

COLEDOCOTOMIA SIN DRENAJE (*)

Dr. Eduardo C. Palma

Esta comunicación constituye sólo una nota previa en la que presentamos nuestra experiencia y resultados de los 15 primeros casos en que por diversas afecciones de las vías biliares, hemos efectuado la colédocotomía sin drenaje. Esta intervención puede denominarse también colédocotomía con colédocorrafía inmediata o colédocotomía ideal, como la han llamado anteriormente otros autores.

Durante muchos años hemos efectuado sistemáticamente el drenaje con tubo de Kehr, de todos los casos de cirugía de vías biliares en que realizamos la colédocotomía, por diversas afecciones. Podemos decir en conjunto, que los resultados han sido favorables, por lo que comprendemos bien la regla habitual que establece: "todo colédoco abierto debe ser drenado". El análisis sin embargo de muchos casos seguidos durante períodos prolongados, muestra que no siempre se han obtenido resultados totalmente favorables.

A fines del año 1949, nuestro criterio era ya menos firme, cuando tuvimos un caso enteramente desfavorable que modificó más aún nuestro modo de pensar. Se trataba de un paciente (Hospital Vilardebó), que padecía de colédoco-litiasis, con crisis de ictericia a repetición, que fué intervenido a la manera habitual, efectuándose la colédocotomía, con extracción de los cálculos y colocación de un drenaje de Kehr. El paciente tuvo una intensa colerragia post-operatoria, que fué en aumento a pesar de pinzarse a las 36 horas el tubo de drenaje, pues el corrimiento biliar

(*) Trabajo presentado a la Sociedad de Cirugía el día 16 de abril de 1952.

se establecía entonces alrededor del tubo. Se había constituido una fístula no sólo biliar, sino también duodenal trans-papilo-coledociana, que fué causa de la agravación y muerte del paciente al 4º día, a pesar de toda la terapéutica instituida.

Posteriormente tuvimos conocimiento de dos nuevos casos producidos en el Hospital Maciel, uno de los cuales fué presentado en la Sociedad de Cirugía.

El conocimiento de los trabajos de Mirizzi y la experiencia del Prof. Del Campo, nos decidieron en 1949, a realizar en ciertos casos el cierre del colédoco sin drenaje.

He aquí nuestras observaciones:

OBS. 1. — Enf. G. A. F., 41 a., sufre desde hace 1 año de dispepsia de tipo hepato-biliar, con cólicos hepáticos desde hace 5 meses, acentuándose sus trastornos en las últimas semanas, en que se establece un dolor permanente en el hipocondrio der. Al examen se comprueba: buen estado general, con discreta febrícula, palpándose en el hip. der. una tumoración redondeada, dolorosa, que sobresale unos 3 cms. del reborde hepático. La colecistografía y el sondeo duodenal muestran que la vesícula está excluida. Fué operado el 4-VIII-49 comprobándose una vesícula grande, distendida con oclusión del cístico inflamatoria; había adherencias múltiples perivesiculares, especialmente al nivel del bacinete y del cístico que se liberaron. Colédoco dilatado; no se palpan cálculos. Colecistectomía retrógrada. Se efectuó la colédocotomía y exploración de la vía biliar principal con los catéteres de Bakes, que no ofreció particularidades. Colédocorrafia con gastergut. Drenaje sub-peritoneal en el lecho vesicular. Excelente evolución con muy discreta salida de bilis los dos primeros días. Alta al 10º día. No ha vuelto a tener trastornos.

OBS. 2. — Enf. I. A. N. G., 39 a., padece de dolores en hipocondrio y epigastrio, fiebre, discreta ictericia y dispepsia de tipo hepático, por empujes, desde hace dos meses. El último empuje fué más intenso, acompañándose de melena discreta. El examen clínico mostró: estado general infeccioso, ictericia franca, sin decoloración de materias, con elevación de ambas cifras de bilirrubinemia (bilir. dir. 10 mgr. %, bilir. ind. 14 mgr. %), discreta anemia y hepatomegalia difusa, dolorosa. Operado el 3-II-50, se comprobó una importante adenopatía del pedículo hepático, un colédoco muy dilatado, con paredes engrosadas, con cabeza de páncreas algo edematosa y una hepatomegalia difusa, importante. La colédocotomía mostró una coledocitis supurada, saliendo pus y bilis en abundancia, del colédoco y del hepático. La exploración mostró que no había cálculos, ni obstrucción alguna, siendo por el contrario excesivamente permeable el colédoco terminal, pudiéndose pasar fácilmente el catéter N° 13 de Bakes hasta el duodeno. Se lavó ampliamente con suero la vía biliar principal,

se colocó $\frac{1}{2}$ millón unidades de penicilina, efectuándose la colédocorrafia con gastergut 000 y sutura del peritoneo del pedículo con gastergut 00. A pesar de que la vesícula biliar parecía sin lesiones, se realizó la colecistostomía de seguridad. El post-operatorio fué excelente. Se hicieron altas dosis de penicilina y estreptomina. La colangiografía post-operatoria efectuada a los 11 días confirmó la incontinencia del esfínter de Oddi, comprobada en el acto quirúrgico, pero en cambio el calibre del colédoco era ya algo menor. Al 12º día se quitó el drenaje vesicular, dándosele de alta al 14º día. Su ictericia y hepatomegalia se redujeron totalmente.

Explorado funcionalmente, 6 meses después, el Dr. Varela López informó: "El funcionamiento del esfínter de Oddi es normal". No ha vuelto a tener trastornos, de sus vías biliares hasta el momento.

OBS. 3. — M. E. A. de L., 45 a., padece de dispepsia hepato-biliar, con cólicos hepáticos, sin ictericia, desde hace 4 años. Sus trastornos han ido en aumento. Sus últimas crisis son cada vez más intensas, con fiebre y sub-ictericia. El examen mostró: "Buen estado general, con discreta anemia y febrícula. Existe una hepatomegalia moderada, difusa, no dolorosa, a la presión. La vesícula es palpable, dura, no dolorosa a la presión y funcionalmente excluida (colecistografía y prueba de Meltzer-Lyon, negativas). Las cifras de bilirrubinemia fueron: indirecta 6 mgr. %; directa, negativa. En la intervención (14-II-50) se comprobó: colecistitis crónica calculosa, con pericolecistitis y adherencias al duodeno y al colon; colédoco supraduodenal y canal hepático dilatados; hepatomegalia moderada difusa; páncreas duro y engrosado alrededor del colédoco, resto sin particularidades. Se realizó: colecistectomía y colédocotomía supraduodenal. La exploración de la vía biliar principal no mostró cálculos, existiendo en cambio una estrechez acentuada del colédoco terminal intrapancreático, pudiéndose pasar el catéter N° 2 de Bakes. Se efectuó el decolamiento retro-duodeno-pancreático y la papilotomía del Vater y esfínter de Oddi, por vía transduodenal, suturándose la mucosa de la ampolla a la duodenal. Se efectuó la dilatación del colédoco intrapancreático, hasta el catéter N° 6 (Bakes), cerrándose la duodenotomía. Colédocorrafia con gastergut 00 y sutura del peritoneo del pedículo y del lecho vesicular. Drenaje en cigarrillo sub-peritoneal, en el lecho vesicular.

En el post-operatorio inmediato se produjo un empuje inflamatorio con temperatura de 39º y sub-ictericia, que cedió al tratamiento con los antibióticos. La evolución ulterior fué muy buena. Continuó bien 1 año y 9 meses, recayendo después de sus trastornos. (1)

OBS. 4. — B. A. de S., 54 a., desde hace 4 meses padece de dolores en el hipocondrio derecho irradiados transversalmente en barra a todo el abdomen superior, y también al dorso del hemitórax der. y a ambos hombros, con dispepsia dolorosa de tipo hepático, fiebre alta, ictericia discreta

(1) Fué reoperada a los 2 años por recidiva de su coledocitis estenosante intrapancreática, efectuándole una colédoco-yeyunostomía en Y.

por empujes y materias fecales hipocoloreadas intermitentemente. El examen clínico mostró: estado general mediano, febril; hepatomegalia dolorosa, predominante en el lóbulo derecho; zona vesicular dolorosa, no palpándose la vesícula. Discreta anemia. Colecistografía: vesícula no visible. Sondeo duodenal (Dr. Varela López): "Resumen: Mala evacuación vesicular; colecistitis; bilis B patológica, escasa".

Con diagnóstico de colecistitis y angiolitis sub-aguda con repercusión pancreática la enferma fué operada el 25-III-50, por vía anterior. La exploración mostró: gran hepatomegalia, predominante en el lóbulo derecho, el que está adherido al diafragma en su parte pósterio-superior. Liberadas estas adherencias, se comprueba que han sido producidas por un voluminoso quiste hidático central, del lóbulo derecho, que ha hecho prociencia en la zona posterior y superior. Hay una discreta colecistitis, con pericolecistitis y adherencias al colon y duodeno; la vesícula se evacúa bien a la presión. Existe una adenitis múltiple del pedículo hepático; el colédoco y el canal hepático están muy dilatados y con sus paredes engrosadas. El páncreas está engrosado y aumentado de consistencia, en su región cefálica. Se efectúa la colédocotomía supraduodenal encontrando signos de coledocitis crónica, pero sin cálculos, ni elementos hidáticos en las vías biliares. Existe una colédoco-oditis, con hipertonía del esfínter, que se dilata con facilidad, pasando hasta el catéter N° 11 (Bakes). Lavado con suero; se deja $\frac{1}{2}$ millón de unidades de penicilina en el colédoco. Colédocorráfia y sutura del peritoneo con gastergut 00. Cierre de pared sin drenaje. A la semana siguiente (4-V-51), se efectuó el abordaje por vía posterior de R. Finochietto, con resección parcial de 11ª y 12ª costillas, drenándose un gran quiste hidático, central, del lóbulo derecho, exteriorizado en la zona del ligamento coronario.

La evolución de la paciente fué excelente.

Se encuentra actualmente sin trastorno alguno.

OBS. 5. — Enf. D. B. de De los S., 32 a., padece desde hace 8 meses intermitentemente de dolores epigástricos, con irradiaciones lumbares derechas y acompañados de náuseas y vómitos biliosos. Sus molestias se hacen cada vez más frecuentes e intensas, y finalmente se acompañan de ictericia.

El examen clínico y de laboratorio, establecen el diagnóstico de colecistitis crónica litiásica, con litiasis del colédoco. La colecistografía y el sondeo duodenal establecen que la vesícula está excluida. La radiografía simple muestra varios cálculos vesiculares y un cálculo en el colédoco. En la intervención (28-III-50), se comprobó la existencia de una colecistitis litiásica crónica, esclero-atrónica, con pericolecistitis y adherencias al colon y duodeno. El colédoco estaba dilatado y con sus paredes engrosadas; también lo estaba el canal hepático, pero en menor grado. El hígado y el páncreas no ofrecían particularidades. Se efectuó la colecistectomía, que fué dificultosa, produciéndose un pequeño desgarramiento del parénquima en el lecho hepático. Colédocotomía supraduodenal y extracción de un cálculo, único. Hay hipertonía del esfínter de Oddi,

sin estenosis. Dilatación del Oddi con catéter, hasta pasar el N° 12 (Bakes). Colédocorraffia y sutura del peritoneo del pedículo (no del lecho vesicular) con gastergut 00. Mecha en el lecho vesicular. En el post-operatorio hubo una discreta emisión de bilis las primeras 24 horas y luego al movilizarse la mecha, que se quitó al 3er. día. Excelente evolución. La enferma continúa libre de toda molestia, hasta el momento actual.

OBS. 6. — R. B. de A., 50 a., padece de dispepsia de tipo hepato-biliar desde hace 24 años, con cólicos hepáticos, estreñimiento y cefaleas. Desde hace 3 meses sus sufrimientos se acentúan, estableciéndose un síndrome coledociano, con crisis de cólicos hepáticos irradiados a región lumbar, dorso del hemitórax y hombro derechos, fiebre, escalofríos, ictericia, coluria, hipocolia, prurito y adelgazamiento de 10 kilos. El examen clínico muestra una paciente algo obesa, febril, con sub-ictericia, hepatomegalia difusa, moderada y dolorosa, con mayor dolor en el área vesicular. La vesícula está excluida, siendo la colecistografía negativa y el sondeo duodenal, sin bilis B. Las cifras de bilirrubinemia fueron: directa 2 mgrs. ‰ e indirecta 6 mgr. ‰. La intervención (25-IV-50) mostró una hepatomegalia discreta, con hígado duro, con aspecto de cirrosis biliar y una colecistitis litiasica esclero-atrófica y con pericolecistitis, estando la vesícula muy reducida de tamaño (comparable al segmento distal de un pulgar). El colédoco estaba muy dilatado, con paredes engrosadas y lleno de cálculos. Páncreas un poco aumentado de consistencia. Se efectuó la colecistectomía (que fué difícil) y la colédocotomía supraduodenal, con extracción de numerosos cálculos. No existían estrecheces en su calibre, habiendo discreta hipertonía del Oddi. Se efectuó su dilatación hasta pasar el catéter N° 13 (Bakes). Colédocorraffia inmediata con puntos sueltos de gastergut 00; peritonización del pedículo hepático con puntos continuos, con gastergut 00. Drenaje en el lecho vesicular con tubo en cigarrillo. Evolución post-operatoria favorable, luego de un empuje febril, en los primeros días. Drenó muy poco por el drenaje, que se retiró totalmente al 5° día. Alta al 13° día en buenas condiciones.

En la evolución alejada, reaparecieron sus trastornos dispépticos y un año después tuvo nuevamente cólicos hepáticos, con estado infeccioso y subictericia, que se consideraron originados por empujes de angiocolitis. Mejoró con un tratamiento intensivo con antibióticos, antiespasmódicos y drenaje biliar, por sondeo duodenal, para recaer más tarde y establecerse un síndrome coledociano. Reintervenida 1 ½ año después, tenía un bloqueo coledociano por barro biliar, que se evacuó, colocándose un tubo de Kehr 2 ½ semanas. Evolucionó bien, sin trastornos hasta la fecha.

OBS. 7. — Enf. F. B. de F., 44 años, padece de dispepsia hepática, dolorosa, con cólicos hepáticos desde hace 13 años, habiendo tenido repetidos cuadros de colecistitis. Nunca tuvo ictericia. En los últimos años su dispepsia era casi continua, y en el último año se ha hecho post-prandial tardía, ritmada a 4 tiempos, pero a la vez con crisis de cólicos hepáticos.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

La colecistografía y el sondeo duodenal revelan una vesícula excluida. Fué operada el 2-VI-50, comprobándose una colecistitis litiásica, con vesícula grande y paredes engrosadas, e intensa peri-colecistitis, con múltiples adherencias en la logia sub-hepática (colon, epiplón, duodeno, estómago). El colédoco estaba muy dilatado, no palpándose cálculos; páncreas s/p. Se liberaron las adherencias efectuándose colecistectomía retrógrada y colédocotomía. La pared del colédoco estaba congestionada y sangraba abundantemente; no se encontraron cálculos en la exploración instrumental, pero existía una estenosis terminal del colédoco, que no dejaba pasar más que el catéter N° 2 de Bakes, y se interpretó como una colédoco-odditis estenosante terminal. Se efectuó su dilatación cuidadosa, llegando a poder pasar el catéter N° 11. Se suturó el colédoco „on gastergut 00, peritonizándose el pedículo hepático y el lecho vesicular, en el que se dejó un drenaje fino en cigarrillo, y se cerró la pared por planos. En el post-operatorio, tuvo colerragia externa, por el drenaje durante 18 días, sin reacción peritoneal. Su evolución fué favorable, dándosela de alta a los 24 días, en perfectas condiciones y con la herida cicatrizada.

