



**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR
INFORME SECRETARIAL**

SGC

*TRASLADOS A LA PARTES DEL DICTAMEN PERICIAL
PARA QUE SI A BIEN LO TIENEN EJERZAN SU DERECHO DE CONTRADICCIÓN*

FECHA: 08 DE AGOSTO DE 2016.

HORA: 08: 00 AM.

*MAGISTRADO PONENTE: DR MOÍSES RODRÍGUEZ PÉREZ
RADICACIÓN: 13-001-23-31-000-2005-01434-00.
CLASE DE ACCIÓN: REPARACION DIRECTA (SISTEMA ESCRITURAL).
DEMANDANTE: AJEJANDRO PATERNINA Y OTROS
DEMANDADO: ISS- RAFAEL VARGAS TORRES
ESCRITO DE TRASLADO: TRASLADO A LAS PARTES DEL DICTAMEN PERICIAL.
OBJETO: TRASLADO DICTAMEN PERICIAL.
FOLIOS: 429-443*

AI ANTERIOR DOCUMENTO DE DICTAMEN PERICIAL, se le da traslado legal por el término de cinco (5) días hábiles a las partes, para que si a bien lo tienen ejerzan su derecho de contradicción, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 32 de la Ley 472 de 1998; hoy, Ocho (08) de Agosto de Dos Mil Dieciséis (2016) a las 8:00 am.

EMPIEZA EL TRASLADO: DIECINUEVE (08) DE AGOSTO DE DOS MIL DIECISEIS (2016), A LAS 08:00 AM.


**JUAN CARLOS GALVIS BARRIOS
SECRETARIO GENERAL**

VENCE EL TRASLADO: DOCE (12) DE AGOSTO DE DOS MIL DIECISEIS (2016), A LAS 05:00 PM.

**JUAN CARLOS GALVIS BARRIOS
SECRETARIO GENERAL**

DES

Secretaria Tribunal Administrativo Cartagena

De: Info Ascolcirugia <info@ascolcirugia.org>
Enviado el: viernes, 05 de agosto de 2016 11:03 a.m.
Para: Secretaria Tribunal Administrativo Cartagena
Asunto: DICTAMEN PERICIAL
Datos adjuntos: DICTAMEN CASO CARTAGENA-SJD.docx

1



ASOCIACION COLOMBIANA DE CIRUGIA

Calle 100 # 14-63, Of. 502, Bogotá D.C. - Colombia
Tel: (571) 2574560 - 2574501 Cel: 310 5546188 - 310 5546201
www.ascolcirugia.org

Bogotá, D.C., Agosto 5 de 2016

Señores
TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLIVAR
Centro Avda. Venezuela Calle 33 No. 8-25
Edificio Nacional primer piso
CARTAGENA

MAGISTRADO PONENTE: Dra. LIGIA RAMIREZ CASTAÑO
RADICACION: 13-001-23-31-000-01434-00
ACCION: REPARACION DIRECTA
DAMANDANTE/ACCIONANTE: ALEJANDRO PATERNINA Y OTROS
DEMANDADO/ACCIONADO: INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES Y OTRO

Estimados Señores:

Atentamente me permito enviar el peritaje solicitado por ustedes.

Cordialmente,

JOSE CARLOS POSADA VIANA.
CC 9132055 de Magangue, Bol
Miembro Comité Educación y Bioetica, A.C.C.
Manga Cra 17 A 24-80 Apto 902 Edf Marinamar
Tel 3157312155 email: jcposadav@gmail.com
Cartagena, Bol

SECRETARIA TRIBUNAL ADM
TIPO: DICTAMEN PERICIAL ENVIADO POR CORREO ELECTRONICO POR LA ASOCIACION COLOMBIANA DE CIRUGIA.
REMITENTE: ASOC. COL DE CIRUGIA-C. ELEC.
DESTINATARIO: MOISÉS RODRÍGUEZ PÉREZ
CONSECUTIVO: 20160638929
No. FOLIOS: 15 — No. CUADERNOS: 0
RECIBIDO POR: SECRETARIA TRIBUNAL ADM
FECHA Y HORA: 5/08/2016 11:55:58 AM
FIRMA:



ASOCIACION COLOMBIANA DE CIRUGIA

Calle 100 # 14-63, Of. 502, Bogotá D.C. - Colombia

Tel: (571) 2574560 - 2574501 Cel: 310 5546198 - 310 5546201

www.ascolcirugia.org

430

2

Bogotá, D.C., Agosto 5 de 2016

Señores

TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLIVAR

Centro Avda. Venezuela Calle 33 No. 8-25

Edificio Nacional primer piso

CARTAGENA

DICTAMEN PERICIAL CIRUGIA GENERAL

MAGISTRADO PONENTE: Dra. LIGIA RAMIREZ CASTAÑO

RADICACION: 13-001-23-31-000-01434-00

ACCION: REPARACION DIRECTA

DAMANDANTE/ACCIONANTE: ALEJANDRO PATERNINA Y OTROS

DEMANDADO/ACCIONADO: INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES Y OTRO

I.-RESUMEN CRONOLOGICO DE LOS EVENTOS, SEGÚN HISTORIA CLINICA:

25/09/03: Ecografía reporta colelitiasis.(Folio 000.124)

24/11/03: Evaluación preanestésica, ASA I, (Folio 00.114)

25/11/03: Colectectomía abierta. Se describen los siguientes hallazgos: colecistitis aguda, vesícula empotrada, desde las 2:10 hasta las 2:40 pm. Se practicó: incisión subxifoidea; pinza, liga y secciones de arteria y conducto císticos; se cierra incisión por planos; paciente tolera el procedimiento. (Folio 000.147).

26/11/03: 24 horas posoperatorio, evolución en folio 000.147: "dice sentir abundante dolor vomitos múltiples a pesar de la administración de metoclopramida. Conciente, orientada, FC:82x min, FR: 22 x min, torax simétrico con murmullo vesicular normal, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen blando, depresible, dolor a la movilización, herida sin secreciones, dolor hipocondrio derecho y epigastrio, pulsos periféricos (+), llenado capilar 3 seg, sin tolerancia a la vía oral".

