



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

UNIDAD BÁSICA SEDE CENTRAL

DIRECCIÓN: Calle 7 A No. 12 A 51 piso 2. BOGOTÁ D.C., BOGOTÁ D.C.

TELÉFONO: 57 6014069977 EXT.1211 - 1212

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBBOGSE-DRBO-02277-2023

CIUDAD Y FECHA: BOGOTÁ D.C., 05 de marzo de 2023
NÚMERO DE CASO INTERNO: UBBOGSE-DRBO-01744-C-2023 13154 31-MAR-'23 12:25
OFICIO PETITORIO: No. 00974 - 2022-09-29. Ref: Proceso 110013103022201000223 -
AUTORIDAD SOLICITANTE: JULIAN ANDREY VELASQUEZ HERNANDEZ
JUZGADO 45 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
JUZGADO
AUTORIDAD DESTINATARIA: JULIAN ANDREY VELASQUEZ HERNANDEZ
JUZGADO 45 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
JUZGADO
CRA. 10 N° 14-30 PISO 7
BOGOTÁ D.C., BOGOTÁ D.C.
NOMBRE PACIENTE: VICTORIA PEREZ DE BAUTISTA
IDENTIFICACIÓN: CC 20138059
EDAD: 82 años
ASUNTO: Responsabilidad profesional

METODOLOGIA

La aplicación del método científico en el desarrollo de las valoraciones medicolegales en el contexto específico de cada caso; como se establece en el procedimiento Abordaje medicolegal de casos relacionados con responsabilidad profesional en atención en salud DG-M-P-91 Versión: 01 de 29 de diciembre de 2017

MOTIVO DE PERITACIÓN

"...oficiarle a fin de que en el término de treinta (30) días rinda un informe sobre los hechos que son materia de este litigio, para lo que deberá tener en cuenta el siguiente cuestionario allegado por la parte demandante..."

INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA EL ESTUDIO

Se revisa información disponible en el link de documentción provista https://etbcsj-my.sharepoint.com/personal/j45cctobt_cendoj_ramajudicial_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fj45cctobt%5Fcendoj%5Framajudicial%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FEXPEDIENTES%20DIGITALES%2FA%3C%91O%202010%2F110013103022%202010%2000223%2000%20DG&ga=1 En el cual se encuentra un índice de contenido del expediente distribuido en 4 carpetas, en la

carpeta 01CDPruebasHistoria clínica de la Clínica Partenon a nombre de Victoria Pérez identificada con cc 20138059F2-5Epicrisis 26 nov a 8 dic 2005 con 589 folios

F 6-9Registro enfermería salas de cirugía 7 feb 2005.

f10-51Registro diario de enfermería 26 oct a 8 nov 2005

F52 - 77Registro diario de enfermería de 26 nov a 8 dic 2005 F78 - 81"Solicitudes autorizaciones de servicios 1 nov 05 exploración hepatoyeyunostomía 8 nov 05 Revisión de cavidad y recolocación de dren"

F82, 176, 191Gastos quirúrgicos 5 nov 05 F83 - 86"Evolución médica Nota operatoria 26 oct 05 15:35 Colectomía Cirujano Rafael Vergara 27 oct 05 8:00, 14(repisado):38 ""no tolera vía oral"", 28 oct 05 8:30 ""Tolerá...salida"" E Torres, 14:18 ""...suspender salida...náuseas, mareo, hipoxia, salida de abundante material serohemático...153/88...antiemético, analgésico... antihipertensivo, solicita valoración cirugía general"" I Rodriguez 20:00 h ""...secreción serobulbosa por herida quirúrgica...eco abdominal...hemograma"" A Moreno 29 oct 05 12:00 ""...

LILIANA MARCELA TAMARA PATIÑO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBBOGSE-DRBO-02277-2023



disminuyo dolor, tolera via oral...eco descartó colecciones intraabdominales..."JC Herrera"
F8729 oct 05 15:40 Cirugía "...DX fistula biliar pop colectistectomía. Plan se pasará a salas de
cirugía para revisión y drenaje" R Vergara

F8829/10/2005 17:50 F89- 92"Evoluciones médicas 30 oct 9:15, 14; 31 oct 6:03; 1 nov 8:15
""...P CPRE Se tramita hoy con la subdirección ...PT, PTT, eco..." E Torres Cirugía
""...drenaje 1550 cc/24 horas... fistula biliar por posible fuga de cístico..." R Vergara 14:57; 2
nov 15:45 ""...reporte de CPRE, papila mayor, vía pancreática normal irregularidad distal
colédoco excluido, amputax colédoco?? Papilotomía x recorte Se comenta con Dr. Vergara uien
refiere que se debe pasar nuevamente a salas de cirugía para realizar exploración,
hepatoyeyunostomía se envía hoja de autorización...viernes 8 .m."" I Rodríguez

F93Evolución cirugía 2 nov 05 18:00 "...se realiza CPRE...el hallazgo ...puede corresponder a
síndrome de Mirizzi II con la subsecuente probalbe lesión de vía biliar Plan se realizará nueva
exploración y hepaticoyeyunostomía ..." R Vergara

F94Inventario habitación

F95 -96Evolución médica 3 nov 6:10, 10:30, 15:45, repisado, 4 nov 6:00, 14:00

F975 nov 05 12:00 Nota operatoria "...cirujano Dr. Vergara Ayudante Dr. Higuera Dr. García,
Anestesiólogo Dr. Ardila General ...Hepaticoyeyunostomía en Y e Roux ileostomía de asa en
y..." R. Vergara F98-101"Evolución médica 5 nov 16:30; 6nov; 7nov 8:00 ""...drenaje moderado
de material hematopurulento claro..." D Díaz 8 nov 8:20 ""...líquido biliar x herida Qx con RslS
(disminuidos)...SS Electrolitos, CH..." 19:20 ""...CH 16600...N84%...Hb 9.3...PlaQ 372000...K
1,98...reposición K...definir posible cambio de AB se supendió gentamicina x completar 10 días
y riesgo de nefrotoxicidad"" E Torres 8 nov 05 C General ""...drenaje fecaloide a través de
herida quirúrgica ...abundante...no drenaje por Penrose...FC 96....reserva 2 U GRE ...revisión
de cavidad""González Otra R Vergara" F102 -103Evolución Anestesia 14:00 "...ss
gasimetría..." 16:35 "...SS Rx tórax..." I Rodríguez 17:45 (nota administrativa cotización) 22:10
Cirugía "...RX tórax ...atelectasia basal der...salas...procedimiento...colocación catéter
subclavio ...RX control...buena posición...revisión y lavado de cavidad + colocación de dren de
sump #2...hipoxemia se pasará a UCI..." R Vergara

F105-10826 nov 0516:30 Nota de ingreso a piso "...Sepsis severa de origen hepatobiliar
resuelta, SDRA 2o resuelto pop colecistectomía Fistula bilio cutánea en mejoría candidemia
sistémica resuelta HTA Depresión mayor...emesis...TA 112/54 FC 102 FR 20....colostomías #2
...eritematosa alrededor de dren de PEnsore Hx Qx con secreción amarillenta...K 4.02" A 27
nov 05 7:00 "...hdax parcialmente abierta con evisceración contenida ..."R Vergara 27 nov 11:30
28 nov 10:20 "...hoy último día vancomicina y día 14/21 imipenem" 17:45 F109-112Evolución
cirugía 29 nov 05 13:00 "...muy escaso dreaj biliar x ileostomía y hda qx no ha sido cuantificado
FC 92x'...buen paso de bilis por anastomosis..." R Vergara Psiquiatría "...psicoterapia de
apoyo...continuar sertralina 50 mg/día..." R Tamayo 30 ene 8:40, 16:43, 17:00 1 dic 05 9:00,
15:40, 19:50

F113Fecha 20051207 F114 -F1182 dic 05 6:08 Cirugía , psiquiatría "...insomnio...trazodone 50
mg/noche sertralina ..." R Tamayo 3 dic 6:00 "...no drenaje x hda qx y escaso x ileostomía FC
92...gamagrafía hepatobiliar ..." R Vergara 3 dic Psiquiatría 4 dic 10:20, psiquiatría; 5 dic 9:10
"...último día imipenem suspender fluconazol SS Ch, electrolitos..." E Torres 17:20, 6 dic 05 12:
30 "...CH 14200 leucos 66%N...hb 10,6 236000 plaq..." E Torres 7 dic 6:15 "...hda qx parcial/
abierta con asas expuestas contenidas plan pasar a sala cerrar hda qx piel retirar dren..." R
Vergara

F1197 dic 05 Nota operatoria "...cierre herida quirúrgica ...se retiró dren" R.Vergara F1207 dic
05 11:45 "...episodios eméticos...metoclopramida..." JA Rodríguez 8 dic 05 12:35 "...tolera via
oral... deposición(+)" TA 128/74 FC 90 FR 18 ...estable...se da salida..." Rodríguez F121 -
142, 193Órdenes médicas26 oct -8 nov, 26 nov -7 dic