Ha continuado bien, no habiendo vuelto a tener cólicos hepáticos, dolores, ni dispepsia, hasta la fecha.

OBS. 8. — Enf. M. del C. G. de C., 33 años, sufre de dispepsia hepática dolorosa desde hace 5 años, con dolor post-prandial precoz, frecuente, de 3 - 4 horas de duración, sin periodicidad, irregular y con cefalalgia. Tuvo crisis febriles, con sub-ictericia leve y decaimiento general. En los últimos 3 meses, todos sus trastornos se han agravado, sufriendo casi diariamente, por lo que ingresó al H. Maciel el 11-VII-50. El examen mostró: paciente obesa, con buen estado general, sin ictericia, con dolor máximo a la presión en hipocondrio der., y también en flanco y f.i.l.der.; Murphy positivo. El sondeo duodenal da un tiempo de Oddi cerrado de 5', no obteniéndose bilis B, vesicular. La colecistografía reveló una vesícula apenas visible, muy débilmente teñida. Los demás exámenes no ofrecían particularidades. La operación, 15-VII-50, permitió comprobar la existencia de una colecistitis crónica litiásica, con pericolecistitis; el colédoco estaba muy dilatado y con cálculos; páncreas s/p. Se efectuó colecistectomía y colédocotomía, con extracción de 5 cálculos y apreciable cantidad de barro biliar en el colédoco. La exploración instrumental reveló una estenosis terminal del colédoco, que se interpretó como una colédoco-odditis estenosante. Se dilató progresiva y trabajosamente hasta pasar el catéter N° 11 de Bakes, lavándose luego con suero, colocando penicilina y suturando el colédoco sin drenaje. Se peritonizó el pedículo hepático y el lecho vesicular, dejando un drenaje con tubo fino, en cigarrillo, y cerrándose la pared por planos. La evolución post-operatoria fué muy favorable, quitándose la pequeña mecha al 2° día y el tubo al 4° día. Tuvo los primeros días diarrea, con bilis oscura, que luego se normalizó. Al 4° día comía ya churrascos. Alta al 9° día, con herida cerrada.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

No ha vuelto a tener la menor molestia, ni trastorno, siendo sus digestiones normales.

Se embarazó y tuvo un hijo, con parto de nalgas, el 26-V-51, continuando bien hasta la fecha.

OBS. 9. — Enf. I. F. de M., 42 años, padece de dispepsia dolorosa, de tipo hepático, desde hace 10 años, con frecuentes cólicos hepáticos. Sus trastornos recrudecieron el último 1 ½ mes, con intensos cólicos, fiebre, escalofríos, e ictericia. El examen mostró: paciente algo obesa, con sub-ictericia y vesícula palpable y dolorosa. En la radiografía simple se veían sombras de cálculos en el área vesicular. La colecistografía y el sondeo duodenal revelaron una vesícula excluida. La enferma fué operada el 14-IX-50, comprobándose una colecistitis litiásica, con pericolecistitis y un colédoco muy dilatado; páncreas s/p. Se efectuó colecistectomía y colédocotomía. La exploración del colédoco no mostró cálculos; existía una estrechez del colédoco terminal, que no permitía pasar el catéter N° 2 de Bakes y que se interpretó como colédoco-odditis estenosante. Se efectuó la dilatación cuidadosa del colédoco terminal, llegando a pasar el catéter N° 7 de Bakes, suturándose el colédoco con gastergut 00, sin drenaje. Se peritonizó el pedículo hepático y el lecho vesicular, en el que se dejó un drenaje con tubo en cigarrillo sub-peritoneal. La evolución fué favorable, no teniendo secreción por el drenaje, que se retiró a las 24 horas. Alta a los 12 días, en perfectas condiciones.

Ha continuado perfectamente, sin molestias hasta la fecha.

OBS. N° 10. — Enf. H. L. de E., 34 años, padece de dispepsia crónica, de tipo hepático, desde hace 8 años, con cólicos hepáticos, no habiendo tenido ictericia, pero sí crisis febriles, con escalofríos. El examen reveló buen estado general sin ictericia, con dolor franco a la presión en el hipocondrio der., signo de Murphy positivo, no palpándose hígado, ni vesícula. La radiografía simple mostró una imagen litiásica en la zona correspondiente al fondo de la vesícula y otra en la región de las vías biliares (cístico o colédoco). La colecistografía y el sondeo duodenal revelaron una vesícula excluida. Los demás exámenes no ofrecían particularidades. La intervención efectuada el 3-XI-50, permitió comprobar una colecistitis crónica litiásica, con un colédoco un poco dilatado, en el que se palpaba un cálculo del tamaño de una arveja grande, en la terminación del colédoco intrapancreático, siendo el páncreas normal. Se efectuó colecistectomía retrógrada, colédocotomía y extracción del cálculo. La exploración del colédoco, no mostró estrechez, pero sí la sensación de espasmo terminal, en el Oddi, que se dilató suavemente hasta pasar el catéter N° 11 de Bakes. Lavado del colédoco, colocación de antibióticos y sutura con gastergut 00, peritonizándose luego el pedículo hepático y el lecho vesicular, en el que se dejó un tubo fino de drenaje en cigarrillo. Se cerró la pared por planos. La evolución post-operatoria fué favorable, teniendo los 2 primeros días leve sub-ictericia, que desapareció espontáneamente. La curación se mantuvo seca, retirándose el drenaje

al 2º día, alimentándose ampliamente a partir del 4º día (carne, etc.) y siendo dada de alta al 8º día.

Ha continuado bien, sin molestia alguna hasta la fecha.

OBS. 11. — Enf. B. M. de C., 20 años, padece de dispepsia dolorosa, de tipo hepático, desde hace 3 años, con crisis dolorosas en el hipocondrio der. de 2 y 3 días de duración, acompañadas a menudo de cefalalgia y escalofríos. No ha tenido ictericia; hace 2 meses tuvo un intenso cólico hepático. El examen mostró buen estado general, sin ictericia, con hígado palpable, regular, no doloroso, que desbordaba un través de dedo el reborde costal, percibiéndose una tumefacción redondeada en la zona vesicular, dolorosa. Radiografía simple s/p. El sondeo duodenal y la colecistografía revelaron una vesícula de extasis; la vesícula biliar estaba aumentada de volumen en todos sus diámetros, estando opacificada hasta el bacinete. Los demás exámenes no ofrecían particularidades. La paciente fué operada el 13-II-51, comprobándose una vesícula grande de extasis, con bilis negra, y acodamiento de su cuello, por anomalía de tipo congénito. El colédoco se hallaba dilatado, sin cálculos y el páncreas era normal. Se efectuó colecistectomía retrógrada, colédocotomía y exploración del colédoco, que mostró un Oddi espasmódico, que se dilató con catéter de Bakes, hasta el calibre 6 inclusive. Sutura del colédoco con gastergut, sin drenaje; peritonización del pedículo hepático y del lecho vesicular, en el que se dejó un tubo fino de drenaje en cigarrillo, y otro tubito sub-hepático, cerrándose la pared por planos. La evolución post-operatoria fué muy buena, drenando escaso líquido bilioso los primeros días, quitándose los drenajes al 4º día. Se levantó a las 24 horas, alimentándose ampliamente (carne) a partir del 4º día, y siendo dada de alta al 6º día.

No ha vuelto a tener molestias hasta la fecha.

OBS. 12. — Enf. R. P. de L., 39 años, que padece de dispepsia no dolorosa, de tipo hepático, desde hace 3 años, que se ha hecho dolorosa el último año, acompañándose de frecuentes náuseas y vómitos. Últimamente ha tenido varios cólicos hepáticos, sin ictericia. Ingresó al H. Maciel el 16-VI-51, teniendo a los pocos días intenso cólico hepático, pero con ictericia. El examen mostró una enferma obesa, con ictericia moderada, materias coloreadas, hígado palpable, regular, doloroso, que desbordaba 2 traveses de dedo el reborde costal, siendo el área vesicular muy dolorosa. El sondeo duodenal y la colecistografía revelaron una vesícula excluida. La bilirrubinemia directa era de 1,2 mgr.‰ y la indirecta de 2 mgr.‰; el colesterol sanguíneo 1 gr. 70‰; el fósforo total ácido soluble 1 mgr. 93‰; las fosfatasa alcalinas eran 8.37 V.B. Habían 64 unidades pancreáticas en el examen de orina. La enferma fué operada el 26-V-51, comprobándose una colecistitis crónica litiasica, con cístico engrosado, colédoco dilatado, sin cálculos palpables y páncreas macroscópicamente normal. Se efectuó la colecistectomía, la colédocotomía, y la exploración del colédoco que mostró una estenosis del colédoco terminal,

no existiendo cálculos. Se efectuó la dilatación con catéteres de Bakes del colédoco terminal, llegando a pasar el N° 10. Se suturó el colédoco con gastergut 00000, peritonizándose el pedículo hepático y el lecho vesicular, en el que se dejó un tubo fino de drenaje en cigarrillo, cerrándose la pared por planos. La evolución post-operatoria fué excelente, no drenando absolutamente nada, por lo que se retiró el tubo al 3er. día. Se alimentó normalmente, dentro del régimen de hepático, a partir del 4° día, siendo dada de alta al 6° día.

No ha vuelto a tener molestias hasta la fecha.

OBS. 13. — Enf. M. S. de B., 32 años, padece de dispepsia de tipo hepático desde hace 14 años, con intensos cólicos hepáticos desde hace 8 años, sin ictericia, pero con empujes febriles. Después de su parto hace 1 año, recrudecieron sus trastornos, teniendo frecuentes periodos de dolor permanente en el hipocondrio der., con vesícula grande, palpable por la propia paciente. El examen mostró buen estado general, sin ictericia, con vesícula palpable, dolorosa, e hígado que desbordaba 1 ½ traveses de dedo el reborde hepático, también algo doloroso. El sondeo duodenal y la colecistografía revelaron una vesícula funcionalmente excluida. Los demás exámenes s/p. La enferma fué operada el 29-VIII-51, comprobándose una colecistitis crónica litiásica, con vesícula grande, péndulo, llena de cálculos, habiendo uno voluminoso encastrado en el bacinete. El colédoco estaba dilatado, sin cálculos. Se efectuó colecistectomía y colangiografía operatoria por el cístico, que mostró un colédoco y hepático dilatados, con estenosis de la terminación del colédoco. Se realizó la colédocotomía, comprobándose que la estenosis no permitía pasar el catéter N° 2; se efectuó la dilatación del colédoco terminal con catéteres de Bakes, hasta pasar el N° 8. Se suturó el colédoco con gastergut 00000, se peritonizó el pedículo hepático y el lecho vesicular, donde se dejó un tubo de drenaje fino en cigarrillo, cerrándose la pared por planos. La evolución fué favorable, no emitiendo nada por el drenaje, que se retiró al 2° día. Se alimentó bien (carne, etc.) a partir del 4° día, siendo dada de alta al 9° día en perfectas condiciones.

Ha continuado sin molestia alguna hasta la fecha.

OBS. 14. — Enf. F. L. V., 38 años, padece de dispepsia crónica, dolorosa, de tipo hepático, desde hace 1 ½ año, con cólicos hepáticos a repetición, sin ictericia. Hace 20 días, luego de un intenso cólico hepático, apareció una intensa ictericia, que se mantuvo hasta la fecha, acompañada de decoloración de materias fecales. Ha adelgazado varios kilogramos. El examen reveló un paciente delgado, desnutrido, con intensa ictericia, decoloración de materias fecales, coluria, hígado palpable, a un través de dedo del reborde costal, blando, no doloroso y vesícula no palpable, pero con Murphy intensamente positivo. El sondeo duodenal y la colecistografía revelaron una vesícula excluida. El resto del examen s/p. La operación, 3-III-52, permitió comprobar una colecistitis crónica litiásica, esclero-atrónica, con pericolecistitis e intensa adenitis en el pedículo

hepático. Había hepatomegalia, con hígado congestivo, icterico y algo cianótico; el colédoco estaba dilatado, sin cálculos palpables; el páncreas se encontraba indurado, en la zona vecina al colédoco intrapancreático. Se efectuó colecistectomía y colangiografía operatoria por el cístico, que mostró la dilatación de las vías biliares y espasmo de Oddi. Se efectuó colédocotomía en la confluencia cístico-coledociana, estando las paredes del colédoco muy engrosadas y no encontrándose cálculos. Se dilató el Oddi pasándose hasta el catéter N° 11 de Bakes. Se lavó con suero, se



FIG. 1. Colangiografía operatoria del paciente de la Obs. 14, efectuada a través del cístico, viéndose la dilatación de las vías biliares intra y extra-hepáticas, y el espasmo del Oddi.

colocaron antibióticos y se suturó el colédoco con gastergut 00000, peritonizándose el pedículo hepático y el lecho vesicular, en el que se dejó un drenaje con tubo en cigarrillo, fino, cerrándose finalmente la pared, por planos. La evolución post-operatoria fué muy buena, no drenando bilis por el tubo, que se retiró al 3er. día. Las materias fecales se recoloran rápidamente, alimentándose ampliamente, con un régimen de hepático, a partir del 4º día y siendo dado de alta al 7º día, con franca disminución de su ictericia.

La ictericia continuó retrocediendo hasta desaparecer y el paciente no ha vuelto a tener molestias hasta la fecha.

