

CIRUGIA DEL COLEDOCO

Oddi infranqueable (*)

Dr. Homero Cosco Montaldo

Con el objeto de comentar el valor del uso exclusivo del cateterismo del colédoco en el diagnóstico de las afecciones del esfínter de Oddi, relato los siguientes casos:

B. F. de T. — Mujer de 48 años que ingresa el 27 de abril de 1952 a la Sala del Dr. Nin y Silva en el H. Pasteur, con cólicos hepáticos desde hace 20 años que se repetían cada 4 ó 5 meses. Previa mejoría de un año, comienza a sufrir nuevamente hace dos meses con molestias en H. D., que culminan en un cólico hepático hace 14 días de una hora de duración (abril 13/52) con subictericia y coluria al día siguiente. Tuvo temperatura y chuchos de frío, aunque ingresa apirética.

En resumen: enferma de 48 años, antigua hepática desde hace 20 años, cuyo último cólico tipo mecánico data de 15 días, con subictericia, coluria y chuchos, lo que orienta al diagnóstico de **síndrome coledociano en antigua litiasis vesicular.**

El laboratorio corroboró el diagnóstico de afección biliar al comprobar en la orina pigmentos biliares y en la sangre bilirrubina directa de 8 mgrs. e indirecta de 7 mgrs. el 29 de abril y el 5 de mayo directa de 7 mgrs. e indirecta de 1 mgr. Las unidades pancreática de 64 no acusan reacción pancreática.

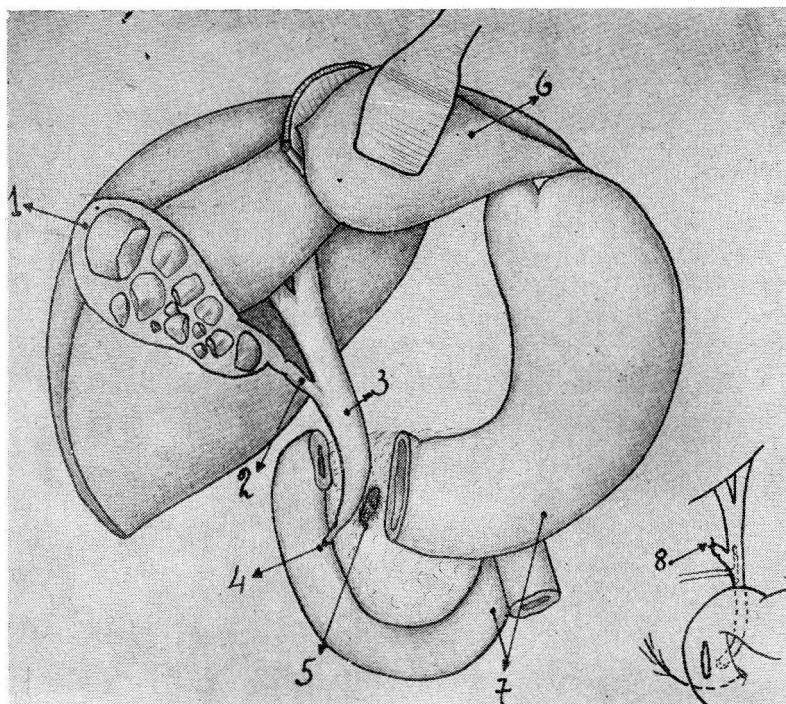
Con el diagnóstico de litiasis vesicular y posible coledociana se opera el 5 de mayo del 52, a los 22 días de su último cólico hepático, dada la persistencia de la ictericia.

En la intervención (Dr. Cosco) (Ver esq. 1) practicada con anestesia parieto-freno-solar, se comprobó una litiasis vesicular múltiple con 14 cálculos grandes y pequeños, alojados libremente en una vesícula biliar poco distendida, de aspecto normal pero adelgazada. El colédoco se presenta ligeramente dilatado, como meñique, pero de color normal, sin coledocitis ni pericoledocitis. El decolamiento retro-duodeno pancreático per-

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 7 de mayo de 1952.

mite palpar un colédoco retro-pancreático sin cálculos, una ampolla normal y un páncreas normal, a excepción de un pequeño nódulo de pancreatitis cefálica del tamaño de un pequeño garbanzo. Colecistectomía.