27/11/03: 48 horas posoperatorio: evolución en folio 000.147: "dice sentir dolor en brazo izquierdo, específicamente hombro, niega vómitos, tolera vía oral. Conciente, orientada, FC:80 x min, FR: 23 x min, torax simétrico, murmullo vesicular normal, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen blando, depresible, dolor a la movilización, herida sin secreciones, peristalsis (+), llenado capilar normal. Paciente con adecuada evolución. De alta con recomendaciones"

02/12/03: Reingresa por presentar salida de secreción biliar por la herida quirúrgica, distensión abdominal, se inicia tratamiento medico, ayuno, líquidos endovenosos, antibióticos, analgésicos, protección gástrica, laboratorio, ecografía abdominal, observación. (Folio 000.102).

03/12/12: Se decide reintervención : " Hallazgos: Biliperitoneo aproximado de 3000 cc, agujeros de Lushcka permeables en lecho hepático No. 2. Procedimiento: Laparotomía exploradora, rafia de lecho hepático con catgut cromico 0, drenaje peritoneal por contrabertura tipo sump en lecho hepático + lavado con solución salina 3000 cc, cierre incisión , herida abierta"(Folio 000.162)

Persistencia salida biliar por drenaje percutáneo.

11/12/03: Se le practica CPRE (Colangiopancreatografía retrograda endoscópica) que reporta "estenosis completa en tercio medio de colédoco" (Folio 000.184)

16/12/03: Se lleva a cirugía: "1.- Hallazgos: Laceración de 2 cms en cara lateral derecha del conducto hepático común con fístula biliar de alto gasto. 2.- Adherencias múltiples a lecho hepático de órganos vecinos. Procedimiento: Hepatoyeyunostomía en Y de Roux.(Folio 000.137)

22/12/03: Presenta evisceración por lo cual es llevada a cirugía: "Hallazgos: 1.- Evisceración, colección pequeña en gotera parietocolica derecha. 2.- No se evidenciaron fugas anastomóticas. Procedimiento: Lavado peritoneal .Cierre evisceración".(Folio 000.089)

29/12/03: Salida. (Folio 000.142)

23/02/05: Reingreso por presentar ictericia y dolor en hipocondrio derecho en forma intermitente, por colangitis posquirurugica.(Folio 000.272)

11/03/05: Se realiza colangiografía + drenaje percutáneos, catéter 8Fr. Colcación de stent en 2 semanas (Folio 000.246)

23/06/06: Reingreso por ictericia y dolor, colangitis, (Folio 000.320)

07/05/07: Reingreso por ictericia y dolor, colangitis. (Folio 000.381)

28/05/07: Ecografía: "Mínima dilatación de vía biliar intrahepatica izquierda. Presencia de stent metalico en el hepático común y extremo distal de asa yeyunal, aparentemente permeable. Ausencia de vesicula biliar por cirugía previa. Riñón derecho de aspeto ecográfico normal. Discreta dilatación e la vía biliar intraheaptica. Stent en anastomosis hepatoyeyunal" (Folio 000.348)

07/06/07: Consulta externa: lleva reporte de resonancia magnética nuclear que informa obstrucción parcial de la luz interna del stent biliar con moderada dilatación de conductos biliares intrahepaticos, aunque existe paso de bilis a asas intestinales, manejo ambulatorio.(Folio 000.438)

29/07/09: Reingreso por ictericia y dolor en hipocondrio derecho, con la sospecha de ictericia obstructiva (obstrucción de prótesis), colangitis subaguda. (Folio 000.445)

26/09/12: Remitida desde Clínica San Juan de Dios a Clínica General del Caribe en Barranquilla por episodio de colangitis.

23/12/12: Reingreso a Clínica General del Caribe por disfunción del drenaje percutáneo, no elimina bilis adecuadamente.

10/02/13: Consulta a Clínica General del Caribe por salida del drenaje percutáneo.

14/02/13: Reintervenida en Baranquilla, Clínica General del Caribe, donde le fue realizada: Laparotomía exploradora +liberación de adherencias + segmentectomía hepática parcial + reexploración de vías biliares + resección de vía biliar + hepatoyeyunostomía., siendo dada de alta el día 03/03/13.(CD anexo)

II.- CONSIDERACIONES:

1.- **Antecedentes históricos:** Desde el 15 de julio de 1882, en que Langenbuch, en Berlín realizara la primera colecistectomía, la posibilidad de lesionar la vía biliar ha sido preocupación de los cirujanos; quienes con el de cursar del tiempo lograron depurar la técnica, logrando mantener en cifras realmente bajas su incidencia (1,2), esta indicación de la intervención quirúrgica trajo consigo las complicaciones inevitables, entre ellas la lesión de los conductos biliares. Entre 1919 y 1979 se efectuaron en la Clinica Lahey, (USA) más de 2500 operaciones para reconstruir los conductos biliares. Conforme los cirujanos se volvieron más experimentados con las operaciones biliares abiertas, disminuyó la incidencia de lesiones de los conductos biliares hasta un nivel de 0 a 0.2%, lo que convirtió con claridad a la colecistectomía abierta el "parámetro" con el cual se comparan los otros tratamiento ideados para la litiasis biliar.

