

CIRUGIA DEL COLEDOCO
DECOLAMIENTO RETRO DUODENO PANCREATICO
EN LA CIRUGIA BILIAR (*)

Prof. Agdo. Dr. Homero Cosco Montaldo

Finalidad de esta comunicación

La cirugía de las vías biliares presenta múltiples aspectos que obligan a meditar. Con apariencia de sencillez suele ser compleja y trascendente. Esto lo rubrica el paciente que, frente a la indicación ajustada de una operación, no la acepta con la misma facilidad con que acata otro tipo de intervención; tiene temor, que se explica porque conoce resultados poco satisfactorios, de enfermos intervenidos que siguen sufriendo, que deben ser reoperados y que a veces evolucionan mal.

Lo sensible es que a menudo, estos malos resultados son el fruto de un error del cual el único responsable es el propio cirujano, lo que desacredita la cirugía biliar.

Ante la imperiosa necesidad de mejorar estos resultados y de evitar errores, vemos que en el ambiente se propicia maniobras como la manometría y la colangiografía, tendientes a un más ajustado diagnóstico operatorio.

Estas maniobras, si bien enriquecen los datos semiológicos, son practicados con exclusivismo, lo que desplaza al cirujano de la verdadera exploración operatoria.

Con la finalidad de que el cirujano retome en sus manos el control máximo de una operación biliar, que vuelva a ocupar su posición de primera fila, que logre por sus propios medios datos que él debe obtener y que se ponga a cubierto de errores, es que planteo ante esta Sociedad la premisa del **decolamiento**

*) Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 14 de mayo de 1952.

Retroduodeno pancreático sistemático en la cirugía de las vías biliares.

Si bien reconozco que el decolamiento sistemático se aparta de las técnicas habituales seguidas por los cirujanos en nuestro

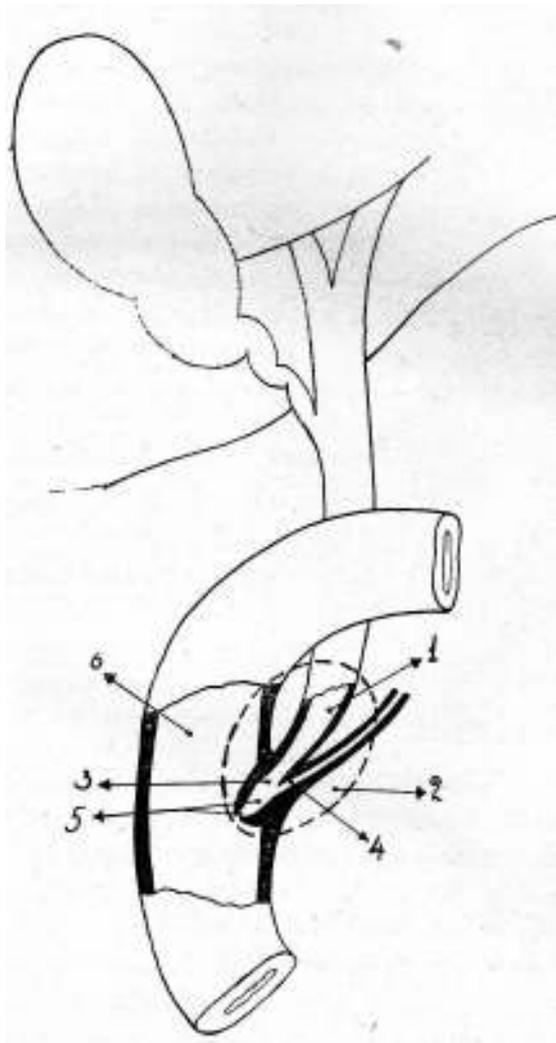


FIG. 1. — El decolamiento permite palpar la zona del esfínter de Oddi y zonas vecinas. (1) Colédoco retro-pancreático. (2) Cabeza de páncreas. (3) Colédoco transduodenal. (4) Terminación del Wirsung. (5) Ampolla de Vater y papila. (6) Segunda porción del duodeno.

medio, la confianza que su práctica me ha enseñado a depositar en ella me anima a exponerla, respaldado por documentos operatorios y postoperatorios, con la finalidad de propiciar su realización en beneficio de enfermos y cirujanos.

