliar el ángulo cístico-hepático (fig. 1), se coloca el tallo flexible de la casa Cameron, llamado "flexolite", precisamente en el ángulo cístico-hepático, debajo del pliegue peritoneal en que van contenidos el cístico y la arteria cística. (figs. 2 y 7). En estas condiciones, por transiluminación, aparece en buen número de casos, la encrucijada cístico-hepática-coleciana, lo mismo que la arteria cística.

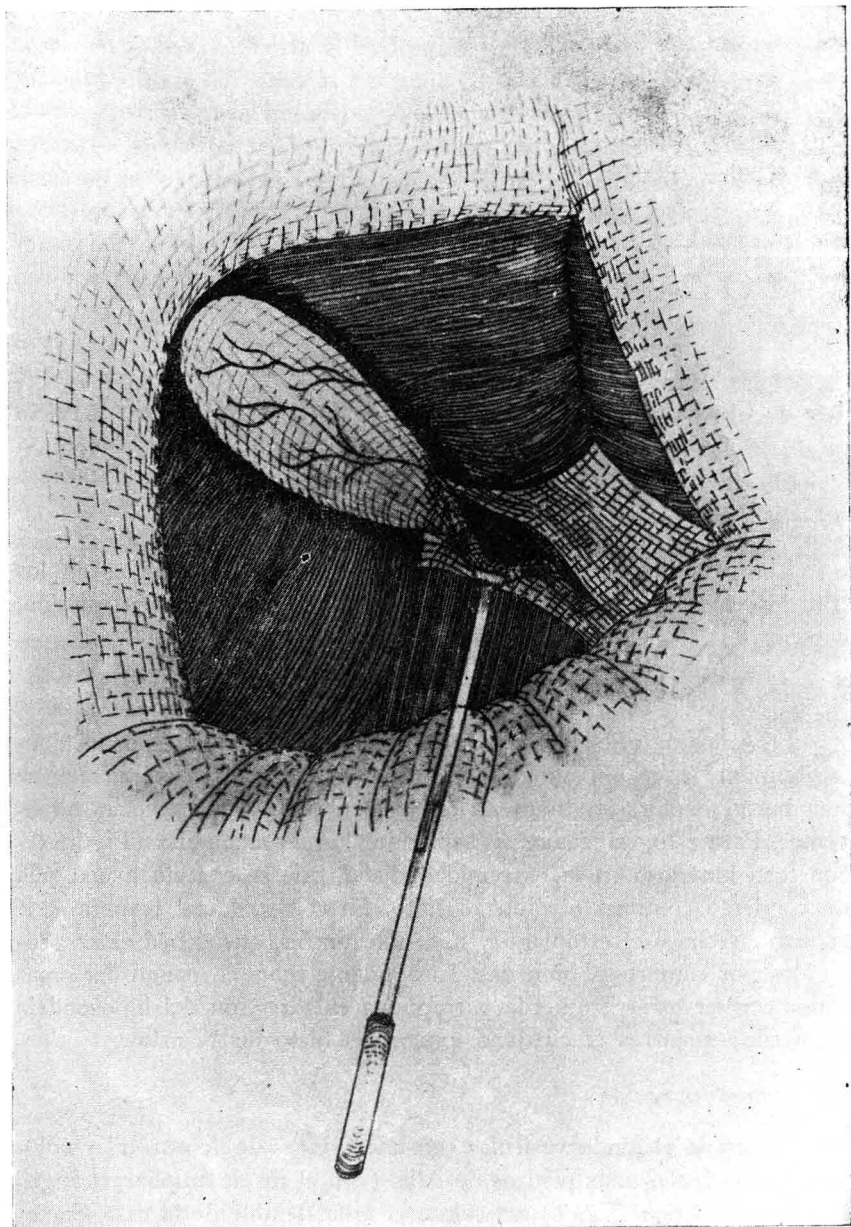


Fig. 1—Exteriorización del cístico con pinzas de Allis

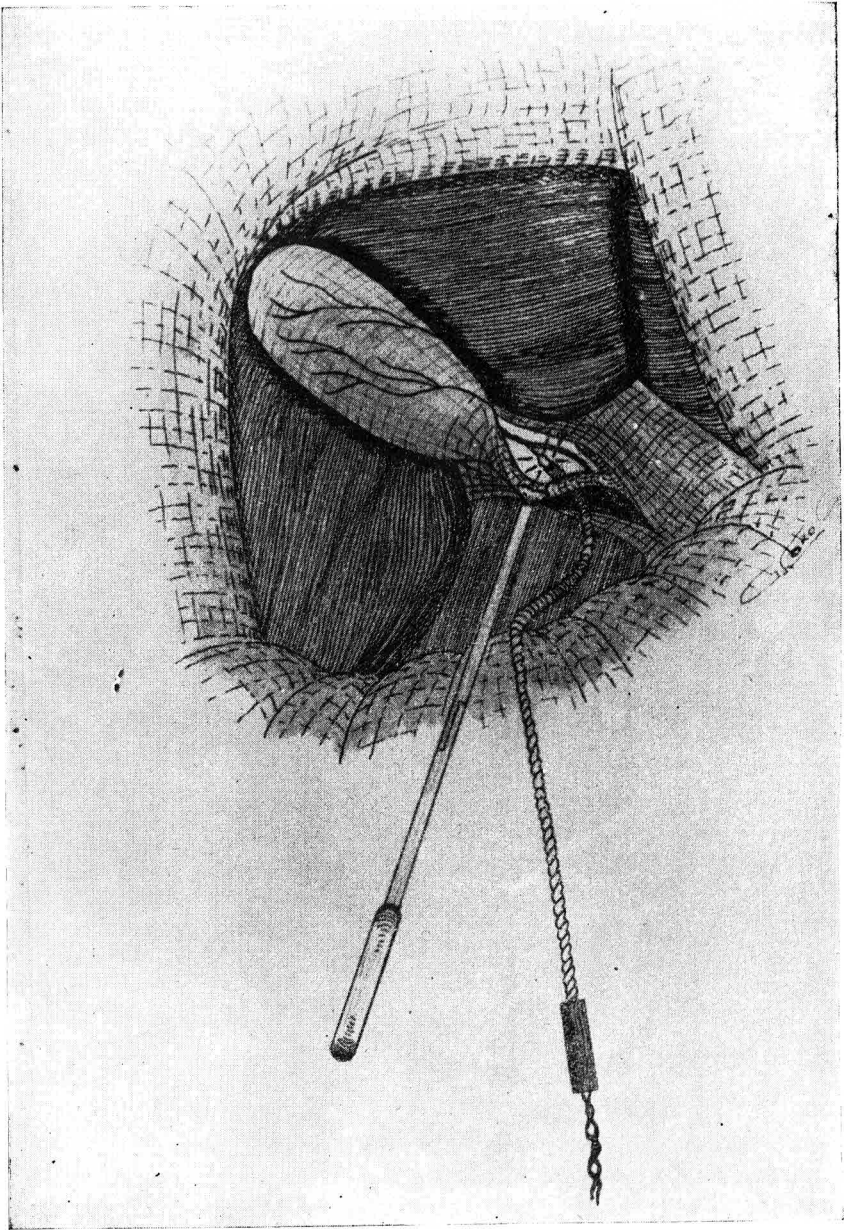


Fig. 2.—Colocación del "Flexolite" en el confluente cístico.-Hepático. Se ven el cístico y los vasos cuando el meso no es muy grueso.

