

SOBRE PATOLOGIA Y TERAPEUTICA BILIAR

Por el Prof. Domingo Prat

Con profunda emoción y de todo corazón debo agradecer esta gentil y hermosa sesión de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, que mis colegas y amigos dedican en mi honor y homenaje; reconocimiento que muy particularmente personalizo en los Profesores Palma y Soto Blanco.

Mi comunicación corresponde a un tema de mi predilección, que será una síntesis sobre la Patología y Terapéutica biliar actual.

Nuestra primera y grata comprobación es la de declarar que el progreso de la patología y de la terapéutica biliar, en estos últimos años ha sido enorme, que podríamos catalogar casi de

extraordinario; sin embargo, persisten aun limitados resultados deficientes y algunas secuelas, sin que hayamos alcanzado todavía, el dominio absoluto de la patología biliar funcional; lo que nos exige y nos obliga a poner en actividad, todos nuestros recursos técnicos y medios de exploración semiológica, hasta alcanzar el perfeccionamiento máximo y que corresponda al ideal. Se han logrado algunas indicaciones precisas y consagratorias, como ocurre con la *litiasis vesicular confirmada, que no admite hoy día otro tratamiento que el quirúrgico y lo más pronto posible.*

Sabemos que no existe tratamiento médico alguno capaz de eliminar los cálculos de la vesícula, luego la espera que establecen todavía, algunos clínicos y cirujanos, es sólo para perder un tiempo precioso, con padecimientos del paciente, con la consiguiente espera que favorecerá la evolución progresiva de los procesos patológicos de la vesícula, exponiendo a que una *colecistitis* se transforme en *colédocolitiasis* con todos los inconvenientes y peligros de la ictericia, de la insuficiencia hepática, de la pancreatitis, de la colecistitis disecante o exfoliatriz y de la vesícula filtrante, con su grave consecuencia de la peritonitis biliar. En resumen, una colecistitis calculosa es mucho menos grave que una colédocolitiasis, con todo su temible e invariable cortejo de complicaciones, siendo aquella de una terapéutica muy simple y sencilla; por eso, el clínico y el cirujano no deben dudar de proceder *cuanto antes*, al tratamiento de la *colecistitis calculosa bien confirmada.*

El cirujano realizará fácilmente y sin peligro la *supresión de la litiasis*, dejando o suprimiendo la vesícula, según sean sus lesiones reparables o irreparables; pero suprimirá esta litiasis lo más pronto posible, sin que esto quiera decir *de urgencia*, pero siempre antes de que se produzca la temible complicación de la colédocolitiasis.

Otra comprobación tan completa y exacta como la primera, es que el progreso de la cirugía biliar, se debe a que sus graves y complejas operaciones sean realizadas por *equipos especializados*, empleando la *anestesia por gases*, la *baronarcosis con intubación* y a la práctica de la posición operatoria de elección en cirugía biliar; es decir, el *Trendelenburg invertido*, usando el *rodillo dorso lumbar de Elliot-Mayo Robson*, que puede ser susti-

tuído con ventaja por un *cajoncito plano convexo*, hueco en su interior (Fig. 1) para el *chassis curvo* que permitirá realizar las indispensables radiografías y colangiografías per operatorias sin necesidad de mesas operatorias especiales.