OBS. 15. — Enf. E. M. de B., 53 años, padece de dispepsia crónica, de tipo hepático desde hace 20 años, con cólicos hepáticos a repetición. Hace 8 años tuvo ictericia, con coluria, pero sin decoloración de materias

fecales. Sus trastornos han recrudecido en los últimos 4 meses, en que su dolor es casi continuo. Nunca tuvo fiebre, excepto una crisis hace 2 años, en que tuvo $37^{\circ} 2/5$. Padece de hipotiroidismo desde hace varios años, bien controlado con opoterapia. El examen muestra un estado general relativamente bueno, sin ictericia, con hígado apenas palpable, poco doloroso, Murphy positivo y dolor franco a la presión del área vesicular, en donde no se palpa la vesícula biliar. El sondeo duodenal y la colecistografía revelaron una vesícula excluida. Los demás exámenes s/p. La

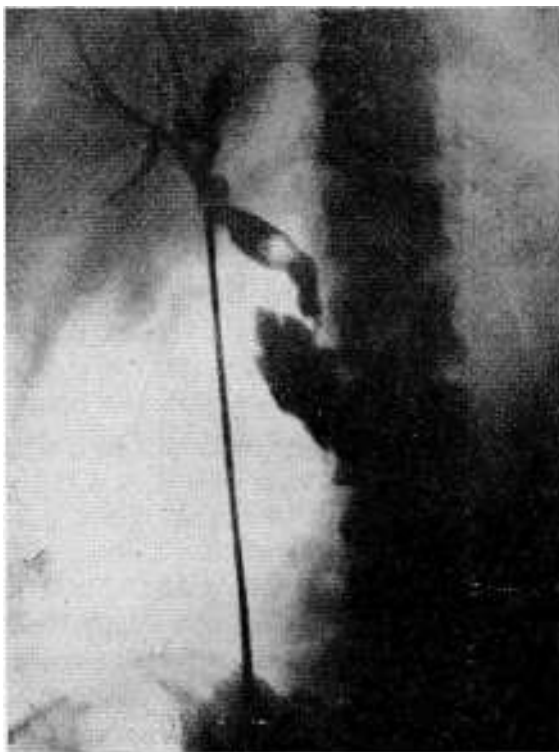


FIG. 2. — Colangiografía operatoria de la paciente de la Obs. 15, efectuada a través del cístico, viéndose la dilatación de las vías biliares extra-hepáticas, la presencia de 2 cálculos en el colédoco suprapancreático y el espasmo del Oddi.

enferma fué operada el 7-IV-52, comprobándose una colecistitis crónica litíasisca, esclero-atrónica, con pericolecistitis y un colédoco dilatado, con cálculos. El hígado y el páncreas no ofrecían particularidades. Se efectuó colecistectomía y colangiografía operatoria, que mostró la dilatación de las vías biliares, la presencia de 2 cálculos en el colédoco suprapancreático y un espasmo del Oddi. Se efectuó colédocotomía, extracción de los 2 cálculos, dilatación del colédoco terminal hasta pasar el catéter N° 11 de Bakes, lavado amplio con suero, colocación de antibióticos y sutura del colédoco con gastergut 00000. Se peritonizó el pedículo hepático y el lecho vesicular en el que se dejó un drenaje con tubo fino en ciga-

rrillo, cerrándose la pared por planos. La evolución fué favorable, sin emisión de líquido por el drenaje que se retiró al 3er. día. Al 4º día comenzó a comer carne asada, yéndose del Sanatorio al 6º día.

Ha continuado perfectamente, no habiendo vuelto a sufrir de su dispepsia, hasta la fecha.

El análisis de los hallazgos operatorios y los resultados obtenidos en el tratamiento de estos 15 pacientes, en los cuales se realizó la exploración quirúrgica de la vía biliar principal, y luego de efectuado el tratamiento de sus lesiones, se procedió a realizar su sutura inmediata, es francamente favorable.

Las lesiones encontradas en la vía biliar accesoria fueron: en 11 casos la vesícula biliar presentaba signos de colecistitis crónica litiasica, Obs. 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14 y 15; de ellas 3 eran de tipo esclero-atrónica, Obs. 5, 6 y 15; en 2 casos, existía colecistitis sub-aguda, Obs. 1 y 4; en 1 caso, había una vesícula de extasis, por malformación vesicular, y en 1 caso, la vesícula no presentaba lesiones macroscópicas. La vesícula biliar se encontraba funcionalmente excluída en 12 casos. En 10 casos existían lesiones de pericolecistitis, Obs. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14 y 15.

En la vía biliar principal, se encontraron las siguientes lesiones: en 5 casos había litiasis del colédoco, Obs. 5, 6, 8, 10 y 15; en 4 casos el colédoco se encontraba dilatado sin que se percibieran macroscópicamente lesiones en sus paredes o en su contenido, Obs. 9, 11, 12 y 13; en 1 caso existía una angiocolitis supurada, Obs. 2; en 4 casos, había lesiones macroscópicas de angiocolitis no supurada, con colédoco dilatado y paredes engrosadas, Obs. 3, 4, 7 y 14 (en la Obs. 3, había una estrechez de la terminación del colédoco y en el caso 14 existían además lesiones más acentuadas de colédoco odditis sub-aguda); en 1 caso, se comprobó una angiocolitis supurada, Obs. 2 en 1 caso, existía una colédoco odditis estenosante, Obs. 3; y en 1 caso, la vía biliar principal no presentaba lesiones perceptibles, estando macroscópicamente sana.

En lo que se refiere más especialmente al colédoco terminal, en 12 casos, existía una hipertonia del Oddi, Obs. 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11 y 15; 4 casos se interpretaron como odditis estenosantes moderadas; en 1 caso se comprobó un colédoco-odditis estenosante,

Obs. 1; en 1 caso, existía átonía del esfínter de Oddi; y en 1 caso, era aparentemente normal, Obs. 1.

En cuanto a las lesiones restantes que se encontraron, en 4 observaciones existía una hepatomegalia manifiesta, Obs. 2, 3, 4 y 14, de las cuales era muy importante la de la Obs. 2, acompañada de ictericia y angiocolitis supurada, y moderada la de las Obs. 3 y 14, en que existía angiocolitis no supurada e ictericia. En la Obs. 4, se comprobó la existencia de un voluminoso quiste hidático supurado hepático, póstero-superior, del lóbulo der.

En lo que se refiere al páncreas, se encontraron importantes lesiones en 3 observaciones, 2, 4 y 14. En la Obs. 2, existía edema de la cabeza del páncreas; en la Obs. 4, se comprobaron signos macroscópicos de pancreatitis crónica y en el caso 14, existía una induración acentuada intra-pancreática, en la zona cefálica, y en el área peri-coledociana. En la Obs. 7, había una peri-duodenitis importante de 1ª y 2ª porción, consecutiva a la peri-colecistitis.

En lo que se refiere al tratamiento instituido en la vía biliar accesoria, se efectuó la colecistectomía en 14 casos y la colecistostomía en 1 caso (Obs. 2).

En la vía biliar principal se efectuó la exploración manual e instrumental en todos los casos, habiéndose podido realizar la colangiografía operatoria solamente en las 3 últimas observaciones (13, 14 y 15). No se efectuó la manometría biliar en ninguna de las observaciones.

La colédocotomía supraduodenal, se efectuó en todas las observaciones en la parte alta al nivel de la confluencia cístico-coledociana. Se trató en todos los casos de restablecer la buena permeabilidad de la vía biliar principal, realizándose la extracción de los cálculos, en las Obs. 5, 6, 8, 10 y 15. En la Obs. 3, en que había una colédoco-odditis estenosante, se efectuó la sección quirúrgica de la zona estrechada, incluido el esfínter de Oddi, mediante la técnica de Delfor del Valle, con abordaje por duodenotomía y plastia mucosa duodeno-ampular. En todas las observaciones se efectuó la dilatación del colédoco terminal y del esfínter de Oddi, con los catéteres de Bakes, seguido del lavado amplio con suero fisiológico de la vía biliar principal, tanto en

el sentido distal, como en el proximal. En los casos en que se encontraron lesiones macroscópicas de angiolitis se instilaron soluciones de antibióticos en el colédoco y en el hepático.

La colédocorráfía "per priman" se efectuó en todos los casos, mediante puntos separados con gastergut, habiéndose utilizado el calibre N° 00 en los primeros 11 casos y el N° 00000, en las 4 últimas observaciones. Se efectuó además un segundo plano de recubrimiento, suturándose con gastergut 00 el peritoneo del pedículo hepático en 14 casos. Esta sutura se continuó en el lecho vesicular, recubriéndolo con peritoneo en 11 observaciones (1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14); en 3 casos (5, 6 y 15) esto no pudo realizarse por la pequeñez de los colgajos laterales de peritoneo y en la Obs. 2 se efectuó colecistomía.

En todos los casos en que se realizó colecistectomía, se dejó drenaje del lecho vesicular, con tubo en cigarrillo; en 11 pacientes, este drenaje fué enteramente sub-peritoneal, siendo en 3 enfermos sub-hepático intraperitoneal, por las características del caso.

En el post-operatorio inmediato, en las Obs. 1, 4, 8, 9, 10, 12, 13, 14 y 15, no hubo prácticamente drenaje biliar por el tubo en cigarrillo, retirándose la mecha del lecho vesicular a las 24 horas y el tubo de goma a las 48 horas. En la Obs. 7 se produjo salida importante de bilis, a lo largo del drenaje que cesó a los 18 días. En 4 casos hubo muy escaso drenaje biliar durante 1 o 2 días, Obs. 3, 5, 6 y 11. En los casos en que hubo bilirragia, el drenaje se retiró sólo cuando hubo cesado la salida de bilis.

El post-operatorio de los pacientes fué favorable, no produciéndose peritonitis biliar, ni reacción peritoneal, en la mayoría de las observaciones. En todos los casos el post-operatorio fué bueno. Fué excelente en 13 casos, en que rápidamente mejoraron y desaparecieron todos los trastornos, aún en los casos en que existía angiolitis. En la Obs. 3, en que existía angiolitis, se efectuó la plastia de la estrechez terminal del colédoco y por causas circunstanciales no se inyectaron antibióticos en los primeros días del post-operatorio, manteniéndose la fiebre alta y el estado infeccioso durante algunos días, que cedieron con la apli-

cación de antibióticos. La evolución fué también buena en la Obs. 7, a pesar de la bilirragia local.

Los pacientes fueron levantados precozmente y comenzaron a alimentarse al 2º o 3er. día. El post-operatorio fué mejor aún en los casos en que se realizó la sutura del colédoco con gastergut y aguja traumática 00000; estos pacientes no sintieron prácticamente trastornos en el post-operatorio, pudieron realizar una

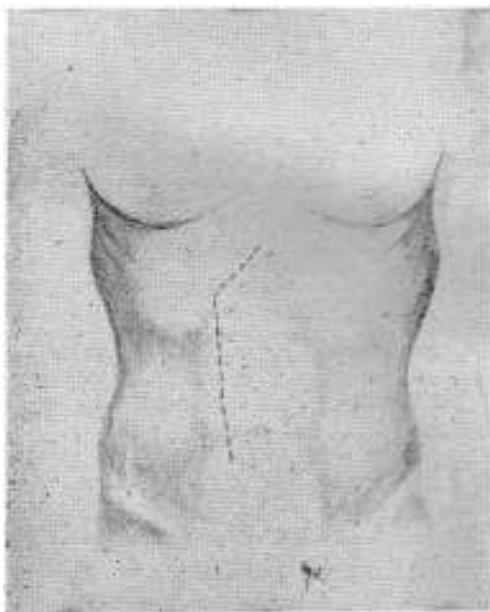


FIG. 3. — Línea de incisión operatoria para la cirugía de las vías biliares.

alimentación amplia con regimen para hepáticos (incluido carne) al 4º día, e irse de alta entre el 6º y el 8º día.

La evolución alejada de los pacientes, seguidos en períodos que llegan en algunos casos hasta 3 años, ha sido excelente en 13 casos, que se mantienen sin molestias hasta la fecha.

En un caso, Obs. 6, la evolución fué favorable durante 6 meses, recayendo luego todos los trastornos y estableciéndose más tarde un síndrome coledociano. Reintervenido 1 ½ año después, se encontró un bloqueo extendido del colédoco por barro biliar, habiendo signo de angiocolitis. Se efectuó entonces el drenaje del colédoco, que se dejó 2 ½ semanas. La evolución consecutiva de

la paciente fué muy buena y se mantiene hasta la fecha. En esta enferma no se había efectuado colangiografía operatoria.

En otro caso, Obs. 3, la evolución fué muy buena durante 1 año y 9 meses, reproduciéndose luego todos los trastornos. ⁽¹⁾

La técnica que hemos utilizado ha sido la siguiente:

Hemos abordado las vías biliares mediante una laparotomía para mediana, para rectal interna der., comenzando con una in-



FIG. 4. — Posición operatoria del paciente, semisentado, con un rodillo transversal bajo las últimas costillas, y con las caderas semiflexionadas.

cisión vertical de la piel, el tejido celular y la hoja anterior de la vaina del recto, extendida desde un poco por debajo del reborde costal, hasta un poco por debajo del nivel del ombligo, completada en su parte alta con una incisión sub-costal oblicua hasta el apéndice xifoide (Figs. 3 - 4).

La enferma se encuentra en posición semisentada, con un rodillo transversal, bajo las últimas costillas, con los miembros inferiores semiflexionados en las caderas, y extendidos en las rodillas (Fig. 4).

Efectuamos luego el le antamiento de un pequeño colgajo interno (piel, tej. celular y aponeurosis) decolando la hoja an-

⁽¹⁾ Posteriormente a la presentación de este trabajo, la enferma fué reoperada, comprobándose la reproducción de la estenosis de su colédoco intrapancreático, con gran dilatación de la vía biliar principal supra-pancreática. Se le efectuó una colédoco-veyunostomía término-terminal en Y, con técnica de Allen, curando de todos sus trastornos.

terior de la vaina del recto del músculo sub-yacente, y seccionando cuidadosamente los múltiples tendinetes aponeuróticos de las 3 intersecciones aponeuróticas (Figs. 5 y 6).

El músculo gran recto se reclina fácil y ampliamente hacia afuera, conservando toda su inervación y vascularización. La hoja posterior de la vaina del recto y el peritoneo se seccionan junto a la línea blanca (Fig. 7). En caso necesario (poco frecuentemente), se efectúa una incisión transversal en la parte alta, a 1 o 2 traveses de dedo del xifoides, en la dirección de las fibras del músculo transverso (Fig. 7).

De esta manera y con el uso de buenos separadores se ob-

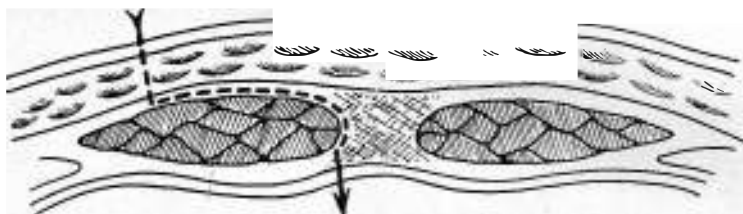


FIG. 5. — Esquema representando, en un corte transversal de la pared abdominal anterior, la vía de abordaje empleada en la cirugía de las vías biliares.

tiene una visualización amplia de la fosa sub-hepática, que permite la realización de cualquier cirugía de las vías biliares.

A su vez, permite al final de la operación, realizar una reconstrucción anatómica y plano por plano de la pared abdominal, con la conservación de su integridad nerviosa, muscular y vascular. Nosotros levantamos al paciente en las primeras 24 horas, para evitar complicaciones pulmonares o venosas periféricas, y no hemos tenido hasta ahora con esta incisión una sola even-tración.

En lo que se refiere a la cirugía de las vías biliares, tenemos inicialmente buen cuidado de conservar el máximo de peritoneo, posible, para poder efectuar fácilmente, al final de la intervención, el recubrimiento de la zona operatoria (Fig. 8). Para esto, en los casos en que vamos a efectuar la colecistectomía, luego de ligar los vasos císticos, etc. despojamos a la vesícula de una parte de su recubrimiento peritoneal (Fig. 8).