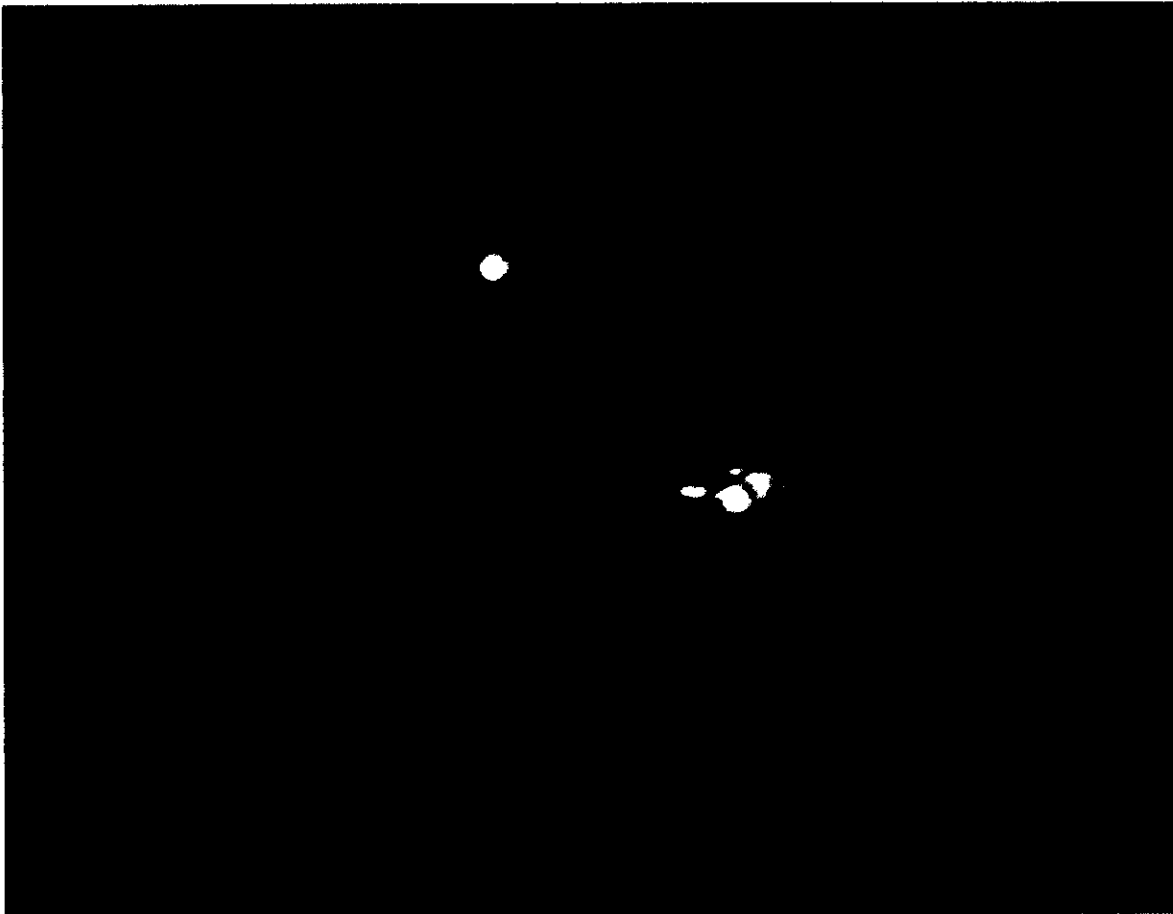
2.- Frecuencia: Aunque las tasas de lesión de los conductos biliares informadas varían en grado considerable, la serie de mayor tamaño y las recopilaciones de trabajos revelan límites de 0 a 0.8 %. En una serie de encuestas publicadas por Deziel y colaboradores, en la que se informan 77604 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica, se observó una cifra de lesiones del conducto biliar de 0.6%, o sea, cerca del doble de las que acompañan a la colecistectomía abierta. Con las casi 500000 colecistectomías que se efectúan cada año en Estados Unidos, esto daría una por resultado, en teoría, de 1500 lesiones de los conductos biliares adicionales por año.

Más del 80% de las estrecheces ocurre después de lesión de los conductos biliares durante la colecistectomía. Estos también pueden lesionarse durante la exploración del coledoco u otras operaciones de la parte alta del abdomen como gastrectomías, procedimientos hepáticos o pancreáticos. No se ha identificado la incidencia precisa de la lesión de vías biliares, puesto que muchos casos no se informan en las publicaciones respectivas, sin embargo los datos escandinavos de los años 1975 a 1981 sugieren que la frecuencia actual de estas lesiones durante la colecistectomía es aproximadamente de 1 por cada 1000.

3.- Factores de riesgo: En un intento por identificar a los pacientes que se encontraron en mayor peligro de lesión de los conductos biliares, Asbun y colaboradores revisaron una serie de 21 pacientes enviados a la Clínica Lahey con lesiones iatrogénicas después de colecistectomía. Fibrosis del triángulo de Calot, colecistitis aguda, obesidad, hemorragia local con pérdida de la visualización y pinzamiento a ciegas con el ánimo de cohibir el sangrado, anatomía variante, grasa en el hilio hepático, exposición e iluminación insuficientes, inexperiencia y falta de identificación de las estructuras antes de ligarlas, pinzarlas o seccionarlas, fueron los factores identificados de riesgo de lesión..

Warren Y Jefferson demostraron que solo en el 15% de las lesiones de los conductos el cirujano se percató de la situación, comprueba dentro del acto quirúrgico que ha lesionado la vía biliar. Usualmente sospecha el accidente debido a la salida de bilis que no esperaba, solamente una minoría de lesiones biliares son reconocidas intraoperatoriamente Esta clase corresponde al 60% de los casos, pero el diagnóstico sólo se hace en 30% de ellos. El exceso de confianza del cirujano, la inexperiencia en las disecciones del hilio hepático, la presencia de inflamación severa o las variantes anatómicas son algunas de las causas del error. Cuando éste ocurre, el cirujano debe hacer uso de la colangiografía intraoperatoria para corroborar y visualizar la lesión y acudir al consejo de un colega con experiencia

4.- Anatomía peligrosa: Son los cambios por variantes anatómicas o modificaciones que oscurecen la visibilidad de los elementos vitales. Preocupan en particular las situaciones en las cuales el conducto hepático derecho se inserta en la parte baja del conducto hepático común o en el conducto cístico, o en las cuales este último corre por una trayectoria paralela prolongada con el conducto hepático común. Las variaciones en el riego vascular plantean también situaciones peligrosas en potencia, no solo por la sección inadvertida, sino también porque se incrementa la posibilidad de sangrado y la inadecuada identificación de las estructuras. Las anomalías congénitas de la vesícula biliar pueden clasificarse en alteraciones de localización, número o del desarrollo. La localización ectópica presenta una incidencia de 0,1-0,7% y la más habitual es intrahepática, más frecuentemente en el lóbulo derecho¹. Resulta de una anomalía del desarrollo que impide que la vesícula biliar se mueva de su posición intrahepática en el segundo mes de gestación hasta su localización superficial normal². Presenta una función alterada porque no se vacía completamente, esto puede resultar en la formación de cálculos biliares debido al estasis, como se observa el imagen siguiente.