Se emplearán amplias incisiones operatorias, bien anatómi-

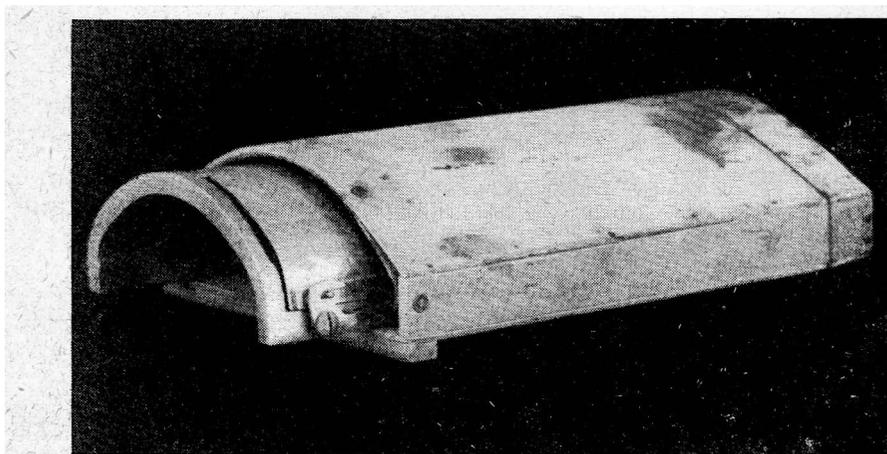
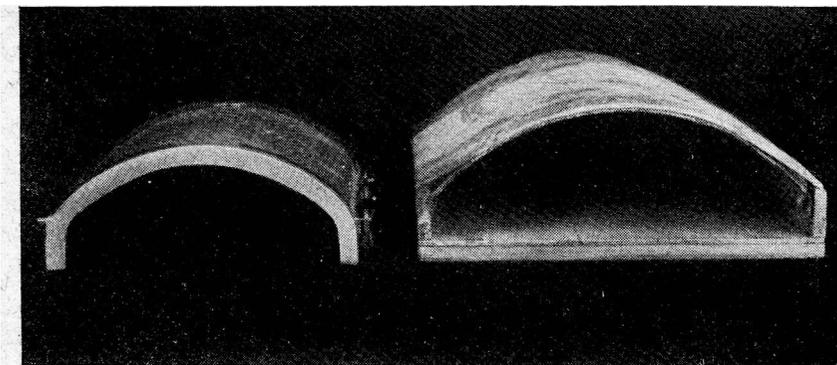


Fig. 1. — Cajoncito plano convexo, hueco que sustituye al rodillo de Elliot - Mayo Robson y en cuyo interior se coloca el chassis curvo metálico que contiene las películas para las colangiografías durante la operación.

cas que permitan una excelente exploración y un perfecto acceso a la lesión, con amplio campo operatorio y completa visualidad; auxiliado con el uso del fronto-lux para la correcta visualización en la profundidad. La transfusión sanguínea per operatoria y

la oxigenoterapia, secundadas por el equipo de reanimación, en pacientes con diagnóstico preciso, preparados cuidadosamente, hasta conseguir un perfecto y normal equilibrio humoral.

Todas estas prácticas y cuidados constituyen fundamentalmente la razón principal del progreso para alcanzar el perfeccionamiento obtenido en la aspiración de la ansiada terapéutica biliar perfecta.

A pesar del efectivo y real progreso obtenido en la cirugía biliar, ésta pronto comprobó la presencia de trastornos, padecimientos, secuelas o recidivas, que al presentarse preferentemente después de la colecistectomía, se denominaron *secuelas de la colecistectomía* y que se presentan en el 15 % de los casos de *colecistitis litíásica* y el 30 de la *colecistitis alitiásica*. (Goñi Moreno).

Algunos cirujanos y particularmente los mejores y más especializados tratan de desestimar la importancia y cantidad de estas secuelas, sin embargo, ellas son evidentemente reales, porque las hemos comprobado en la práctica y quedan probadas además, porque la duda ha llegado a invadir al mismo paciente y es frecuente que antes de operarse, pregunte éste al cirujano si le garantiza que la operación lo curará de sus padecimientos y si ésta consistirá en la extirpación o conservación de la vesícula. Por nuestra parte creemos que esas recidivas de las crisis dolorosas y secuelas post operatorias son reales y desgraciadamente frecuentes y hemos comprobado además, que en los casos operados en agudo, han necesitado a menudo una nueva intervención y que a veces, a las secuelas se ha agregado un gran proceso de adherencias y hasta se ha complicado con una eventración.

Está bien evidenciado que la litiasis residual de las vías biliares es la causa frecuente de las secuelas, que cuando la exploraban los cirujanos por maniobras manuales o instrumentales, se aceptaba su frecuencia del 8 al 12 %, pero cuando fué investigada por la colangiografía, de acuerdo con la recomendación y práctica de Mirizzi, se comprobó entonces que la colédocolitiasis residual alcanzaba al 20 ó 25 %. La colangiografía es el método más preciso y seguro para diagnosticar la litiasis de las vías biliares y reconocer su morfología anatómica, siempre que

se empleen sustancias de contraste bien seleccionadas, puesto que sabemos que el lipiodol, además de ser irritante para el epitelio biliar que *modifica la presión*, no se mezcla con la bilis y tiene un *Ph. distinto*. Parece perfectamente probado que lo mejor es usar la sustancia de contraste en *solución acuosa, isotónica e isotérmica*, con un *Ph. igual al de la bilis*. Actualmente en nuestra práctica usamos el Noslán (Driodrast) al 30 o mejor al 50 %.