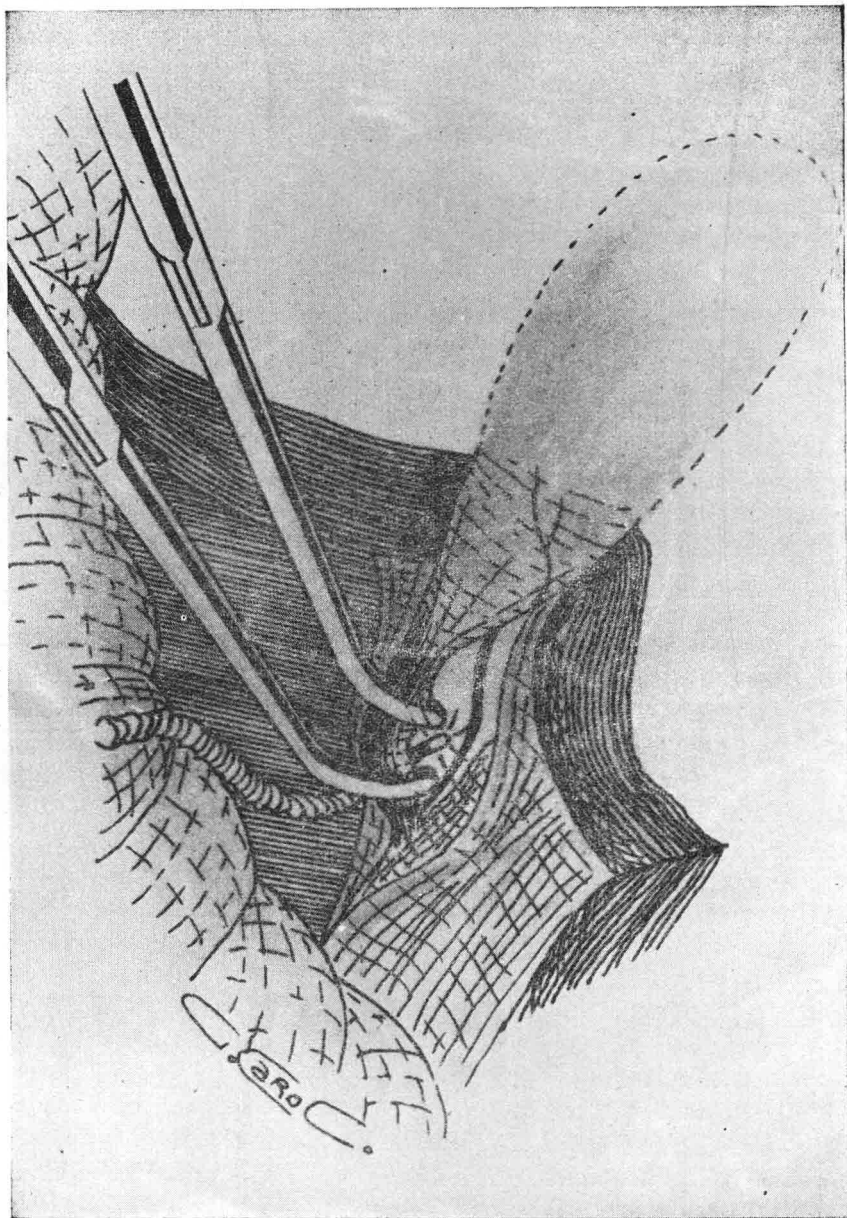


Fig. 3.—Con precisión se colocan los pinzas de Cístico.

