

COLEDOCITIS ESTENOSANTE INTRAPANCREÁTICA. OPERACION DE ALLEN (*)

Dr. Eduardo C. Palma

Ha creído de interés traer a la Sociedad de Cirugía a esta enferma, que padecía de una de las afecciones más rebeldes y difíciles de tratar de las vías biliares, la coledocitis estenosante intrapancreática. En ella habíamos aplicado una terapéutica quirúrgica que creímos eficaz, pero de la cual benefició sólo 1 ½ año, recayendo después. La hemos finalmente operado, efectuando un procedimiento que le mejoró rápidamente de todos sus trastornos y con la cual creemos haber resuelto definitivamente su estenosis biliar principal.

Efectuamos en ella la colédoco-yeyunostomía término-terminal, en Y, con las modificaciones establecidas por Allen, a la primitiva técnica de Roux.

Paciente M. E. A. de L., 45 años, 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 engrosado en la zona peri-coledociana, siendo normal en el resto. Se realizó: colecistectomía y colédocotomía supraduodenal. La exploración de la vía biliar principal no mostró cálculos,

(*) Trabajo presentado a la Sociedad de Cirugía en la sesión del día 27 de agosto de 1952, en la ½ hora previa.

existiendo en cambio una estrechez acentuada del colédoco terminal intrapancreático, pudiéndose pasar el catéter N° 2 de Bakes, pero dificultosamente el N° 3. Se efectuó el decolamiento retroduodeno-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

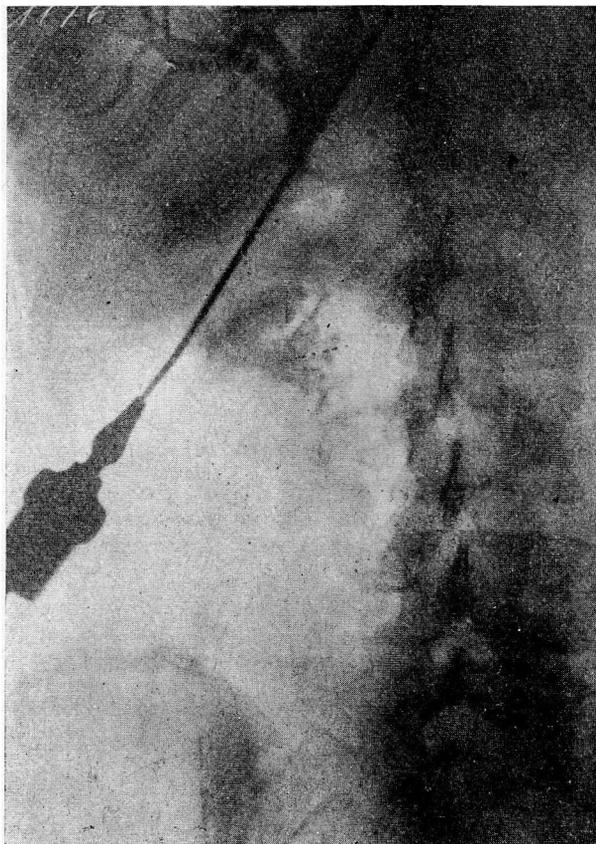


FIG. 1. — Colangiografía operatoria, que muestra la estrechez filiforme del colédoco intrapancreático y la dilatación suprayacente de la vía biliar principal. Se vé también sustancia opaca en el duodeno, que ha pasado a pesar de la estenosis coledociana.

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 39° y sub-ictericia, que cedió al tratamiento con los antibióticos. La evolución ulterior fué muy buena, durante 1 año y 9 meses, alimentándose bien, aumentando de peso y realizando normalmente las tareas de su casa. En XII-52, reapareció su dispepsia dolorosa, de tipo hepático, con dolores en el hipocondrio der., irradiados a ambas fosas lumbare , sin náuseas, ni vómitos. Pocas semanas después, apareció

una sub-ictericia, de evolución irregular pero progresiva, hasta hacerse una ictericia franca, hace 2 ½ meses, con coluria, prurito, estreñimiento y decoloración de materias fecales, de evolución muy variable. Adelgazó 10 kgs. en 3 meses, y tuvo fiebre alta y escalofríos en varias oportunidades. Reingresó al Hospital Maciel el 8-V-52, comprobándose en el examen un mal estado general, con enferma delgada, desnutrida, febril, con ictericia intensa, decoloración de materias fecales, hepatomegalia difusa,