El progreso actual de la patología funcional biliar, de sus canales y esfínteres, permitió reconocer las *distonías*, la *disquinesia* y la *odditis*.

La distonía que corresponde a la alteración o disfunción de la tonicidad de los tejidos u órganos, de naturaleza espasmódica, pero que su continuidad o repetición, puede originar una lesión de jerarquía orgánica.

La disquinesia es el trastorno o disfunción de la motricidad de las vías biliares, sin alteración del sistema muscular correspondiente; tiene el mismo significado y se le considera sinónimo de la distonía.

La odditis comprende los trastornos de naturaleza funcional u orgánica originados en el esfínter de Oddi, de naturaleza espasmódica sin descartar la infección primitiva o secundaria. Para algunos autores es un espasmo primitivo con evolución esclerosa, que puede originar la odditis estenosante de Mirizzi, el oddismo de Delfor del Valle, que puede culminar en la colédoco odditis esclero retráctil. Hay que confesar que estos procesos de los canales biliares, han reunido el mayor número de denominaciones, pero felizmente han sido agrupadas con el nombre de *distonías* por Poilleux y Guillet, con la colaboración de Albot, en su brillante y completo Relatorio al 50º Congreso Francés de Cirugía de 1947.

Según estos autores el concepto general de la distonía comprende los procesos espasmódicos en su sentido más amplio, ya aparezcan consecutivamente a la colecistectomía o la exclusión biliar, a la litiasis, a la inflamación de las vías biliares y a los trastornos por sus anomalías anatómicas y particularmente, a la alteración de la presión en más o en menos del sistema biliar, ya sea de origen canalicular o esfinteriano, provocando la hipertonía o la hipotonía; estados funcionales patológicos que fueren

reconocidos por los clínicos y cirujanos cuando se logró establecer fácil y seguramente la presión biliar, por la exploración semiológica de la manometría biliar.

Esta hermosa y real conquista de la patología funcional biliar pudo cristalizar gracias a la inicial investigación por radiomanometría de Caroli y sus colaboradores Bergeret y Dévoubry en 1941, al continuar las primitivas investigaciones de los patólogos estadounidenses Best, Doubillet, Hicken, Mac Gregor, etc. En 1942, Mallet-Guy y sus colaboradores Jean Jean, Guillet, Marion y Liou-Tchung-The en Lyon, perfeccionan el método manométrico, creando un aparato especial para realizar la manometría per operatoria, que practica la manometría y colangiografía sucesivas y logran obtener así un evidente progreso en la patología funcional biliar, por cuya monumental obra de investigación merecen estos autores, el reconocimiento de la cirugía mundial.

Cade destacar que las lesiones funcionales de los canales biliares, que tan ampliamente investigó y estudió Mallet-Guy, sólo se ponen de manifiesto con la manometría y pasan habitualmente inadvertidos a la exploración manual o instrumental más cuidadosa. Es posible que la distonía y en particular la hipertonia del Oddi, se reconozcan por el escurrimiento biliar del sondeo duodenal, pero resulta un método prolongado y trabajoso, a la vez que inseguro, contrariamente a la manometría operatoria o post operatoria, rápida, precisa y segura, sobre todo si se practica con el aparato de Mallet-Guy y Jean Jean. Realizada la investigación de la presión con *suero fisiológico isotónico e isotérmico* que no altera la fisiología normal de los canales biliares y con la comprobación experimental de estos cirujanos, de que la *anestesia, la incisión operatoria, ni la exploración*, no modifican el resultado de la manometría, cuya presión normal del esfínter de Lutkens es de 18 a 20 centímetros de agua y la del Oddi es de 10 a 12 cents. Por el hecho de ser superior la presión del Lutkens al Oddi, la presión de este esfínter debe ser tomada directamente en el colédoco o con la cánula curva especial que penetra en la vesícula y que se introduce en el cístico, para investigar la presión del Oddi.

Sería exagerado y fuera de lugar realizar aquí un estudio clínico completo de la distonía, sólo nos limitaremos a una ligera

síntesis sintomatológica. La distonía que habitualmente se manifiesta como hipertonía o hipotonía, se caracteriza por trastornos digestivos del tipo de la dispepsia hepato biliar, padecimientos que a veces tienen la característica del cólico hepático; a menudo no alcanzan esta jerarquía y que frecuentemente las distonías del Oddi, se manifiestan como un síndrome coledociano. Habitualmente las distonías se acompañan de *cefalalgias o jaquecas*, síntoma de significativo valor diagnóstico con adelgazamiento, facies amarillento, trastornos vaso motores y hormonales.