La ictericia, el colédoco dilatado, y la multilitiasis vesicular, aconsejan la colédocotomía. Previamente se practica una **manometría operatoria**, que arroja valores ligeramente subnormales, de 6, de la presión colédo-



Esq. 1. - B. F. de T. - 1) Vesícula de paredes aparentemente sanas, un poco grande. 14 cálculos en su interior de tamaño desde un grano de maíz hasta un carozo, libres. 2) Cístico normal, un poco largo. 3) Colédoco dilatado como meñique pero normal de color, sin coledocitis. Bilis normal, sin cálculos. 4) Papila estrechada por repliegue mucoso, elástico, normal cuya sección permite pasar el catéter. 5) Pequeño núcleo de pancreatitis cefálica. Resto del páncreas normal. 6) Hígado normal. 7) Gastro-duodeno normal. 8) Operación: 5 mayo de 1952. Dr. Cosco. Colecistectomía. Colédocotomía. Kehr. Duodenotomía y papilotomía mucosa. Decolamiento retro-duodeno-pancreático

ciana (el valor normal es de 9 a 12 con oscilaciones de 7 a 15). El tiempo de pasaje del líquido de perfusión de acuerdo a nuestra técnica (20 cc. de suero fisiológico a 30 cc. de agua de presión), tiene lugar en 50 segundos, es decir, dentro de los límites normales marcados entre 30 a 60 segundos.

Practicé la coledocotomía comprobando que el esfínter de Oddi era imposible de cateterizar, a pesar de utilizar distintos calibres de exploradores rígidos y flexibles.

Duodenotomía vertical. Nueva tentativa infructuosa de cateterizar el Oddi con la ampolla de Vater a la vista. Finalmente, basta la simple y mínima papilotomía del orificio de la ampolla para deslizar el catéter en el duodeno. Papila normal a la inspección, palpación y a la dilatación.

Cierre de la duodenotomía; Kehr fino en colédoco.

La manometría post-operatoria inmediata en la mesa operatoria acusa una presión coledociana de 11 y tiempo de pasaje de 55 segundos, dentro de valores normales.

Consideraciones

Presento este caso con el objeto de destacar lo siguiente:

1) *La palpación extrínseca de las vías biliares*, practicada con las máximas garantías que ofrece el decolamiento retro-duodeno-pancreático, permitió llegar a la conclusión de que el colédoco supra-pancreático, el colédoco retro-pancreático, el esfínter de Oddi y el páncreas se presentaban normales, y que no alojaban cálculos, ni presentaban signos inflamatorios. Por lo tanto, de acuerdo a la elevada jerarquía que le asignamos a la correcta exploración extrínseca de las vías biliares, Oddi y páncreas, no existía a nuestro criterio indicación estricta de colédocotomía.

La manometría coledociana, normal en los valores de la presión coledociana y en los valores del tiempo de pasaje, reforzaba el *criterio expresado*.

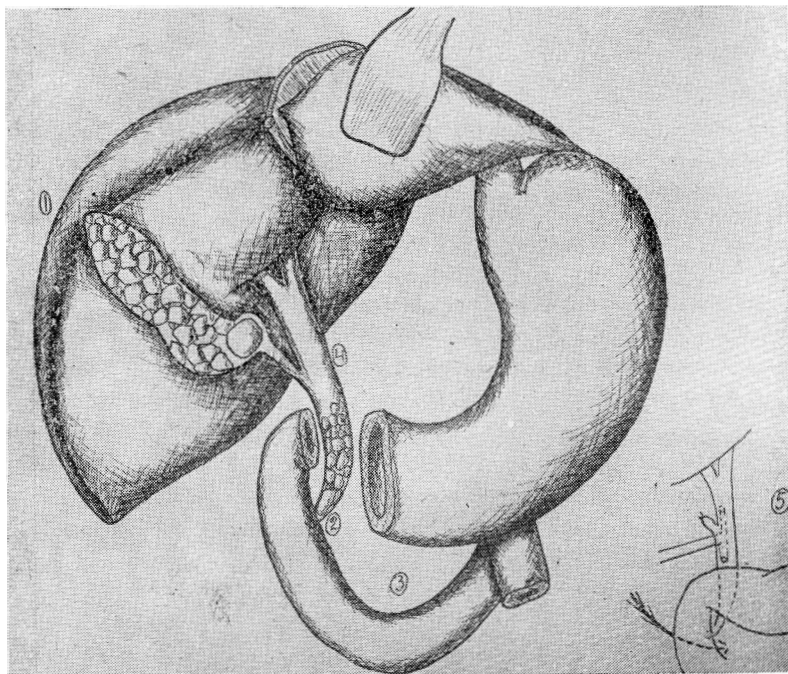
2) Pero el colédoco un poco dilatado, la ictericia, el cuadro clínico de un síndrome coledociano y la vesícula litiásica multicalculosa, constituyen indicaciones clásicas de colédocotomía. A pesar de nuestro criterio abstencionista preferimos seguir la orientación de otras escuelas, para poner a prueba de error, nuestra confianza en la maniobra del decolamiento retro-duodeno pancreático.