Es necesario aclarar el alcance de la expresión “decolamiento sistemático”. Ella quiere expresar que practicamos el decolamiento en todos aquellos casos en que **no existe contraindicación focal o general**, es decir, que se llevará a cabo cuando el estado general del enfermo y el estado de infección de las estructuras

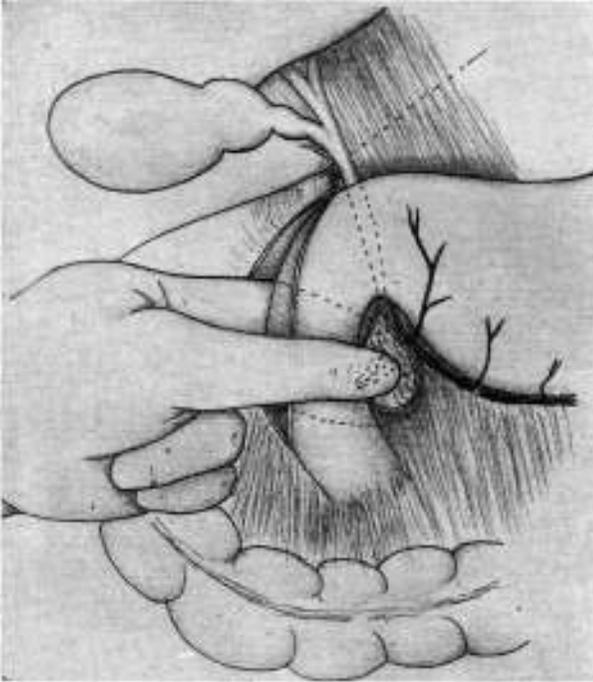


FIG. 2. — Maniobra de decolamiento. Apertura del peritoneo a nivel del borde externo de la mitad superior de la segunda porción del duodeno. Para palpar directamente el páncreas se practica una ventana en el gran epiplón; pulgar adelante, índice y mediano atrás.

locales lo permitan. En la práctica, dejando de lado los casos de procesos agudos supurados, esta maniobra es realizable en la gran mayoría de los enfermos comunes de cirugía biliar.

EN QUE CONSISTE EL DECOLAMIENTO AMPLITUD DE LA MANIOBRA

Una de las finalidades principales del decolamiento consiste en lograr una satisfactoria palpación del esfínter de Oddi y zona vecina, es decir, de: 1) colédoco retro-pancrático, 2) de la cabeza del páncreas, 3) del colédoco transduodenal, 4) de la terminación del Wirsung, 5) de la ampolla de Vater y papila, y 6) del duodeno. Es la palpación de la encrucijada **biliopancreática** (fig. 1)

Esta maniobra se practica decolando una extensión de 5 a 6 cms. del borde derecho de la mitad superior de la segunda porción del duodeno, que permite introducir uno o dos dedos por detrás del duodeno-páncreas (fig. 2). La palpación correcta se realiza aprisionando el páncreas entre la pinza del pulgar adelante y del dedo índice y medio atrás. Cuando los datos palpatorios no son precisos y queda alguna duda porque el píloro, el estómago o el gran epiplón se interponen, se resuelve esta dificultad introduciendo el pulgar en la retrocavidad de epiplones, a través de la pequeña curva del estómago, dilacerando previamente la parte inferior de la pars flácida avascular del pequeño epiplón o a través de la gran curvatura gástrica, atravesando el gran epiplón contra el estómago, en la zona vecina al píloro (fig. 2). De esta manera la pinza digital, tanto por delante como por detrás, contacta directamente con el páncreas y la palpación es tan precisa que **no da lugar a error.**

DATOS Y VENTAJAS QUE OFRECE EL DECOLAMIENTO DUODENO-PANCREATICO

Los datos que se obtienen con esta maniobra son de gran fidelidad e importancia para la correcta interpretación de un biliar y le asignamos una jerarquía tal que consideramos incompleto todo protocolo operatorio que no presente la información obtenida con esta maniobra.

A continuación enumeramos los datos y ventajas que el decolamiento proporciona.

I) Clara exposición del campo operatorio y visualización obligatoria del colédoco.

La ejecución del decolamiento ofrece una primera ventaja: obliga al cirujano a exponer con claridad el **campo operatorio** de las vías biliares y a enfrentarse con el pedículo hepático y el colédoco supraduodenal. En efecto, para alcanzar el duodeno es necesario separar hacia abajo el colon transversal, hacia arriba la cara inferior del hígado, liberar la vesícula de las adherencias epiploicas, duodenales y cólicas, y separar el bacinete de la cara anterior del pedículo hepático en los casos de gran desarrollo de esta porción profunda de la vesícula. El pedículo hepático queda

a la vista y el colédoco supra-duodenal se ofrece al cirujano. Aun cuando la única ventaja del decolamiento sistemático significara la **visualización obligatoria del colédoco** en la cirugía biliar la ejecución de esta maniobra tendría su razón de existir.