El examen físico puede comprobar un dolor vesicular, a veces un signo típico de Murphy, en ciertos casos puede palparse una vesícula grande aunque lo común y corriente es que el examen físico no revele ninguna anormalidad.

En la atonía o hipotonía Guillet aconseja *infiltrar el simpático* (esplácnico) y comprobar por el sondeo duodenal la regularización inmediata de la vesícula. En síntesis podemos establecer que el *diagnóstico clínico* de la distonía es difícil o imposible de realizar con seguridad absoluta, realidad privativa de la *manometría*. En clínica se puede sospechar el diagnóstico actuando clínicos muy experimentados y el sondeo duodenal puede también orientar el diagnóstico, pero debemos tener muy presente que la distonía se manifiesta habitualmente con una sintomatología que simula y se confunde completamente con el cuadro clínico de las colecistopatías o colecistitis y también con el síndrome coledociano y aun el pancreático. Todo esto nos revela lo difícil que es diferenciar clínicamente las distonías de las afecciones biliares crónicas o de las complicaciones y secuelas de la colecistectomía; diferenciación también difícil o imposible, aun mismo con la exploración operatoria manual o instrumental, he ahí por qué para reconocer la distonía *es necesaria o indispensable la manometría y la colangiografía*.

Ocurre en este caso algo semejante a lo que pasa en el cáncer del seno, en el que el cirujano practica la terapéutica del Halsted típico; si el neoplasma ha invadido los ganglios de la cadena mamaria interna, estos linfáticos no serán extirpados y en consecuencia el paciente estará condenado a la recidiva y a la muerte; es claro que en la distonía biliar, las consecuencias no son tan graves como en el cáncer de la mama.

Ahora bien, el reconocimiento de los trastornos¹ funcionales suele tornarse difícil porque las distonías pueden presentarse ya solas del Lutkens o del Oddi o asociadas de ambos esfínteres; también pueden manifestarse como lesiones espasmódicas solamente o espasmódicas y orgánicas y finalmente, pueden existir éstas asociadas a otros procesos biliares, tales como la colecistitis, la litiasis, pancreatitis, ictericia, etc. La característica fundamental de las distonías es la de no presentar alteraciones macroscópicas de los canales ni esfínteres biliares, que permitan reconocerlas en la exploración manual o instrumental del cirujano durante la operación y esto explica perfectamente por qué estos estados patológicos funcionales de las vías biliares, hayan pasado inadvertidos durante tanto tiempo y que sea necesario o indispensable la exploración semiológica especial de la manometría y colangiografía para ponerlas de manifiesto. Queda aun por aclarar y establecer si la operación al destruir las conexiones nerviosas del vago y del simpático, no puede ocasionar los trastornos de la distonía y entonces el significado de la *enfermedad operatoria de Leriche*, tendría que ampliarse mucho más.

Mallet-Guy y sus colaboradores establecieron en Lyon la práctica sistemática de la manometría y colangiografía per operatorias y es por eso que lograron un gran progreso en la patología biliar funcional y pudieron establecer conclusiones precisas que conviene recordar.

Reconocieron que las distonías pueden ser primitivas o secundarias a una lesión biliar y que pueden manifestarse también a continuación de una colecistectomía; no sabemos aun con seguridad, qué función puede tener en su patogenia, la enervación operatoria del vago o del simpático.

Comprobaron igualmente que la distonía puede iniciarse como espasmódica y pasar luego a ser orgánica *con lesiones histológicas bien comprobadas por biopsias* tomadas en el acto operatorio.

Una observación de importancia es la comprobación de que la proporción de distonías encontradas con la exploración funcional, *corresponde o coincide* con la cantidad de *secuelas o recidivas* aparecidas después de la colecistectomía y esto despertó

la sospecha de si estos *padecimientos post operatorios*, no *corresponderían a las distonías que pasaban inadvertidas a los cirujanos durante la intervención*.

La extensa experiencia de la escuela hepatológica de Lyon, le permitió establecer la conclusión de que hoy día *es temerario o inconveniente, tratar y operar en vías biliares sin realizar sistemáticamente, la importante y necesaria exploración de la manometría y colangiografía correctamente realizadas*.

Esta investigación diagnóstica está plenamente justificada si un cirujano realiza una colecistectomía por una colecistitis muy avanzada y si no ha reconocido y no trató una distonía existente; se explica que el paciente recidivará fatalmente y se inculpará injustamente a la operación, como causante del fracaso, lo que plantea y exige la indicación fundamental de que el cirujano investigue el estado funcional de las vías biliares durante la operación.