F145Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica diagnóstica 2 nov 05 8:55 a 9:05
"...monitoreo...sedación...Bhioscina...papila mayor puntiforme y de localización baja. Se
opacifica vía pancreática que se observa de calibre y aspecto usuales. Se opacifica colédoco
que se observa con terminación irregular de etiología no clara y que se amputa aprox. a nivel
del cístico. SE intenta canalizar vía biliar...sin lograrlo por lo que se realiza papilotomía por

LILIANA MARCELA TAMARA PATIÑO

25/03/2023 15:42

Ciencia con sentido humanitario, un mejor país

Pág. 2 de 15

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBBOGSE-DRBO-02277-2023



precorte mediaten electrocirugía hasta límite ...sin lograr canalizar...múltiples intentos..en uno de esos intentos se produce inyección submucosa de medio de contraste que impide continuar con el procedimiento..." A PEñaloza

F146- 148, 149-152, 156, 164-167 , 461-531, 552-578Resultados paraclínicos

F149Informe Ecografía 29 oct 05 "...cambios de esteatosis hepática NO hay colecciones...bazo...normal...pancreas y retroperitoneo no valorables...riñones...habitual...vejida...no alteración...no visceromegalias, ni ascitis..." OE Pinzón F153-155, 255-257Epicrisis unidad de cuidados intensivos 8 nov a 26 nov 05

F 157 - 163, 168, 532-551, 578-587Evoluciones terapias Resp 5-8 dic, 26 nov-29 Fisioterapia 28 nov - 7 dic 05

F169-170Hoja quirúrgica 5 nov 05 Hepaticoyeyunostomía en Y de Roux "...lesión colédoco Bismuth I...conducto hepático muy angosto seccionado ligado proximal y distalmente diámetro +/- 2-3 mm...se verifica diámetro e imposibilidad de anastomosar por ser tan angosto Se realiza asa de Y de Roux Anastomosis termino termnal en 2 planos...se abre asa lateral...se introduce sonda...se introduce a través del asa en el conducto colocandola por el extremo distal del asa en Y se sutura el orificio del asa alrededor del conducto hepático (muñón proximal) fijándolo a peritoneo e hígado quedando el orificio (conducto) x dentro...se saca el asa...se realiza ileostomía se fija...dren de Penrose...se fija a piel...accidentalmente se sale la sonda, se sutura fascia...lava...sutura piel..." R Vergara

F171-2Hoja quirúrgica 29 oct 05 Revisión de cavidad, lavado y colocación de dren "...se reviso región subhepática fosa de Morrison sin evidencia drenaje bilis. No logro identificar cístico (el cual se evidenció corto y angosto en la cirugía anterior y gran cálculo) ...se abre cavidad se drena material bilioso se lava fosa de Morrison...se seca cavidad se coloca dren de Penrose en fosa de Morrison se saca por contraabertura se sutura peritoneo mas fascia...lava...sutura piel..." R Vergara

F173 Hoja quirúrgica 26 oct 05 Colelitiasis colecistitis "...tejidos enviados a patología vesícula biliar...vesícula distendida con gran cálculo en el cuello...se disea triángulo de Calot se realiza doble ligadura en conducto cístico seda 2 -0 se secciona se liga arteria cística se secciona se lava...se disecó vesícula vía fundocística y se extrajo" R Vergara

F174Hoja quirúrgica 8 nov 05 Revisión cavidad, lavado colocación drenes # 2 F175, 177, 217Consentimiento informado 7 dic 05, 29 oct, 20 oct 05 "...previa la advertencia que dicho médico me ha hecho con respecto a los riesgos previstos y consecuencias que conlleva la intervención quirúrgica mencionada, en los términos con los cuales los ha consignado en la historia clínica..."

F178Registros anestesia 8 nov 05, 5 nov 05, 29 oct, 26 oct, 12 oct,

F194Ecografía abdominal 24 ago 05 "...hígado es de forma, tamaño y ecogenicidad normales, sin lesiones focales o difusas vesícula distendida con cálculo único de 22 mm sin otras alteraciones en su contenido La vía biliar intra y extrahepática son de calibre normal... Colelitiasis sin signos de colecistitis..." C Corredor

F195- 214Valoración neumología 26 sep 05, reportes paraclínicos, ecocardiograma 10 sep 05, prueba de esfuerzo, rx tórax 7 sep 05, EKG

F206, 215-237, 328-337Registro administrativo afiliación, autorización F215"Solicitud valoración cirugía general Cesar Serna 26 ago 2005" F218Control signos vitales horarios 26 octubre de 15:40 a 21:00

F244-254Registro de medicamentos, instrumentos y atención médica F258-9Nota ingreso Cuidado intermedio 8 nov 05 "...4 procedimiento quirúrgico...en transoperatorio ...desaturación hasta 60%...atelectasia basal derecha...hipokalemia, leucocitosis, neutrofilia...anemización...monitoreo y manejo...soporte ventilatorio...corrección desequilibrio hidroelectrolítico, cambio manejo antibiótico alergia penicilina...ciprofloxacina metronidazol..." JA Torres

F260-262Interconsultas F263-274Historia nutricional 9 nov 05"...IMC 23,87...parenteral 9 - 21 nov..."

F275- 327Evoluciones médicas unidad de cuidados intensivos 9-26 nov 05 F338- 405Ordenes médicas 9-26 nov 05

LILIANA MARCELA TAMARA PATIÑO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
No.: UBBOGSE-DRBO-02277-2023



F407-413 Registro exámenes paraclínicos

F414 - 460 Registro enfermería UCI

F588 Oficio de Clínica Partenon envió 511 folios historia clínica 28 nov 2016

02 Pruebas Continuación 407 Folios fotografiados de mala calidad

F1 Ecografía abdominal 24 ago 05 Médicos asociados igual F194 Cuad01

F3 Formato referencia mejor salud sin fecha interconsulta colelitiasis, HTA, depresión

F5 Preservar Salud 7 septiembre 2005 Valoración prequirúrgica cardiología R Bustamante

F4 Hospital de San José 2 nov 05 Colangiopancreatografía igual a F145 cuaderno 01

F5 Epicrisis unidad de cuidados intensivos 8 nov a 26 nov 05 Clínica Partenon cuaderno 01

F153-155, 255-257

F11 Imágenes gamagrafía hepatobiliar. No se identifica fecha Hospital San Rafael

F14-16 Urgencias 23 mar 2006 "...5 días de ictericia, dolor epigastrio, hiporexia...sd obstructivo biliar pop colecistectomía. Hepaticoyeyunostomía, stents..."

F17 Interconsulta de cirugía general a gastroenterología 23 mar 06 "...eco hepatobiliar con vía biliar dilatada izquierda...se sugiere abordar vía biliar percutánea a través del asa yeyunal..." JM Salazar

F19-20 Constancia hospitalización 23 mar 06 "...fosfatasa alcalina 905 UI/L TGP 149 U/L TGO 62 UI/L PT 11,1/seg PTT 30 seg...WBC 25000 N 89% BT 14,92 BD 9,5 mg BI 5,07

...colangiografía retrógrada pro asa bocada estenosis severa de anastomosis biliodigestiva...

sugiere realizar abordaje transparieto hepático..." MF López F22-23 Epicrisis 23 mar a 7 abr 06

F24-25 Servicio de urgencias 10 may 2006 "...dolor...fiebre 39,5...disminución secreción ileostomía...colangitis...hospitalizar" CA Sanchez

F26-27 Formula de Gastroenterólogo Jesús Antonio Rodríguez 5 sep 06 "...instrumentación de vía biliar a través del asa del intestino expuesta...sin poder identificar anastomosis SE

programa para dilatación de anastomosis...posible stent bajo fluoroscopia..." JA Rodríguez F28

Epicrisis may 2006 "10 ...18 may 2006...un día ...fiebre...39,5...dolor...disminución secreción ileostomía...se inicia antibiótico...salida...esperan dilatación de vía biliar"

F30 8 sep 2006 Colangio endoscópica retrógrada transduodenal "...sin sedación...boca anastomótica puntiforme...canula...dilatador 8 fr...contrasta...posición en via biliar...drenaje

practicamente nulo...balón de dilatación...8 mm...sangrado escaso autolimitado...al terminar procedimiento...episodio convulsivo generalizado, con lateralización derecha de la mirada...FC

40 x min SO2 97% TA 70/40...oxígeno...intesivista...EKG posible infarto de cara inferior con bloqueo de tercer grado...cuidado intensivo para marcapaso...manejo..." J Rodríguez F32

Ingreso a UCI imagen de mala calidad no permite lectura

F364 oct 06 "...remitida para valoración con diagnóstico de bloqueo AV...posteriormente intentando pasar marcapaso transitorio presenta varios episodios de TV al parecer colapsante

que requirió cardioversión eléctrica...cateterismo cardíaco coronarias normales...EKG actual normal...TA 120/70 FC 75 ...síncope en estudio...test holter de EKG loratadina...25 oct 06 holter

aisladas extrasístoles ventriculares...valoración por neurología..."CB Silva F3718 oct 06 F Clínica Shaio Prueba de mesa basculante "...negativa para síncope neurocardiogénico..." F