5.- **Patología peligrosa:** Situaciones de cambios en la normalidad de las estructuras como son:

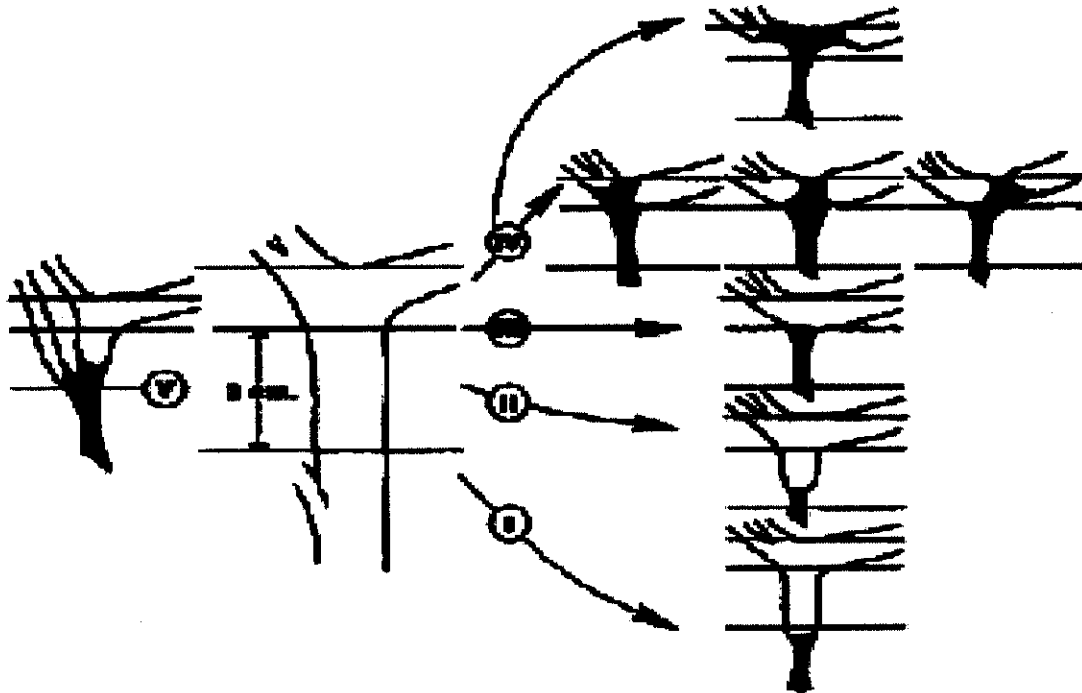
Colecistitis aguda, Colecistitis gangrenosa, Colecistitis perforada, Plastrón vesicular, Vesícula escleroatrófica, Síndrome de Mirizzi, Úlcera duodenal, Pancreatitis y neoplasias pancreáticas, Neoplasias e infecciones del hígado

6.- **Clasificaciones:** Por lo general difieren en grado considerable en la topografía, extensión, paraclínica, técnica quirúrgica y pronóstico.

Bismuth en 1982 propuso una clasificación para las estenosis benignas de la Vía Biliar Principal, que se basa en el patrón anatómico de la lesión. Se clasifican en 5 grados según la relación que adquieren con la confluencia de los conductos hepáticos derecho e izquierdo. Esta clasificación no solo define las estrecheces postoperatorias de manera específica, sino además permite realizar comparaciones de distintas modalidades terapéuticas con respecto a la extensión del conducto biliar afectado.

Se observa la incidencia según el tipo de lesión.

Figura N° 1 Clasificación de las Estenosis Biliares de Bismuth²⁰



- 1 A más 2 cm de la confluencia hepáticos 18- 36%
- 2 Coincide con la confluencia 20-33%
- 3 Coincide con la confluencia 20-33%
- 4 Destrucción de la confluencia 14-16%
- 5 Afección de la rama hepática derecha o con el colédoco 0 – 7%

A su vez las estenosis biliares benignas se subclasifican de acuerdo al grado de dilatación supraestenótica:

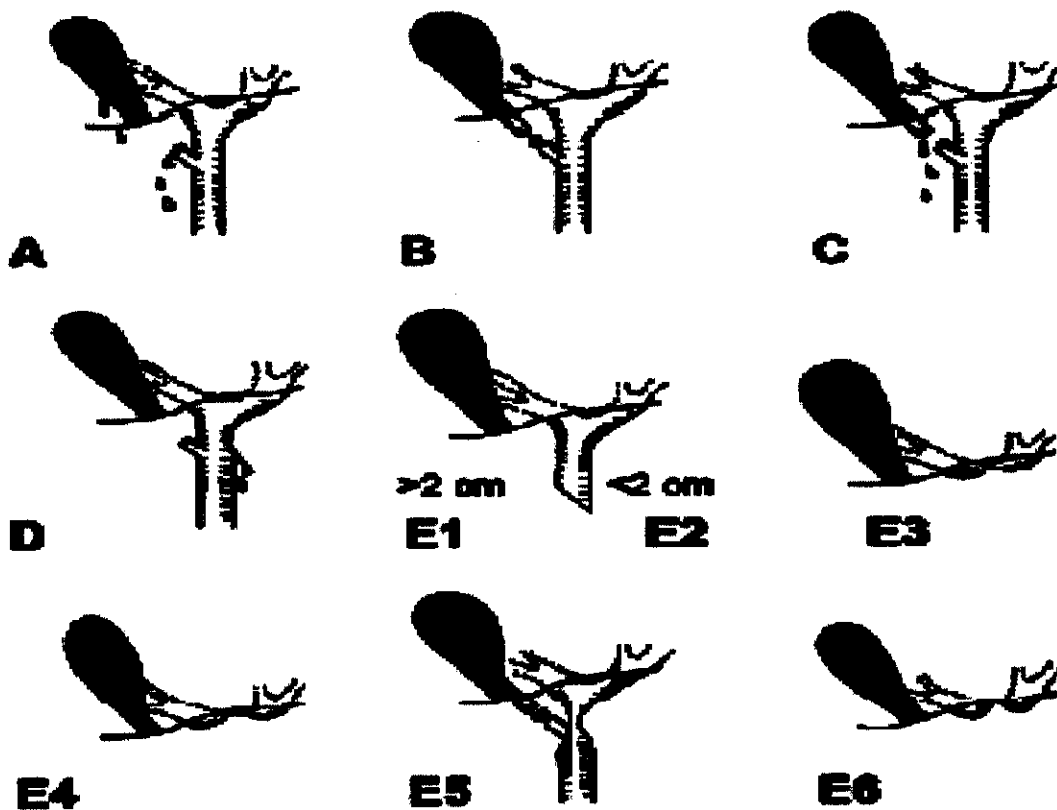
A - menos a 1,5 cm,

B - entre 1,5 a 3 cm y

C - mayor a 3 cm teniendo esto implicación directa en la terapéutica como en el pronóstico.

Strasberg propuso una clasificación para las lesiones laparoscópicas de la vía biliar principal, la que puede aplicarse en el manejo de dichas lesiones, surge como complemento de la clasificación de Bismuth.

Figura N° 2 Clasificación de Strasberg²³



Descripción: Representación esquemática de la clasificación de Strasberg:

- A. Fuga biliar aislada del conducto cístico
- B. Ducto sectorial posterior derecho ocluido
- C. Fuga biliar del conducto sectorial derecho seccionado

E. Asume la clasificación de Bismuth

- E1. Ducto biliar transeccionado con estenosis biliar > 2 cm del hilio
 - E2. Ducto biliar transeccionado con estenosis biliar < 2 cm del hilio
 - E3. Estenosis del hilio con comunicación indemne de hepático derecho e izquierdo
 - E4. Estenosis del hilio con separación de los hepáticos derecho e izquierdo
 - E5. Estenosis del ducto biliar y del sectorial derecho posterior
 - E6. Escisión completa de los ductos biliares extrahepáticos con compromiso de la confluencia.
- Si bien es mucho más extensa y difícil, es más comprensiva e incluye varios tipos de lesiones del ducto biliar extrahepático.

Debido a que las Lesiones de Vías Biliares tienen varios compromisos y distintas variedades, se han propuesto otros sistemas de clasificación como el de Bergman, Neuhaus, Csendes, Wan-Yee Lau, Stewart, que aportan algunos otros aspectos como lesiones vasculares asociadas o algún espectro de tipos lesionales que no pudieron ser tipificadas dentro la clasificación de Strasberg.

Tipo A. Fuga biliar en pequeño conducto en continuidad con el hepático común. En conducto cístico o canal de Luschka

Tipo B Oclusión parcial del árbol biliar. Este conducto unilateral es casi siempre el resultado de un canal hepático derecho aberrante.

Tipo C Fuga de un conducto en comunicación con el hepático común. También es debido a un hepático derecho aberrante.

Tipo D Lesión lateral de conductos extrahepáticos. Por canulación inadvertida del hepato-colédoco durante la realización de la colangiografía.

Tipo E Lesión circunferencial de conductos biliares mayores. Corresponde a la clasificación de Bismuth de estenosis de la vía biliar (tipo 1 a 5)

La severidad de la injuria biliar puede clasificarse de acuerdo a los criterios de Amsterdam:

Tipo Lesión

A Fuga biliar por cístico o canal de Lushka

C Estenosis de vía biliar sin fuga

D Sección completa de vía biliar con o sin

La lesión de los conductos biliares suele poderse indentificar durante la operación por la presencia de fuga de bilis, o al efectuar una colangiografía intraoperatoria que no permita la visualización completa del árbol biliar.

Después de terminar cualquier tipo de colecistectomía debe revisarse el muñón del conducto cístico, el lecho vesicular y el hilio hepático con la finalidad particular de identificar bilis, grapas o ligaduras colocadas de manera inapropiada o conductos proximales plenos de manera anormal.

Las manifestaciones clínicas de las complicaciones de las vías biliares se relacionan con la fuga de bilis y la obstrucción biliar.

Es alarmante el que en muchos casos de lesión del conducto biliar el cirujano describe una operación muy simple y sin complicaciones, siendo la ictericia precoz posoperatoria evidente la primera señal de que se ha lesionado un conducto.

El mejor momento para reparar la lesión del colédoco es el de su producción. Las lesiones son secciones completas, parciales o avulsiones. Si se aprecia que se ha colocado parcial o totalmente una ligadura o un clip sobre el colédoco, todo lo que se necesita es retirarlo.

Aunque quizá no se reconozcan las lesiones durante la operación inicial, en su mayor parte se vuelven manifiestas en plazo de días. En ocasiones, a causa de una evolución más indolente, el diagnóstico se retrasará hasta dos o tres semanas después de la operación.

Las piedras angulares clínicas de la lesión de vías biliares consisten en dolor abdominal, ileo, fiebre e ictericia. El dolor, náuseas, vómitos y fiebre suelen ser manifestaciones precedentes a la ictericia, la cual es más notable en los paciente que tienen obstrucción y menos en los que tienen fuga biliar intraperitoneal.

Ante la presencia de estos hallazgos clínicos se realizarán los estudios diagnósticos apropiados como la ecografía, la colangiografía retrograda endoscópica, siendo esta última la de mayor utilidad para el diagnóstico definitivo de las complicaciones mayores de los conducto biliares, la cual demuestra fugas, estrecheces parciales o completas, cálculos residuales. Además los exámenes de laboratorio como el hemograma, bilirrubinas, fosfatasa alcalina, entre otros.

Las lesiones a la vía biliar suceden en todos los Hospitales desde el II al IV Nivel, tanto por cirujanos jóvenes como por veteranos, así como por vía abierta o laparoscópica.

7.- Diagnóstico de la lesión:

Intraoperatorio

Cuando el cirujano abriga alguna duda sobre una lesión del colédoco, es perentorio descartar su existencia en el mismo acto operatorio, pues el pronóstico mejora notablemente si la reconstrucción se hace de inmediato. Para ello debe emprender una investigación ordenada:

- a. Observar la vesícula extirpada y ver si hay dos orificios a nivel del cístico
- b. Determinar si sale bilis por la región del hilio hepático
- c. Deshacer las ligaduras e introducir el catéter y tomar una colangiografía operatoria. Si aparecen las vías biliares intrahepáticas y no se observa el colédoco distal se confirma la lesión.