FIG. 2. — Colangiografía post-operatoria por la sonda intrayeyunal viéndose la 2ª asa yeyunal opacificada. Se ha dado barrita por boca, a la vez, visualizándose el estómago, el duodeno y la 1ª y 3ª asas yeyunales, con normal funcionamiento de todo el sistema.

regular, no dolorosa, con hígado que desbordaba 2 traveses de dedo el reborde costal y aumentado de consistencia. El sondeo duodenal fué positivo, dando bilis con grumos. La bilirrubinemia directa era de 20 mgr. % y la indirecta de 18 mgr. %, la colesterolemia era de 3 grs. 60 %, la prueba de Hanger negativa, la prueba de Quick 0 gr. 71 y la del Timol 8.88 %. Hemograma: 3.400.000 glóbulos rojos, hemoglobina 68 % valor globular 1; glóbulos blancos 7.800, neutrófilos 75 % monocitos 5 %, linfocitos 20 %. Proteinemia 78 gr. %, serina 30 gr. %, globulina 47 gr. %.

Se hizo diagnóstico de ictericia obstructiva por recidiva de la cole-

docitis estenosante, complicada de angiocolitis por colo-estasis. Se efectuó un tratamiento intenso con antibióticos, transfusiones, vitaminas, regimen de protección hepático, etc., regresando lenta y paulatinamente la ictericia, hasta desaparecer y mejorando apreciablemente el estado general. El 7-VI-52, la bilirrubinemia directa era de 0.2 mgr. % y la indirecta era de 0.4 mgr. %.

No obstante la mejoría obtenida, que evidenciaba la importancia del factor angiocolítico, se mantuvo el diagnóstico de coledocitis estenosante

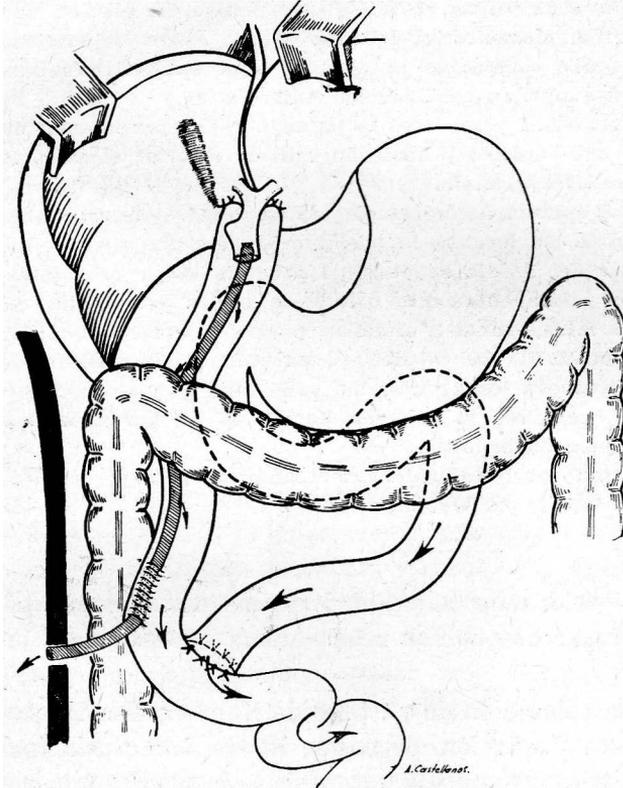


FIG. 3. — Esquema de la operación realizada, colédoco-yeyunostomía término-terminal, y yeyuno-yeyunostomía (técnica de Allen, levemente modificada).

y se decidió operar a la enferma. La intervención se realizó el 10-VII-52, bajo anestesia general y mediante un abordaje por incisión transversa sub-costal der. Liberadas las adherencias epiploicas y sub-hepáticas, se efectuó el decolamiento retro-duodeno-pancreático. El colédoco supraduodenal y el hepático estaban dilatados y con sus paredes engrosadas. El colédoco intrapancreático se palpaba como un cordón fino, duro, estando el páncreas pericoledociano engrosado, duro, lo mismo que el prolongamiento pancreático en el pedículo hepático. Liberado el colédoco suprapancreático, se comprobó que la arteria hepática corría anormalmente, en

gran parte por detrás de la vía biliar principal. La colangiografía operatoria mostró que el colédoco intrapancreático era sumamente estrecho, filiforme, pero permeable, estando en cambio dilatada la vía biliar principal suprapancreática. Se seccionó el colédoco transversalmente, junto al duodeno y se ligó el cabo distal. Se seccionó el yeyuno transversalmente entre la 1ª y 2ª asa y luego de pasar la 2ª asa a través del mesocolon transverso se efectuó la colédoco-yeyunostomía, con la técnica de Allen, invirtiendo el reborde yeyunal junto a la sutura, que se sostuvo sobre una sonda de goma, con múltiples perforaciones, situada dentro del yeyuno y que salía a la Witzel, 15 cmts. por debajo. Se efectuó una yeyuno-yeyunostomía complementaria, término-lateral, entre el extremo distal de la 1ª asa (cabo central de la sección) y el extremo proximal de la 3ª asa yeyunal (zona de continuación entre la 2ª y 3ª asas). Se suturó la sección mesentérica y se cerró la pared por planos, dejando un drenaje en cigarrillo sub-hepático y haciendo salir al exterior el extremo de la sonda de goma intrayeyunal.