Rosas

F38 Illegible

F39 Epicrisis 3 nov a 20 nov 2006 "...Mejor salud...colangitis..." JA Lorenzo Clínica Palermo

F41 Colangio endoscópica retrograda transduodenal 8 nov 2006 "...anastomosis hepatoyeyunal completamente sellada...dilatador...8 mm...no se obtiene drenaje de bilis...ecografía...vía biliar

de lóbulo derecho calibre normal...izquierda ...dilatada...se decide realizar el 10 de noviembre un nuevo procedimiento combinado..." J Rodríguez

F42 11 nov 06 Eco derivación drenaje amb "control fluoroscópico y ecográfico demostrando dilatación de la vía biliar tanto ...derecho como izquierdo y ...hepático común...punción guiada

con ecografía...micropunción...se avanzó... Guía, dilatador y catéter de drenaje...se deja... extremo en hepático común. No hay paso del medio de contraste hacia las asas ...se deja

sistema interno externo...líquido biliar purulento con detritus...se deja cateter abierto continuar con antibioticoterapia...en una semana una vez disminuya el grado de inflamación ...se

LILIANA MARCELA TAMARA PATINO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBBOGSE-DRBO-02277-2023



intentará paso y colocación de stent vía endoscopia hacia el asa de chen." JH Morales

F43 JRodríguez 5 dic 06 "...exploración de hepático yeyunostomía a través de vía subcutánea...drenaje biliar percutáneo..." J Rodríguez

F44C Palermo 21 dic 06 "...revisión catéter de drenaje...radiografía preliminar...a través del cateter...medio de contraste ...muñón de hepático común ...estenosis concéntrica en el área de anastomosis con el yeyuno...se intentó avanzar guía...varios intentos...catéter de drenaje sin lograr avanzarlo a yeyuno..." JH Morales

F45C Palermo 14 ene 07 "...drenaje biliar...se retira cateter de drenaje y se pasa cateter angiográfico cobra ...se logra avanzar hacia el asa yeyunal ...dilatación hasta 10 Fr con dilatadores vasculares...se avanza cateter de drenaje biliar ..extremo en asa yeyunal con sus agujeros proximales al interior de la vía biliar" JH Morales

F46C San Rafael 24 ene 07 "...solicitud stent biliar..."

F47C Palermo 08/05/07 Colangiografía postoperatoria "...cateter de drenaje biliar...neumobiliar...contraste...adecuada posición agujeros del cateter, vía biliar intrahepática es de calibre así como pequeño remante hepático común...opacificación de asas...paso del medio desde la vía biliar a través del área de anastomosis..." JH Morales

F48Idime 9 jun 07 "...fosfatasa alcalina 211 u/L BT 0,49 mg/dl..."

F49Colangiografía retrógrada 27 nov 07 "...catéter...contraste...estudio colangiográfico...vía biliar intrahepática de calibre normal con opacificación del árbol izquierdo y derecho...irregularidad con estenosis en el origen del conducto hepático común cuya longitud hasta el área anastomótica es de 18 mm. Paso fácil del medio de contraste hacia el asa yeyunal...programada para colocación de prótesis autoexpandible" JH Morales

F50 - 52Valoración preanestésica 30 nov 07 para colocación stent

F53C Palermo Ecografía abdomen "...solución de continuidad que se extiende a lo largo de cicatriz quirúrgica costal derecha, con diastasis muscular hasta 3 cm ...paso de asas intestinales del contenido abdominal a través del defecto...sistema de drenaje biliar..." JH Morales

F54- 55Clínica Palermo "...3 jun 08 ...ingresa para eventrorrafia con malla..."

F56-59, 61Medicos Asociados Psiquiatría 8 jul 08 LM Ruiz F60 TAC abdomen y pelvis 26 ago 08 "...colecciones en la pared abdominal ...contacto...malla...eventración...nivel hidroaéreo...derivación transparietohepática sin dilatación de la vía biliar intrahepática, neumobilia particularmente en el árbol biliar izquierdo..." HA Bernal

F62-107Clínica Partenon ya incluidos en Cuaderno 01 F108-121Clínica Palermo Resumen Ingreso 8-21 sep 2006 Colangitis UCI F122-163Facturas Clínica Palermo Particular 11 nov 06, 20 dic 06, 17 ene 07, 8 jun 07, 5 jul 07, 8 may 08, 3 jun 08, 15 jul 08,

F164-407Hospital Universitario Clínica San Rafael Historia clínica

03 Pruebas282F81 - 282Fundación cardiointantil 30 sep 2013 Clínica del dolor "dolor lumbar crónico, espalda fallida, dolor radicular... analgesia multimodal...bloqueo...hidrocodona...acetaminofen...morfina...duloxetina...bisacodilo..." MC Figueredo 24 sep 13 "...inyección de corticoide peridural..." 25 sep 13 "...Bloqueo articulación sacroilíaca der+infiltración puntos gatillo..." 17 ene 2012 "...artrodesis de columna lumbar con dolor crónico de difícil manejo sind regional complejo...absceso peridural...diabetes mellitus insulino dependiente,...disnea..."

OTROS RECURSOS UTILIZADOS

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Se hace una revisión general del tema en bibliografía así:

VÍA BILIAR En una serie publicada en 2017 de 100 personas adultas en Bogotá, se estableció mediante ecoendoscopia que el tamaño del colédoco en promedio fue 4,88 mm (intervalo entre 2,6-7 mm), en el grupo de pacientes con Vesícula Biliar (88%) el tamaño promedio del colédoco fue de 4,16 mm (intervalo entre 2,6-6 mm), en el subgrupo de mujeres con vesícula intacta el CBC en promedio fue de 3,9 mm (intervalo entre 2,6-5 mm) y en hombres con vesícula intacta el CBC fue de 4,42 mm (intervalo entre 3-6 mm), en el grupo de pacientes colecistectomizados el

LILIANA MARCELA TAMARA PATINO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBBOGSE-DRBO-02277-2023



tamaño promedio del colédoco fue de 4,88 mm (intervalo entre 3-7 mm), en el grupo de mujeres colecistectomizadas el promedio fue de 4,84 mm (intervalo entre 4,6-7 mm) y en hombres colecistectomizados el promedio fue de 4,92 mm (intervalo entre 3-7 mm). (Gomez Zuleta MA, Ruiz Morales OF, Otero W. ¿Cuál es el tamaño normal del conducto biliar común? Rev Colomb Gastroenterol / 32 (2) 2017)

COLECISTECTOMÍA EN COLELITIASIS COLECISTITIS MUJERES ADULTAS MAYORES El tratamiento actual de la coleditiasis sintomática (cólico biliar) y de la colecistitis aguda es la colecistectomía laparoscópica o abierta. La colecistectomía temprana es el procedimiento más recomendado (dentro de 7 días desde el inicio del cuadro agudo) y colecistectomía tardía al procedimiento realizado en un periodo mayor a las 6 semanas desde el ultimo cuadro de agudización [Gurusamy KS, Davidson C, Gluud C, Davidson BR. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for people with acute cholecystitis. Cochrane Database Syst Rev 2013; 6:CD005440.]. [Yokoe M, Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, Mayumi T, et al. TG13 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci 2013; 20(1):35-46. DOI: 10.1007/s00534-012-0568-9.] para determinar si el procedimiento será mejor abierto o por laparoscopia. Díaz-Rosales, Juan de Dios; Alcocer-Moreno, Juan Antonio Laparoscopic cholecystectomy in adult women with symptomatic cholelithiasis vs acute lithiasic cholecystitis grade I bArchivos de Medicina (Col), vol. 18, no. 1, 2018, January-June, pp. 114-120