Postoperatorio

La evolución suele ser bizarra y tiene varias manifestaciones:

- a. Ictericia progresiva postoperatoria cuando ha habido ligadura del colédoco proximal. Descartada una hepatitis aguda tóxica por drogas o por agentes anestésicos, se debe pensar en la lesión. La concentración de las bilirrubinas aparece aumentada a expensas de la directa, y también la de la fosfatasa alcalina, pero el nivel de las transaminasas y el tiempo de protrombina son normales. El diagnóstico se comprueba por colangiografía transparieto-hepática o endoscópica retrógrada. Con el primero de estos métodos se ve la vía biliar dilatada y la estenosis u obstrucción a nivel del hepático común; con el segundo sólo se visualiza el colédoco distal a la obstrucción.
- b. Peritonitis biliar. Se manifiesta por dolor abdominal difuso con signos peritoneales, ictericia, deterioro del estado general y, finalmente, sepsis. Los exámenes demuestran leucocitosis y sedimentación globular acelerada. Como la intervención es mandatoria, en general no se justifican los riesgos de una colangiografía preoperatoria.
- c. Fístula biliar. Esta aparece desde las primeras horas cuando se ha dejado un dren subhepático; en estos casos no habrá ictericia sino una fístula total de la bilis, con rápido deterioro del estado hídrico y nutricional del paciente. Cuando el escape biliar es de bajo débito, puede obedecer a otros mecanismos tales como la presencia desapercibida de canalículos de Luschka y la deshiscencia del muñón del cístico, lo cual, de todos modos, debe corroborarse. El diagnóstico se comprueba mejor por colangiografía endoscópica retrógrada, pues la transparietal es en estos casos más difícil puesto que la vía biliar no está dilatada. En los casos tardíos con trayecto fistuloso ya establecido, una fistulografía demuestra bien la lesión.
- d. En ocasiones el curso postoperatorio es normal y sólo un tiempo después, usualmente unos meses, se inician episodios de colangitis; su aparición hace pensar que la lesión fue parcial y que la cicatrización progresiva ha producido una estenosis u obstrucción. Como hay dilatación de la vía biliar proximal, la colangiografía transparieto-hepática es el método diagnóstico de elección.

8.- Tratamiento: Dependerá si la lesión es advertida o inadvertida, en el mismo tiempo quirúrgico o diferida, de acuerdo a la clasificación de la lesión, los cuales incluyen manejo endoscópico, radiológico y quirúrgico o combinados..

III.- CONCLUSIONES:

1.- El tratamiento quirúrgico de la Colelitiasis es la colecistectomía. A la Sra Samara Isabel De la Espriella Ortiz, le fue practicada una colecistectomía programada, abierta, en la Clínica San Juan de Dios ISS, 25 de Noviembre 2003, por el diagnóstico de Colelitiasis, encontrándose una colecistitis aguda con vesícula empotrada. Con de alta a las 48 horas.

2.- Durante la intervención se produjo una lesión accidental, involuntaria, inadvertida e infortunada de la vía biliar extrahepática consistente en una laceración lateral de 2 cms, en el conducto hepático común con fuga biliar de alto gasto, de acuerdo a los hallazgos de la cirugía del 16/12/03 con una estenosis del tercio medio del colédoco demostrada por CPRE del día 11/12/03.

Se consideran 2 factores de riesgo evidentes para la producción de la lesión:

A.- Patología peligrosa: Colecistitis crónica, agudizada, con presencia de microabscesos (Resultado Patología Q-2648/03, de Dic.02/03)

B.- Anatomía peligrosa: Vesícula empotrada, es decir, intrahepática, metida dentro del tejido hepático, lo cual ocasiona cambios en las estructuras normales y dificultad para su adecuada identificación.

Clasificandose como:

Bismuth Tipo I: Estenosis a menos de 2 cms de la confluencia de los hepáticos, con frecuencia del 18-36%

Strasberg Tipo D: Lesión lateral de conducto extrahepáticos. 37%

Amsterdam Tipo B: Lesión biliar mayor con fuga, con o sin estenosis. (Severidad de la injuria)

3.- Desarrolló una fuga biliar intraperitoneal manifestada por la secreción de bilis a través de la herida, 6 días después de la salida, el 02/12/03 y con el hallazgo intraoperatorio del 03/12/03 de biliperitoneo de 3000 cc, el cual fue manejado con drenaje, lavado peritoneal, sutura del lecho hepático.

3.- Presentó una evolución irregular posterior por persistencia de secreción biliar por el drenaje, por lo cual se recurrió a la CPRE el día 11/12/03.

4.- Le fue reconstruida la vía biliar con hepatoyeyunostomía laterolateral en Y de Roux el día 16/12/03.



5.- Presentó evisceración, corregida el día 22/12/03

6.- De alta el día 29/12/03

7.- 1 año, 3 meses después presenta ictericia y dolor, que amerita drenaje y colocación de stent por vía percutánea.

8.- Del 2006 al 2013 ha presentado recaídas intermitentes por colangitis, con controles de laboratorio y de imágenes, ecográfico y por resonancia magnética nuclear. Siendo reintervenida en Clínica General del Caribe de Barranquilla, el día 14/02/13 donde se le realiza laparotomía exploradora + liberación de adherencias + segmentectomía hepática parcial + reexploración de vías biliares + resección de vía biliar + hepatoyeyunostomía, siendo dada de alta el día 03/03/13.