Además de los trastornos biliares provocados por las distonías, por la litiasis residual o por errores técnicos operatorios, existen otros que suelen pasar inadvertidos, es así que Womack y Crider llaman la atención de que tales padecimientos o crisis post operatorias pueden ser producidas por la *ligadura del muñón cístico*, sobre todo si se deja un *segmento exagerado de cístico* (lo que se consideró como trastorno por neo vesícula); dolores originados por un *neuroma* de los filetes nerviosos englobados en la ligadura y que provoca la distonía. Según Morton, la sola presencia del segmento residual del cístico basta para producirla.

La experiencia de Mallet-Guy y colaboradores ha permitido confirmar la existencia de la *distonía pancreática* que se manifiesta por crisis de cólico hepático, localizado en el hipocondrio izquierdo con propagación al hombro, dorso y parte media del reborde costal del mismo lado.

Hay clínicos y cirujanos que aun ponen en duda la existencia de la patología biliar funcional que hemos considerado, en particular las distonías y que no aceptan las categóricas comprobaciones de cirujanos experimentados y de especialización. Consideramos que no se puede dejar de reconocer el monumental trabajo clínico y experimental realizado por la escuela de Lyon; registra hechos que hemos confirmado en nuestra modesta prác-

tica y experiencia. Estamos plenamente convencidos que si la práctica de la manometría y de la colangiografía continúan con el ritmo y entusiasmo actuales, esta investigación nos revelará incógnitas no precisadas aún y proporcionará importantes perfeccionamientos para la patología y terapéutica biliar.

Las lesiones estenosantes de la porción terminal del colédoco ya sean espasmódicas de distonía pura u orgánicas, como la odditis estenosante de Mirizzi, la colédoco odditis esclero retráctil de Delfor del Valle y la llamada papilitis, etc., provocan problemas diagnósticos muy difíciles de resolver a veces, particularmente durante el acto operatorio, que es cuando el cirujano tiene necesidad de saberlo para aplicar la terapéutica correspondiente y es precisamente la manometría y la colangiografía las que podrán resolverle este delicado y urgente diagnóstico, aunque estamos convencidos que a veces sean insuficientes. Es en estos casos de diagnóstico complejo o difícil que el cirujano debe recurrir a los métodos de exploración más perfeccionados y es evidente que la manometría y la colangiografía repetida, le prestarán una extraordinaria colaboración diagnóstica, que se sumará a la cuidadosa exploración instrumental que el técnico realizará con las bujías exploradoras olivares de goma, que son las menos traumatizantes; con los beniqués y exploradores metálicos; examen que se practicará con todo cuidado y delicadeza por el peligro de la *falsa ruta*, con maniobras que se facilitarán con el desprendimiento duodeno pancreático de Kocher.

Es claro que esta exploración quirúrgica debe ser precedida y asesorada del indispensable estudio y preparación del paciente con el sondeo duodenal, que nos informará del funcionamiento del sistema biliar por medio del escurrimiento biliar, por la prueba de Meltzer - Lyon que se puede practicar también durante el acto operatorio como lo aconseja Mirizzi, inyectando la solución de sulfato de magnesio en el duodeno o de novocaína al 1 %, que nos permitirán diferenciar por colangiografía una estenosis espasmódica u orgánica del colédoco.

Puede ocurrir que a pesar de esta exploración completa el diagnóstico sea difícil y dudoso pero con ella sabremos sí y con seguridad, de que existe una estenosis que la ignoraremos comple-

tamente, si no se realiza esta cuidadosa investigación semiológica per operatoria.

Después de haber considerado el diagnóstico de las estenosis de la porción terminal del colédoco, comentaremos muy sintéticamente el tratamiento de esta patología, que constituye el problema candente y de palpitante actualidad de la terapéutica biliar y que no ha sido definitivamente resuelto aún.

Lo primero que debe plantear el cirujano es si la estenosis es *española* u *orgánica*, que también puede ser *mixta* y entonces el problema es más complejo.

En la distonía ya sea hiper o hipotónica, el tratamiento se concretará a la acción sobre el vago o el simpático, de acuerdo a las directivas establecidas por Mallet - Guy y complementada con el tratamiento médico. Los trastornos del Lutkens quedarán suprimidos con la colecistectomía, de ahí que cuando la vesícula está muy alterada, esta operación obtendrá la curación completa si la lesión sólo se ha extendido al esfínter cóstico.