II) Superficialización bilio-pancreático-duodenal.

Una de las condiciones que contribuyen a crear dificultades en la cirugía biliar consiste en la profundidad en que el acto quirúrgico debe realizarse, tanto al nivel del colédoco y duodeno-páncreas como, sobre todo, en la zona del pedículo cístico. En las dos placas colangiográficas de perfil que presentamos (M. L. de A. y J. D. de L.) se aprecia el recorrido profundo del canal biliar principal.

El decolamiento, al separar el duodeno-páncreas de la columna, lo superficializa a tal punto que es posible traerlo casi hasta el nivel de la brecha operatoria, ganando varios centímetros de profundidad, que en esta cirugía representa una ayuda muy estimable.

Esta superficialización adquiere jerarquía en el curso de las colédocotomías bajas, las duodenotomías, papilotomías, colédoco-duodenotomías, porque el cirujano domina con mayor eficacia el duodeno-páncreas, lo que facilita la apertura y cierre duodenal, la identificación, a veces difícil, del poro de la papila, y el cateterismo ascendente del colédoco o del Wirsung.

Si combinamos esta maniobra con el **enganche y tracción** del duodeno-páncreas decolado hacia el pubis y a la izquierda, el pedículo hepático se pone tenso, el hígado baja y bascula de tal manera que su cara inferior bosteza, se horizontaliza, proyectándose el borde anterior del hígado hacia adelante como si quisiera salir de la cavidad abdominal. Este movimiento rotatorio hepático trae como consecuencia no sólo el descenso del surco transversal sino su proyección hacia adelante, de tal manera que el profundo pedículo cístico se ha descubierto y acercado a la brecha operatoria y perdido parcialmente su peligrosa profundidad.

III) Dominio palpatorio bilio-pancreático-duodenal.

El decolamiento permite dominar palpatoriamente no sólo

el colédoco supraduodenal, sino el colédoco retro-pancreático y transduodenal, la ampolla de Vater, cabeza de páncreas y duodeno. La pinza digital, en el curso de la exploración, arroja datos que, comparados con los ofrecidos por la colangiografía, son más precisos; por su intermedio se logra descubrir la presencia de cálculos coledocianos, como en los casos que presentamos, del tamaño de una semilla de uva, que con frecuencia quedan ocultos por el líquido de contraste colangiográfico (casos). Igualmente pone de manifiesto cálculos de la ampolla de Vater y del Wirsung, pequeños como chumbos.

(V) Balance diagnóstico bilio-pancreático-duodenal.

El dominio palpatorio que se obtiene sobre las estructuras superficializadas por el decolamiento nos permite establecer un **balance diagnóstico bilio-pancreático-duodenal** completo.

Se logra así diagnosticar con precisión las siguientes afecciones:

1) la litiasis coledociana típica, y litiasis coledociana atípica, como ser:

a) la **litiasis coledociana sin ictericia** que se observa con cierta frecuencia y, a veces, constituye una sorpresa para el cirujano no advertido;

b) la **litiasis coledociana en colédocos no dilatados**, en que la previa visualización de un canal principal normal descartaba la posibilidad de la existencia de cálculos;

c) la **litiasis coledociana con vesícula alitiásica**, puesto que la comprobación de una vesícula sin cálculos excluye en general la idea de concreciones coledocianas.

2) La pancreatitis cefálica y máscara biliar.

Realizando de manera sistemática el decolamiento hemos comprobado la frecuente asociación de pancreatitis extensas o limitadas en el curso de las afecciones vesiculares y coledocianas. En especial hemos aislado un tipo de pancreatitis que no se diagnostica con la palpación grosera común del páncreas, y que denominamos **pancreatitis cefálica en moneda**. Estas se localizan a nivel de la cabeza, por encima y a la izquierda de la ampolla de Vater, sobre el recorrido del canal de Wirsung, lo que nos hace

suponer que su etiopatogenia corresponde a una inflamación del extremo terminal del Wirsung que, a través de sus canales, se ha propagado a la glándula.