COLECTISTECTOMÍA Y LESIONES DE LA VÍA BILIAR Los cálculos en la vesícula biliar son un motivo de consulta frecuente en urgencias y consulta externa, cuyo manejo es la colecistectomía, que en las últimas décadas es principalmente laparoscópica. Dentro de los riesgos previstos está la fistula biliar, que ocurre en el 1% de las cirugías y cuyos factores de riesgo incluyen la dificultad de la disección y la visualización de la vía biliar por inflamación, obesidad y variantes anatómicas. Las fugas biliares pueden ocurrir por lesión directa durante la cirugía, que frecuentemente pasa inadvertida, pero pueden ocurrir también por cálculos en la vía biliar que generan un aumento de la presión en el conducto o desprendimiento de los clips. En el posoperatorio, se presenta como dolor abdominal, colecciones o peritonitis biliar. Cuando no hay sección completa del árbol biliar principal, el manejo de elección debe ser por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), pero el método endoscópico de elección no está claro. Algunos estudios muestran que es mejor la papilotomía sola, otros la inserción de una prótesis biliar plástica o terapia combinada; es por esto que las sociedades científicas internacionales divergen en sus recomendaciones. Por una parte, la Sociedad Estadounidense de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) recomienda esfinterotomía sola, colocación de prótesis biliar o dren nasobiliar con o sin esfinterotomía, con el fin de disminuir el gradiente de presión entre el ducto biliar y el duodeno(20). Por otra parte, la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE) recomienda solo la colocación de prótesis biliar sin esfinterotomía, excepto en adultos mayores, en quienes recomienda solo la esfinterotomía para evitar otra CPRE. Se han desarrollado varios sistemas de clasificación para describir las lesiones biliares iatrogénicas, incluidos Bismuth, (Bismuth H, Majno PE. Biliary strictures: Classification based on the principles of surgical treatment. World J Surg 2001;25:1241-4.), Strasberg(Strasberg SM, Hertl M, Soper NJ. An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. J Am Coll Surg 1995;180(1):101-25.) Stewart y Camino (Stewart L, Way LW. Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy. Arch Surg 1995;130:1123-9.), McMahon (McMahon AJ, Fullarton G, Baxter JN, et al. Bile duct injury and bile leakage in laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg 1995;82:307-13.), Neuhaus (Schmidt SC, Settmacher U, Langrehr JM, et al. Management and outcome of patients with combined bile duct and hepatic arterial injuries after laparoscopic cholecystectomy. Surgery 2004;135:613-8.), y Hannover (Bektas H, Schrem H, Winny M, et al. Surgical treatment and outcome of iatrogenic bile duct lesions after cholecystectomy and the impact of different clinical classification systems. Br J Surg 2007;94(9):1119-27.). La clasificación de Strasberg es la más conocida y usada hasta la actualidad, incluye en las lesiones tipo E la clasificación de Bismuth Tipo A: Lesiones que conducen a la fuga de bilis del conducto cístico, el lecho hepático o un conducto accesorio.

LILIANA MARCELA TAMARA PATIÑO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBBOGSE-DRBO-02277-2023



Bien sea por fuga de la ligadura o clipaje del cístico, cálculos biliares retenidos que aumentan la presión y favorecen la fuga. También puede ser por lesión del conducto hepático común, así como de un conducto de Luschka que comunica el sistema ductal hepático derecho con la vesícula biliar. Tipo B y C: Lesiones relacionadas con un conducto hepático derecho aberrante. En el 2% de los pacientes, el conducto cístico drena en un conducto hepático derecho aberrante que se une al sistema ductal principal. El conducto hepático derecho aberrante puede confundirse con el conducto cístico y, por lo tanto, ocluirse (tipo B) o seccionarse (tipo C) en el punto de inserción en el conducto hepático principal o en el colédoco. Tipo D: estas lesiones se deben al daño lateral de los conductos biliares extrahepáticos y provocan una fuga biliar. Todo el parénquima hepático permanece en comunicación con el duodeno. Tipo E: estas son lesiones circunferenciales de los conductos biliares principales. Se subclasifican según el nivel de lesión en el árbol biliar (clasificación de Bismuth):

- E1 (Bismuth tipo I)—Transección >2 cm desde la confluencia.
- E2 (Bismuth tipo II): sección <2 cm desde la confluencia.
- E3 (Bismuth tipo III): lesión (oclusiva) en la confluencia; la confluencia está intacta.
- E4 (Bismuth tipo IV): lesión (oclusiva) en la confluencia; la confluencia está separada.
- E5 (Bismuth tipo V): lesión tipo C más lesión (oclusiva) en la confluencia.

Además se clasifican las fugas biliares en 2 grupos en función de su aspecto colangiográfico: Fugas de alto grado: aquellas que muestran una extravasación rápida de contraste del árbol biliar en la inyección inicial, momento en el que se ha producido un llenado intrahepático insignificante. Las lesiones tipo E son lesiones circunferenciales de los conductos biliares y hepáticos comunes y conducen a la separación del parénquima hepático de los conductos inferiores y el duodeno. La separación ocurre debido a la estenosis del conducto, la oclusión completa del conducto o la pérdida de tejido ductal debido a la resección o ablación con cauterización. Por lo general, se requiere reparación quirúrgica. (Ahmad, D. & Faulx, A. (2020). Management of Postcholecystectomy Biliary Complications: A Narrative Review. The American Journal of Gastroenterology, 115 (8), 1191-1198. doi: 10.14309/ajg.0000000000000704.) Una serie de 24 casos en Colombia demostró que La localización más frecuente de la fístula fue en el conducto cístico (40%), seguidos del conducto de Luschka (27%) y hepático común (13%), lo cual en la clasificación de Strasberg-Bismuth representa el 68% del tipo A y 22% del tipo D; y en dos pacientes no se pudo identificar el sitio anatómico de la fuga. Predominaron las fístulas biliares de bajo grado en el 73%. Los pacientes que se manejaron tempranamente antes de las 72 horas tuvieron una resolución de la fístula del 100% en comparación con los tardíos, que fue del 82%, y el promedio de estancia hospitalaria fue menor con una mediana de 3 días frente a 4 días. (Delgado-Villarreal A, Cañadas-Garrido R, Pulgarín C, Muñoz-Velandia Ó. Experiencia del manejo por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica de las fístulas biliares poscolecistectomía en un hospital de referencia en Colombia. Revista Colombiana de Gastroenterología [Internet]. 2022 Oct) (Ahmad DS, Faulx A. Management of Postcholecystectomy Biliary Complications: A Narrative Review. The American journal of gastroenterology [Internet]. 2020 Aug) La experiencia del centro y del cirujano es el factor más destacado para el resultado de la intervención quirúrgica de la lesión de la vía biliar en el posoperatorio. Además, el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado también juegan una gran importancia en el manejo de esta complicación compleja y devastadora. (Battal M, Yazici P, Bostanci O, Karatepe O. Early Surgical Repair of Bile Duct Injuries following Laparoscopic Cholecystectomy: The Sooner the Better. Surg J (N Y). 2019 Oct 18;5(4):e154-e158) (Anand U, Kumar R, Priyadarshi RN, Kumar M, Kumar R, Ahmed N, John AG, Parasar K, Kumar B. Analysis of outcomes of biliary reconstruction after post-cholecystectomy bile duct injuries. ANZ J Surg. 2021 Jul;91(7-8):1542-1548. doi: 10.1111/ans.17047. Epub 2021 Jun 28. PMID: 34184389.) El manejo para la lesión tipo E es la hepaticoyeyunostomía convencional en Y de Roux sin stent intraanastomótico, en el posoperatorio se puede desarrollar fístula biliar de bajo gasto, infección del sitio quirúrgico, neumonía y estenosis biliar. El manejo dentro de las 48 a 72 horas iniciales son el momento del final de la fase de inflamación y el comienzo de la fase de proliferación y la cicatrización de heridas. Después de este período, la reparación quirúrgica

LILIANA MARCELA TAMARA PATIÑO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBBOGSE-DRBO-02277-2023



de BDI tiene una alta tasa de estenosis, puesto que comienza la fase de fibrosis(Hajar N A, Tomu C, Mocan L et al. Management of bile duct injuries following laparoscopic cholecystectomy: long-term outcome and risk factors influencing biliary reconstruction. Chirurgia (Bucur) 2014;109(04):493–499.). Se recomienda la reoperación dentro de las 72 horas iniciales, de lo contrario 6 semanas después. (Sahajpal A K, Chow S C, Dixon E, Greig P D, Gallinger S, Wei A C. Bile duct injuries associated with laparoscopic cholecystectomy: timing of repair and long-term outcomes. Arch Surg. 2010;145(08):757–763.) (Dominguez-Rosado, Ismael MD; Sanford, Dominic E. MD; Liu, Jingxia MS, PhD; Hawkins, William G. MD; Mercado, Miguel A. MD. Timing of Surgical Repair After Bile Duct Injury Impacts Postoperative Complications but Not Anastomotic Patency. Annals of Surgery 264(3):p 544-553, September 2016) Referencias Colombia Hoyos SI., Quintero VM. Lesión quirúrgica de la vía biliar: experiencia en la Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Pancreática del Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín Rev Colomb Cir. 2009;24:244-9. Macías Gómez, Carlos A. Diagnóstico y manejo endoscópico de las complicaciones biliares postoperatorias. Rev Col Gastroenterol [Internet]. 2004 June [cited 2023 Mar 25] ; 19(2): 94-99. Marulanda S. Accidentalidad Quirúrgica de las Vías Biliares, Clasificación y Tratamiento. Revista de Cirugía 2000, Volumen 15 No. 4

