

LITIASIS COLEDOCIANA SIN ICTERICIA (*)

Dr. Homero Cosco Montaldo

MOTIVO

La finalidad de esta comunicación consiste en estudiar la litiasis coledociana sin ictericia, destacar su importancia en el diagnóstico clínico y en la orientación del cirujano en el acto quirúrgico reafirmando la regla propuesta de la exploración extrínseca sistemática del canal principal previo decolamiento retro duodeno pancreático en toda operación sobre las vías biliares.

MATERIAL

Sobre un total de 121 coledocostomías, en 90 se comprobó litiasis coledociana; de los cuales, 19 nunca presentaron ictericia y 2, ictericia muy alejada.

Corresponde la mitad de ellos a pacientes internados en el Servicio del Dr. Nin y Silva (H. Pasteur), y los restantes al Servicio del Prof. Larghero Ybarz, Prof. Soto Blanco (H. Pasteur) y de asistencia privada.

Exposición de los casos.

Los casos se presentan agrupados en 3 categorías.

- I) litiasis coledociana sin ictericia con colédoco dilatado.
 - A) con cálculos más pequeños que garbanzo.
 - B) con cálculos como garbanzo o más grande.
- II) litiasis coledociana sin ictericia sin colédoco dilatado.
- III) litiasis coledociana con ictericia alejada referida de 7 a 10 años.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 4 de agosto de 1953.

I) Litiasis coledociana sin ictericia con colédoco dilatado.
 A) con cálculos más pequeños que garbanzo.

1. — ROSA F., 73 años (Servicio Dr. Nin y Silva). Hace 10 meses cólico hepático irradiado a izq. Al ingreso presenta cólico hepático con dolor a izq., no temperatura, no ictericia ni materias decoloradas. Dispepsia hepato vesicular hace 3 años (**Monosintomático**).

Diagnóstico: colecisto pancreatitis.

Operación: agosto 20/48: vesícula litiásica, colédoco dilatado como índice con un cálculo tamaño maní en colédoco terminal. Páncreas un poco engrosado en la cabeza. Se practica colecistectomía, coledocotomía y Kehr. Decolamiento retro duodenal pancreático. Fig. 1 (a).

Colangiografía normal.

2. — FRANCISCA S. de P., 62 años (Servicio Prof. Soto Blanco). Cólico hepático con chuchos de frío hace 20 días. Sin antecedentes. Se

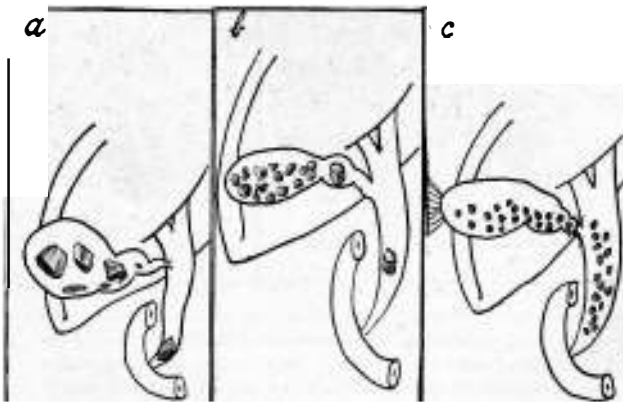


FIG. 1. — Litiasis coledociana sin ictericia con colédoco dilatado. A) Con cálculos más pequeños que un garbanzo. a) Rosa F. Sólo dolores (monosintomática). Operación, agosto 1948 (doctor Cosco). Vesícula litiásica. Un cálculo coledociano como maní en colédoco dilatado. b) Francisca S. de P. Cólicos y temperatura. Operación. Junio 1946 (Dr. Cosco). Litiasis vesicular

y cálculo coledociano de 7 mm. c) Emilia N. de B. Sólo dolor (monosintomática) Operación, noviembre 1952 (Dr. Cosco). Litiasis vesicular y litiasis coledociana múltiple a pequeños cálculos.

hace el diagnóstico de colecistitis aguda. (**Bisintomático:** cólico hepático y temperatura).