Estas pancreatitis son extendidas más en longitud que en espesor, achatadas como una moneda y de tamaño variable, desde un garbanzo hasta una ciruela, en general.

Estas determinaciones interesan para plantear la conducta quirúrgica de drenaje biliar, duodeno-papilotomía o colédocoduodenotomía.

Ciertas pancreatitis adoptan la máscara de una colecistitis y como en la operación las vías biliares son normales, si no se palpa el páncreas sistemáticamente, la afección pasa inadvertida, como el caso que presento (caso).

3) **Neo incipiente de la cabeza del páncreas y máscara biliar.**

La familiarización con la palpación del páncreas tiene la ventaja de saber discernir con mayor justeza frente a la duda entre pancreatitis crónica y **neo incipiente de la cabeza de páncreas** (caso último); este diagnóstico es a veces difícil y azaroso (caso de confusión con neo de páncreas), que nunca dejamos de resolver practicando en tales circunstancias una fácil biopsia con el páncreas a la vista. Además, recordemos que el neo de páncreas presenta una forma clínica que simula la colecistitis (máscara biliar del neo de páncreas), lo que obliga a explorar este órgano frente a colecistitis alitiásica (caso).

4) **Litiasis pancreática y máscara biliar.**

La litiasis del páncreas, con vías biliares normales, puede simular clínicamente una colecistitis aguda.

El cirujano cometerá el error de desconocerla si no practica el decolamiento y palpa el páncreas. De lo contrario, la lesión pasará inadvertida y el enfermo seguirá sufriendo.

En el **caso que presentamos**, gracias a esta maniobra, pudimos diagnosticar el cálculo pancreático, pequeño, del tamaño de una semilla de uva, ubicado en la porción terminal del Wirsung. Se extrajo por duodenotomía y papilotomía con evolución satisfactoria de la enferma. Este hallazgo operatorio fué sorpresivo e inesperado.

Otras veces la litiasis pancreática coexiste con litiasis biliar.

lo que lleva al error de desconocer la primera (ver caso). En consecuencia, con o sin litiasis biliar, la palpación ajustada del páncreas es indispensable en la cirugía biliar, lo que exige la práctica sistemática del decolamiento.

5) Úlcera del duodeno perforada en el páncreas y máscara biliar.

La úlcera duodenal puede perforarse en páncreas, provocando una pancreatitis cefálica la cual, envolviendo el colédoco terminal, determina un cuadro clínico de sufrimiento vesicular o coledociano.

Walter y Snell relatan dos casos operados, como vesicular dos veces el primero, y una vez el segundo, que murieron en el postoperatorio; la necropsia descubrió una úlcera del duodeno perforada en páncreas con pancreatitis crónica y estenosis casi completa del colédoco.

Nosotros presentamos **dos casos demostrativos**, uno operado previamente tres veces como biliar y fallece en la cuarta. El otro, intervenido como vesicular (colecistostomía), en la segunda operación se le comprueba el ulcus, llevándose a cabo la gastrectomía.

En los dos casos la úlcera no se evidenciaba al examen simple del duodeno, sino palpando previo decolamiento.

Estas consideraciones nos ponen en guardia frente a la existencia de úlceras duodenales perforadas en el páncreas, asociadas o no con litiasis vesicular, provocando pancreatitis crónicas cefálicas estenosantes, parciales o totales, dando lugar exclusivamente a una sintomatología biliar.

Estas úlceras pasan inadvertidas en el acto quirúrgico porque son úlceras internas, profundas, que la inspección común del duodeno no descubre. Es necesario practicar el decolamiento, y la palpación del duodeno-páncreas recién las diagnostica. La muerte referida no hubiera tenido lugar si el decolamiento sistemático se hubiese realizado.

V) Enderezamiento de las curvas del colédoco.

El decolamiento permite traccionar sobre el duodeno-páncreas hacia el pubis, y, en consecuencia, **enderezar las curvas del colédoco.**

Esta maniobra proyecta su importancia en el curso del cateterismo del colédoco y de la papila. En efecto, el cateterismo del colédoco inferior es a veces muy dificultoso y la causa radica en que este canal presenta en su parte baja una primera concavidad hacia la derecha y una segunda hacia adelante; la exageración de esta disposición dificulta el cateterismo a tal punto que a veces es imposible de cumplirlo, a pesar del uso de los más variados catéteres. Esta dificultad puede ser erróneamente interpretada por el cirujano y concluir en una **hipertonía del Oddi** o en una Odditis esclero-retráctil, con la consiguiente duodenotomía y papilotomía.