Las estenosis de la porción terminal del colédoco han sido englobadas con la denominación general de *papilitis*, por eso la sección de la porción estrechada de la ampolla de Vater, se ha llamado *papilotomía*, nombre que muy posiblemente es inapropiado porque generalmente la estenosis no está localizada en el tubérculo de Vater o gran papila de los alemanes, sino que la estrechez corresponde al *colédoco* y habitualmente al *esfínter de Oddi*; se trataría entonces de una simple y corriente estenosis del Oddi.

Establecido el diagnóstico de estenosis del colédoco inferior por lesión orgánica, ésta se puede tratar por *dilatación simple* o *dilatación y drenaje transvateriano*, por *drenaje externo de Kehr*, también por *drenaje interno* o *anastomosis biliodigestiva*, por *papilotomía quirúrgica transduodenal* o por la *papilotomía con papilotomo*.

No nos ocuparemos en particular de esta terapéutica porque rebasaríamos los límites de esta comunicación y en consecuencia nos limitaremos sólo a enunciar las generalidades de este problema.

Los cirujanos partidarios de la dilatación del Oddi, la realizan con sondas olivares de goma, con beniqués o dilatadores metálicos y algunos se manifiestan satisfechos de los resultados, aunque

todos reconocen que hay que actuar con prudencia y delicadeza por los peligros que representa esta maniobra y que se facilitará con el uso de la bujía conductora, que debe ser practicada con gran cuidado y una técnica perfeccionada. Otros cirujanos han renovado la antigua práctica del drenaje transpapilar que Voelcker y P. Duval iniciaron hace muchos años con tubos o sondas y que ahora se emplea el tubo en T con la rama inferior bien larga, que atravesando la ampolla de Vater desciende al intestino, prolongándose el drenaje durante uno o dos meses. Este drenaje ha sido preconizado por Champeau, de París y ha sido empleado también y con éxito por Katell de la Clínica de Lahey.

En la práctica corriente de la cirugía biliar la generalidad de los cirujanos, resuelven los trastornos de la estenosis terminal del colédoco con el clásico drenaje de Kehr, tratamiento de rutina que no suprime la lesión; en tanto que los cirujanos de la escuela germana (Jurasz, Flörcken, etc.) o vienesa (Finsterer), solucionan el caso con la derivación interna o anastomosis bilio digestiva, problema que está aún en discusión pero sin solución definitiva. Por la categoría de los cirujanos que preconizan esta técnica y los resultados obtenidos, consideramos que este método tiene indicaciones precisas y que debería ser más empleado de lo que es actualmente por la cirugía mundial.

Los cirujanos especializados en vías biliares realizan la cirugía de la porción terminal en la litiasis del colédoco, practicando el desprendimiento duodeno pancreático o maniobra de Kocher, que muchos de ellos han pretendido erigir esta práctica en maniobra sistemática. Consideramos que la maniobra de Kocher es excelente y que facilita enormemente la exploración y cirugía de la porción terminal del colédoco y muy especialmente para la extracción de los cálculos encastillados en este sector o en la papila; pero empleándose corrientemente la *colangiografía* y si ella comprueba la inexistencia de cálculos en esta porción terminal del canal biliar, será completamente innecesario el desprendimiento duodeno pancreático, que sería un exceso quirúrgico inútil e innecesario en esta delicada cirugía biliar.

La maniobra de Kocher facilita la descubierta y abordaje del colédoco pancreático pues según los anatomistas corre en

una canaleta o en pleno parénquima de la glándula. Según Chlyvitch y Kozintver el colédoco pancreático está alojado en una canaleta pancreática cuyos bordes están adheridos por tejido celular de manera que casi siempre se puede abordar el canal sin seccionar tejido pancreático. R. Finochietto, que se ha preocupado de este dato anatómico, ha establecido que en el 11 % de los casos, el colédoco se desplaza en una canaleta de la cara posterior del páncreas, quedando superficial y debajo de la lámina de Treitz y en el 89 %, se desliza en un canal, pero que en la generalidad de estos casos, basta con seccionar algunos vasos pancreático duodenales y disociar el páncreas, para abrir una especie de opérculo, que pone a la vista el colédoco; el páncreas habría que seccionarlo sólo en el 5 %.

Como se ve, esta vía interpancreática es excelente y práctica, pero sólo debe emplearse cuando la indica la colangiografía con coledocolitiasis positiva.