3) Practicada la coledocotomía, la imposibilidad de cateterizar el Oddi planteaba la duodenotomía y papilotomía. Referente a este punto nuestra experiencia nos ha demostrado que la dificultad del cateterismo del colédoco inferior se observa en algunas

circunstancias a pesar de estar frente a un Oddi normal orgánica y funcionalmente.

Para demostrar esta afirmación, este otro caso:

N. S. de F. — 28 años, ingresa al Servicio del Dr. Nin y Silva el 7 de setiembre del 51 con una historia de cólicos hepáticos sin ictericia.



Esq. 2. - N. S. de F. - 1) Vesícula escleroatrófica retobada contra cálculos. Litiasis múltiple. Cálculo como garbanzo enclavado en bacinete. Cístico permeable. 2) Colédoco inferior con múltiples cálculos. Papila infranqueable a pesar de ser funcionalmente normal. 3) Páncreas normal. 4) Colédoco un poco dilatado con escasa coledocitis. 5) Operación: 10 setiembre de 1951. Dr. Cosco. Colecistectomía. Colédocotomía. Kehr. Decolamiento retro-duodenopancreático

El primero tuvo lugar hace un año, el segundo hace 3 meses y el tercero hace 1 mes, encontrándose sin dolores en el momento del ingreso.

Al examen, enferma apirética, delgada (41 kgr.), Murphy positivo. Laboratorio: anemia de 3.160.000. Pigmentos biliares en la orina. Colecistografía: no se ve vesícula teñida.

Diagnóstico: vesícula excluída.

Operación: 10 de setiembre del 51, con anestesia local. (Dr. Cosco). Se comprobó (ver esq.2) una litiasis vesicular múltiple a pequeños

cálculos facetados, vesícula esclero-atrónica, retobada contra los cálculos, y uno como garbanzo enclavado en el bacinete. Se practica decolamiento retro-duodeno pancreático y se pone de manifiesto la existencia de un colédoco ligeramente dilatado con escasa coledocitis y numerosos cálculos a nivel del colédoco inferior. Páncreas normal, Vater normal. Se realiza colecistectomía, colédocotomía, extracción de cálculos del colédoco inferior.

En este momento la tentativa de cateterizar la vía principal es infructuosa por obstáculo a nivel del extremo inferior del colédoco.

A pesar de esta dificultad operatoria al franqueo del esfínter de Oddi, no practiqué duodenotomía, basándome en la fidelidad de los datos que aporta la maniobra del decolamiento que acusaba un estado normal del colédoco, páncreas, Vater y duodeno. Drenaje del colédoco con tubo de Kehr.

El 25 de setiembre de 1951, a los 15 días de operada, se lleva a cabo una manometría coledociana que es normal con presión coledociana de 6 ½ y tiempo de pasaje de 35 segundos, demostrando una buena permeabilidad de las vías principales.

El 26 de setiembre de 1951 se efectúa una colangiografía en acecho manométrico con morfina y nitrito de amilo; las placas muestran una silueta radiográfica normal del colédoco inferior y un pasaje satisfactorio al duodeno.

Por lo tanto, la manometría post-operatoria y la colangiografía manométrica normales apoyaron la conducta adoptada en este segundo caso de *no realizar inútiles duodenotomías y papilotomías, frente a un caso de Oddi no cateterizable con órganos vecinos sin lesiones (páncreas y colédoco normal)*.