SINDROME DE MIRIZZI

El cirujano Argentino Pablo Mirizzi (1893-1964) presentó la colangiografía intraoperatoria en 1937 (Mirizzi PL Observaciones sobre fisiopatología de la vía extrahepática mediante la colangiografía operatoria. Acad. Nac. Med. Sesión del 22 de octubre de 1937. Buenos Aires) como un método para explorar la vía biliar mediante la introducción de medio de contraste describió anatomía y funcionalidad de la vía biliar (P. L. Mirizzi. Physiologic Sphincter of Hepatic Bile Duct. Archives of Surgery [Internet]. 1940 Dec 1 [cited 2023 Mar 5];41:1325 y en 1948 describió la obstrucción parcial del conducto hepático común por la obstrucción del conducto cístico o del infundíbulo vesicular y la inflamación de los conductos cístico y hepático común. (Mirizzi PL Síndrome funcional del conducto hepático. Jour. Int. Chir. 1948. 28(3):731-777) lo que se ha denominado síndrome de Mirizzi. La compresión puede conducir a obstrucción externa, erosión, fibrosis o fístula con varios niveles de complejidad (Senra, F.; Navaratne, L.; Acosta, A.; Martínez-Isla, A. Laparoscopic Management of Type II Mirizzi Syndrome. Surg. Endosc. 2020, 34, 2303–2312) (Mithani, R.; Schwesinger, W.H.; Bingener, J.; Sirinek, K.R.; Gross, G.W.W. The Mirizzi Syndrome: Multidisciplinary Management Promotes Optimal Outcomes. J. Gastrointest. Surg. 2008, 12, 1022–1028) (Chen, H.; Siwo, E.A.; Khu, M.; Tian, Y. Current Trends in the Management of Mirizzi Syndrome: A review of literature. Medicine 2018, 97, e9691). Inicialmente, Mirizzi pensó que el síndrome que describió era funcional, en lugar de solo mecánico. Él creía que la inflamación en las estructuras circundantes predispone a un "esfínter del conducto biliar" a contraerse y causar estenosis biliar. Más tarde, su teoría fue descartada debido a la falta de cualquier esfínter en esa área [Beltrán, M.A. Mirizzi Syndrome: History, Current Knowledge and Proposal of a Simplified Classification. World J. Gastroenterol. 2012, 18, 4639–4650.]. Hubo informes de clasificación del síndrome de Mirizzi como la compresión del conducto biliar por estructuras distintas de un cálculo biliar, como el cáncer de vesícula biliar o una vesícula biliar grande, distendida e inflamatoria, pero algunos autores sugieren evitar tal confusión y se refieren a la EM como solo una enfermedad de cálculos (Davlatov, S.; Rakhmanov, K.; Qurbonov, N.; Vafayeva, I.; Abduraxmanov, D. Current State of the Problem Treatment of Mirizzi Syndrome (Literature Review). Int. J. Pharm. Res. 2020, 12, 1931–1939) Se realiza búsqueda en Pubmed con los términos mirizzi cholecystectomy entre 2000 y 2005 se encuentran 42 resultados se revisan los resúmenes y se identifica la siguiente información relevante para dar respuesta al presente caso. La obstrucción extrínseca benigna del conducto hepático, conocida como "síndrome de Mirizzi", es una complicación infrecuente de la coledolitiasis de larga evolución. (Schäfer M, Schneiter R, Krähenbühl L. Incidence and management of Mirizzi syndrome during laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc. 2003 Aug;17(8):1186-90; discussion 1191-2. doi: 10.1007/s00464-002-8865-z. Epub 2003 May 13. PMID: 12739118) Se han propuesto varias estrategias para el manejo de los cálculos retenidos dentro del árbol biliar después de la colecistectomía. Caso único de un cálculo remanente del

LILIANA MARCELA TAMARA PATIÑO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBBOGSE-DRBO-02277-2023



conducto cístico que causa el síndrome de Mirizzi, (Janes S, Berry L, Dijkstra B. Management of post cholecystectomy Mirizzi's syndrome. J Minim Access Surg. 2005 Mar;1(1):34-6. doi: 10.4103/0972-9941.15244. PMID: 21234142; PMCID: PMC3016474.) La incidencia de cálculos retenidos o recurrentes en el árbol biliar después de la colecistectomía es de 1,1 % a 7 %. El tratamiento depende de la ubicación de los cálculos dentro del árbol biliar, y los cálculos retenidos en el remanente del conducto cístico son muy inusuales. Un cálculo remanente del conducto cístico que causa el síndrome de Mirizzi es extremadamente raro, con solo 3 casos informados hasta la fecha (Endo I, Nagamine N, Nakamura Y, Nikuma H, Kato S. On the Mirizzi syndrome- benign stenosis of the hepatic duct induced by a stone in the cystic duct or neck of the gallbladder. Gastroenterol Jpn. 1979;14:155-61.. Sare M, Gurer S, Taskin V, Aladag M, Hilmioglu F, Gurel M. Mirizzi syndrome: Choice of surgical procedure in the laparoscopic era. Surg Laparosc Endosc. 1998;8:63-7. Sowula A, Groele H. Mirizzi syndrome caused by gallstone in long remnant of a cystic duct. Wiad Lek. 1999;52:85-8.) El síndrome de Mirizzi es una causa rara de síntomas biliares e ictericia. Describe una obstrucción del conducto biliar hepático común por compresión externa causada por un cálculo biliar impactado en el cuello de la vesícula biliar o en el conducto cístico. Esta configuración generalmente se asocia con colelitiasis. (Vetter S, Weickert U, Jakobs R, Siegel E, Riemann JF. Mirizzi-Syndrom bei steinfreier Gallenblase [Mirizzi Syndrome without Cholelithiasis]. Z Gastroenterol. 2003 Dec;41(12):1161-5. German. doi: 10.1055/s-2003-45273. PMID: 14661126.) Una serie de India durante un período de 3 años, desde enero de 1996 hasta diciembre de 1998 reportó veintisiete pacientes operados, lo que constituyó el 0,9% de 2840 pacientes que se sometieron a colecistectomía laparoscópica en el departamento de los autores. Había 12 pacientes con síndrome de Mirizzi tipo I y 15 pacientes con síndrome de Mirizzi tipo II, según la clasificación de McSherry (Tipo I el cálculo dentro de la vesícula comprime externamente el hepático común, II el cálculo obstruye totalmente el cístico, III el cálculo obstruye parcialmente el colédoco, IV el cálculo obstruye completamente el colédoco y el V la obstrucción de los cálculos dentro de la vesícula ocasiona una fístula). Se informaron seis (22%) conversiones, todas debido a la anatomía poco clara y las limitaciones inherentes del abordaje laparoscópico. Para los restantes 21 (78%) pacientes, el procedimiento se completó por vía laparoscópica. No se requirió anastomosis bilioentérica. La inserción preoperatoria de un stent en el colédoco (CBD) durante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) permitió lograr el cierre primario del colédoco en todos los casos. No hubo mortalidad perioperatoria y los pacientes se mantuvieron bien durante un seguimiento promedio de 2,1 años. Es muy deseable tener un diagnóstico preoperatorio de síndrome de Mirizzi, y el abordaje laparoscópico no es una contraindicación en centros especializados. El protocolo de manejo actual para tratar el síndrome de Mirizzi consiste en un alto grado de sospecha en la CPRE, con colocación de stent en el preoperatorio y limpieza completa del cálculo con colecistectomía subtotal en el intraoperatorio.(Chowbey PK, Sharma A, Mann V, Khullar R, Baijal M, Vashistha A. The management of Mirizzi syndrome in the laparoscopic era. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2000 Feb;10(1):11-4. PMID: 10872519.) (Gomez G. Mirizzi Syndrome. Curr Treat Options Gastroenterol. 2002 Apr;5(2):95-99. doi: 10.1007/s11938-002-0056-4. PMID: 11879589.) Dentro de los hallazgos en el síndrome de Mirizzi dado que implica un proceso inflamatorio de larga duración da como resultado la formación de muchas adherencias densas, duras y fibrosas entre la vesícula biliar y el conducto biliar derecho. También puede encontrarse una vesícula biliar de paredes gruesas o una vesícula biliar contraída, especialmente cuando hay una fístula. Sin embargo, cuando una fístula está ausente, la vesícula biliar puede agrandarse e inflamarse debido a un bloqueo del conducto cístico. Operar en la anatomía difícil y las adherencias en la EM es un desafío y la disección del triángulo de Calot puede provocar lesiones en las vías biliares o sangrado. Una revisión sistemática confirma como síntomas principales dolor abdominal en el cuadrante superior derecho e ictericia. Paraclínicos con niveles de ALT, AST, ALP, GGT y bilirrubina sean en su mayoría elevados. Debido al proceso inflamatorio, el WBC también es generalmente alto. Sin embargo, los números pueden variar en diferentes etapas del síndrome. La ecografía fue la herramienta de diagnóstico inicial utilizada en varios estudios, pero su sensibilidad varió desde un pequeño porcentaje hasta aproximadamente el 50%. Los