Efectuamos la colédocotomía mediante una incisión oblicua

hacia abajo y hacia la línea media, que comienza en la terminación del cístico y abre la zona de confluencia colédoco-cística (Fig. 9). Esto ofrece una luz suficiente con una incisión no muy grande, permite la exploración distal y proximal de la vía biliar principal, a la vez que puede efectuarse la sutura de la incisión coledociana sin peligro de estenosis.

La incisión longitudinal del colédoco tiene el inconveniente, en los casos no muy dilatados, que puede crearse una reducción

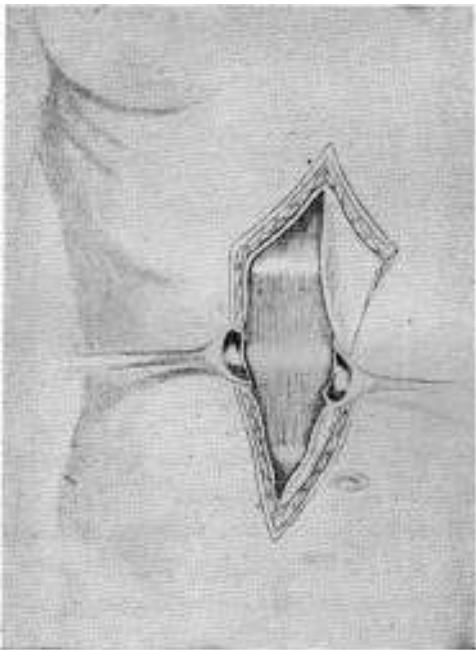


FIG. 6. — Decolamiento de la hoja anterior de la vaina del recto, del músculo sub-yacente, seccionándose los tendinetes de las 3 intersecciones aponeuróticas.

inmediata del calibre. Mirizzi utiliza la incisión transversal, que tiene la ventaja de no seccionar las fibras musculares circulares del colédoco y deja una luz inmediata a la sutura bastante amplia. Tiene en cambio el inconveniente de no ofrecer una luz grande para la exploración quirúrgica de la vía biliar principal; además, tiene el peligro potencial de estenosis post-operatoria tardía, en el lugar de la sutura, en caso de que la cicatrización esclerosa sea excesivamente retráctil.

Por estas razones hemos utilizado la apertura oblicua del colédoco, que tiene gran parte de las ventajas de las incisiones

anteriores, sin tener sus inconvenientes. Ninguno de nuestros 15 casos ha tenido inconvenientes por estenosis tardía del colédoco, en la zona de la sutura. (2)

Una vez tratada quirúrgicamente la lesión de la vía biliar principal y en los casos que esté indicado, efectuamos el cierre inmediato de la colédocotomía. Es preferible efectuarla con material de sutura reabsorbible, que no constituya un cuerpo ex-

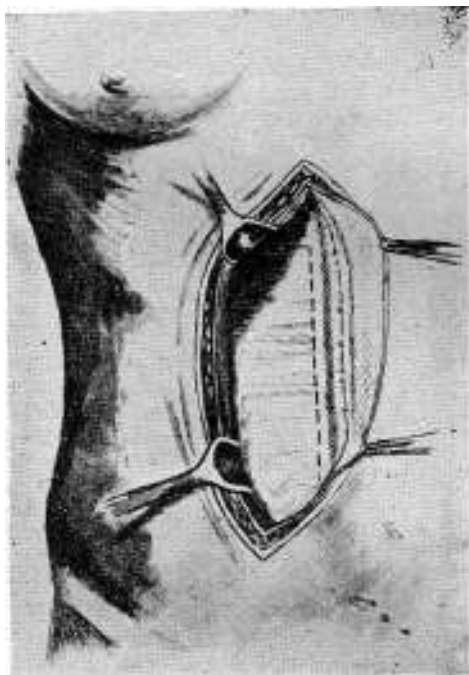


FIG. 7. — Se ha reclinado el músculo gran recto. La línea punteada marca el sitio de sección de la hoja posterior de la vaina del recto.

traño, y tenga a la vez suficiente resistencia. Aconsejamos el uso de gastergut 00000, con aguja atraumática. Comenzamos por colocar una puntada en cada comisura de la incisión, que anudamos y empleamos como tractores. Colocamos entonces todas las puntadas, de manera bien simétrica y sin anudarlas, para hacerlo al final, todas juntas (Figs. 9 y 10).

(2) La paciente de la Obs. 3, fué reoperada posteriormente a la presentación de este trabajo, a los 2 años y 5 meses de la 1ª operación, a causa de una coledocitis estenosante intrapancreática, comprobándose la total conservación de la luz del colédoco en la zona de la primitiva colédocotomía con colédocorrafia inmediata.

Efectuamos luego la peritonización de la zona operatoria, para lo cual realizamos una sutura continua, a punto pasado, con gastergut 00, que iniciamos al nivel del peritoneo duodenal, para ascender por el peritoneo del pedículo hepático y continuar luego por el peritoneo del lecho vesicular. Mantenemos hasta el final el hilo con que se había efectuado la sutura del cóstico, lo que nos facilita las maniobras de cierre y nos permite, luego de

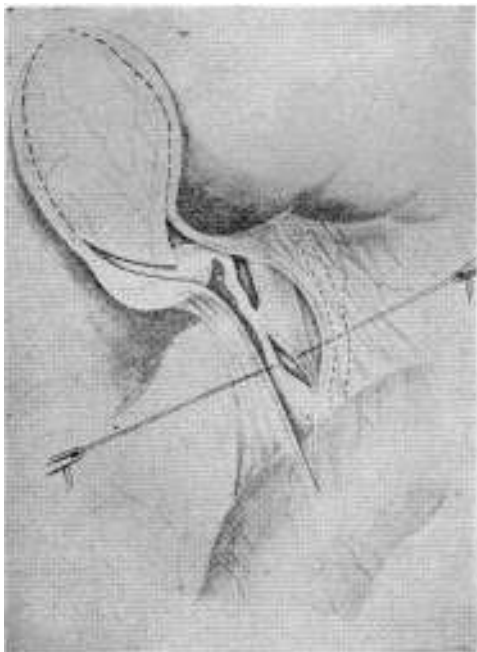


FIG. 8. — El esquema señala el lugar de sección del peritoneo, para conservarlo al máximo y efectuar al final una fácil peritonización. (El lugar de la colédocotomía ha sido colocado por error demasiado bajo en la lámina).

haber terminado la sutura del peritoneo, colocar un tubo fino de drenaje en cigarrillo, que llegue hasta la vecindad del muñón cóstico y de la zona de la colédocorráfía (Fig. 11). Recién entonces seccionamos este hilo (lo más corto posible).

Procediendo de esta manera, creemos que no debe temerse el peligro de peritonitis biliar post-operatoria. En caso de que fallase la colédocorráfía, por cualquier causa fortuita, se establecería de inmediato una fístula biliar externa.

La colédocotomía con sutura inmediata ha sido empleada desde hace años por otros autores.

A fines del siglo pasado, Kummel, Riedel y Thorton, hicieron las primeras tentativas para su utilización.

Posteriormente Von Eiselsberg, en Alemania, estableció una técnica bien reglada y precisó sus indicaciones. Efectuaba la sutura primaria de la colédocotomía, luego de haber efectuado la dilatación del colédoco terminal y haber colocado un drenaje perdido a través de la ampolla de Vater. Walzel, Kirschner y Staundl, efectuaron también la coledócorrafía inmediata en ciertos casos.

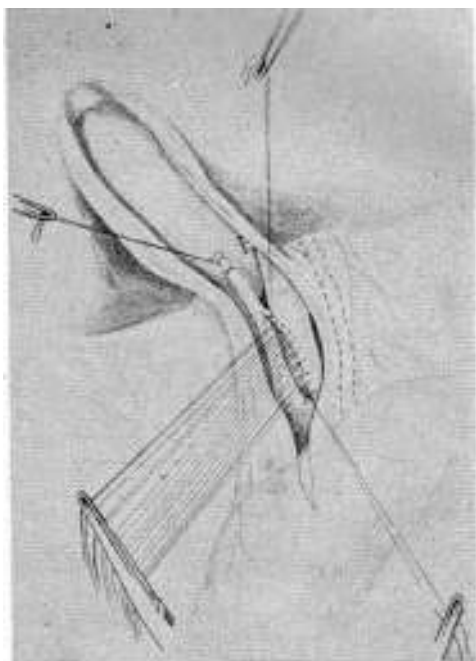


FIG. 9. — La lámina muestra la manera como efectuamos la sutura del colédoco.

Duval, en Francia, en 1924, defendió la colédocotomía con cierre inmediato, previa colocación de un tubo de drenaje perdido trans-vateriano, aportando pequeñas modificaciones a la técnica de Von Eiselsberg.

Mirizzi, en la Argentina, en 1942, publicó sus primeros 31 casos de colédocotomía ideal, con sutura inmediata, indicando su técnica, sus resultados, indicaciones, ventajas e inconvenientes. Considera condición indispensable para poder efectuar la colédocorrafía inmediata, haber realizado la colangiografía operatoria;

tener plena seguridad de la buena permeabilidad de la papila de Vater, haber efectuado la completa extirpación de los cálculos del colédoco, comprobar que el páncreas sea normal y que la sutura del colédoco sea perfecta y hermética. Considera que la colédocotomía sin drenaje, hecha en estas condiciones, tiene ventajas sobre el drenaje con tubo de Kehr de la vía biliar principal.

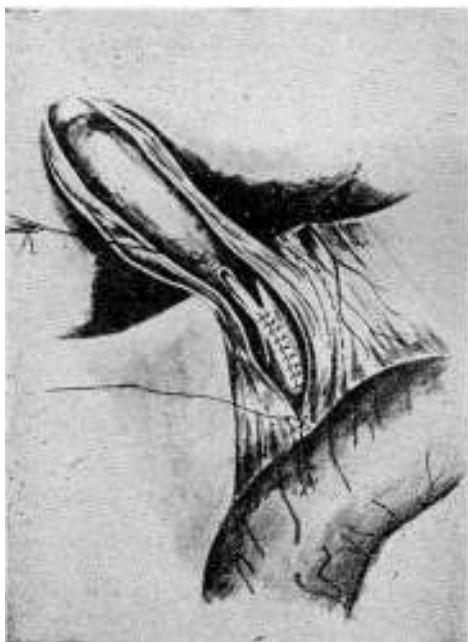


FIG. 10. — El colédoco ha sido suturado. Se comienza la peritonización mediante sutura con punto continuo pasado, iniciado junto al duodeno.

Del Campo en nuestro ambiente ha considerado favorablemente también la colédocotomía ideal, en ciertos casos.

Mallet - Guy, en Francia, en 1948, se manifiesta también en favor de la colédocotomía ideal, preconizando la sutura del colédoco con hilos de vitalio. "El drenaje del colédoco es un peligro antifisiológico, arrastrado durante decenas, del cual la cirugía moderna debe finalmente liberarse".

Se han señalado varios inconvenientes a la colédocotomía ideal.

Un inconveniente importante es la posibilidad de un cálculo

olvidado en las vías biliares. Este peligro ha sido obviado por Mirizzi, por medio de la colangiografía operatoria.

Otro peligro es la existencia de una estenosis de la vía biliar principal. Esto en realidad constituye una contraindicación absoluta, salvo el caso en que se haya efectuado el tratamiento quirúrgico previo de la estenosis biliar.

Ocurre lo mismo con la posibilidad de un nuevo empuje de pancreatitis en los casos de pancreatitis crónica o recidivante.

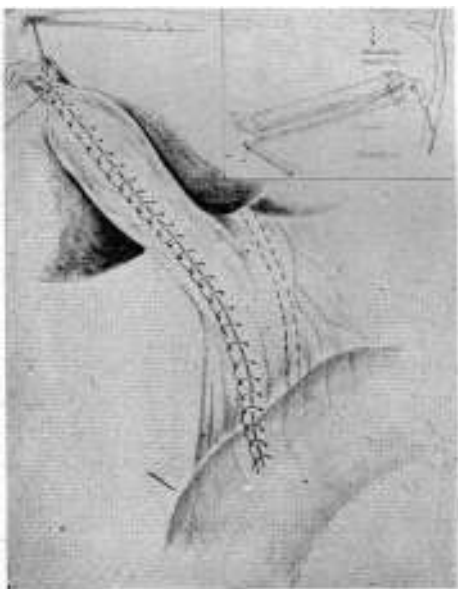


FIG. 11. — Se ha terminado la peritonización de la zona operatoria y se ha colocado el tubo de drenaje en cigarrillo en el lecho vesicular, que llega hasta la vecindad de la vía biliar principal.

Otro inconveniente sería el peligro de persistencia de la angiolitis en los casos infectados.

Finalmente, existe el gran peligro de la peritonitis biliar, por falla de la sutura del colédoco. Este inconveniente se obvia enteramente con la técnica que preconizamos, con sutura hermética del colédoco, con la peritonización consecutiva y con la colocación del drenaje sub-peritoneal de seguridad.

Múltiples son en cambio las ventajas de la colédocotomía ideal.

Se mantienen las vías biliares en las condiciones más pró-

ximas a la normalidad fisiológica. Se evita la hipotensión del árbol biliar, que produce el drenaje externo y perjudica la función del hepatocito. Se evita la expoliación del organismo en proteínas, sales minerales, vitaminas, sales y ácidos biliares. Se mantiene la llegada de bilis al tubo digestivo, con su acción digestiva importante de los alimentos, con su acción estimulante del peristaltismo intestinal, con un aporte de mucina y sales biliares y

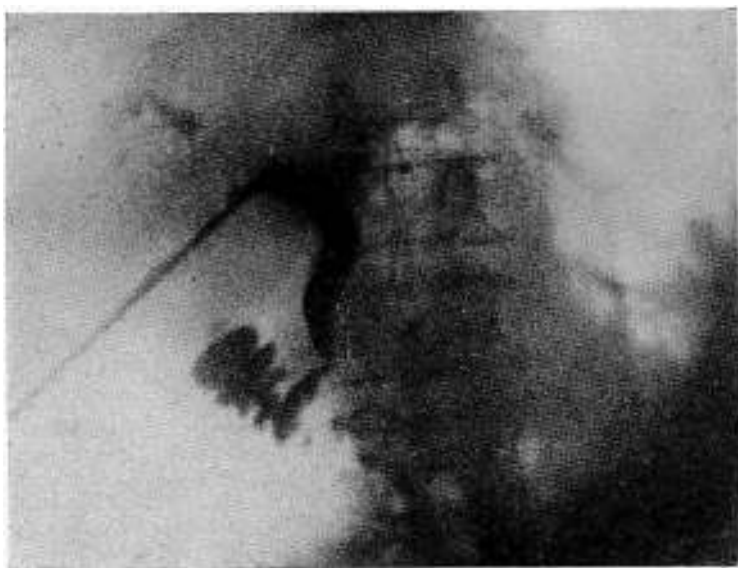


FIG. 12. — Colangiografía operatoria, en un caso de colecistitis litíase, con colédoco dilatado, en que se comprueba la ausencia de cálculos y de obstáculo en el colédoco.

el mantenimiento del ciclo de la circulación biliar entero-hepática. Todo esto permite la alimentación precoz del enfermo y su rápida recuperación post-operatoria.