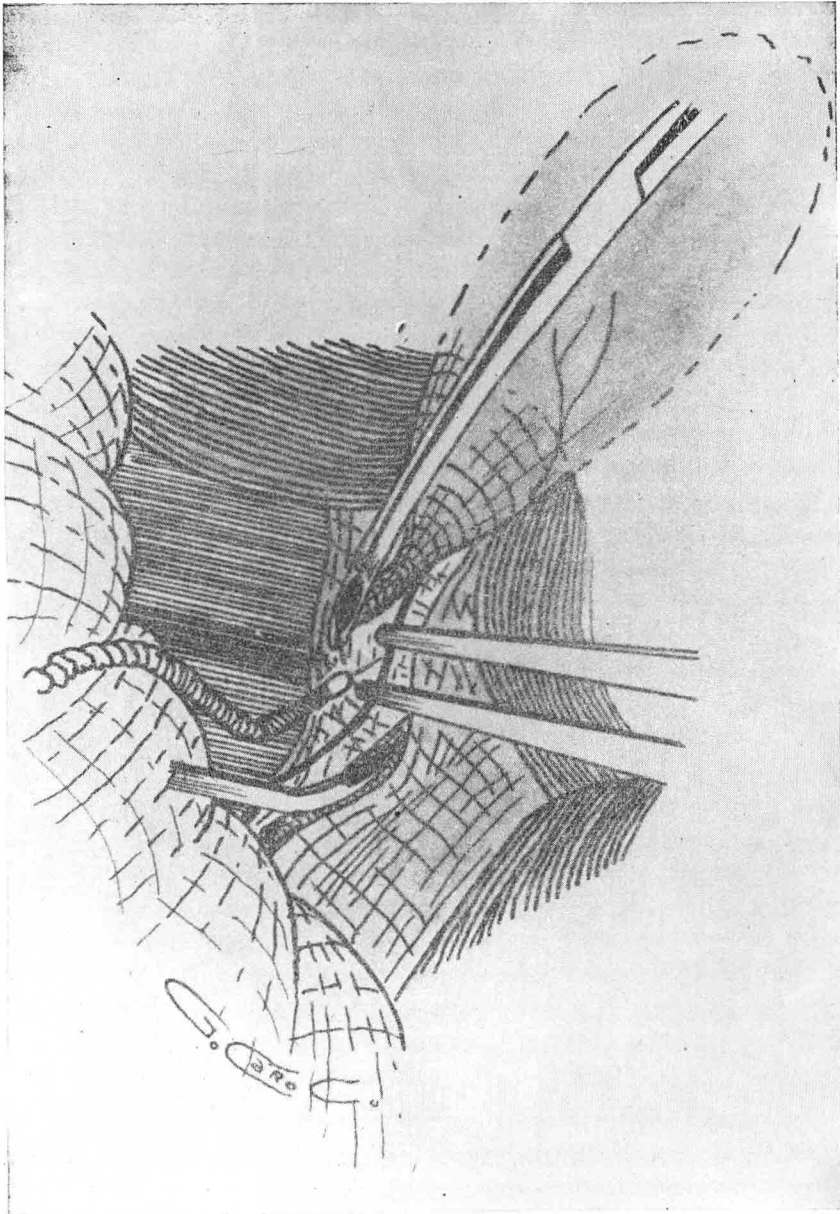


Fig. 4.—Corte del Cístico y reparación y corte de la arteria.