LILIANA MARCELA TAMARA PATIÑO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBBOGSE-DRBO-02277-2023



niveles de sensibilidad 63-89% para CPRM y 63-72% para CPRE, entre el 63 y el 73% para endosonografía. Hacer un diagnóstico preoperatorio sigue siendo difícil, pero los números varían mucho, entre el 12% y el 84%. Muchos autores subrayan la importancia de un diagnóstico preoperatorio de EM para evitar exponer a los cirujanos a condiciones quirúrgicas difíciles y, por lo tanto, para limitar las complicaciones eligiendo el enfoque correcto. La investigación muestra una alta tasa de conversión cuando el diagnóstico no se realiza antes de la cirugía y esto aumenta con el avance de la enfermedad (Zhao, J.; Fan, Y.; Wu, S. Safety and Feasibility of Laparoscopic Approaches for the Management of Mirizzi Syndrome: A Systematic Review. Surg. Endosc. 2020, 34, 4717–4726.) (Tazuma, S.; Unno, M.; Igarashi, Y.; Inui, K.; Uchiyama, K.; Kai, M.; Tsuyuguchi, T.; Maguchi, H.; Mori, T.; Yamaguchi, K.; et al. Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Cholelithiasis 2016. J. Gastroenterol. 2017, 53, 276–300) Algunos de los factores propuestos que podrían explicar por qué los cálculos secundarios del colédoco retenido escaparon a la detección en el período perioperatorio incluyen la presencia de pequeños cálculos asintomáticos en el colédoco, cálculos pasados por alto en las imágenes preoperatorias o cálculos que migraron de la vesícula biliar al colédoco intraoperatoriamente con manipulación de la vesícula biliar. Los hallazgos clínicos asociados con los cálculos de CBD retenidos sintomáticos incluyen dolor abdominal, fiebre, ictericia, anomalías de la función hepática, colangitis aguda y pancreatitis aguda. Aproximadamente el 3 % de los pacientes con cálculos de colédoco retenido son asintomáticos. La esfinterotomía biliar generalmente se necesita para el tratamiento de cálculos de colédoco retenidos. La mayoría de los cálculos de hasta 1,5 cm se pueden extraer con catéteres de cesta y balón. En presencia de una estenosis biliar, los cálculos por encima de la estenosis pueden extraerse después de la dilatación con globo. La litotricia mecánica se puede utilizar para romper cálculos grandes o cálculos por encima de una estenosis. Ocasionalmente se necesita litotricia electrohidráulica o con láser para cálculos difíciles. En presencia de una fuga biliar y/o estenosis, a menudo se requiere la colocación de un stent biliar (Klekowski J, Piekarska A, Góral M, Kozula M, Chabowski M. The Current Approach to the Diagnosis and Classification of Mirizzi Syndrome. Diagnostics. 2021; 11(9):1660.)

FACTORES DE RIESGO PARA LESIONES DE LA VÍA BILIAR Edad/sexo: los pacientes de edad avanzada y sexo varón tienen un riesgo incrementado (A. Waage, M. Nilsson. Iatrogenic bile duct injury: a population-based study of 152 776 cholecystectomies in the Swedish Inpatient Registry. Arch Surg, 141 (2006), pp. 1207-1213) Malformaciones congénitas: la agenesia parcial hepática ha sido descrita como factor de riesgo (R.C. Fields, J.P. Heiken, S.M. Strasberg. Biliary injury after laparoscopic cholecystectomy in a patient with right liver agenesis: case report and review of the literature. J Gastrointest Surg, 12 (2008), pp. 1577-1581) Colecistitis aguda: Son 3 veces más frecuentes por colecistitis aguda, con una incidencia entre el 0,77-5,0% y es el mayor factor predisponente (J. Kerin, T.F. Gorey. Biliary injuries in the laparoscopic era. Eur J Surg, 160 (1994), pp. 195-201) (L.L. Ooi, Y.C. Goh, S.P. Chew, K.H. Tay, E. Foo, C.H. Low, et al. Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy: a collective experience of four teaching hospitals and results of repair. Aust N Z J Surg, 69 (1999), pp. 844-846) (S. Adamsen, O.H. Hansen, P. Funch-Jensen, S. Schulze, J.G. Stage, P. Wara. Bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy: a prospective nationwide series. J Am Coll Surg, 184 (1997), pp. 571-578) (S.M. Strasberg. Avoidance of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. J Hepatobiliary Pancreat Surg, 9 (2002), pp. 543-547) (J.C. Russell, S.J. Walsh, A.S. Mattie, J.T. Lynch. Bile duct injuries, 1989–1993. A statewide experience. Connecticut Laparoscopic Cholecystectomy Registry. Arch Surg, 131 (1996), pp. 382-388) (S. Kitano, T. Matsumoto, M. Aramaki, K. Kawano. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Surg, 9 (2002), pp. 534-537) Síndrome del conducto cístico oculto: cuando se disecciona el infundíbulo para la identificación del conducto cístico (CC) en la técnica infundibular, es posible que se confunda el hepato-colédoco con un cístico erróneamente identificado y sea seccionado. Este hecho se favorece por la presencia de inflamación aguda o crónica, piedras grandes impactadas en el infundíbulo, adherencias entre la vesícula y el colédoco y vesículas intrahepáticas (S.M. Strasberg, C.J. Eagon, J.A. Drebin.

LILIANA MARCELA TAMARA PATIÑO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBBOGSE-DRBO-02277-2023



The "hidden cystic duct" syndrome and the infundibular technique of laparoscopic cholecystectomy--the danger of the false infundibulum. J Am Coll Surg, 191 (2000), pp. 661-667) (W.C. Chapman, M. Abecassis, W. Jarnagin, S. Mulvihill, S.M. Strasberg. Bile duct injuries 12 years after the introduction of laparoscopic cholecystectomy. J Gastrointest Surg, 7 (2003), pp. 412-416) (Davidoff AM, Pappas TN, Murray EA, Hilleren DJ, Johnson RD, Baker ME, et al. Mechanisms of major biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. Ann Surg 1992; 215: 196-202.) (R.F. Martin, R.L. Rossi. Bile duct injuries. Spectrum, mechanisms of injury, and their prevention. Surg Clin North Am, 74 (1994), pp. 781-803) Anomalías anatómicas de la vía biliar (VB). El CC anómalamente puede unirse al colédoco muy cerca de la localización de los conductos sectoriales segmentarios, puede drenar en un conducto sectorial, así como en la convergencia de los conductos sectoriales anterior y posterior (R.B. Colovic. Isolated segmental, sectoral and right hepatic bile duct injuries. World J Gastroenterol, 15 (2009), pp. 1415-1419). La confluencia entre el CC y la VB principal puede ser angular (75%), paralela (20%) y espiral (5%). Con una implantación paralela, es posible dañar el exterior del colédoco con una quemadura térmica al disecar el CC por la proximidad (S.M. Strasberg. Error traps and vasculo-biliary injury in laparoscopic and open cholecystectomy. J Hepatobiliary Pancreat Surg, 15 (2008), pp. 284-292) Error percepción en CL y reconvertidas a abiertas: aunque la técnica de fondo a infundíbulo es un buen recurso para colecistitis agudas por vía abierta, cuando sospechas una fístula colecisto-coledocal, esta técnica en la cirugía laparoscópica puede llevar a lesionar el colédoco. Tipo de abordaje. Las LIVB de CL son más graves y complejas por su localización más proximal, por su frecuente asociación con lesión vascular y por el mecanismo térmico asociado (D.R. Fletcher, M.S. Hobbs, P. Tan, L.J. Valinsky, R.L. Hockey, T.J. Pikora, et al. Complications of cholecystectomy: risks of the laparoscopic approach and protective effects of operative cholangiography: a population-based study. Ann Surg, 229 (1999), pp. 449-457) (E. M. Targarona, C. Marco, C. Balagué, J. Rodríguez, E. Cugat, C. Hoyuela, et al. How, when, and why bile duct injury occurs. A comparison between open and laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc, 12 (1998), pp. 322-326) (E. De Santibáñes, V. Ardiles, J. Pekolj. Complex bile duct injuries: management. HPB (Oxford), 10 (2008), pp. 4-12) Experiencia del cirujano: aunque la experiencia es esencial para evitar altas cifras de morbilidad en cualquier cirugía, en las CL la curva de aprendizaje no parece ser el factor más importante a la hora de minimizar las cifras de las LIVB (M.S. Woods, L.W. Traverso, R.A. Kozarek, J. Tsao, R.L. Rossi, D. Gough, et al. Characteristics of biliary tract complications during laparoscopic cholecystectomy: a multi-institutional study. Am J Surg, 167 (1994), pp. 27-33) (J. Calvete, L. Sabater, B. Camps, A. Verdú, A. Gomez-Portilla, J. Martín, et al. Bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy: myth or reality of the learning curve?. Surg Endosc, 14 (2000), pp. 608-611) (S.B. Archer, D.W. Brown, C.D. Smith, G.D. Branum, J.G. Hunter. Bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy: results of a national survey. Ann Surg, 234 (2001), pp. 549-558) Medidas preventivas (Francisco Ruiz Gómez, José Manuel Ramia Ángel, Jorge García-Parreño Jofré, Joan Figueras, Lesiones iatrogénicas de la vía biliar, Cirugía Española, Volume 88, Issue 4, 2010, Pages 211-221,) Existen múltiples técnicas para la prevención de las LIVB: utilización de una cámara de 30 grados, evitar el uso de la termocoagulación cerca de la VB principal, una disección meticulosa y la conversión a cirugía abierta cuando la anatomía sea incierta (J.G. Hunter. Laser or electrocautery for laparoscopic cholecystectomy?. Am J Surg, 161 (1991), pp. 345-349) (H. Troidl. Disasters of endoscopic surgery and how to avoid them: error analysis. World J Surg, 23 (1999), pp. 846-855) Se han copiado principios de navegación para disminuir las LIVB. En el caso de las colecistectomías abiertas se habla de un «fundus first technique». En las CL, el punto de referencia es el Surco de Rouvière (T.B. Hugh. New strategies to prevent laparoscopic bile duct injury--surgeons can learn from pilots. Surgery, 132 (2002), pp. 826-835). Dado que la causa principal de LIVB es la identificación errónea de la VB principal o un conducto aberrante como CC, el cirujano debe usar un método de identificación de la arteria y CC (S.M. Strasberg. Biliary injury in laparoscopic surgery: part 1. Processes used in determination of standard of care in misidentification injuries. J Am Coll Surg, 201 (2005), pp. 598-603). Entre los métodos empleados se destacan: 1. Método triestructura: se debe identificar durante la CL: CC, conducto hepático común y colédoco (D.C. Wang, Y.H. Dong, Z.