Se evita la colocación de un cuerpo extraño en el colédoco, que es causa de irritación y de esclerosis en un tubo excretor delicado y contráctil como es el colédoco. Además, la cicatrización de la herida parietal del colédoco, una vez retirado el tubo de drenaje, queda supeditada a las contingencias de una cicatrización secundaria por tejido de granulación, cuyas posibilidades no pueden determinarse nunca con seguridad.

Se evitan las grandes adherencias de las vísceras en la fosa sub-hepática, como consecuencia del drenaje prolongado.

Se evita también el peligro de la contaminación secundaria de la región por el mantenimiento prolongado del drenaje.

Finalmente se acorta enormemente la duración del post-ope-

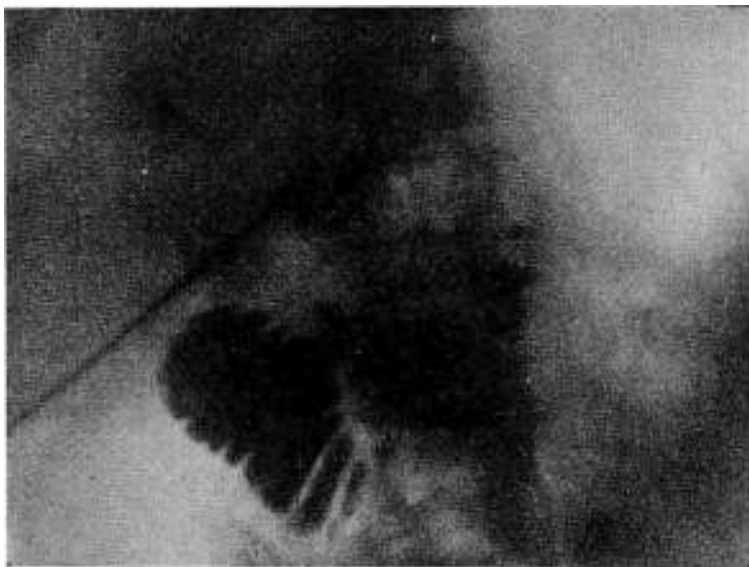


FIG. 13. — Colangiografía operatoria. Radiografía tomada a los 20 minutos de la anterior, que mostró la buena evacuación de la vía biliar principal, descartando el espasmo del Oddi y haciendo innecesaria la colédocotomía exploradora.

ratorio, evitándose el desagradable y prolongado drenaje biliar, con la necesidad de llevar un sistema colector para la bilis, etc.

La colangiografía operatoria es un complemento fundamental para poder efectuar sobre bases científicas serias la colédocorráfía inmediata.

Representa además un método semiológico utilísimo para el examen de la vía biliar principal.

Utilizando la colangiografía operatoria se podrá evitar, por otra parte, muchas colédocotomías.

En un caso reciente, de colecistitis crónica litiásica agu-

dizada, con colédoco muy dilatado, la colangiografía operatoria, permitió establecer la ausencia de cálculos y de obstáculos en la vía biliar principal (Fig. 12).

Además, la buena evacuación del colédoco, a los pocos minutos (Fig. 13), hizo innecesaria la realización de la colédocotomía exploradora y dilatación del Oddi.

Estamos convencidos de la utilidad de la colédocotomía sin drenaje, pero no tenemos criterio dogmático y no creemos que deba ser utilizada en todos los casos.

Es un procedimiento útil que tiene sus ventajas, inconvenientes, indicaciones y contraindicaciones.

Creemos que los recientes adelantos médicos han facilitado enormemente sus posibilidades de aplicación, especialmente el empleo de los antibióticos, que previenen las infecciones o las combaten, disminuye el peligro de dehiscencia de las suturas y facilita su cicatrización, especialmente de la pared del colédoco. Han contribuido al buen éxito, los perfeccionamientos anestésicos y de prevención del shock, que permiten una operación más prolongada, la colangiografía operatoria que evita errores de indicación o de procedimiento; y el perfeccionamiento de las suturas, con uso de agujas atraumáticas y material reabsorbible muy fino y resistente.

Consideramos que la colédocotomía sin drenaje está contraindicada: a) cuando haya dudas de la existencia de cálculos residuales en las vías biliares; b) cuando persistan causas de estenosis de las vías biliares; c) cuando no se haya podido efectuar la colangiografía operatoria de control; d) cuando haya una angiolitis importante; e) cuando exista una pancreatitis crónica o recidivante; f) cuando no pueda realizarse la técnica de manera perfecta; g) cuando el estado general del enfermo no permita una operación prolongada.

Consideramos en cambio como casos de indicación primordial para la realización de la colédocotomía sin drenaje o una derivación interna: a) cuando exista un megacolédoco congénito o una malformación de la vía biliar principal; b) cuando exista un colédoco dilatado, con atonía del esfínter de Oddi y peligro

de reflujo duodeno-coledociano. En estos casos consideramos contraindicado el drenaje externo del colédoco.

Somos partidarios decididos de la colédocotomía sin drenaje en las colédoco-litiasis en que se tenga certeza por la colangiografía post-operatoria de que no existen cálculos olvidados. También en los casos de colédoco-odditis estenosantes bien resueltas en el acto quirúrgico, quedando las vías biliares ampliamente permeables. En las disquinesias del Oddi, luego de su dilatación y de tratar cualquier foco irritativo existente, somos partidarios también de la colédocotomía sin drenaje.

Admitimos sin embargo que en los casos anteriormente citados, es defendible el empleo del drenaje externo con tubo de Kehr.

Consideramos que tenemos que perfeccionar aún nuestra técnica, incorporándole la manometría operatoria como aconseja Mallet-Guy y el examen bacteriológico extemporáneo de la bilis coledociana, como preconiza Mirizzi.

Finalmente creemos que algunos de los casos que hemos señalado como contraindicación de la colédocotomía sin drenaje, podrían beneficiar de un drenaje biliar interno, en vez de externo, ya mediante la colédoco-duodenostomía a la Finsterer o quizás mejor por medio de la colédoco-yeyunostomía en Y a la Roux-Allen.

CONCLUSIONES

1) Presentamos 15 casos de colédocotomía sin drenaje, efectuada en 5 casos de colédoco litiasis, 1 caso de angiocolitis supurada, 2 casos de colédoco-odditis-estenosante intra-pancreática, 5 casos de hipertonia del Oddi, 2 casos de odditis estenosante, y 1 caso, sin lesiones.

2) Se efectuó en todos los casos el tratamiento de la lesión obstructiva: remoción de los cálculos, dilatación del Oddi instrumental o mediante plastia quirúrgica, y lavado de la vía biliar, con colocación local de antibióticos.

3) La sutura del colédoco se efectuó con puntos separados y con gastergut 00, en los primeros 10 casos, y luego 00000 en los 5 restantes. Además se efectuó un segundo plano de sutura

del peritoneo del pedículo hepático en 14 casos. Se dejó drenaje sub-peritoneal del lecho vesicular en 11 casos. En 3 casos se colocó drenaje sub-hepático en el lecho vesicular, no pudiéndosele peritonizar por escasez de los colgajos peritoneales. En 1 caso se efectuó colecistostomía.

4) El post-operatorio inmediato fué muy bueno en 13 casos, sin producirse reacción peritoneal alguna y cesando rápidamente todas sus molestias. En 1 caso de estrechez coledociana con angiocolitis se mantuvo el estado infeccioso en el post-operatorio durante 2 1/2 semanas y en otra observación hubo bili-rragia externa durante 18 días, pero el estado general fué bueno en ambos casos, no habiéndose producido reacción peritoneal. En todos los casos en que se efectuó la colédocorrafía con gastergut 00000 el post-operatorio fué excelente, y sin el menor incidente.

5) La evolución alejada fué muy buena en 13 casos. En 1 caso, hubo recidiva de los trastornos, siendo necesario reintervenir por obstrucción coledociana por barro biliar. En otro caso hubo recidiva de la coledocitis estenosante intrapancreática. En todos los casos sin angiocolitis la evolución fué excelente.

6) Realizamos la colangiografía operatoria en sólo 3 casos, pero consideramos que ella es una etapa básica para la realización con un margen amplio de seguridad, de la colédocorrafía inmediata a la colédocotomía.

Complementos fundamentales serían también la colangiomanometría operatoria y el examen bacteriológico extemporáneo de la bilis coledociana, que hasta el momento no hemos realizado.

7) Las ventajas de la colédocorrafía son: mantiene la tensión del árbol biliar; evita la expoliación del organismo; permite la llegada de la bilis al intestino facilitando la digestión, la nutrición, la estimulación del peristaltismo y el mantenimiento del ciclo biliar entero-hepático; favorece la precoz alimentación del paciente; evita la colocación de un cuerpo extraño y asegura el buen cierre de la colédocotomía; disminuye los peligros de infección externa y la producción de grandes adherencias sub-hepáticas; acorta y hace más amable el post-operatorio.

8) Los inconvenientes de la colédocotomía ideal son: la existencia de un cálculo olvidado; la existencia de estenosis de las vías biliares la posibilidad de un nuevo empuje en las pan-

creatitis crónicas o recidivantes; la persistencia de la angiocolitis; el peligro de la falla de la sutura y la producción de una peritonitis biliar.

9) Consideramos como indicaciones de elección de la colédocotomía sin drenaje: las colédoco-litiasis, sin cálculos residuales; las odditis estenosantes, resueltas quirúrgicamente; las distonías del Oddi, en caso que se haya abierto el colédoco, previa dilatación y eliminación de los posibles focos irritativos.

10) Consideramos indicaciones absolutas de la colédocotomía sin drenaje, o mejor, contraindicaciones del drenaje externo del colédoco: los megacolédocos congénitos y las malformaciones de la vía biliar principal; la dilatación del colédoco, con atonía del esfínter de Oddi y peligro de reflujo duodeno-coledociano.

11) Consideramos contraindicada la colédocotomía sin drenaje: cuando exista la posibilidad de un cálculo residual; cuando persista una estenosis de la vía biliar principal; cuando exista una pancreatitis crónica o recidivante; las angiocolitis supuradas; el mal estado general del enfermo; la imposibilidad de realizar, por cualquier causa, una técnica perfecta.

Dr. Miqueo. — Yo he oído con mucho interés la comunicación tan extensa y documentada del Dr. Palma y me felicito de ver siempre un cirujano que trata de mejorar la técnica quirúrgica, contra lo que es corriente en nuestro país.

A la experiencia que todos le reconocemos y a la capacidad del Dr. Palma se agrega además la del Dr. Mirizzi que es un maestro de la cirugía biliar y de las otras autoridades sobre todo europeas que él ha mencionado.

Ahora, el hecho que es evidente desde ya a destacar es el siguiente: que son muy pocas las personas, como él lo ha dicho, que se deciden a efectuar colédocotomía y cerrarla sin drenaje. Contra eso van los cientos de miles de casos, se puede decir, que en los últimos cincuenta años se han hecho con drenaje al exterior por el tubo de Kehr en manos de personas de poca experiencia. Recuerdo perfectamente que mi maestro el Profesor Navarro siempre nombraba el tubo de Kehr como uno de los adelantos más grandes en todos los campos de la cirugía.

El trabajo que el Dr. Palma nos presenta es un trabajo de estadística. Ahora, él mismo reconoce que hay algunas fallas dentro de esos casos, por no haber podido efectuar la colangiografía operatoria y por eso que yo creo que ese trabajo debe ser examinado no así en block, sino caso por caso y que sería largo y extenso y mi memoria no da para tanto. Sin embargo, hay un caso, el segundo, que el Dr. Palma encuentra

angiocolitis, cierra sin drenaje y colecistostomía y es un drenaje de la vía principal a través de la vía superior y ese por lo tanto debería ser un caso a no tomar en cuenta.

Y el otro caso del quiste hidático, que el quiste hidático fué drenado más tarde, que es la técnica general de los quistes hidáticos abiertos en las vías biliares sin entrar al colédoco, en la mayoría de los casos.

En consecuencia de este trabajo, de esta estadística, se deduce que se puede abrir un colédoco, explorar su contenido y cerrarlo sin que se produzca un desastre bajo forma de fistula externa o peritonitis biliar.

Por otra parte, creo que el Dr. Palma hace bien un drenaje en el lecho de la vesícula por las circunstancias que pudiera ocasionar. En otros casos que él ha hablado, encuentra un colédoco dilatado, con vesícula excluida, abre el colédoco, explora, no encuentra cálculo y cierra, efectuando sólo colecistectomía. Yo creo que en esos casos con la colangiografía, el Dr. Palma no hubiera abierto el colédoco que es lo que se hace en la mayoría de los casos que se encuentra vesícula excluida con dilatación compensatoria del colédoco y si un cirujano tiene alguna experiencia o se fía en la exploración visual u operatoria del colédoco, efectúa la colecistectomía del drenaje sin colédoco y esos enfermos evolucionan bien.

En cuanto a los casos de la vía biliar infectada, creo que es necesario drenarlos como reconoce el Dr. Palma, por dos razones: porque una de las condiciones de la infección biliar es la éstasis porque no podemos confiar en la dilatación de un esfínter como el esfínter de Oddi que puede recuperar su tonicidad bastante rápidamente, es decir, sabemos todos que nuestros esfínteres, sobre todo el esfínter anal al efectuar una dilatación bien hecha y completa del mismo, a veces en la tarde o al otro día está contrayéndose y si se ha dejado un tubo hay que sacarlo para que el enfermo no sufra. Lo mismo puede suceder en el esfínter de Oddi y producir una contracción que puede hacer saltar la sutura.

De manera que, en resumen, creo que las indicaciones de la colédocotomía sin drenaje son limitadas en el sentido de que en la mayoría de esos casos a que me he referido, no hubiera sido necesario efectuar la colédocotomía si se hubiera dispuesto de los procedimientos exploradores y operatorios para saber seguramente que esa vía biliar principal no contenía cálculo sino simplemente dilatación con ligera coledocitis que curan con la extirpación de la vesícula o antibióticos por vía general.

Ahora, en cuanto a la colocación de los antibióticos dentro del colédoco, me parece muy bien de colocar en la operación, efectuada la dilatación del esfínter de Oddi. Es muy probable que esos antibióticos serán barridos de la vía biliar principal en pocos minutos quizás y por consiguiente tienen poco tiempo para actuar mientras que colocando un tubo de Kehr, se puede hacer lavados repetidos todos los días, de antibióticos.