El decolamiento, **al reducir las curvas por tracción, facilita el cateterismo del colédoco y evita duodeno-papilotomias innecesarias.**

VI) EXPOSICION Y ABORDAJE BILIO-PANCREATICO DUODENAL.

1) Exposición del pedículo cístico y accidentes de la colecistectomía.

La práctica de la colecistectomía exige una condición quirúrgica indispensable: la buena exposición del campo operatorio con la clara visualización del pedículo cístico y del hepático-colédoco. Si no se cumple esta premisa puede observarse el pinzamiento, ligadura, herida o sección de la arteria hepática derecha, de la arteria hepática común, del canal hepático derecho y del colédoco. Todos estos accidentes explican las hemorragias operatorias, las ictericias y las muertes hepáticas postoperatorias, y las estrecheces de las vías biliares principales. Los americanos han insistido repetidamente sobre este punto, habiendo presentado numerosos casos Lahey, Cattell y Walters, entre otros. En nuestro medio también se conocen casos, varios de ellos fatales, y personalmente he podido coleccionar cinco casos de los cuales presento uno (caso).

El concepto de Lahey es concluyente al respecto: "el mejor tratamiento de las estenosis del hepato-colédoco se basa en el perfeccionamiento de la anestesia y su exposición, con una disección anatómica exacta de la confluencia del colédoco, hepático y arteria hepática".

El decolamiento, al permitir la tracción del pedículo hepático y del colédoco hacia el pubis, favorece el descenso del hígado y el bostezo de su cara inferior, que se horizontaliza, como expresamos anteriormente, lo que descubre, expone y superficializa el pedículo cístico (fig. 3). Además, con la maniobra simultánea

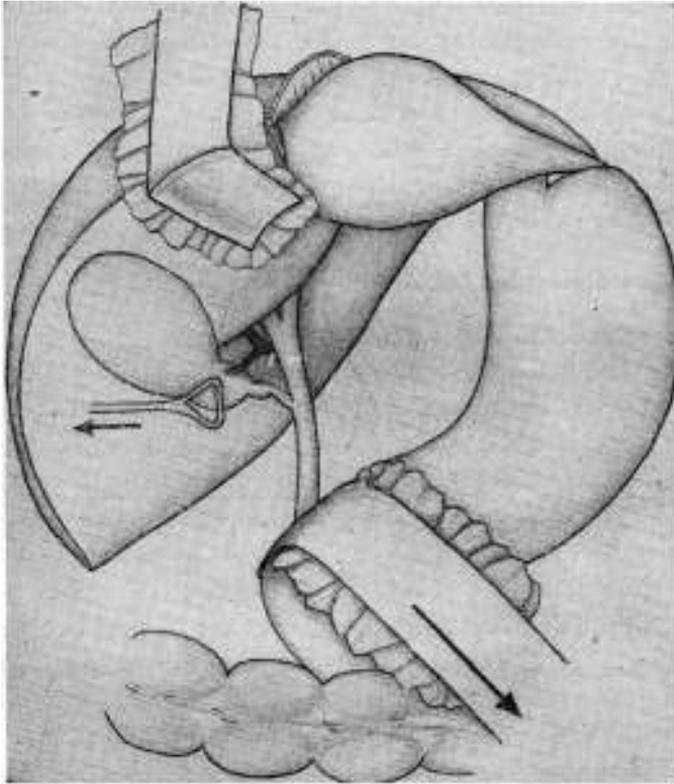


FIG. 3. — El enganche y tracción del duodeno decolado expone, superficializa y favorece el abordaje del pedículo cístico y hepatocolédoco. La tracción sobre la vesícula abre el triángulo bilio-hepático.

de la tracción del bacinete hacia afuera y del colédoco hacia el pubis, el triángulo bilio-cístico se abre y se presenta al cirujano con toda claridad (fig. 3).. El decolamiento, al favorecer la exposición, la superficialización y el abordaje del pedículo cístico, facilita al cirujano la practica de la colecistectomia y constituye una maniobra profiláctica de sus accidentes.

2) Exposición del colédoco.

Si por medio de una valva protegida con compresas se engancha la margen superior y derecha del duodeno-páncreas decolado y se tracciona hacia la fosa ilíaca izquierda y hacia el techo, el colédoco queda superficializado y expuesto en una amplia extensión pronto para un abordaje relativamente fácil (fig. 3).