LILIANA MARCELA TAMARA PATINO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBBOGSE-DRBO-02277-2023



Chen, S.S. Wu, X.G. Bi, W.D. Di, et al. Value of identification of cystic duct, common bile duct, and common hepatic duct in prevention of bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy. Zhonghua Yi Xue Za Zhi, 89 (2009), pp. 406-408). 2. Método de Fischer: consiste en separar la vesícula completamente del lecho vesicular desde el fondo hacia el infundíbulo como en cirugía abierta, hasta que cuelgue de la arteria y el CC. Esto es especialmente difícil en caso de vesículas intrahepáticas o muy inflamadas (Is damage to the common bile duct during laparoscopic cholecystectomy an inherent risk of the operation?. Am J Surg, 197 (2009), pp. 829-832). La separación de la vesícula del lecho hepático, también suele sangrar más, al no haberse ligado previamente al arteria cística. 3. Técnica infundibular: consiste en la identificación del CC al unirse al infundíbulo vesicular. Es la técnica más empleada actualmente en la mayoría de los centros. Presenta el inconveniente de no prevenir la LIVB en los pacientes con síndrome del conducto cístico oculto. Por ello, distintos grupos sistemáticamente recomiendan el uso de la colangiografía intraoperatoria (CIO) con este tipo de técnica (S.M. Strasberg. Error traps and vasculo-biliary injury in laparoscopic and open cholecystectomy. J Hepatobiliary Pancreat Surg, 15 (2008), pp. 284-292) 4. Técnica de la Vista Crítica de Strasberg: consiste en la disección y liberación del triángulo de Calot hasta exponer la arteria y el CC y exponer la base del hígado. Una vez se alcance esta vista, estas estructuras solo pueden corresponder al conducto y a la arteria cística (fig. 3)26. En casos de conductos aberrantes o en casos de vesículas muy inflamadas, se sugiere la exposición de la capa interna de la subserosa, optimizando la vista crítica (G. Honda, T. Iwanaga, M. Kurata, F. Watanabe, H. Satoh, K. Iwasaki. The critical view of safety in laparoscopic cholecystectomy is optimized by exposing the inner layer of the subserosal layer. J Hepatobiliary Pancreat Surg, 16 (2009), pp. 445-449.) 5. Colangiografía: desde que en 1932 el argentino Pablo Mirizzi introdujese la primera colangiografía intraoperatoria hasta la actualidad48, su beneficio para prevenir la LIVB es debatido. La CIO puede ayudar a evitar las LIVB al menos por 3 causas: 1. Muestra la diversidad del árbol biliar y sus anomalías. 2. Ayuda al cirujano a identificar pacientes con riesgo de LIVB por anatomías anómalas. 3. Si la LIVB ha ocurrido, permite su identificación y reparación. La CIO ha demostrado ser coste beneficio especialmente cuando es utilizado por cirujanos con menos experiencia y si hay factores de riesgo (D.R. Flum, C. Flowers, D.L. Veenstra. A cost-effectiveness analysis of intraoperative cholangiography in the prevention of bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy. J Am Coll Surg, 196 (2003), pp. 385-393). Otros estudios no aceptan que la CIO prevenga la incidencia de LIVB y remarcan el incremento del tiempo total de cirugía. Actualmente no existen ensayos clínicos aleatorizados que justifiquen el uso de CIO. 6. Ecografía laparoscópica intraoperatoria: en un estudio multicéntrico reciente, se destacan sus ventajas para la prevención de LIVB aunque se trata de otro método muy caro y a veces no disponible en todos los hospitales, que no reemplaza completamente a la CIO pero que abre un futuro esperanzador (J. Machi, J.O. Johnson, D.J. Deziel, N.J. Soper, E. Berber, A. Siperstein, et al. The routine use of laparoscopic ultrasound decreases bile duct injury: a multicenter study. Surg Endosc, 23 (2009), pp. 384-388).

RESUMEN DEL CASO

Mujer adulta mayor con diagnósticos de hipertensión arterial, cardiopatía hipertensiva, síndrome depresivo todo en manejo farmacológico asiste a urgencias por dolor abdominal en agosto de 2005, ecografía evidencia colelitiasis con único cálculo de 22 mm y colecistitis, inician estudio preanestésico con valoración con paraclínicos, neumología, cardiología y concepto de anestesiología, previa firma de consentimiento informado, sin registro de riesgos específicos. El 26 de octubre de 2005 es llevada bajo anestesia general a colecistectomía por vía abierta, registra la nota operatoria hallazgo de gran cálculo en el cuello, disección de la vesícula por vía fundocística, registra disección del triángulo de Calot, registra ligadura doble del cístico, registra que no se aprecian complicaciones. El posoperatorio con persistencia de dolor, hiporexia, náuseas, mareo, secreción por herida quirúrgica inicialmente serohemática, luego serobiliosa, ecografía del 29 de octubre no demuestra colecciones. Valoración por cirugía general el 29 de octubre de 2005 diagnóstico de fístula de vía biliar pasa a revisión quirúrgica no logra identificar cístico, deja dren de Penrose. Manejo antibiótico, hidratación y de soporte. El 2 de noviembre

LILIANA MARCELA TAMARA PATIÑO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBBOGSE-DRBO-02277-2023



Se realizan colangiopancreatografía retrógrada que evidencia imposibilidad de paso hacia colédoco ante sospecha de lesión Bismuth II. Se lleva a revisión quirúrgica el 5 de noviembre se identifica lesión en colédoco Bismuth I, conducto hepático seccionado ligado proximal y distalmente, diámetro 2-3 mm que no permite anastomosis, se realiza hepaticoyeyunostomía en Y de Roux, en el proceso de cierre se registra salida accidental de la sonda, no refieren si vuelven a colocar, dejan drenes. Llevada nuevamente a revisión y colocación de drenes el 8 de noviembre con episodio de desaturación que exige ingreso a UCI hasta el 26 de noviembre, por sepsis severa, síndrome de dificultad respiratoria del adulto, candidemia, fístula biliocutánea en mejoría. El 7 de diciembre se logra cierre de piel y contención visceral con salida el 8 de diciembre de 2005. En marzo de 2006 15 días de hospitalización por obstrucción, colangiografía evidencia estenosis severa de anastomosis biliodigestiva. Nuevo ingreso por una semana en mayo de 2006 por colangitis manejo antibiótico. El 5 de septiembre de 2006 instrumentación de vía biliar confirma oclusión completa de anastomosis bilioentérica, El 8 de septiembre dilatación endoscópica sin obtención de drenaje realiza síndrome convulsivo, es ingresada a UCI por arritmias y sospecha de infarto, se descarta. Ambulatoriamente estudio de episodio sincopal mediante exámenes cardiológicos y neurológicos sin identificar causa, se evidencian extrasístoles ventriculares. Requiere nueva hospitalización el 3 de noviembre por dos semanas por colangitis, El 8 de noviembre a través de colangiografía retrógrada transduodenal se intenta dilatación sin éxito en Clínica Palermo, Se realiza un nuevo intento el 11 de noviembre guiado con ecografía y fluoroscopia evidencia dilatación de ambos sistemas biliares se avanza microcatéter sin drenaje. El 5 de diciembre se deja un drenaje biliar percutáneo. El 21 de diciembre de 2006 se realiza nuevo intento radiología intervencionista de canalización para drenaje. El 14 de enero se realiza canalización con catéter vascular logrando drenaje. Ingresa por urgencias el 24 de enero de 2007 solicitan colocación de stent biliar. Se realiza control colangiográfico el 8 de mayo de 2007 encontrando drenaje de la vía biliar sin dilatación, los paraclínicos de función hepática del 9 de junio de 2007 dentro de parámetros normales. Nuevo control de colangiografía del 27 de noviembre de 2007 evidencia árbol biliar sin dilataciones pero constricción a 18 mm en el conducto hepático común, programa prótesis autoexpandible. Hallazgo ecográfico de diastasis muscular en hipocondrio derecho lleva a eventrorrafia con malla el 3 de junio de 2008. Tomografía del 26 de agosto de 2008 evidencia colecciones en la pared abdominal en contacto con malla, no dilatación de vía biliar. Hay registro de manejo de dolor lumbar crónico quirúrgicamente, con absceso peridural y dolor crónico en manejo multimodal por clínica del dolor en 2013.