Se opera en junio 11/46: litiasis vesicular, colecistitis. Por accidente anestésico se practica solamente colecistostomía. Hace una fístula biliar de 2 meses y se opera con el diagnóstico de litiasis residual.

Operación: agosto 13/46: litiasis vesicular, cálculo coledociano de $\frac{3}{4}$ cm., colédoco dilatado. Se practica colecistectomía, coledocotomía y Kehr. Fig. 1 (b).

3. — EMILIA N. de B., 49 años, (Servicio Dr. Nin y Silva). Colecistostomizada hace 22 años. Desde hace 6 meses dispepsia hepato vesicular y cólico hepático sin ictericia (**Monosintomático**).

Se opera con diagnóstico de litiasis vesicular, el 26 de noviembre de 1952. Se comprueba litiasis vesicular múltiple, litiasis coledociana, co-

lédoco muy dilatado con múltiples y peq. cálculos (como chumbos, 1 como arveja). Decolamiento retro duodeno pancreático. Páncreas s/p. Se practica coledocotomía, Kehr y colecistectomía. Colangiografía: no cálculos. Fig. 1 (c).

4. — CLAUDINA N. de P., 43 años, (Servicio Prof. Larghero). Dispepsia hepato vesicular hace 3 meses, cólico hepático hace 2 meses y medio, irradiado a la izq. que se repite. U. P. 512 y U. P. 1.024. (Bisintomático: cólico hepático y temperatura). Diagnóstico de colecisto pancreatitis.

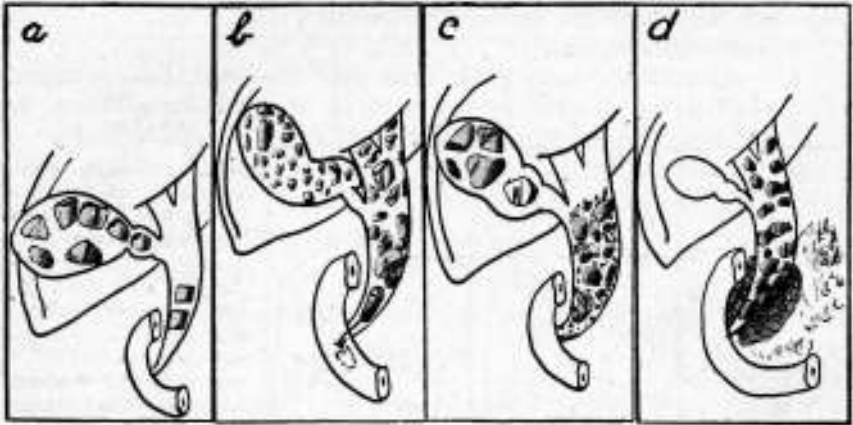


FIG. 2. — Litiasis coledociana sin ictericia con colédoco dilatado. B) Con cálculos como un garbanzo o más grandes. a) Paula A. Dolor y temperatura. Operación, marzo 1953 (Dr. Cosco). Litiasis vesicular. Dos cálculos coledocianos como dados en colédoco dilatado. b) Cirila F. de R. Dolores y fiebre. Operación, agosto 1951 (Dr. Cosco). Litiasis vesicular. 10 cálculos en el colédoco y 15 en el hepático, de tamaño variado (1 como una uva). c) Cecilia Z. de C. Dolores y temperatura. Operación, diciembre 1951 (Dr. Cosco). Litiasis vesicular. Numerosos cálculos en el colédoco, algunos como un garbanzo y uno como una aceituna. d) Bonifacia L. de C. Dolores. Operación, agosto 1951 Vesícula atrófica alitiásica. Numerosos cálculos en el hepático y colédoco, algunos como garbanzos.

Operación: febrero 1/49: litiasis vesicular con muchos y pequeños cálculos, 2 cálculos pequeños en colédoco. Colédoco de paredes gruesas Páncreas engrosado. Colecistectomía, coledocotomía y Kehr.