Por otra parte, yo creo que la colocación del tubo de Kehr dentro de un colédoco, si se hace bien, es una operación sencilla y que frente a las ventajas de seguridad, de utilidad que presenta, los inconvenientes que tienen son pocos, sobre todo si se hace como debe hacerse cerrando

el colédoco bien, colocando los puntos de abajo a arriba, de manera que el tubo no apoye sobre el duodeno y puede ulcerarlo más tarde, y si se retira dentro de plazos prudenciales, por ejemplo para esos casos en que el Dr. Palma abrió y cerró el colédoco inmediatamente, creo que con un drenaje de 10, 12 días en el colédoco, no se produce, si está bien colocado, una estenosis del mismo porque va cerrando sobre un tubo redondo que mantiene su calibre y la fístula biliar cierra completamente, como nosotros bien sabemos.

De manera que yo creo que en el trabajo del Dr. Palma habría que estudiar más a fondo esos casos y ver cuando está bien indicada la colédocostomía, porque no disponía de colangiografía, que hizo bien en abrir en todos los casos en que tenía sospecha, y segundo, en cuantos de esos casos la evolución alejada hubiera marchado bien si no se hubiera abierto el colédoco lo mismo que se hizo dilatando.

En realidad hasta me parece una cuestión muy interesante y digno de estudio y yo felicito al Dr. Palma por haber traído su experiencia al seno de esta Sociedad, pero hasta que nuevas pruebas se presenten y se establezcan las indicaciones del drenaje, voy a discrepar y voy a seguir colocando el tubo de Kehr en esos casos.

Dr. Cosco. — Yo le agradezco al Dr. Palma que haya traído al seno de esta Sociedad problema tan interesante. Enfocando el tema debo expresarle que, en general, yo estoy de acuerdo con la orientación de practicar cada día con más frecuencia la colédocotomía ideal; en lo que discrepo es en lo particular, es decir, en la manera insuficiente como se han estudiado los enfermos en el acto operatorio, y sobre todo con los diagnósticos con que se han etiquetado estos actos.

Expresa el Dr. Palma que se orientó hacia la práctica de la colédocotomía ideal por la observación de un caso de colerragia post-operatoria con fístula duodenal transpapilar en un enfermo al cual le había colocado un tubo de Kehr.

Respecto al valor de esta colerragia es indispensable saber si la pata inferior del tubo de Kehr era corta o larga, puesto que, cuando la pata inferior es larga pero no lo suficiente como la usada por Cattell, se produce una gran regurgitación de líquido duodenal, poniendo en peligro la vida del enfermo, como lo hemos observado en varios casos, uno de los cuales falleció.

Me llama la atención la gran cantidad de colédocos dilatados, en los cuales luego no se comprobó ninguna cosa orgánica; conozco bien los casos de vesículas excluidas en los cuales el colédoco se dilata por vesiculización, pero muchos de sus enfermos no eran de este tipo. Es que frente a un colédoco dilatado, antes de concluir en la ausencia de una lesión provocadora, es necesario practicar el examen exhaustivo de las causas por colangiografía o practicando un decolamiento retro-pancreático, palpando el páncreas y la ampolla de Vater para descartar la existencia de una pancreatitis concomitante o de un cálculo del colédoco. Tanto una como otra maniobra faltan en general en los casos presentados.

No puedo aceptar sus diagnósticos de hipertonía del Oddi, espasmo del Oddi, Odditis y Odditis esclerorretráctil y de hipotonía del Oddi porque fueron obtenidos con la sola maniobra del cateterismo. Con el simple catéter estos diagnósticos no se pueden plantear de manera correcta; es necesario el auxilio de la manometría, de la colangiografía o de la palpación luego de la maniobra del decolamiento retro-pancreático. Ejecutando el cateterismo del colédoco con la técnica que sigue el Dr. Palma, no se puede jamás afirmar la existencia de hipertonía del Oddi; podría plantearse su existencia siempre que tuviera el duodeno-páncreas en sus manos, siempre que hubiera enderezado las curvas que presenta el colédoco en la parte terminal por medio de la tracción, lo que no se ha llevado a cabo porque no practicó el decolamiento; la resistencia que el Dr. Palma comprueba con el catéter de la parte terminal del colédoco es una resistencia que no debe ser atribuida a hipertonía, ya que muchas veces se encuentra en casos de colédoco y páncreas normal, lo que se explica por el doble cambio de dirección de la parte terminal del canal biliar. Para evitar este inconveniente existen los atéteres de doble inclinación.

Dr. Palma. — ¿A qué cateterismo se refiere el doctor? Porque yo uso catéteres de Bakes absolutamente maleables, en que pasado el N° 1, se da a los sucesivos, la misma forma que tiene el colédoco. Además es un catéter completamente elipsoide en sus dos extremidades, de tal manera que no hay posibilidad de angulación ninguna del colédoco. Es un catéter completamente maleable, que no es como el "Beniqué", que es rústico y que no debe usarse nunca en el colédoco, sino un instrumento perfectamente adaptable a la dirección del colédoco.

Dr. Cosco. — Por lo tanto insisto que es imposible afirmar el diagnóstico del tipo de lesiones del Oddi con la sola maniobra del catéter, maleable o no, puesto que las inclinaciones variables del colédoco terminal son los causantes de estas sensaciones de falsa resistencia.

El Dr. Palma no indica el estado del páncreas en sus casos, lo que es fundamental. Es necesario por la palpación evidenciar la existencia de una pancreatitis concomitante que a veces puede ser extensa y plantear la posibilidad de una pancreatitis estenosante en el colédoco, lo que obliga a dejar un tubo de drenaje de Kehr. Además, esta palpación nos permite descubrir las frecuentes pancreatitis cefálica que encontramos corrientemente y que hemos denominado pancreatitis efálicas en moneda, variando en tamaño desde una aceituna al de un huevo, lo que permite unir estas comprobaciones con los datos de la colangiografía post-operatoria que demuestran la existencia de estrecheces de la parte terminal del colédoco. En un pequeño número de los casos operados el relator ofrece datos sobre el estado del páncreas, pero éstos han sido obtenidos con la simple palpación externa, sin decolamiento retro-pancreático y sobre este punto es necesario aceptar la premisa de que esta exploración es insuficiente; la verdadera palpación del páncreas debe ser

bidigital, con un dedo por detrás y otro por delante, contra la propia cara anterior del páncreas, para lo cual este dedo anterior ha debido atravesar el gran epiplón contra la gran curva del estómago o atravesar el pequeño contra la pequeña curva gástrica; recién entonces podemos conocer el estado del páncreas y saber si existe o no un cálculo en el colédoco.

Sintetizando mi pensamiento, en ninguno de los casos presentados por el Dr. Palma se puede llegar a la exacta documentación del estado del páncreas, lo que constituye la falta de un dato fundamental que de hecho permite objetar los diagnósticos que se plantearon a nivel del colédoco inferior como ser, los de hipertonia, Odditis y Odditis esclero-retráctil. Estoy de acuerdo con la orientación de la práctica de la colédocotomía ideal, que deberá realizarse cada vez más, pero no estoy de acuerdo con los diagnósticos ni los exámenes operatorios de los enfermos presentados, lo que quita valor a las conclusiones.

Con respecto a los resultados, ellos no son completamente satisfactorios, puesto que ha tenido bilirragias que explica por el grosor del catgut utilizado en la sutura del colédoco, pero que también puede ser debido a la existencia de una hipertensión coledociana, hipertensión coledociana que contraindica la colédocotomía ideal y exige la colocación de un tubo de Kehr. Es decir, que en estos casos la operación defendida por el Dr. Palma no estaba indicada. Además, como expresó el Dr. Miqueo, si se abren colédocos sin lesiones, su cierre se verá seguido de una buena evolución. Con relación a uno de los casos se mostró una colangiografía que, por la falta de visualización de la parte inferior del colédoco, se afirmó la existencia de un espasmo patológico del esfínter de Oddi. Yo pregunté qué anestesia soportaba en ese momento la enferma y se me contestó que era anestesia general; interesa conocer la premedicación puesto que la morfina provoca un espasmo del esfínter de Oddi no patológico; interesa conocer también la presión con que se inyecta el líquido de contraste, puesto que si ésta es menor de 12 o 15, el esfínter de Oddi no se vence y no se rellena en la placa. Por lo tanto, es necesario conocer esos dos detalles, medicación previa y manometría, antes de afirmar que el enfermo presentaba un espasmo patológico del esfínter de Oddi.

En algunos de los casos presentados se evidencia que la exploración ha sido incompleta, ya que ha dejado cálculos olvidados en el colédoco, lo que por otra parte ha sucedido a todos los cirujanos que trabajan en vías biliares; no estoy de acuerdo en la interpretación que el Dr. Palma ofrece referente al cálculo residual, pensando que se trataba de una nueva producción de cálculos; yo no comparto esta opinión, y lo más probable es que haya quedado un cálculo en el extremo inferior del colédoco. En este caso no se debía haber realizado una colédocotomía ideal.

El autor de la comunicación establece que la infección contraindica el cierre del colédoco; sin embargo él ha cerrado colédocos infectados. El Dr. Palma se excusa de no haber practicado la colangiografía operatoria.

Yo pienso que la colangiografía operatoria es una maniobra de valor, pero que no excluye que previamente se lleve a cabo una completa semiología quirúrgica por medio del decolamiento retro-duodeno-pancreático, el cual permite exponer el colédoco, palpar vías biliares, páncreas y duodeno, enderezar las curvas del colédoco por tracción y practicar el cateterismo coledociano fiscalizado por la pinza digital que palpa el canal, lo que permite diagnosticar cálculos en el colédoco, conocer si la vía principal está libre o no, percibir la dificultad en la travesía del esfínter de Oddi y comprobar si el colédoco inferior está comprimido o no por un proceso de pancreatitis. Además, tanto la colangiografía como la colangiomanometría ofrecen datos muy contradictorios, como demostraré en próximos trabajos, y que expone a orientaciones quirúrgicas equivocadas, por lo cual su práctica no debe excluir la completa exploración quirúrgica previo decolamiento.

Yo creo, como el Dr. Miqueo, que todos los casos presentados por el Dr. Palma sería necesario reverlos detenidamente para expresar una opinión más concreta; tal el caso del quiste hidático en el que cerró el colédoco y que podría tratarse de un quiste hidático de hígado abierto en vías biliares, en el cual estaría indicado el tubo de Kehr y no una colédocotomía ideal.

Considero que las condiciones fundamentales que permiten ejecutar la colédocotomía ideal son las siguientes: ausencia de pancreatitis, vías biliares libres, ausencia de estenosis del colédoco inferior y ausencia de infección biliar, aun cuando esta última no puede ser considerada tan absoluta en el momento actual con el advenimiento de los antibióticos.

Dr. Cendán. — Yo creo que el trabajo que ha traído el Dr. Palma hoy a la Sociedad indica el camino que se debe seguir, o por lo menos que se debe aspirar a realizar las cosas en materia de cirugía biliar, es decir, el cierre inmediato del colédoco en los casos en que ha sido necesario practicar una colédocotomía. El cierre inmediato se ve en cierto modo dificultado por los casos en los cuales es necesario y en algunos imprescindible, el drenaje externo. Como muy bien dice el Dr. Miqueo, el drenaje con tubo de Kehr fué un enorme adelanto en materia de cirugía biliar, pero todos los que hemos tenido ocasión de realizarlo y seguir su evolución, no sólo para los casos de drenajes prolongados sino en los casos que el drenaje ha sido realizado durante corto tiempo, hemos podido observar sus inconvenientes. Creo que actualmente con los adelantos en materia de antibióticos, con la posibilidad de una cirugía completa de entrada, aun en casos que en otras épocas hubieran sido imposibles de abordar, estamos en condiciones de bregar porque el colédoco se cierre mucho más frecuentemente de lo que se hacía. Existe evidentemente un factor que creo yo sea el más importante en lo que se refiere a contraindicaciones, que es la hipertensión biliar consecutiva al cierre por causas varias, de las cuales las fundamentales son de origen bajo, de Oddi, cálculos olvidados, etc.

En esos casos hay una maniobra que es sencilla, que no tiene los inconvenientes del drenaje de Kehr y que permite precisamente el cierre de la colédocotomía cuando ella ha sido necesaria, que es el drenaje trans-cístico, no encarado como drenaje en lo que la palabra significa sino como simple válvula de seguridad que permite en cualquier momento impedir la hipertensión intra-canalicular y que permite en el post-operatorio realizar el control radiográfico que se considere necesario. Yo creo que cuando hay que realizar una colédocotomía, en la mayoría de los casos uno está en condiciones de hacer el cierre inmediato del colédoco y creo que esa maniobra debe completarse con la colocación de una sonda de Nélaton a través del cístico que debe ser mantenida cerrada y en casos necesarios puede ser abierta y utilizada para la colangiografía post-operatoria.

Dr. Prat. — En homenaje a lo avanzado de la hora voy a ser muy sintético. El Dr. Palma nos ha traído unas observaciones que tienen dos características; primero, se trata de una cirugía seria, grande, en la que ha puesto de relieve la jerarquía del cirujano puesto que él la ha sorteado perfectamente, habiendo obtenido buenos resultados.

La otra, es el deseo franco que ha tenido de perfeccionar esta cirugía biliar y entonces ha tratado de realizar el cierre sin drenaje, es decir, no realizar el drenaje de Kehr, indicación que en nuestro medio es muy común, corriente y general. El problema que ha tocado es muy importante, sabemos perfectamente que la patología de la extremidad inferior del colédoco todavía no está resuelta, la han tratado casi todos los cirujanos, todos han presentado grandes comunicaciones y en este momento se está debatiendo intensamente su patología y su terapéutica, pero todavía no está resuelta, no hay un tratamiento de elección. Ahora bien; hay dos cosas en las que no acompaño al Dr. Palma: es ante todo en la parte diagnóstica de las distonías y de las estenosis del colédoco inferior y en la parte del tratamiento. En lo que se refiere a llamarle distonías a esas partes estenosadas o espasmódicas, porque él las ha diagnosticado todas con el dilatador, es decir, con el explorador empleado, que es de los mejores, pero indudablemente no puede dar la precisión del diagnóstico. La Escuela de Lyon, con Mallet - Guy a la cabeza, lo ha puesto bien de manifiesto, que para diagnosticar la hipertensión biliar hay que recurrir a la manometría y en eso están de acuerdo todos; Mallet - Guy y los americanos sostienen que hay que realizar esa exploración semiológica y no la colangiomanometría, porque es usar una sustancia de contraste que irrita el epitelio de las vías biliares, que da resultados equivocados, provoca hipertensión. Mallet - Guy dice que hay que hacerla con suero fisiológico isotónico e isotérmico, con solución de PH igual al de la bilis y entonces se tienen resultados perfectos al punto que la experimentación ha probado que ni la exploración quirúrgica ni la anestesia, ni la incisión alteran las presiones de las vías biliares; es esto una comprobación experimental. De manera que en estos

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

casos el Dr. Palma ha hecho su diagnóstico de espasmo, de distonías o de estenosis orgánicas u odditis estenosante, etc., solamente con el explorador. Me parece que eso hoy día no se puede aceptar. Además y siempre tengo bien presente el principio de la Escuela de Lyon: "Realizar hoy día la cirugía biliar sin realizar la manometría y la colangiografía asociadas es temerario, si no inconveniente, por lo menos".