Esta clara exposición del colédoco, además de las ventajas quirúrgicas anotadas, evita que se abra y drene un cístico largo látero y precoledociano, confundiéndolo con el colédoco, como en el caso que presentamos. Además, transforma en sencillas las peligrosas y confusas tentativas de practicar la hemostasis de los vasos sangrantes del pedículo hepático.

VII) Exploración del Oddi.

El decolamiento nos auxilia poderosamente para formarnos un juicio sobre las enfermedades del esfínter de Oddi. En efecto, la pinza digital, al mismo tiempo que palpa el páncreas y el Oddi, fiscaliza la progresión del catéter en un colédoco cuyas curvas han sido enderezadas por tracción para facilitar el cateterismo. La sensación que ofrece un estrecho pasaje será recogida no sólo por la mano derecha que guía el catéter, sino también por los dedos de la pinza digital izquierda.

Si el páncreas es normal, desconfiar del diagnóstico de afecciones orgánicas del Oddi, como en el caso que presento, que, a pesar del infructuoso cateterismo de la papila, la palpación normal del colédoco, páncreas y papila, me obligaron a desechar el diagnóstico de enfermedad del Oddi.

Si el páncreas está engrosado, el diagnóstico se orientará hacia la pancreatitis crónica, estenosante o no.

La palpación del páncreas es, por lo tanto, indispensable para diagnosticar el tipo de la enfermedad del Oddi; es por este motivo que, cuando hace varias semanas, se trajo a esta Sociedad el tema de Colédocotomía Ideal, expuse mi desacuerdo con los diagnósticos de hipertonia del Oddi y Odditis esclero-retráctil planteados con los datos obtenidos por el solo cateterismo sin ayudarse de la palpación correcta del páncreas ni de la manometría operatoria. Tales diagnósticos no resisten a una severa crí-

tica científica y los resultados que expone el autor quedan sometidos a revisión.

VIII) Dragado biliar apoyado.

El decolamiento permite la maniobra del dragado biliar apoyado que ejecutamos con predilección para extraer los cálcu-

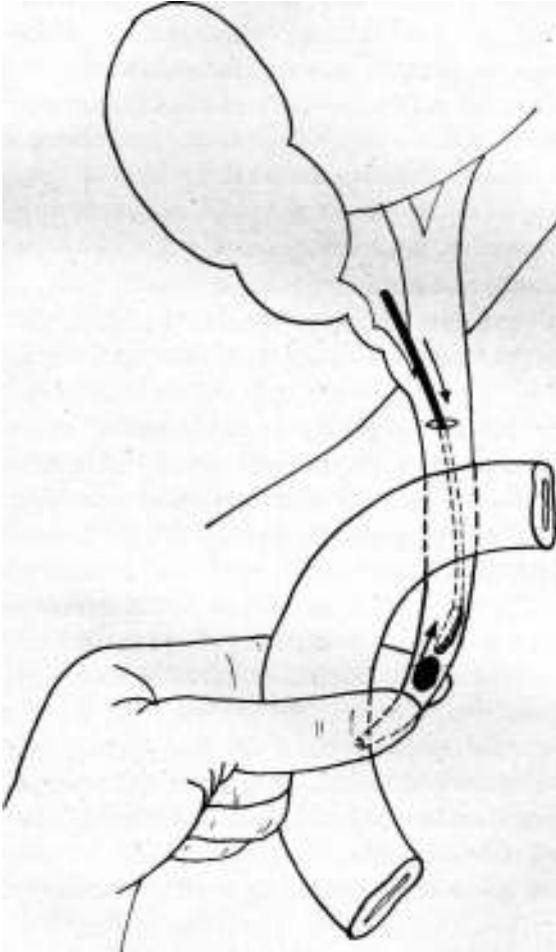


FIG. 4. — El decolamiento permite el dragado biliar apoyado. La pinza digital empuja el cálculo arriba, al encuentro de la draga biliar.

los enclavados o semi enclavados a nivel del colédoco inferior y de la ampolla.

La pinza digital de la mano izquierda que domina el duodeno-páncreas y que localiza los cálculos colédoco-vaterianos, fis-

caliza por el tacto la progresión de la cucharilla o de la draga biliar introducida con la mano derecha a través de la colédocotomía, evitando falsas rutas; cuando la draga contacta con el obstáculo litiásico, la pinza digital fija el cálculo y lo proyecta hacia arriba, mientras la draga biliar es empujada en sentido contrario. El cálculo se logra calzar en todos los casos (fig. 4). Esta maniobra del dragado biliar apoyado nos ha permitido extraer concreciones que, de otra manera, hubieran requerido una colédocotomía retropancreática o una duodenotomía. La importancia de esta maniobra se refleja en la práctica, puesto que con ella evitamos colédocotomías y duodenotomías innecesarias en el tratamiento de la litiasis coledociana baja.