En los casos de odditis esclerosa y colédoco odditis esclero retráctil, Delfor del Valle preconizó la intervención con esfinterotomía y papilo colédocoduodenostomía, por duodenotomía en ojal o a cielo abierto, que en 34 casos tuvo un 15 % de mortalidad.

Esta cirugía de la ampolla de Vater y de la terminación del colédoco a través de la brecha transduodenal es francamente séptica, lo que se traduce por una gravedad mayor y que presenta una mortalidad más elevada. Es por eso que Mirizzi preconiza la *papilotomía transduodenal mínima* en la litiasis de la papila de Vater y otros cirujanos han tratado de resolver estas lesiones estenosantes sin practicar la duodenotomía y aconsejan realizar la papilotomía con papilótomo, como lo han preconizado Colp y Doubillet con el aparato de su invención.

Parece que Colp y Doubillet no quedaron satisfechos con la técnica de la papilotomía y han abandonado esta práctica; en junio de 1951 Christmann y Deschaps presentan a la Academia Argentina de Cirugía una comunicación de su práctica integral de la papilotomía con un aparato creado por Christmann. En su comunicación establecen que encuentran un 12.75 % de papilitis y en 33 casos tienen 23 resultados excelentes, 6 buenos, 3 mediocres y 1 caso fallecido.

El papilótomo de Christmann realiza una calibración del

Oddi de 7 milímetros que deja pasar un beniqué N° 40. Su técnica consiste en practicar la movilización del duodeno, introduce la guía del papilótomo por la brecha de la coledocotomía hasta su aparición en el duodeno, practica una duodenotomía mínima y pasaje de la guía a través del orificio papilar bajo el contralor de la vista y se practica entonces la papilotomía con la cuchilla del papilótomo. De los resultados está perfectamente satisfecho Christmann, pues considera que el único caso de mortalidad que tuvo se debió a un paciente muy grave en el que no estaba indicada la operación. Sin embargo la mayoría de los cirujanos de la Academia Argentina de Cirugía consideraron exagerado el número de estenosis coledocianas orgánicas encontradas por Christmann, que necesitaban la papilotomía y que no creían conveniente que se vulgarizara su práctica entre los cirujanos no especializados, porque la consideraban una técnica ciega y peligrosa.

Un problema técnico e interesante que conviene resolver, es saber si la simple sección de la estenosis del Oddi por el papilótomo basta para resolver definitivamente la estrechez, porque los cirujanos comparan esta operación con la uretrotomía interna y sostienen que la sección simple de la estrechez no basta y que para tener éxito, aquélla debe ser complementada con la dilatación, cosa que como se comprende no se puede plantear en el colédoco.

Algunos cirujanos resuelven esta cuestión practicando el drenaje transpapilar a lo Champeau, después de la papilotomía con el tubo en T de Kehr a rama transversal inferior larga y dejándolo un mes o más in situ.

En presencia de la severa crítica general de los cirujanos contra la papilotomía y el tratamiento quirúrgico de las estenosis coledocianas, surge una precisa comprobación que justifica la necesidad de tratar estas lesiones puesto que por lo general las distonías existen en la proporción del 20 al 25 % y las orgánicas del 13 %; luego pues, si el diagnóstico de las lesiones del sector terminal del colédoco no se establecen precisamente y si su terapéutica no se practica cuidadosa y completamente en su oportunidad, es evidente que la cirugía biliar seguirá presentando su serie de secuelas y recidivas.

De lo considerado y comentado se deduce que existe en la

patología biliar, un doble problema: el del diagnóstico de las distonías y estenosis de la terminación del colédoco, que debe resolverse fundamentalmente con la manometría y la colangiografía y los medios instrumentales de exploración; además existe el problema del tratamiento de estas lesiones, terapéutica compleja y discutida en la que aun no se han podido poner de acuerdo los cirujanos, porque no existe todavía una técnica que reúna la unánime aprobación de los profesionales.

Lamentamos no poder establecer una opinión precisa y autorizada sobre esta terapéutica, porque debemos confesar honestamente que en nuestra práctica esa cirugía del colédoco a través del duodeno fué de excepción para nosotros y es nuestra aspiración que los que se dedican especialmente a ella, solucionen cuanto antes tan debatido pleito quirúrgico para honor y gloria de la cirugía.