IV.- RESPUESTAS A AL CUESTIONARIO SOLICITADO:

Folio 278-502: Además, solicita a este Despacho, nombrar un perito médico que estudie la Historia Clínica de la demandante, para establecer la secuencia de la misma, y cuales fueron los diagnósticos presentados por los médicos tratantes:

Resuesta: Remítase al punto I.-RESUMEN CRONOLOGICO DE LOS EVENTOS, SEGÚN HISTORIA CLINICA

Pregunta a: (Folio 280-504): " Si la conducta asumida por el Cirujano General, Dr.Rafael Vargas Torres, que atendió médica y quirurgicamente a la paciente Samara Isabel De la Espriella, estuvo o no dentro de las técnicas de manejo o guías de protocolos establecidos para la atención y tratamiento de la Litiasis Renal, lease biliar, e igualmente, valorar la actitud médica asumida frente al mismo, en orden de determinar si hubo o no mala práctica médica".

Respuesta: Si estuvo, de acuerdo al diagnostico clinico y ecográfico de la litiasis biliar, la conducta quirúrgica (Colecistectomía) es la indicada, previa evaluación anestésica y cirugía programada en una Institución habilitada para tal procedimiento. De acuerdo a las notas consignadas en la Historia clínica, posteriormente asistió a las cirugías del 16 y 22 /11/03, según las descripciones quirúrgicas,(Folios 000.137 y 000.089) respectivamente, participando en el tratamiento de las complicaciones presentadas, y en varias notas de evolución en el seguimiento, entre otras, ajustadas a la técnica quirúrgica correspondiente.

Pregunta b: (Folio 280-504): "Si la complicación presentada en este caso, lesión de la vía biliar, es un evento inherente al procedimiento colecistectomía, practicado a la Sra Samara Isabel De la Espriella Ortiz, con que frecuencia se presenta esta complicación y cuales son sus principales causas":

Respuesta: Si, es un evento inherente al procedimiento.

La frecuencia está descrita en el punto 2.- Frecuencia.

Las causas están descritas en los puntos 3.- Factores de riesgo 4.- Anatomía peligrosa 5.- Patología peligrosa.

Pregunta 1.- (Folio 349): "Diga si de conformidad con la historia clinica de la paciente, la patología o cuadro médico presentado por la paciente Samara De la Espriella Ortiz, de colelitiasis biliar más colecistitis, estaba indicado el tratamiento quirúrgico de colecistectomía "

Resuesta: Si estaba indicado, es el tratamiento de elección.

Pregunta 2.- (Folio 349): "Sirvase manifestar si teniendo en cuenta el estudio anatomopatologico hecho a la vesicula biliar extirpada que diagnosticó colecistitis cronica con formación de microabscesos más colelitiasis, sirvase explicar el declarante en que consiste esta patología y si la misma tiene un alto grado de complejidad o por el contrario puede ser catalogada como una simple congestión de calculos en la vesicula, tal como lo afirma la parte demandante "

Respuesta: La inflamación cronica consiste en cambios micro y macroscopicos, infiltración celular por linfocitos, celulas plasmaticas e histiocitos los primeros y engrosamiento de las paredes, lo cual induce a una perdida progresiva de su función. La formación de microabscesos indica la presencia de infección activa, inflamación aguda, purulenta, lo cual hace complejo el manejo médico y quirúrgico, por las dificultades tecnicas del proceso inflamatorio y la fibrosis de los tejidos, no pudiendo ser catalogada como una simple congestión de calculos en la vesicula.

Pregunta 3.- (Folio 349): " De acuerdo al cuadro patológico de colecistitis crónica con formación de microabscesos más colelitiasis padecido por la paciente, si no se realiza la colecistectomía hubiese podido morir de esta patología o que otras complicaciones o patologías hubiese podido desarrollar"

Respuesta: La mortalidad por colecistitis aguda reportada es del 0.8 al 2%. Si no se opera puede desarrollar otras complicaciones como hidrocolecisto, piocollecisto, colecistitis necrotizante, absceso perivesicular, plastron vesicular, perforación libre a cavidad con peritonitis biliar, perforación sellada a órganos vecinos con formación de fístulas a estómago, duodeno, intestino delgado, intestino grueso, obstrucción intestinal por calculos, íleo biliar, coledocolitiasis, colangitis supurativa aguda, abscesos piógenos hepáticos, pancreatitis biliar, síndrome de Mirizzi, vesícula escleroatrófica y cáncer.

Pregunta 4.- (Folio 349): "Sírvese manifestar si el hallazgo intraoperatorio denominado comúnmente por los especialistas en Cirugía General "vesícula empotrada" como el encontrado por el Dr. Rafael Vargas el día que le practicó la colecistectomía se puede considerar medicamente como una condición anatómica propia de la paciente Samara De la Espriella Ortiz que revestía mayor complejidad y favorecía la ocurrencia de complicaciones propias de este tipo de cirugía"

Respuesta: La vesícula "empotrada" corresponde a la vesícula intrahepática, es una condición propia de la paciente, la localización ectópica presenta una incidencia de 0,1-0,7%, resulta de una anomalía del desarrollo que impide que la vesícula biliar se mueva de su posición intrahepática en el segundo mes de gestación hasta su localización superficial normal situación que dificulta la identificación de la estructura aumentando el riesgo de lesión".

Pregunta 5.- (Folio 350): "Diga si una lesión de la vía biliar durante un procedimiento de colecistectomía como en el que en este caso le practicó el Dr. Rafael Vargas a la demandante y teniendo en cuenta la patología crónica que padecía se puede considerar un riesgo inherente o complicación propia de este procedimiento"

Respuesta: Si es un riesgo inherente y una complicación propia del procedimiento, igual respuesta también a la pregunta b.

Pregunta 6.- (Folio 350): " Sírvese manifestar, teniendo en cuenta el caso médico de la paciente Samara De la Espriella Ortiz, si la cirugía de colecistectomía practicada en la humanidad de esta se sujetó a los protocolos médicos de cirugía general y guías de manejo de esta patología"

Respuesta: Si se sujetó, igual respuesta a la pregunta a, tenía indicación para la cirugía, fue operada en forma programada, evaluada por anestesia, en una Institución habilitada para tal."

Pregunta 7.- (Folio 350): " Indique por favor si los riesgos inherentes o complicaciones se pueden presentar aun dentro de una adecuada práctica médica. Esto es, ajustándose a los protocolos médicos."