Realmente, estos diagnósticos no se pueden establecer de una manera clara y categórica. Hoy día, los ayudantes de los gastroenterólogos, los que hacen los sondeos duodenales, tienen que admitir que pueden diagnosticar las distonías del Oddi, es posible, pero cuesta mucho trabajo; en cambio la manometría es matemática, es una cosa segura y rápida, que se hace en el momento que el cirujano necesita tan importante dato semiológico.

El doctor Palma le ha dado más importancia al cierre, a la colédocorrafia del colédoco que a estos diagnósticos precisos. Creo que las dos cosas tienen importancia fundamental y empezaría por dar importancia al diagnóstico porque creo que hay un método simple y práctico para hacerlo y desde ya, me pongo a disposición del Dr. Palma cuando quiera para realizarle la colangiografía o manometría en otros ambientes.

El otro elemento que tiene importancia es el tratamiento, descartada la colédocostomía y la extracción de los cálculos del colédoco, me refirió sobre todo a la estenosis posible y organizada por coledocitis. Sabemos perfectamente como lo demostró la Escuela de Lyon, que una distonía, vale decir, que un elemento espasmódico con el tiempo puede transformarse en una lesión orgánica, es decir, una lesión esclerosante que está perfectamente demostrado con la biopsia que se ha hecho en el acto operatorio. Mallet-Guy ha comprobado que presenta lesiones esclerosas.

El tratamiento del Dr. Palma con la simple dilatación es un medio terapéutico común y corriente, quizás el más simple y práctico, pero uno se atreve a preguntar, si esta dilatación será definitiva, si será segura y si será para siempre. Sabemos que hay cirujanos que han comparado esto a la estrechez ureteral y en la estrechez uretral se hace primero la uretrotomía interna y luego la dilatación, cosa que también han hecho los que hacen papilotomía con el papilótomo de Colp y Doubillet o el que más recientemente ha usado Christmann en la Argentina. Se la criticado de que a pesar de la papilotomía puede volverse a retraer el canal y dar otra vez la estenosis; sin embargo Christmann ha comprobado que sus ayudantes han hecho la exploración experimental y que los perros, muchos meses después de operados, se mantenía la luz de 7 mms. que da el papilótomo y que daba paso a un grueso beniqué.

Quiere decir entonces que no estamos de acuerdo en que convenga realizar un simple tratamiento de dilatación en una estenosis orgánica; comprendemos que es difícil la terapéutica de la estenosis papilar y es por eso que hay cirujanos que hacen la dilatación y drenaje transpapilar, drenaje transpapilar que preconizó hace mucho tiempo Duval. Lo acaba

de exhumar en este momento Champeau (Cattel) y en la Academia de Cirugía de París, Heep ha presentado varias observaciones de estenosis papilar en las que hace la dilatación y en seguida coloca un tubo en T de Kehr con la rama inferior larga que hace pasar a través de la papila, hasta el duodeno y lo deja un mes o dos en actividad; cosa que hace la dilatación consecutiva, y asegura la curación de la estenosis, para los que no creen que la dilatación sola pueda dar un resultado completo.

Otros, como muchos cirujanos de este país han hecho siempre el drenaje de Kehr, cuando no sabían que había estenosis, pero que la sospechaban por la exploración y entonces hacen siempre el drenaje; otros han hecho papilotomía a través de una duodenostomía y otros papilotomía por el colédoco.

Creo que todos estos procedimientos se han establecido y se han practicado e indudablemente hay que continuar con ellos hasta encontrar el camino más seguro. Soy partidario del drenaje biliar con tubo de Kehr; no he tenido mayores inconvenientes pero no uso el tubo común de Kehr, sino que reseco la parte superior del tubo horizontal que queda en canaleta y acorto lo más posible este tubo, dejando sólo 1 cent. o dos de cada lado. Las ramas largas desgarran la colédocotomía al extraer el tubo y contribuyen a acodar y lesionar el colédoco como lo demostrarán nuestras colangiografías.

Me ha impresionado muy bien el drenaje de Kehr a lo Champeau con rama larga transpapilar en los casos de estenosis papilar.

Me parece que lo que convendría fundamentalmente hacer es la práctica de la manometría y colangiografía asociadas, para establecer los diagnósticos precisos y entonces surgirán los tratamientos que se irán comparando hasta ver cuál es el tratamiento de elección.

Creo que el problema terapéutico de la estenosis terminal del colédoco no está resuelto aún, pero de cualquier modo, el Dr. Palma ha sorteado esta cuestión quirúrgica con resultados muy buenos, que demuestran precisamente la jerarquía quirúrgica que le han permitido tan exitosos resultados.

Dr. Bermúdez. — Yo fui precisamente uno de los que tuvo interés en que este problema continuara en discusión abierta, porque creo que es de una importancia tan grande, que beneficiaríamos todos de que se emitiera el mayor número de opiniones autorizadas. El Dr. Palma propone en realidad un cambio muy grande en la técnica o más bien dicho en la táctica quirúrgica de la vía biliar principal después de la colédocotomía. Yo creo que sería muy útil que todos los cirujanos que tienen experiencia en esta clase de cirugía y los hay muchos, porque son problemas que se están viviendo diariamente, dieran su opinión en la Sociedad de Cirugía, porque en realidad la medida o la táctica propuesta y realizada por el Dr. Palma, puede aparecer como un poco revolucionaria en nuestro medio. Yo voy a dar la opinión de la clínica en que he actuado durante tantos años. Creo que todos los integrantes de la Clínica podemos emitir opinión sobre este tema. Hasta ahora para nosotros ha sido norma que todo

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

colédoco abierto, es colédoco drenado; lo ha sido para el caso en que se ha abierto el colédoco sano frente a una exploración o una herida accidental de la vía biliar; con más razón lo ha sido siempre en aquellos casos que había una enfermedad seria del continente o del contenido. Entendemos siempre que el drenaje ofrece más garantías y menos peligros y pocos o ningún inconveniente. En cambio el cierre primitivo de la vía biliar podría ser peligroso para la integridad del colédoco y para la integridad del enfermo, sobre todo en ciertas condiciones de la enfermedad biliar.

Es claro que el Dr. Palma nos ha traído aquí una serie que ha resuelto muy felizmente. Nosotros, cuando hacemos el drenaje de la vía biliar principal lo practicamos balanceando este problema en la siguiente forma: qué es lo que nos ofrece más garantías para el enfermo; qué es lo que nos da más tranquilidad sin tener mayores inconvenientes ni riesgos? ¿El drenaje de la vía biliar principal o el cierre primario? Nosotros hemos considerado que era el drenaje porque en los veintitantos años que yo actúo en servicios de cirugía, viendo esta cirugía y realizándola, no he visto nunca mayores inconvenientes provocados por el drenaje en sí mismo. Claro que ha habido incidencias por faltas de técnicas, por errores del personal secundario, pero los accidentes que se imputan al drenaje en sí mismo, no los hemos visto; nunca hemos visto, por ejemplo, en nuestra actuación de muchos años, esa fístula duodeno colecística externa que nos citaba el Dr. Palma y solamente pequeñas molestias por la persistencia del tubo interpretadas de distinta manera y que han cedido con la extracción del mismo. Hemos dejado siempre el drenaje pensando que con eso beneficiamos al enfermo en el sentido de poder hacer la colédoco-clisis si fuera necesario, y sobre todo desgravitar el colédoco en el post operatorio, evitar los accidentes a que puede exponer la hipertensión biliar y hacer contralor postoperatorio de la vía biliar principal.

Claro que nosotros exigimos que el drenaje sea correctamente realizado y tratado en el postoperatorio. No hacemos nunca un drenaje con tubos gruesos aun cuando el colédoco esté extraordinariamente dilatado; la finalidad del drenaje no es que salga el obstáculo por el tubo; es nada más que desgravitar, para complementar la acción operatoria. En cambio yo no puedo opinar ni podemos en nuestra clínica, opinar sobre las ventajas o los inconvenientes que tiene la llamada colédocotomía ideal porque nosotros no la hemos realizado. Pero el razonamiento me lleva a pensar, no tomando el problema general, sino en particular, los casos que nos ha presentado el Dr. Palma, que debe ser mucho menos peligroso drenar una vía biliar dilatada e infectada que cerrarla por primera, aun por más acción que tengan los antibióticos; que debe ser mucho menos peligroso y traer menos inconvenientes drenar una vía biliar que tiene enferma su pared, espesada, con coledocitis o peri-coledocitis, que cerrarla exponiendo a los peligros de una deficiencia y que debe ser menos peligroso drenar una vía biliar que tiene un obstáculo o alteración del funcionamiento esfinteriano, porque se sabe bien que el tratamiento operatorio,

sobre todo por la dilatación, tiene un valor relativo; no sabemos cuánto va a durar, no sabemos si la reparación de la cicatriz coledociana se va a hacer antes o después de suprimida su acción. Yo digo esto pensando en los hechos patológicos y en lo que hemos visto en los actos operatorios y en los post-operatorios; pero no en base a una experiencia del cierre del colédoco. Es obvio que me parezca revolucionaria esta terapéutica; a mí me gusta la gente revolucionaria; yo creo que hay mucha revolución buena; no quiero ser rutinario; no tengo experiencia en este asunto y simplemente emito estos razonamientos y felicito al Dr. Palma por los resultados obtenidos; es una serie muy feliz que nos indica que nosotros debemos seguir reviviendo este problema, que cada cual debe traer su experiencia, y debiera aportar su opinión, pero que personalmente, yo todavía no me sentiría seguro de cerrar un colédoco con un cálculo enclavado, con una pared enferma, con un trastorno biliar, entendiendo que esa conducta por el momento, no sería la colédocostomía ideal, que si prodigáramos sin seleccionar muy bien los casos, el cierre primitivo del colédoco, con esas alteraciones patológicas, es muy probable que a pesar de esta primera serie feliz, una segunda serie deje de ser tan feliz y esa colédocotomía ideal pueda convertirse en una colédocotomía fatal en alguna oportunidad.

Dr. Stajano. — El Dr. Bermúdez insistió en que se hable y que cada uno diga su opinión. Yo me suscribo a lo que acaba de decir el Dr. Bermúdez en cuanto a las seguridades actuales que poseemos en el medio en que operamos en el Hospital. Considero que el drenaje de la vía biliar principal es un medio que nos da seguridad y tranquilidad y está abonado por una experiencia de una cantidad de años, donde hemos visto todas las complicaciones y todas los matices de gravedades de la enfermedad del colédoco, ya sea por obstrucción mecánica, ya por obstrucción por infección. Yo declaro que no me consideraría con valor suficiente como para cerrar un colédoco, no solamente con cálculos y muchísimo menos con una vía biliar principal infectada. No me consideraría autorizado porque sé que no estaría tranquilo y tendría temor a todas las incidencias que por más prolijo que fuese se está sujeto con todas las contingencias de una hipertensión, en un medio séptico, con la infección ascendente y con un esfínter de Oddi que no sabemos como marcha. Por consiguiente, en el momento actual, yo no comparto esa tendencia del Dr. Palma sin embargo él está librado para hacer su experiencia y formarse criterio, dado que eso es una cuestión bien personal, y de seguridad frente a casos que uno tiene que tratar. Hay otra cosa que es útil comentar: Las ideas revolucionarias siempre aparecen atrevidas, desorbitadas frente al dogma y a la costumbre adquirida durante muchos años. Sin embargo, después del primer momento en que se aplican sin discernimiento, las cosas vuelven a su cauce porque esa idea revolucionaria tiene un fondo de verdad que después de muchos años se acepta en su justo valor.

Posiblemente el abordaje del colédoco y el cierre inmediato será la

cirugía ideal del porvenir, o dentro de poco tiempo y cuando estemos equipados para poder saber cómo está ese esfínter de Oddi, para saber cómo drena esa vía biliar principal, si eso no va a determinar una retención espasmódica y hacer hipertensión biliar. Equipados correctamente, indicando precisamente el caso, de que se pueda cerrar, esa terapéutica o esa táctica entrará dentro de la práctica corriente y habitual, pero con las seguridades que dé el caso estudiado con manometría, con examen de sustancia opaca de la vía biliar o si no hay un cálculo residual en el fondo de un canal. Tal es el caso que a pesar de no ser raro, lo trajimos a la Sociedad de Cirugía; el caso lo presentó el Dr. De Vecchi, el año pasado, si mal no recuerdo, de fístula duodenal en un drenaje del colédoco, ese enfermo nosotros no quisimos que se nos escapara sin hacer la necropsia, era un 1º de mayo, día de fiesta, y la realizamos a escondidas y encontramos que tenía su tubo de drenaje del colédoco y un cálculo enclavado intra-pancreático que se ignoró en el campo operatorio. Ese enfermo fué tratado con el tubo de Kehr pero no es por el tubo de Kehr, sino por la fístula duodenal excepcionalísima que tenía el enfermo. No recuerdo más que ese caso y tengo recuerdo de inmensidad de enfermos que se operan muy tardíamente, enfermos biliares graves que se operaron en condiciones precarias con drenaje del colédoco y el tubo de Kehr, salvó centenares de personas.

Mi situación es seguir fiel a la práctica que me dé más seguridad, pero considero que si en cualquier momento nos ofrecen los medios de diagnóstico, de examen, de rayos X, etc., colangiografía intra-operatoria, el estudio de la manometría del árbol biliar, entonces creo que no será una cosa temeraria hacer el cierre de las vías biliares. El Dr. Palma tuvo suerte de presentar 15 ó 16 casos con éxito, pero yo no sé si todos esos casos le han dado una seguridad total y no han hecho alguna cosa que pudo dar inquietudes en algún momento. De manera que mi conclusión final es que es una práctica a estudiar, a puntualizar con todos los medios de exploración modernos que pueden aportarse a la técnica y práctica operatoria, pero en el momento actual, sin esos métodos de exploración complementaria, me parece que es hacer correr un riesgo al enfermo, cosa que no tenemos derecho a hacer. Yo por mi parte, me declaro terminantemente contrario al cierre sistemático; esa es mi opinión. Podría abundar en detalles pero no es el caso.

Dr. Palma. — Agradezco a los estimados consocios la atención que han presentado a mi comunicación.