5. — MARIA C. A. de D. L., 66 años, (Servicio Prof. Larghero). Dispepsia hepato vesicular desde hace 6 años, cólico hepático con temperatura, sin ictericia desde hace 1 año (Bisintomático).

Diagnóstico: vesícula excluida.

Se opera el 27 de enero de 1948: litiasis vesicular con múltiples cálculos. Litiasis coledociana con cálculos de tamaño variado. Colédoco dilatado. Colecistectomía, coledocotomía y Kehr.

6. — OLGA S. de G., 31 años, (Servicio Prof. Larghero). Dispepsia

hepató vesicular desde hace varios años. Cólicos hepáticos, el último hace 5 días: 3 anteriores sin ictericia ni temperatura (**Monosintomático**).

Diagnóstico: Colecistitis aguda.

Operación: agosto 17/50: litiasis vesicular con cálculos pequeños y numerosos. Colecistectomía. Drenaje transcístico. Quedan dos cálculos residuales como maíz.

7. — ANGELA R. de C., 60 años, (Servicio Prof. Larghero). Cólico hepático desde hace 1 año y dispepsia hepató vesicular con temperatura y chuchos con irradiación a izq. (U. P. 256). No ictericia. Materias fecales no decoloradas (**Bisintomática**).

Diagnóstico: vesícula excluída.

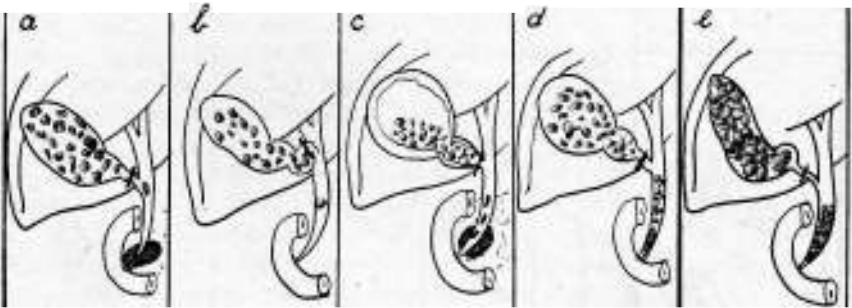


FIG. 3. — Litiasis coledociana sin ictericia con colédoco normal. a) Carmen C. de C. Cólicos hepáticos (monosintomática). Operación, junio 1951 (doctor Cosco). Litiasis vesicular. Un cálculo coledociano como un maíz. b) Antonio S. Cólicos hepáticos (monosintomático). Operación, junio 1951 (doctor Cosco). Litiasis vesicular. Un cálculo coledociano muriforme, como un maíz. c) Fermina V. de F. Cólicos y temperatura. Operación, abril 1953 (Dr. Cosco). Litiasis vesicular. Tres cálculos coledocianos como chumbos. d) Irma P. Cólicos hepáticos (monosintomática). Operación, agosto 1952 (Dr. Cosco). Litiasis vesicular y múltiples pequeños cálculos coledocianos como chumbos. e) Nimia S. de F. Cólicos hepáticos (monosintomática). Operación, setiembre 1951 (Dr. Cosco). Litiasis vesicular. Múltiples pequeños cálculos coledocianos.

Operación: mayo 2/50: litiasis vesicular con numerosos cálculos. Litiasis coledociana de 20 a 30 cálculos, cístico estrechado, colédoco dilatado como índice, páncreas engrosado. Colecistectomía, coledocotomía, Kehr.

8. — ANTONIO U., 48 años, (Servicio Prof. Larghero). Cólicos hepáticos desde hace 5 años, con chuchos de frío, sin ictericia (**Bisintomático**).

Diagnóstico: Q. H. hígado abierto en vías biliares o litiasis coledociana.

Operación: mayo 26/49: Q. H. hígado multivesicular, vesícula alitiásiatica, colédoco dilatado con 1 cálculo de $\frac{1}{2}$ cm. x 1 cm. Quistos-

tomía, coledocotomía, Kehr. Morfi-amilo-colangiografía a los 15 días de operado: normal.