La evolución post-operatoria fué excelente; se retiró el drenaje sub-hepático a las 48 horas, se levantó la paciente al 3er. día y al 4º día comía carne. A partir del 2º día se pinzó el tubo de goma progresivamente, hasta dejarlo permanentemente ocluido a partir del 5º día. Se dejó el tubo de goma intrayeyunal 3 semanas, para que sirviera de tutor a la cicatrización mucosa de la colédoco-yeyunostomía, sin peligro de estenosis. Retirado el tubo a los 21 días, no salió bilis ni materia intestinal por el trayecto, cerrando la pequeña herida en 48 horas. Alta a los 23 días en excelentes condiciones.

La enferma continuó perfectamente aumentando de peso y reponiéndose rápidamente de todos sus trastornos.

Estamos convencidos de la utilidad de las derivaciones biliares internas, a pesar de que son relativamente poco usadas en nuestro medio.

En este caso la colocación de un tubo de Kehr en el colédoco, hubiera sido una mala solución, drenando la vía biliar principal por algún tiempo, pero dejando la estenosis subyacente, que reproduciría los trastornos, una vez que se quitase el drenaje.

La colédoco-gastrostomía es una mala operación, ya abandonada, porque la poderosa musculatura gástrica realiza entonces inyecciones masivas de alimentos en las vías biliares, con las graves consecuencias consiguientes.

La colédoco-duodenostomía, es en cambio una operación bastante utilizada y que ha sido largamente preconizada por Finsterer y su escuela. La consideramos inferior en sus resultados a

la colédoco-yeyunostomía, pues en ella el colédoco, privado de su esfínter de Oddi está expuesto a las regurgitaciones alimenticias y a la angiolitis ascendente. Además, creemos que ofrece mayores peligros de accidentes post-operatorios y fístulas que la colédoco-yeyunostomía, por ser el duodeno un lugar de confluencia de jugos, con gran capacidad digestiva.

La colédoco-yeyunostomía puede parecer una operación más grave, pero no lo es en realidad; es solamente de más duración y más laboriosa. La 2ª asa yeyunal larga, desfuncionalizada, no tendrá en su interior prácticamente jugos digestivos, y además el gradiente natural del intestino tiende a evacuarlos hacia la 3ª asa yeyunal.

La modificación de Allen (1) a la primitiva técnica de colédoco-yeyunostomía en Y de Roux, constituye a nuestro juicio un gran progreso. La inversión del reborde del yeyuno en manguito, permite un rápido adosamiento y adherencia del peritoneo a la superficie externa del colédoco y hace que no sea indispensable una sutura hermética de los extremos del colédoco y del yeyuno, y de sus mucosas. Además, la fijación del contorno externo del manguito de yeyuno a la cápsula de Glisson del hígado, impide la tracción de la sutura colédoco-yeyunal y el peligro de su falla. La sonda de goma perforada, sirve de tutor a la anastomosis colédoco-yeyunal, dejándosela 3 semanas "in situ", hasta que esté bien cicatrizada la sutura y recubierta de mucosa, evitándose el peligro de la estenosis secundaria de la neo-boca.

Creemos útil la pequeña modificación que realizamos a la técnica de Allen, haciendo pasar la 2ª asa yeyunal desfuncionalizada a través del meso colon y no por delante de él. De esta manera las 2 vísceras no se interfieren en su función, sin peligro de acodamiento, ni tironeos; además el trayecto es más directo y corto, quedando más laxa el asa yeyunal, elemento importante para la buena conservación de su peristaltismo.

Esta comunicación es sólo una nota previa. Con un número mayor de casos, seguidos más largo tiempo, podremos tener una opinión más acabada de este tipo de derivación, con sus ventajas, inconvenientes, y contraindicaciones.

Podremos además formarnos criterio y estudiar el efecto fisiopatológico que produce la separación definitiva de la vía

biliar y la vía pancreática, y la separación de sus jugos respectivos.