Las palabras que pronunciara el Profesor Prat, que valoro altamente, me servirán de estímulo para continuar trabajando con ahínco en el tema. Ya en nuestra comunicación habíamos señalado que en las observaciones no se había efectuado la manometría biliar operatoria, a la que considerábamos sumamente útil, proponiéndonos incorporarla a la brevedad posible a nuestros medios de exploración. También habíamos dicho que la carencia de manometría operatoria, como ocurre en todas las clínicas quirúrgicas hasta el momento, no nos permitía hacer el diagnóstico diferencial

preciso entre las odditis agudas, las colédoco-odditis esclero-retráctiles, las distonías y las hipertonías del Oddi, puras o ya asociadas a esclerosis, etc. En ausencia de este método de exploración habíamos efectuado un diagnóstico aproximado, en base a los demás datos obtenidos en el acto operatorio. Es decir que en estos dos hechos, no hay desacuerdo, sin que concordamos enteramente con el Dr. Prat. Por otra parte nuestra comunicación no está destinada a estudiar específicamente la patología del esfínter de Oddi y de la ampolla de Vater, sino el problema de la colédocotomía sin drenaje. En cuanto a la terapéutica de las estenosis funcionales u orgánicas del colédoco terminal, el Dr. Prat se inclina a no confiar en la dilatación del esfínter de Oddi. Realizaría el drenaje trans-papilar, en los casos de hipertonías, por temor a la reproducción del espasmo. A este respecto, señalamos que generalmente la hipertonía del Oddi es consecutiva a una causa mórbida (colecistitis, litiasis vesicular, colédoco-litiasis, etc.) y que suprimida esta espina irritativa y realizada la dilatación, difícilmente ella se reproduce. En apoyo de esto estaría la buena evolución de nuestros casos y especialmente los resultados del estudio funcional post-operatorio del esfínter de Oddi, realizado en seis de nuestros casos por el Dr. Julio Varela López. El Dr. Prat, en los casos de estenosis orgánica del colédoco terminal, se inclina por la realización de la papilotomía por vía interna, transcoledociána. Este procedimiento puede quizás ser útil, pero tiene el inconveniente de ser ciego y de dejar una herida cruenta y sin recubrimiento mucoso, en la que no podemos predecir la forma en que se efectuará la cicatrización; por otra parte, un tubo trans-esfinteriano, es un cuerpo extraño que favorece el espasmo y la esclerosis, por irritación. Otro método a cielo abierto que puede ser útil en muchos casos, es la colédoco-duodenostomía por la técnica de Finisterer. En cuanto a las consideraciones sobre el tipo de tubo de Kehr, que debe usarse, manifestamos que desde hace muchos años empleamos habitualmente tubos con ramas transversales, sumamente pequeñas, tanto en longitud como en circunferencia, solamente lo suficientemente amplias para evitar la salida del tubo.

El Dr. Miqueo considera que nuestro trabajo es de estadística, en lo cual estamos de acuerdo, pues toda comunicación sería debe presentar su casuística y sus resultados. Creemos que no nos hemos limitado a la estadística, sin que además hemos analizado los casos y hemos sacado conclusiones, hemos emitido conceptos, señalado la técnica que preconizamos, y establecido las indicaciones de la colédocorraffia "per priman", todo ello en la medida de nuestra todavía no muy amplia experiencia. Miqueo señala como una falla no haber efectuado colangiografía en todos los casos, coincidiendo en realidad con lo que expresáramos ya en nuestro trabajo: Lamentamos que la colangiografía operatoria no haya podido ser empleada en los casos del Hospital Maciel y sí solamente en las observaciones de pacientes privados, pues consideramos este método de gran utilidad, abogando por que se provea a los Servicios Hospitalarios de los medios necesarios para poder efectuarlo corrientemente. Considera luego

que en la observación N° 2, de angiolitis supurada en que se realizó la colédocorráfía inmediata, al efectuarse también la colecistostomía, se realizó en realidad un drenaje. Más adelante señala que si dejamos drenaje en el lecho vesicular, en las demás observaciones, efectuamos también un avenamiento, por lo que no debíamos hablar de colédocotomía sin drenaje. Lamentamos esta confusión de nuestro estimado amigo doctor Miqueo, pues nuestro trabajo gira sobre la colédocotomía ideal o sea sin drenaje del colédoco, pero a la vez insistimos en la necesidad de colocar un drenaje del lecho vascular, en lo cual no hay contradicción alguna, pues son maniobras complementarias, que describimos como necesarias para efectuar la colédocotomía ideal, de manera segura. En lo referente a la observación N° 4, de quiste hidático supurado gigante, considera que se aplicó la técnica general de tratamiento de los quistes hidáticos hepáticos supurados, en los que se drena el quiste, sin drenarse el colédoco. En esto tampoco estamos de acuerdo con el Dr. Miqueo, pues en el acto operatorio se encontró, además del quiste hidático supurado un megacolédoco, una adenitis múltiple del pedículo hepático y una pancreatitis crónica. La exploración de las vías biliares, con colédocotomía, mostraron la existencia de una coledocitis crónica y una colédoco - odditis con hipertonia del esfínter de Oddi. En estas condiciones lo habitual, que hemos visto realizar en nuestro país, es que, además de drenarse el quiste hidático supurado, se drena también el colédoco. Creemos haberle hecho un bien a la enferma con nuestro criterio, pues el lavado con suero de sus vías biliares, la instilación local de antibióticos y sobre todo la dilatación del Oddi, facilitaron la recuperación funcional de su vía biliar principal. Hubiera sido por otra parte temerario no haber abierto el colédoco, frente a la comprobación de su gran dilatación, a los antecedentes de la enferma, con su ictericia y sus materias fecales intermitentemente poco coloreadas y el peligro posible de la existencia de elementos hidáticos en el interior del colédoco.

En cuanto a nuestras observaciones de pacientes con colédoco dilatado y vesícula excluida, considera el Dr. Miqueo que no habiéndose encontrado cálculos, ni lesiones orgánicas, la colédocotomía no era necesaria y pudo haberse evitado si se hubiera efectuado la colangiografía operatoria. A este respecto debemos decir, que en todos los casos, excepto uno, existía hipertonia del Oddi, a lo que se sumaba en algunos una colédoco-odditis estenosante discreta; en ellos la dilatación instrumental del colédoco terminal le fué muy beneficiosa. Indudablemente, en un solo caso, el N° 1, pudo haberse evitado la colédocotomía, si se hubiera tenido la colangiografía operatoria, pero volvemos a repetirlo no se dispone de este procedimiento en el Hospital, que utilizamos ahora casi sistemáticamente en el Sanatorio. He aquí un caso, (de clientela privada), de una paciente con colecistitis crónica, vesícula excluida y megacolédoco, en que efectuamos la colecistectomía y la colangiografía operatoria, cuyas placas ven Uds. aquí, pudiendo comprobar que no existía obstáculo orgánico, ni funcional del colédoco terminal, por lo que no fué necesario realizarle la

colédocotomía, curando luego la paciente sin secuelas. El Dr. Miqueo señala también que la recuperación del tono del esfínter de Oddi, a las pocas horas de la dilatación puede determinar una hipertensión, que haga soltar las suturas del colédoco. Esto es una posibilidad que debe tenerse en cuenta y para cuya prevención efectuamos cuidadosamente la sutura del colédoco, dejamos por 1 o 2 días un drenaje del lecho vesicular que llega hasta el pedículo hepático y peritonizamos por encima. Hasta ahora no hemos tenido accidentes, ni incidentes de peritonitis biliar en ninguno de nuestros casos. Por otra parte la hipertonía del Oddi es generalmente secundaria a una espina irritativa, reflexógena (colédoco litiasis, colecistitis, etc.) y cesa cuando desaparece la causa primaria. Además, como lo señalamos en la comunicación, nuestro criterio es ecléctico, adaptado a las lesiones comprobadas en las vías biliares, efectuando según los casos la colédocotomía ideal o su drenaje mediante un tubo de Kehr. Consideramos útil efectuar el lavado con suero fisiológico de la vía biliar principal, lo que elimina mecánicamente la arenilla biliar, secreciones mucosas o purulentas, bacterias, etc.; también creemos beneficiosa y sin inconvenientes la instilación local de antibióticos, que impregnan el conducto y sobre todo la zona de sutura, facilitando la cicatrización. Si su mantenimiento local es transitorio, tienen la ventaja de reforzar en el momento crítico inicial, la concentración de antibióticos en la zona de sutura del colédoco. En lo que se refiere a las ventajas e inconvenientes del drenaje de Kehr, ya los hemos señalado en nuestro trabajo y no deseamos insistir.

He oído con placer las manifestaciones del Dr. Cendán, existiendo concordancia en los criterios sustentados. En cuanto al drenaje trans-cístico del colédoco, lo considero un procedimiento muy útil, superior al drenaje directo del colédoco con tubo de Kehr, debiéndose recurrir a él en los casos en que no esté indicada la colédocotomía ideal, o haya dudas sobre la buena permeabilidad de la vía biliar principal, o se desee efectuar un control colangiográfico post-operatorio.

El Dr. Cosco desea saber si la pata inferior del tubo de Kehr, cuando lo hemos usado, era corta o larga. Consideramos al tubo de Kehr un cuerpo extraño colocado en el colédoco, por lo que recortamos siempre lo más posible las ramas del tubo, tanto la inferior como la superior, dejando sólo la longitud suficiente para sostener en su sitio al tubo. Además, las reducimos también circunferencialmente lo más posible, convirtiendo las ramas en simples canaletas, 1/3 más pequeñas que el primitivo tubo que formaba las ramas. No cabe en consecuencia la posibilidad de que el tubo sea la causa de la fistulización duodenal transcoledociana a que hice referencia.

El Dr. Cosco considera que se han estudiado de manera insuficiente los enfermos en el acto operatorio, considerando necesario hacer un examen exhaustivo mediante la colangiografía operatoria, la manometría operatoria y el decolamiento duodeno-pancreático. Sin embargo él no ha efectuado hasta la fecha en ninguno de sus enfermos la colangiografía

operatoria, ni la manometría operatoria, en tanto nosotros, que propugnamos el mismo criterio, ya hemos utilizado la colangiografía en varios de los casos presentados y hemos dicho que trataríamos de incorporar a la brevedad posible la manometría operatoria y también el examen bacteriológico extemporáneo. El Dr. Cosco emplea en cambio de manera sistemática el decolamiento retro-duodeno-pancreático (maniobra descrita por Kocher a principios del siglo) para hacer la palpación bidigital y sacar conclusiones. Nosotros la empleamos cuando la consideramos necesaria, como en la Obs. 3, pero no de manera sistemática, pues muy a menudo no es necesaria y no hay entonces porqué desplazar al duodeno y cabeza de páncreas de su situación normal, ni crear superficies viscerales despeñonizadas.

El Dr. Cosco discrepa con nuestros diagnósticos sobre las alteraciones patológicas del colédoco terminal, insistiendo en lo que nosotros mismos habíamos señalado, la ausencia de la manometría operatoria, que él tampoco ha realizado. Quizás, por medio del decolamiento retro-duodeno-pancreático y la palpación bidigital, pueda estudiar y hacer mejor los diagnósticos de espasmos del Oddi, Odditis, etc. en el acto operatorio, que con el cateterismo con las sondas flexibles especiales de Bakes y con la colangiografía operatoria, como hacemos nosotros por el momento.

Tampoco concuerda el Dr. Cosco con nuestras comprobaciones operatorias sobre el estado del páncreas por no haberse efectuado sistemáticamente el decolamiento duodeno-pancreático. Insistimos en que ésta es una buena maniobra, pero que debe dársele su justo valor y no pretender que con ella se resuelve todo. La empleamos cuando la creemos necesaria, pero para palpar el páncreas a menudo no es indispensable, pues puede palpársele bien, contra la columna y pared posterior del abdomen; además el pasaje del catéter por el colédoco ofrece a la palpación una excelente y firme línea de referencia y percepción.

Considera que algún caso de bilirragia transitoria que hemos tenido pueda corresponder a una hipertensión coledociana que contraindicaría la colédocotomía ideal e indicaría la utilidad de un drenaje externo. Olvida sin embargo, que previamente se dilató ampliamente el colédoco-terminal con los catéteres de Bakes, y también que las pacientes han curado de sus trastornos, hasta la fecha.

Insiste el Dr. Cosco en el caso de cálculo recidivado u olvidado del colédoco (que nosotros mismos hemos señalado), para pronunciarse en contra de la colédocotomía ideal en este caso. No recuerda sin embargo que los cálculos pequeños pueden escapar a la palpación, aunque sea bidigital o instrumental (tal como nos ha ocurrido en este caso), y que, en consecuencia, no podía establecerse la exacta indicación terapéutica. La consecuencia correcta que surge del caso es la señalada por nosotros, siguiendo a Mirizzi: la necesidad del control mediante colangiografía operatoria, para evitar el desconocimiento de los cálculos residuales del colédoco, y emplear entonces el tratamiento adecuado.

No cabe la referencia que él señala de que en la Obs. 4 el quiste

hidático estuviera abierto en las vías biliares, pues la exploración del colédoco y luego la del quiste hidático, revelaron que esa complicación no existía. La buena evolución de la enferma confirmó lo correcto de la indicación de colédocotomía ideal.

El Dr. Cosco no ha efectuado hasta el momento ninguna colédocotomía sin drenaje. Yo le agradezco el interés que se ha tomado por nuestra comunicación y sus largas consideraciones sobre el problema, teniendo la firme esperanza de que quizás muy pronto modifique sus puntos de vista y nos acompañe en nuestro entusiasmo por la colédocotomía ideal.

El Dr. Bermúdez ha traído su opinión personal y la de la distinguida clínica en la que él actúa, opiniones que yo aprecio en todo su valor.

La opinión que hemos expuesto y sostenido en nuestro trabajo, puede parecer revolucionaria, pero no lo es en realidad. El concepto de la colédocotomía sin drenaje no es original nuestro en manera alguna. La oímos inicialmente a un distinguido Profesor de Clínica de nuestra Facultad, y luego la leímos en algunas comunicaciones extranjeras, que aunque no muy numerosas, son importantes.

La colédocotomía ideal no es revolucionaria, ni temeraria; puede parecerlo si se mantiene la cirugía biliar dentro de los moldes clásicos, pero no si se la efectúa con ayuda de instrumental moderno, con una amplia exposición quirúrgica, con colangiografía operatoria y si es posible con manometría operatoria. La utilización de material de sutura adecuado es también fundamental; empleando gastergut 00000, con aguja atraumática, no hemos tenido la menor bilirragia post-operatoria.

Yo no rechazo el drenaje de Kehr enteramente. Considero que tiene sus ventajas e indicaciones, pero a la vez tiene sus desventajas y algunas contraindicaciones. El criterio sistemático no es ideal; creo que hay que emplear el procedimiento útil para cada caso; en algunos casos será preferible la colédocotomía ideal, pero en otros lo será el drenaje con tubo de Kehr, y en otros, el drenaje interno.

Nuestra opinión es que a medida que se avance en el estudio funcional operatorio y pre-operatorio de cada caso, a medida que dispongamos de antibióticos más poderosos y se haga con más perfección el tratamiento quirúrgico de la lesión causal, se abandonará el drenaje sistemático de la vía biliar principal y se hará cada vez más el cierre primario del colédoco.

El Prof. Stajano, con esa amabilidad y generosidad que es característica, a pesar de que discrepa con nuestro criterio, nos ha dado amplia posibilidad de trabajar en este tema, lo mismo que en otros. Yo deseo declarar públicamente aquí, que estoy profundamente agradecido por la manera que me ha dejado desarrollar los temas en su clínica.

Tantos años de experiencia y de buenos resultados con el tubo de Kehr le hace al Dr. Stajano mantenerse fiel a esa técnica, que ha salvado muchas vidas, pero también ha dado alejadamente muchas secuelas y trastornos posteriores.