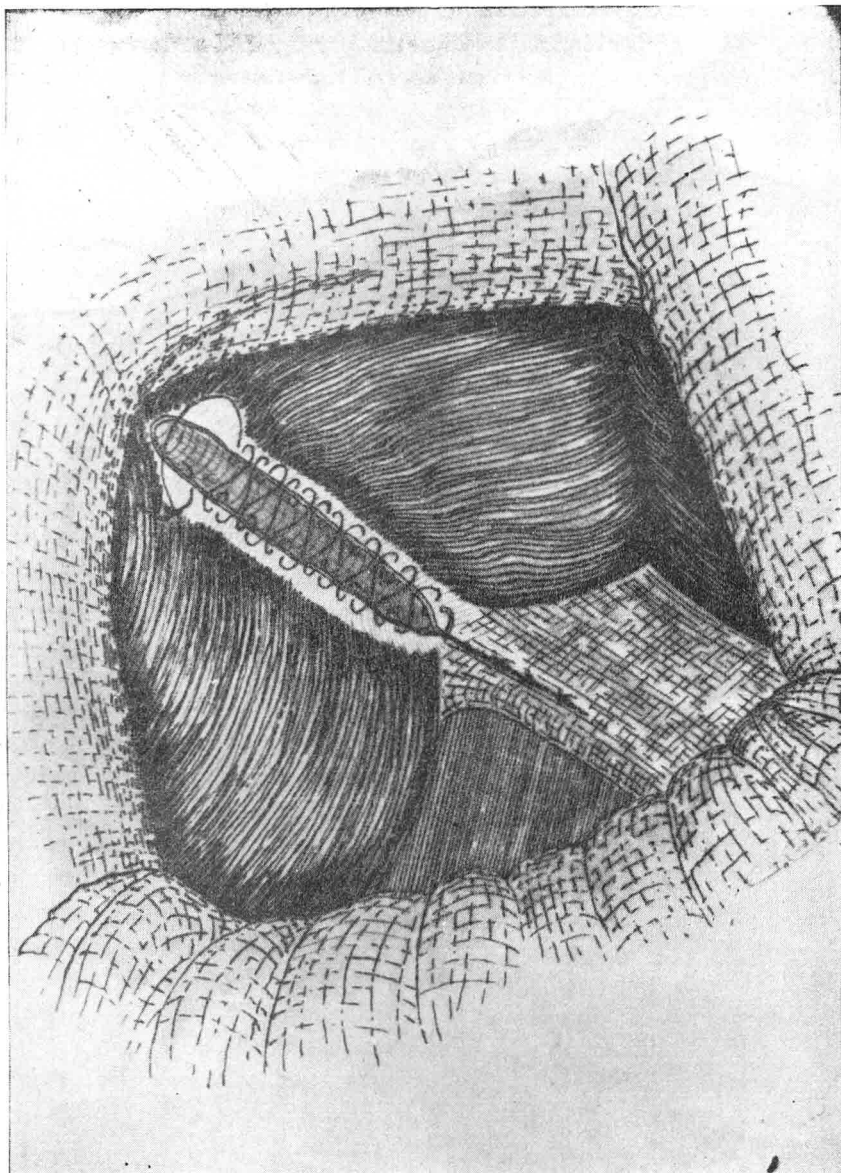


Fig. 5.—Cierre hépato-hepático del nicho vesicular con puntos de Connell-Mayo (Original)

III) Corte del cístico y ligadura de la arteria cística

Con precisión se colocan las pinzas especiales del cístico (fig. 3), y en seguida se procede a cortar el canal con tijeras. Al separar estas pinzas, aparece la arteria (una o dos ramas) que se pinza y secciona (fig. 4).

IV) Se continúa la colecistectomía retrógrada ya conocida.

V) Cierre del nicho hepático, por el procedimiento que denominamos "hepato-hepático", para lo cual utilizamos una aguja redonda, muy fina y de curva amplia, realizando puntos de Connel-Mayo que tomen bastante parenquima. (Fig. 5). Actuamos así, porque no siem-

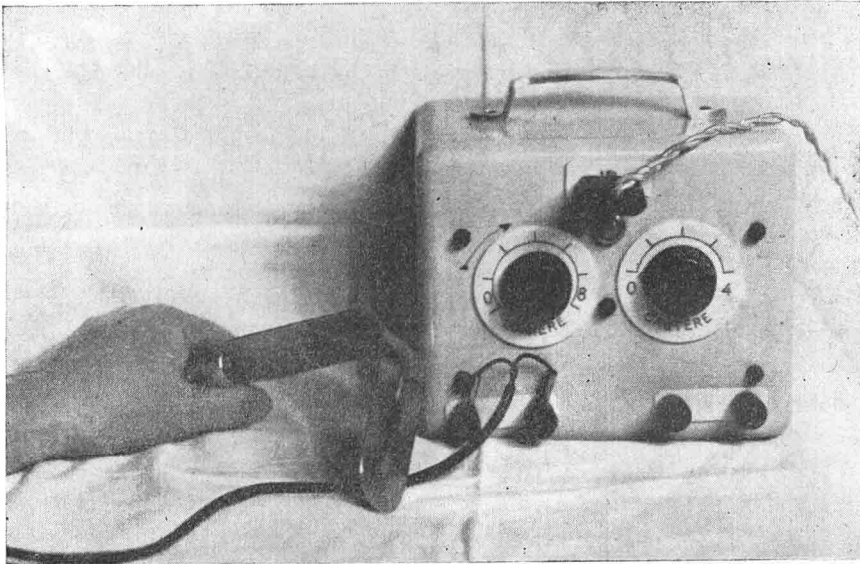


Fig. 6.—Reóstato conectado con el reparador luminoso.

pre es factible suturar la serosa que bordea el nicho (desgarrándose con frecuencia) y aún, cuando ello se consigue, la hemostasis del nicho no es tan segura como en el método propuesto, exponiendo a veces a la colorragia y al coleperitoneo. En estas condiciones el drenaje del peritoneo no es obligado.

VI) Cierre de la pared.