De esta amplia exposición se llega a la conclusión de que existe una patología funcional de las vías biliares y sus esfínteres, las distonías, que sólo se pondrá en evidencia por la manometría y la colangiografía; además existen las lesiones estenosantes de la terminación del colédoco, que como la odditis estenosante, la colédoco odditis esclero retráctil, papilitis, etc., que requieren también un adecuado y correcto tratamiento, pero que si no son diagnosticadas oportunamente, constituirán el fracaso de la cirugía biliar hasta la más técnica y perfectamente realizada.

Todos estos nuevos conocimientos de los procesos biliares se los debemos a la constante y extraordinaria labor de los clínicos y patólogos del pasado y del presente y que como homenaje de reconocimiento, debemos recordar particularmente a Mirizzi por su constancia en la colangiografía, a los investigadores de Estados Unidos; a Caroli, a Mallet - Guy y colaboradores por su monumental y prestigiosa investigación de la patología funcional y también la prolongada y destacada actuación de la Escuela Argentina de Patología hepato biliar que simbolizamos en Bengolea, Velazco Suárez y Delfor del Valle; por lo que la Medicina Mundial les debe, a todos ellos, su más cálido agradecimiento y reconocimiento.

Para terminar, destaquemos la comprobación desalentadora que hemos confirmado tanto en la cirugía de nuestro país, como

también en muchos otros y es que sólo por excepción se emplea la exploración operatoria de la manometría y de la colangiografía asociadas, que constituye la semiología de exploración actual, la más importante y consagrada para revelar las distonías y estenosis de las vías biliares. Si deseamos sinceramente el real progreso y el perfeccionamiento de la cirugía biliar contribuyamos con entusiasmo y dedicación a que estas prácticas de exploración que es la disciplina que representa el mejor y más amplio conocimiento de la fisiología y patología biliar, para que se generalicen por todo el mundo, a fin de lograr el perfeccionamiento máximo.

Esta comunicación representa mi colaboración y mi vehemente esfuerzo en procura de la ansiada aspiración del progreso y perfeccionamiento de la cirugía biliar; confiados esperamos que todos los integrantes de la "Sociedad de Cirugía del Uruguay" cumplan tan adelantada y progresista disciplina en Cirugía Biliar y sólo me resta agradecerles el codiciado Diploma de Miembro de Honor que me habéis otorgado en la sesión de hoy.

Muchas gracias.

Octubre 31 de 1951.

Resumen

El autor estudia el rápido progreso y perfeccionamiento alcanzado por la cirugía biliar en estos últimos años, en relación a los progresos técnicos y biológicos. Sin embargo pronto aparecieron los padecimientos y secuelas de la colecistectomía, que han disminuído mucho con la aplicación de la colangiografía. Actualmente el progreso de la patología biliar ha permitido reconocer la patología funcional representada por los trastornos espasmódicos que generalmente se asocian o se transforman en lesiones orgánicas de los canales y esfínteres biliares, que constituyen las *distonías* que sólo se ponen de manifiesto con la *manometría y la colangiografía asociadas*.

Hace el autor una rápida revista sintética sobre el tratamiento de las distonías y estenosis orgánicas de la terminación del colédoco. Considera que las distonías luego de *investigadas y evidenciadas*, deben tratarse por la acción quirúrgica sobre el *vago y el simpático*, de acuerdo con las directivas terapéuticas de Mallet-Guy, además de su correspondiente tratamiento médico.

En las estenosis orgánicas de odditis estenosante, colédoco odditis esclero retráctil, papilitis, etc.; pasa en revista los tratamientos por dilatación simple, dilatación y drenaje transpapilar, drenaje externo de Kehr, drenaje interno o anastomosis bilio digestivas, la esfinterotomía y papilo colédoco duodenostomía, finalmente la papilotomía con papilótomo.

Considera que los cirujanos no se han podido poner de acuerdo aún sobre el tratamiento de elección, pero espera que la solución surgirá de la práctica lógica e intensa y como consagración de las técnicas actuales.

Pondera y enaltece el autor la actuación de Mirizzi, de los patólogos estadounidenses, de Caroli y colaboradores, de Mallet-Guy y colaboradores, de Bengolea y Velazco Suárez, que permitieron alcanzar y cristalizar el progreso actual de la patología y la terapéutica biliar. Aunque discutida y resistida aún por algunos clínicos y cirujanos, la manometría y colangiografía sistemática, cree el autor que ella debe emplearse amplia y generosamente por la cirugía mundial que significará el principal factor de progreso y perfeccionamiento; para esta consagración, agradece y solicita la valiosa colaboración de todos los miembros de la "Sociedad de Cirugía del Uruguay".