La sola comprobación de un Oddi impermeable no permite rotular el caso de hipertonia del Oddi ni menos autoriza a efectuar una duodenotomía con papilo o esfinterotomía.

De acuerdo a ello mantuvimos, cuando se presentó hace dos semanas en esta Sociedad la comunicación sobre "*Colédocotomía ideal*", que la sola dificultad de cateterizar el Oddi no justifica la duodenotomía y la esfinterotomía. En esa oportunidad se presentaron casos (Dr. Palma) con diagnóstico de hipertonia del Oddi y odditis esclero retráctil con el solo dato del cateterismo, y es por ello que consideramos tales casos como insuficientes y que no pueden tomarse en cuenta para sacar conclusiones sobre el valor de la colédocotomía ideal llevada a cabo en esos enfermos. El cateterismo debe auxiliarse con datos de la manometría operatoria o con los datos palpatorios obtenidos previo decolamiento retropancreático.

Volvamos a las consideraciones de nuestro primer caso. Poniendo por segunda vez a prueba de error nuestro criterio con la finalidad de defenderlo con mayor firmeza en caso de ser exacto, seguimos la indicación de otras escuelas y practicamos la duodenotomía. Con la papila a la vista, seguía infranqueable para el catéter introducir por el colédoco.

La simple papilotomía mínima del reborde mucoso del ostium permitió su fácil franqueo, y la manometría inmediata demostró que el esfínter de Oddi funcionaba con tanta eficacia antes como después de la papilotomía. La colangiografía postoperatoria acusó la silueta de un colédoco inferior normal. Por lo tanto, de seguir nuestro criterio, hubiéramos evitado una inútil duodenotomía.

Resumen

1. La exploración extrínseca colédoco - pancreático - vateriana, practicada correctamente, es decir, previo decolamiento duodeno-pancreático, constituye una maniobra de alto valor quirúrgico para la determinación de justas indicaciones de la coledocotomía y de la duodeno-papilotomía. Siendo ella normal, no es necesario abrir el colédoco ni intervenir sobre el Oddi.

2. La manometría resulta ser una maniobra fiel.

3. La imposibilidad de cateterizar el Oddi se observa en esfínteres normales y es un error rotular estos casos de hipertónías o enfermedades del Oddi y practicar la duodeno-papilotomía.

4. Se esboza una premisa de mayor trascendencia consistente en afirmar que con colédoco sano y páncreas sano comprobado a la inspección y a la palpación, el esfínter de Oddi no requiere sanción quirúrgica.

Dr. HOMERO COSCO MONTALDO
Av. Fco. Soca 1361 — Montevideo

Dr. Prat. — Me voy a permitir preguntarle al Dr. Cosco Montaldo si entendí bien que dijo en la primera observación, que había encontrado una manometría normal y a la exploración encuentra un cierre completo.

Dr. Cosco. — Es verdad. En la primera observación, que se trataba de una litiasis vesicular, con páncreas normal, y el resto de las vías biliares principales normales, a excepción del colédoco ligeramente dila-

tado, comprobé al practicar la exploración del colédoco, previa colédocotomía, que el esfínter del Oddi era imposible de cateterizar. Esto sucedió a pesar de haber practicado previamente el decolamiento duodeno pancreático, lo que me permitía con la mano izquierda dominar la zona del esfínter, fiscalizar el progreso del catéter y más aún, enderezar, por tracción, las curvas del colédoco, lo que facilita el cateterismo del Oddi. Por lo tanto, colocándome en condiciones óptimas el esfínter no era cateterizable; sin embargo la manometría perfectamente normal, me evidenciaba la buena permeabilidad de la vía biliar principal.

Dr. Prat. — Es un resultado que indudablemente no comprendo; la sensación del colédoco da una manometría normal y otra cosa que no me puedo explicar bien es esto: la válvula de manometría realizada así los autores lo han criticado un poco porque ya al ser radiomanometría tenía que usar una substancia de contraste, substancia de contraste que es más o menos irritable para el epitelio, vías biliares y realmente aumenta la tensión da una hipertonía por lo general sobre todo si se hace eso, pero en este caso se complica el asunto porque se ha hecho la radiomanometría con morfina y todos los autores que tienen gran experiencia y nosotros, hemos seguido la indicación de no usar ninguna substancia que pueda alterar la parte espasmódica de estos tejidos o de estos esfínteres y sabemos que todavía la morfina provoca una contractura del esfínter cosa que parece que se encontró aquí. De manera que pueden ser factores que alteren o modifiquen la manometría real en estos casos.