Respuesta: Si se pueden presentar, todos los procedimientos quirúrgicos tienen riesgos conocidos, complicaciones generales y específicas, en todos los niveles de atención, tanto a cirujanos jóvenes como a veteranos, muy a pesar del cumplimiento riguroso de los estándares de calidad y seguridad, guías de manejo, protocolos, listas de chequeo, entre otros.

V.- BIBLIOGRAFIA

1. Strasberg SM. The "Hidden Cystic Duct" Syndrome and the Infundibular Technique of laparoscopic Cholecystectomy the Danger of the False Infundibulum. *J Am Coll Surg* 2000;191:661-667.
2. Lillemoe KD, Melton GB, Cameron JL, et al. Postoperative bile duct strictures: management and outcome in the 1990s. *Ann Surg* 2000;232:430-441.
3. Tania O, Jain M, Khanna S, et al. Iatrogenic biliary injury: 13,305 cholecystectomies experienced by a single surgical team over more than 13 years. *Surg Endosc* 2008;22:1077-1086.
4. Mercado MA, Franssen B, Dominguez I, et al. Transition from a low- to a high-volume centre for bile duct repair: changes in technique and improved outcome. *HPB (Oxford)* 2011;13:767-773.
5. Gutierrez-Perez JO, Medina-Garcia P, Ortiz-Reyes SF, et al. Lesiones de vía biliar: Prevalencia en pacientes con colecistectomía laparoscópica en un Hospital de Especialidades. *Cir Gen* 2011;33:38-42.
6. Mercado MA, Chan C, Tielve M, et al. Lesión iatrogenica de la vía biliar. Experiencia en la reconstrucción de 180 pacientes. *Rev Gastroenterol Mex* 2002; 67:245-249.
7. Gutiérrez-Vega R, Galindo-González F, González Ruiz V, et al. Colecistectomía laparoscópica, una nueva alternativa y nuevos retos. Análisis de una serie clínica de 94 enfermos. *Rev Med Hosp Gen Mex* 1995;58:157-162.
8. González-Ruiz V, Marenco-Correa CA, Chávez-Gómez A, et al. Colecistectomía laparoscópica: resultados de la experiencia del Hospital General de México a 9 años de implementada. *Rev Mex Cir Endoscop* 2002; 3: 71-73
9. Montalvo-Javé EE, Hernández Mejía BI, Ortiz Higareda V. Prevalencia de la lesión de la vía biliar. *Cir Gen* 2010;32:167-169.
10. McPartland, KJ, Pomposelli, JJ. Iatrogenic Biliary Injuries: Classification, Identification, and Management. *Surg Clin N Am* 2008;88:1329-1343.
11. Mercado MA, Domínguez I. Classification and management of bile duct injuries. *World J Gastrointest Surg* 2011;3:43-48.
12. De Santibañez E, Ardiles V. Complex bile duct injuries: management. *HPB* 2008;104-112.
13. Braasch JW. Historical perspectives of biliary tract injuries. *Surg Clin North Am* 1994;74:731-740.
14. Strasberg SM, Hertl M, Soper NJ. An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. *J Am Coll Surg* 1995;180:101-105.
15. Fletcher DR, Hobbs MST, Tan P. Complications of cholecystectomy bile duct injuries: risks of the laparoscopic approach and prospective effects of operative cholangiography. A population-based study. *Ann Surg* 1999;229:449-457.
16. Jin-Shu Wu. Bile duct injuries associated with laparoscopic and open cholecystectomy: Sixteen-year experience. *World J Gastroenterol* 2007;28;13(16):2374- 2378.
17. Way LW, Stewart L, Gantert W, et al. Causes and prevention of laparoscopic bile duct injuries. *Ann Surg* 2003;237:462.
18. Torres CJ, Torres LE, Weber SA, et al. Entrenamiento y curva de aprendizaje en colecistectomía laparoscópica y abierta. Resultados de la Encuesta Nacional de Lesiones de la Vía Biliar. *Cirujano General* 2007; 29:100-108.
19. Mercado DM. Identificación y reparación transoperatoria. *Rev Gastroenterol Mex* 2000;67(Suppl 3):37-42.
20. Nuzzo G, Giuliani F, Giovannini I, et al. Bile Duct Injury During Laparoscopic Cholecystectomy Results of an Italian National Survey on 56 591 Cholecystectomies. *Arch Surg* 2005;140:986-992.

21. Agarwal N, Sharma B, Garg S, et al. Endoscopic management of postoperative bile leaks. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2006;5:273-277.
22. Nuzzo G, Giuliante F, Giovannini I, et al. Advantages of multidisciplinary management of bile duct injuries occurring during cholecystectomy. *Am J Surg* 2008;195:763-769.
23. Lillemoe KD. Current management of bile duct injury. *Br J Surg* 2008;95:403-405.
24. Mercado, MA. Early versus late repair of bile duct injuries. *Surg Endosc* 2006;20:1644-1647.
25. Sicklick JK, Camp MS, Lillemoe KD, et al. Surgical management of bile duct injuries sustained during laparoscopic cholecystectomy: perioperative results in 200 patients. *Ann Surg* 2005;241:786-792.
26. McDonald ML, Farnell MB, Nagomery DM, et al. Benign biliary strictures: repair and outcome with a contemporary approach. *Surgery* 1995;118:582-591.
27. Sikora SS, Pottakkat B, Srikanth G, et al. Postcholecystectomy Benign Biliary Strictures – Long-Term Results. *Dig Surg* 2006;23:304-312.
28. Hinestroza-Valbuena D, Colmenares DM, Hinestroza-Finol D. Estenosis bilia- res benignas. Experiencia 62 casos. *Rev Venez Cir* 2006;59:12-17.
29. Fialkowski EA, Winslow ER, Scott MG, et al. Establishing "Normal" Values for Liver Function Tests after Reconstruction of Biliary Injuries. *J Am Coll Surg* 2008;207:705-709.
30. Posada JC, Tesis de Grado. Complicaciones de la colecistectomía, UNAM 1988



JOSE CARLOS POSADA VIANA.
CC 9132055 de Magangue, Bol
Miembro Comité Educación y Bioética, A.C.C.
Manga Cra 17 A 24-80 Apto 902 Edf Marinamar
Tel 3157312155 email: jcposadav@gmail.com
Cartagena, Bol