Sobre esta técnica, vale anotar dos hechos:

a) Que si el cístico poco se exterioriza con la pinza de Allis, puede conseguirse esto, cortando con tijeras y con cuidado la serosa que lo envuelve, produciéndose así, una verdadera "hernia" del conducto y una ampliación del ángulo cístico-hepático.

b) Que todas las veces, por razones obvias, no es posible practicar la técnica como se ha descrito, y entonces, se procederá a la cole-

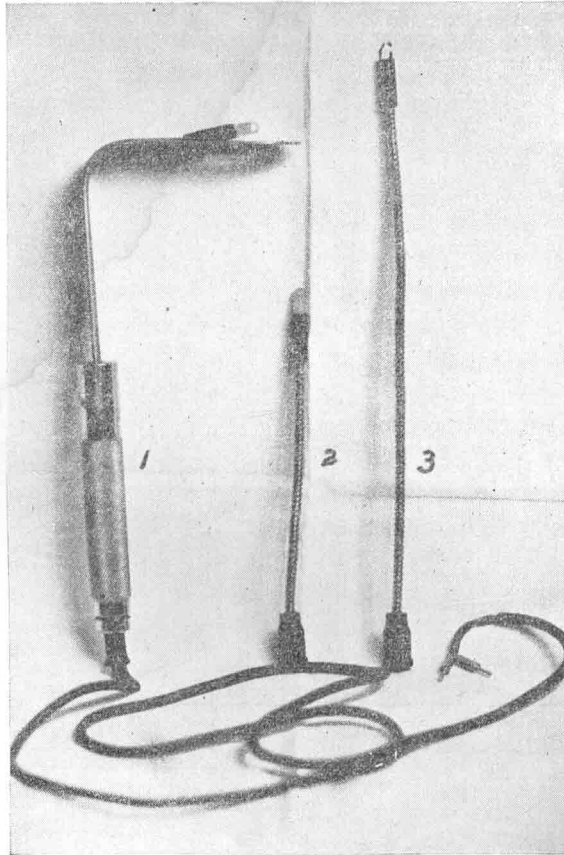


Fig. 7.—Material luminoso. 1) Separador angular. 2-3) "Flexolite" Camerón, modelo 459 ideado por Sir Henry Gray para cirugía cerebral.

cistectomía anterograda, en la cual la transiluminación presta una doble ayuda, permitiendo cortar con certeza (sin hemorragia) la serosa vesicular, al colocar detrás de ella el tallo flexible, lo cual facilita la hemostasis de vasos de algún calibre, y además, porque ayuda a tra-

bajar, con riesgos menores, en la "zona peligrosa" (cístico-hepática-coledociana).

Ventajas del método

Aun cuando saltan a la vista, insistiremos sobre las siguientes:

En caso de existir alguna anomalía en el trayecto de la arteria cística, puede ser descubierta por el método de la transiluminación, evitándose así accidentes tales como la hemorragia de un vaso cuya presencia no se había sospechado; en las anomalías del cístico también es de gran utilidad.

Sin el recurso de la transiluminación, es indudable que la toma de la arteria cística se hace a ciegas, por lo menos en un buen número de casos, y que los accidentes debidos a mala visibilidad son también frecuentes. Se puede cortar la cística, o ligar un vaso supernumerario, dejando sin pinzar el principal, produciéndose una gran hemorragia, que frecuentemente inunda el campo operatorio, dificultando y aún haciendo la intervención peligrosa, por la colocación de pinzas a "ciegas" en un pozo sanguíneo, muchas veces a pesar del recurso de un aspirador eléctrico. Así, se expone al paciente a muchos peligros, a veces irremediables, como son: el pinzamiento del colédoco o hepático, con la posible formación de estrecheces; o lo más grave, la ligadura parcial o total de la vía biliar principal.

Es obvio que la iluminación de la zona operatoria facilita enormemente las maniobras de exploración instrumental del hepatocolédoco y la colocación de un drenaje intrabiliar, así como plastias de la vía biliar principal.

Bogotá, febrero de 1949.

ALFONSO BONILLA NAAR

NOTA.—El autor agradece, muy especialmente, al doctor Alfredo Díaz Campos, interno del servicio, y cuya tesis de grado, sobre este tema fue calificada como "Meritoria" por el consejo de jueces de tesis de la Facultad Nacional, su valiosa colaboración en las intervenciones y desarrollo de este estudio. Al colega, Gabriel Caro, agradece las magníficas ilustraciones de la técnica.

Este trabajo fue concebido y realizado desde principios del año de 1945, tanto en clientela-privada como hospitalaria, en más de 60 intervenciones.