Dr. Cosco. — Agradezco al Profesor Prat la deferencia de ocuparse de esta breve comunicación. El Profesor Prat me expone su inquietud al decir que no comprende cómo en un caso con manometría normal, pueda comprobarse una dificultad al cateterismo del Oddi. ¿No es así?

Dr. Prat. — Cierre completo, cierre total.

Dr. Cosco. — Efectivamente. Era imposible cateterizar un colédoco inferior normal. Eso le ha sucedido a todo cirujano con práctica en la cirugía de las vías biliares. A pesar de existir un Oddi perfectamente normal, la maniobra del cateterismo puede en algunos casos fracasar. Conociendo esta circunstancia fué que, en el otro caso que presento, frente a un esfínter de Oddi que no se podía cateterizar, lo abandoné sin practicar la duodenotomía ni papilotomía. Tomé esta determinación porque estaba convencido de que el Vater estaba perfectamente normal, ya que el decolamiento me había permitido comprobar un colédoco, Vater y duodeno páncreas normal; estoy convencido que frente a un sistema pancreático biliar sin lesiones, el Oddi no requiere sanción quirúrgica. No es la primera vez que un cirujano coloca un catéter y no puede franquear el Oddi. ¿Por qué no puede hacerlo? Por las dificultades que ofrecen las incurvaciones del colédoco inferior; la primera es una curva a concavidad anterior, la segunda a concavidad derecha y la tercera a

concauidad anterior. Eso es lo que ha sucedido, Profesor Prat. Justamente hablando sobre este punto* con un Profesor de gran experiencia, estábamos de acuerdo, por habernos encontrado en circunstancias semejantes, de que el hecho de no poder cateterizar el Oddi no significa obligatoriamente que se encuentra enfermo, sino, sencillamente, que en algunos casos, es muy dificultoso de cateterizar en el acto quirúrgico. En cuanto a lo segundo, el Profesor Prat expresa que la radio-manometría al efectuarse con elementos de contraste más o menos irritantes, en general, modifican la exactitud de los datos manométricos y que la morfina provoca un espasmo del Oddi.

Debo hacer notar al Prof. Prat que el estudio del 2º caso al que se refiere fué llevado a cabo con el siguiente escalonamiento: Primero le practiqué la manometría simple, con suero fisiológico, que al ofrecerme datos normales, tanto en el tiempo de vaciamiento como en el valor tensional coledociano, me ilustraba sobre el correcto estado de funcionalidad y permeabilidad del esfínter de Oddi. Luego le realicé la radio-manometría, pero en ella no buscaba el elemento tensional, de presión coledociano que ya poseía por medio de la manometría simple; buscaba otra cosa: sorprender el pasaje a través del esfínter de Oddi de la sustancia opaca. Y la manera más segura de tener éxito es practicar justamente la morfi-amilo-colangiografía, puesto que, con la morfina, como se observa en estas placas y de acuerdo con lo que expresa el Prof. Prat, se provoca un intencionado espasmo del Oddi, que retiene la sustancia opaca en el colédoco. Luego el nitrito provoca oddirelajación y dentro de un determinado número de segundos y observando la caída tensional del manómetro, se impresiona la tercera placa, en donde, matemáticamente, se sorprende el pasaje del líquido de contraste por el Oddi, dibujándose todo el esfínter. El hecho de haber tomado al mismo tiempo las presiones (morfi-amilo-colangiografía con manometría o más sencillamente, radiomanometría) no significa que a tales valores tensionales le adjudique el valor de presiones normales, sino, sencillamente, constituye una manera de conocer la presión intracoledociana a la que fué impresionada cada placa, y conocer, por el brusco descenso tensional, el momento en que se abre el Oddi para radiografiarlo.

Por lo tanto, con la manometría previa obtuve un dato: el dato tensional y de pasaje. Con la radiomanometría (morfi-amilo-colangiografía con manometría) obtuve otros datos: la visualización del esfínter de Oddi, la reacción normal del esfínter a los fármacos y el valor tensional de su contracción espasmódica, medida en centímetros de agua.