Litiasis coledociana sin ictericia con colédoco dilatado.

B) con cálculos como garbanzo o más grandes.

9. — PAULA A., 57 años (Servicio Dr. Nin y Silva). Hace 10 días cólico hepático irradiado a izq. Dispepsia hepato vesicular hace 32 años. Cólicos hepáticos a repetición desde hace 2 años. No ictericia al examen (Bisintomático)

Diagnóstico: colecistitis.

Operación: marzo 23/53: litiasis vesicular y coledociana con dos cálculos como dados; colédoco dilatado. Páncreas s/p. Cateterismo papila

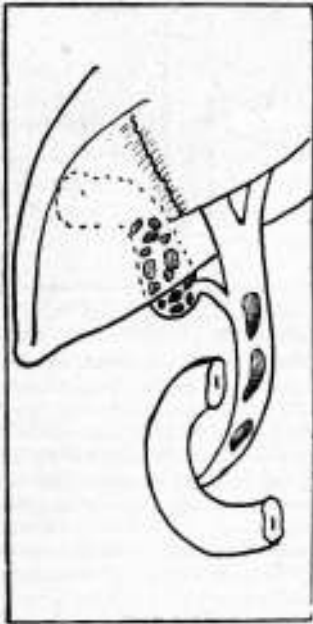


FIG. 4. — Litiasis coledociana con ictericia alejada. Visitación B. de V. Cólicos hepáticos y temperatura. Hace 9 años refiere un cólico hepático con ictericia. Operación, mayo 1953 (Dr. Cosco). Litiasis vesicular. En colédoco dilatado varios cálculos como lentejas.

s/p. Decolamiento retroduodeno pancreático. Colecistectomía, coledocotomía, Kehr. Fig. 2 (a). Manometría y colangiografía: normal.

10. — CIRILA F. de R., 52 años, (Servicio Dr. Nin y Silva). Cólico hepático hace 2 años sin ictericia, irradiado a izq. Temperatura, dispepsia hepato vesicular hace 5 años (Bisintomático).

Diagnóstico: colecistitis crónica, (vesícula excluída a los rayos X).

Operación: agosto 13/51: litiasis vesicular, litiasis coledociana con 8 a 10 cálculos en colédoco, 15 a 20 en hepático, de tamaño variado: chumbos, arvejas, garbanzos y uno como uva. Colédoco dilatado, 1 cálculo enclavado en Vater que se parió al duodeno. Decolamiento retro

duodeno pancreático. Páncreas s/p. Colectectomía, coledocotomía y Kehr. Fig. 2 (b). Manometría y colangiografía postoperatorias normales.

11. — CECILIA Z. de C., 69 años (Servicio Dr. Nin y Silva). Dispepsia hepato vesicular hace 10 años, cólicos hepáticos a repetición irradiados a izq., sin ictericia; temperatura (**Bisintomático**).

Diagnóstico: colecistitis.

Operación: diciembre 10/51: litiasis vesicular con 4 cálculos envejecidos, cístico dilatado, litiasis coledociana con cálculos numerosos, algunos como garbanzo y 1 como aceituna. Colédoco dilatado como base pulgar. Pancreatitis cefálica como uva. Se practica colectectomía, coledocotomía, Kehr. Decolamiento retro duodeno pancreático. Fig. 2 (c).

12. — BONIFACIA L. de C., 73 años, (Servicio Dr. Nin y Silva). Había ingresado anteriormente por hematemesis y melenas. Dispepsia hepato vesicular desde hace 2 años. No ictericia, gran hígado que impresiona como nodular. Ahora presenta: cólico hepático y 2 hematemesis. No ictericia. Gran ascitis (**Monosintomático**).

Operación: agosto 30/51: cirrosis hepática, ascitis, vesícula atrófica, chica, sin cálculos, cálculos en hepático. Colédoco grueso muy dilatado con 18 cálculos, algunos como garbanzos. Pancreatitis crónica. Se practica colectectomía, coledocotomía y Kehr. Manometría. Fig. 2 (d).