CONSIDERACIONES:

La relación de los datos y ventajas que proporciona al cirujano la práctica del decolamiento duodeno-pancreático deja claramente establecido que se trata de una maniobra quirúrgica de apreciable valor.

La cirugía biliar, para ser ejecutada correctamente, exige en la casi totalidad de los casos que el cirujano no se limite a la simple comprobación de las lesiones del colecisto, sino que lleve a cabo un inventario lesional completo de todas las estructuras que puedan estar afectadas o que puedan dar origen a síndromes biliares, tipo vesicular o tipo coledociano, lo que fundamenta el balance lesional bilio-pancreático-duodenal, a cuyo cumplimiento incompleto se debe la explicación de muchos síndromes de sufrimiento postcolecistectomía.

La realización de los distintos tiempos de las operaciones biliares en el curso de la colecistectomía, colédocotomía, cateterismo, duodenotomía, papilotomía, se encuentra dificultada por una característica propia de la región, la profundidad, lo que a menudo se traduce por mala exposición del pedículo cístico y del hepatocolédoco.

Los datos palpatorios del hepatocolédoco y del Vater son a menudo insuficientes porque el cirujano los procura de manera incorrecta, lo que explica la relativa frecuencia de los cálculos residuales.

El cateterismo coledociano y vateriano se ha desacreditado

en parte porque deja cálculos olvidados, pasa al lado de una concreción litiásica, crea falsas rutas, se muestra impotente para cateterizar una papila que la colangiografía postoperatoria demuestra luego ser viable, o porque da la falsa impresión de un correcto cateterismo cuando en realidad sólo ha provocado el prolapso de una papila impermeable en el duodeno. Todos estos errores se deben a que el cirujano no ha ofrecido apoyo al cateterismo ni fiscalizado su progresión, para lo cual se requiere dominar entre los dedos el conducto colédoco-vateriano. Igualmente, la extracción a través de la colédocotomía, de un cálculo coledociano bajo, enclavado o no en el Vater, fracasa a menudo, obligando a la duodenotomía porque la pinza de cálculos o la draga biliar no recibe la ayuda necesaria de la pinza digital externa que aprisione y dirija el cálculo a su encuentro.

El decolamiento duodeno-pancreático soluciona las dificultades de exploración exposición y de técnica operatoria anotadas y pone al cirujano a cubierto de los errores expuestos, ya que el balance lesional bilio-pancreático-duodenal se llevará a cabo sin dificultades, la exposición del campo y de las estructuras es clara, los órganos se superficializan, la palpación tendrá lugar cómoda y correctamente, el abordaje se cumplirá con menos traumatismo y mayor facilidad, el pedículo cístico y el hepato-colédoco quedan a la vista, la colecistectomía no se verá seguida de accidentes, las curvas del colédoco serán enderezadas, el cateterismo puede ser bien conducido y fiscalizado, el dragado biliar apoyado tendrá éxito, se obtendrán datos más explícitos del estado del Oddi, los síndromes pseudo-litiásicos del ulcus duodenal perforado en páncreas, del neo de páncreas, de las pancreatitis y de la litiasis pancreática serán diagnosticados, se evitarán inútiles duodenotomías y se hará profilaxis de la litiasis residual, de las falsas rutas, de los falsos cateterismos de papila, reduciéndose por todos estos motivos el porcentaje de síndromes de sufrimiento postcolecistectomía.

Las referencias de tales ventajas, que la práctica nos ha enseñado a valorar, justifica que ejecutemos el decolamiento duodeno-pancreático de manera sistemática en la cirugía biliar y que propiciemos la adopción de esta maniobra por parte del cirujano, lo que constituye la finalidad fundamental de este trabajo.

Esto no significa que oponamos el decolamiento a la manometría y a la colangiografía operatoria, sino que el decolamiento no debe ser desplazado por ellas, es decir, que se complemente pero no se **sustituya** por dichas prácticas como se observa en numerosas clínicas.