HALLAZGOS

PROCESO DIAGNÓSTICO - La coledocolitiasis con colecistitis es una enfermedad que tiene indicación quirúrgica de manera temprana o tardía - La colecistectomía laparoscópica es una de las técnicas actuales para su manejo. - El diagnóstico de la fístula se realizó 4 días después del acto operatorio mediante exploración quirúrgica con drenaje exterior sin llegar a derivación definitiva, se realizó Colangiopancreatografía 4 días después evidencia imposibilidad de paso a vía hepática aboca a realizar dos días después derivación mediante hepaticoyeyunostomía.

PROCESO TERAPÉUTICO - La evidencia de una lesión Tipo Bismuth E1 en el acto operatorio del 5 de noviembre de 2005 descarta otro tipo de hipótesis diagnósticas generadoras de los efectos subsecuentes. - La indicación de manejo de las lesiones tipo Bismuth E1 es la hepaticoyeyunostomía en Y de Roux realizada en este caso. - La salida de la sonda de derivación de la hepaticoyeyunostomía durante el procedimiento de derivación. - La reparación por segunda intención de la unión del hepático al yeyuno subsecuente generó un proceso de estenosis que se evidenció posteriormente. - El episodio de desaturación intraoperatorio supuso un ingreso a cuidado intensivo para manejo ventilatorio, así como del subsecuente proceso séptico generado en el contexto de un desgaste metabólico por la multiplicidad de procedimientos quirúrgicos, la fístula de alto flujo y la imposibilidad de suplencia alimentaria durante los eventos operatorios y posoperatorios. - el manejo de este período requirió manejo multidisciplinario de alto nivel desde - La estenosis biliar diagnosticada 5 meses después solo pudo ser reparada 10 meses después, durante los cuales requirió hospitalización por 3

LILIANA MARCELA TAMARA PATIÑO



episodios de colangitis y múltiples procedimientos invasivos diagnósticos y con intención terapéutica.

PROCESO DOCUMENTAL -El consentimiento informado para el procedimiento del 26 de octubre de 2005 firmado con fecha 20 de octubre de 2005 indica que en la historia clínica se registraran los riesgos específicos de la colecistectomía, sin embargo no hay registro en la historia clínica de estos.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La fístula biliar posoperatoria condiciona la realización de un procedimiento de derivación que evidencia una lesión tipo Bismuth E1 con separación completa del drenaje hepático hacia el intestino, lo cual descarta la hipótesis de un síndrome de Mirizzi secundario a un cálculo residual en los conductos bilioentéricos que ocasionara la fístula.

Este tipo de lesiones de la vía biliar en manos de una persona especialista en cirugía, con entrenamiento específico en la técnica laparoscópica y superada la fase de entrenamiento supervisado es un evento previsible, no siempre evitable, de baja frecuencia.

En este caso en la descripción quirúrgica se registra identificación de triángulo de Calot y un abordaje fundocístico técnicas descritas para evitar estas lesiones.

La lesión de la vía biliar fue advertida en el posoperatorio tardío y requirió una intervención quirúrgica derivativa que no cerró en primera intención, durante el posoperatorio requirió manejo de cuidado crítico intensivo durante 3 semanas.

El proceso derivativo de la fístula, la resolvió pero cicatrizó de manera tal que impidió un adecuado drenaje de la vía biliar, por lo cual tuvo durante 9 meses un proceso obstructivo que derivó en colangitis y hospitalizaciones subsecuentes, hasta su resolución después de múltiples intentos derivativos endoscópicos.

Posterior a la resolución de la estenosis no hay documentación de requerimiento de otras intervenciones, procedimientos o manejo farmacológico o nutricional específico demostrable a través de la documentación mediante historia clínica.

RESPUESTAS A INTERROGANTES ESPECÍFICOS

1. En qué consiste una cirugía de colecistectomía simple programada por diagnóstico de colelitiasis sin signos de colecistitis? En la resección quirúrgica de la vesícula biliar en fase tardía después del diagnóstico de inflamación de la vesícula biliar asociada a la presencia de cálculos en el interior de la vesícula.

2. ¿Cuáles factores de riesgo se pueden presentar en una colecistectomía simple, resultan previsibles o no? En la revisión de la bibliografía se expusieron como factores de riesgo para lesión de la vía biliar durante una colecistectomía edad avanzada, ser hombre, agenesia parcial hepática, colecistitis aguda como el mayor factor predisponente, síndrome de conducto cístico oculto, anomalías congénitas de la vía biliar. Se expusieron 6 técnicas no mandatorias pero algunas recomendables para evitar la lesión, dos de las cuales se describen en este caso disección de las estructuras, técnica de Fischer o abordaje fundocístico. Además no realizadas técnica infundibular, técnica de Strasberg, colangiografía y ecografía laparoscópica intraoperatoria no exigibles por la evidencia científica para el momento de los hechos e incluso para la actualidad.

3. Conforme a la ecografía abdominal del 24/08/2005 y a los exámenes de laboratorio del 08/09/2005 realizados previamente a la colecistectomía simple ¿Se puede evidenciar alteraciones en la vesícula o problemas anatómicos en los conductos biliares? Se evidencia la enfermedad de la vesícula que indica el procedimiento. La ultrasonografía no endoscópica solo evidencia alteraciones anatómicas en el 50% de los casos. No es sensible ni específica para ello.

4. De acuerdo con los reportes diarios iniciales de evolución médica de la paciente en la historia clínica ¿cuáles fueron los resultados de las cirugías practicadas el 26 y 29 de octubre de 2005 y la evolución de la paciente hasta el 2 de noviembre de 2005 cuando se establece amputación del coledoco? Retiro de la vesícula Sección y ligadura del conducto hepático común que ocasiona colestasis y posterior fístula bilio cutánea de alto gasto

LILIANA MARCELA TAMARA PATIÑO

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

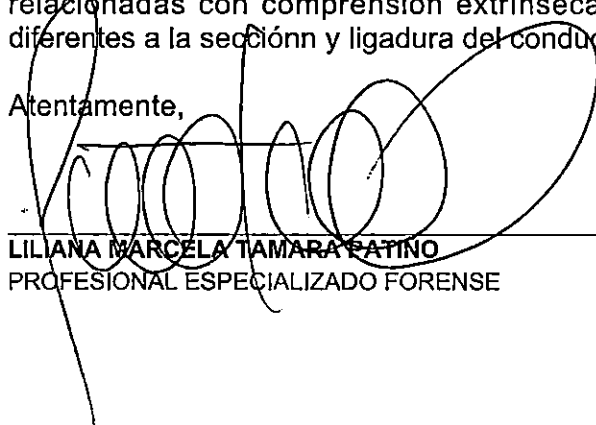
No.: UBBOGSE-DRBO-02277-2023



5. En qué consiste una lesión de amputación del colédoco y qué efectos puede generar en el organismo? La descripción quirúrgica evidencia una sección y ligadura del conducto hepático común lo cual incomunica el drenaje de bilis hacia el intestino y una fístula que genera el drenaje biliar hacia el interior de la cavidad abdominal inicialmente hasta drenar por la herida quirúrgica. La falta de bilis impide el adecuado metabolismo de los carbohidratos, de los lípidos, de las proteínas, la excreción de moléculas tóxicas del metabolismo y también de los fármacos. Los procedimientos de reparación realizados restituyeron esas funciones.

6. ¿Qué es el síndrome de Mirizzi, cómo se diagnostica, se puede presentar durante la intervención quirúrgica de colecistectomía simple o es posible que se evidencie días después de la colecistectomía simple? Ver la revisión bibliográfica, hay diferentes descripciones, todas relacionadas con comprensión extrínseca de la vía biliar por cálculos u otras entidades, diferentes a la sección y ligadura del conducto descrito en este caso

Atentamente,


LILIANA MARCELA TAMARA PATINO
PROFESIONAL ESPECIALIZADO FORENSE