RESUMEN

El decolamiento retro-duodeno-pancreático, en la cirugía de las vías biliares, proporciona las siguientes ventajas:

1) Clara exposición del campo operatorio y visualización obligatoria del colédoco.

2) Superficializa las vías biliares, Oddi, duodeno y páncreas al descender el hígado por tracción sobre el duodeno y al separar el duodeno-páncreas del plano vertebral, con lo que se obtiene el dominio palpatorio de la región.

3) La superficialización y el dominio palpatorio permiten el completo balance lesional bilio-pancreático-duodenal, diagnosticándose, además de los distintos tipos de litiasis coledociana, la pancreatitis cefálica, el neo incipiente de páncreas, la litiasis del páncreas y la úlcera duodenal perforada en el páncreas.

4) Enderezamiento de las curvas del colédoco por tracción, facilitando el cateterismo y evitando duodeno-papilotomías innecesarias.

5) Ejecución del dragado biliar apoyado, extrayéndose cálculos coledocianos bajos sin necesidad de colédocotomía retro pancreática o duodenotomía.

6) Favorable exposición y abordaje del pedículo cístico superficializado, disminuyendo los accidentes por colecistectomía.

7) Favorable exposición y abordaje del colédoco y duodeno y Vater superficializado, favoreciendo colédocotomías, duodenotomías, papilotomías y cateterismos ascendentes.

8) Criterio sobre las afecciones del Oddi fiscalizando el cateterismo de la papila y ofreciendo datos de la zona vecina.

9) Disminuye la litiasis coledociana residual, evita los falsos cateterismos de la papila, las falsas rutas y reduce los síndromes de sufrimiento post colecistectomía.

10) Las ventajas señaladas permiten preconizar la ejecución sistemática de esta maniobra rápida y atraumática en la

cirugía biliar, siempre que una causa general o local no la contraindique, afirmando que no debe ser suplantada sino complementada por la manometría y la colangiografía operatoria.

Dr. HOMERO COSCO MONTALDO
Avda. Soca 1361 Montevideo

Dr. Cendán. — El Dr. Cosco nos ha traído un resumen bastante completo de la maniobra del decolamiento duodeno-pancreático y sus aplicaciones en la cirugía biliar y en otros procesos. Esta maniobra descrita por Kocher hace más de medio siglo, y usada después por Vautrin, ha sido estudiada posteriormente en nuestro medio por Nario en su trabajo sobre Pancreatectomía cefálica (trabajo muy interesante por sus conceptos anatómicos) y ha sido perfeccionada por Finochietto en Buenos Aires, para tratar lesiones del colédoco retro-pancreático y por Degni en el Brasil, que con sus estudios sobre cirugía del páncreas y basado en nociones embriológicas, logró describir una vía aceptada en todas partes para el abordaje del colédoco intra-pancreático. De manera que el decolamiento del páncreas es una maniobra que evidentemente tiene una gran utilidad en cirugía y que corrientemente se realiza cuando está indicada en cirugía biliar.

En eso estoy de acuerdo con el Dr. Cosco; en lo que discrepo es en considerarla una maniobra que pueda ser realizada casi sistemáticamente, según creo haber entendido que él dice, incluyendo las colecistectomías, por simple litiasis biliar; es decir, que creo que la prodiga excesivamente. Además, creo que no es necesario establecer una oposición entre ella y la colangiografía, considerando que, cuando son necesarios ambos procedimientos se complementan. No creo tampoco que la colangiografía tenga que ser una exploración realizada sistemáticamente. Es lo que quería decir.

Dr. Cosco. — Agradezco al Dr. Cendán sus comentarios. Deseo aclararle que la finalidad del comentario no consiste en describir la maniobra de Kocher sino exponer sus ventajas y preconizar su ejecución sistemática. Ella obliga a una clara exposición del campo quirúrgico, a una sistemática visualización del colédoco, a una obligatoria palpación del colédoco-páncreas. Diagnosticaría así la litiasis coledociana sin ictericia, o en colédocos no delectados o con vesículas alitiásica, la pancreatitis cefálica, los neo incipientes del páncreas, la litiasis pancreática y las pancreatitis por ulcus; expondría mejor el pedículo cístico; el cateterismo del colédoco y la exploración del Oddi será más clara. Se reducirán así los síndromes post-colecistectomía.

Yo no opongo el decolamiento a la colangiografía; afirmo que el decolamiento previo, al resolver muchos problemas, indicará cuales son los restantes que necesitan de la colaboración colangiográfica.