13. — ALEJANDRA G. de V., 54 años, (Servicio Prof. Larghero). Dispepsia hepato vesicular hace 5 años. Cólicos hepáticos desde hace 3 años, chuchos de frío, no ictericia (**Bisintomático**).

Diagnóstico: colecistitis.

Operación: octubre 11/51: litiasis vesicular a múltiples y pequeños cálculos. Litiasis coledociana: 1 cálculo como garbanzo. Colédoco dilatado. Colectectomía, coledocotomía y Kehr. Manometría normal. Morfi-amilo-colangiografía.

14. — FERMINA R., 58 años, (Servicio Prof. Larghero). Antigua hepática que nunca quiso operarse. Cólico hepático con temperatura sin ictericia (**Bisintomática**). Operada por la guardia con diagnóstico de colecistitis aguda, julio 11/46: litiasis vesicular con 12 cálculos pequeños. Colectostomía. Se hace colangiografía postoperatoria.

Reingresa el 11 de julio de 1947, por cólico hepático irradiado a izq. temperatura, chuchos sin ictericia. Diagnóstico: colecisto pancreatitis (más de 400 U. P.) se hace tratamiento médico.

Reingresa el 25 junio de 1948; cólico hepático irradiado a izq. con temperatura sin ictericia; diagnóstico de litiasis coledociana. Se opera el 8 de julio de 1948: litiasis vesicular, 1 cálculo; cístico estrechado; litiasis coledociana de 25 a 30 cálculos de maíz a garbanzo. Colédoco dilatado más que pulgar, páncreas duro en cabeza. Se practica colectectomía, coledocotomía y Kehr.

II) Litiasis coledociana sin ictericia con colédoco no dilatado.

15. CARMEN C. de C., 52 años (Servicio Dr. Nin y Silva). Cólico hepático sin temperatura ni ictericia. Dispepsia hepato vesicular desde

hace 10 años (**Monosintomático**). Se opera el 22 de junio de 1951, con diagnóstico de vesícula excluida y se comprueba: litiasis vesicular, colédoco normal con 1 cálculo como maíz. Pancreatitis cefálica. Se practica colecistectomía con ligadura previa de cístico, coledocotomía y Kehr. Decolamiento retro pancreático. Fig. 3 (a). Manometría y colangiografía normales.

16. — ANTONIO S., 58 años (Servicio Dr. Nin y Silva). Cólico hepático hace 6 meses que se repite. Dispepsia hepato vesicular hace varios años. Dispepsia tipo ulceroso concomitante. (**Monosintomático**).

Se opera con diagnóstico de litiasis vesicular el 29 de junio de 1951: litiasis vesicular multicalculosa; colédoco no dilatado con un cálculo muriforme como grano de maíz; decolamiento retro pancreático; páncreas s/p. colecistectomía, papila permeable, coledocotomía ideal. Fig. 3 (b).

17. — Fermina V. de F., 55 años. Cólico hepático sin ictericia, con temperatura hace 9 meses. Dispepsia hepato vesicular anterior (**Bisintomático**).

Se opera con diagnóstico de litiasis vesicular, el día 21 de abril de 1953: litiasis vesicular con múltiples y pequeños cálculos; litiasis coledociana con 3 cálculos pequeños como chumbos; colédoco normal. Se practica colecistectomía, coledocotomía y Kehr. Páncreas algo engrosado. Decolamiento retro pancreático. Fig. 3 (c). Manometría, morfi-colangiomanometría seriográfica postoperatorias: normales.

18. — IRMA P., 27 años (Servicio Dr. Nin y Silva). Cólico hepático hace 8 meses, sin antecedentes de dispepsia que se repiten, el último hace 15 días. (**Monosintomático**). Se opera el 20 de agosto de 1952. Litiasis vesicular a pequeños y numerosos cálculos facetados; litiasis coledociana con pequeños y múltiples cálculos como chumbos; colédoco normal. Se practica: colecistectomía, coledocotomía, Kehr, decolamiento retro pancreático. Fig. 3 (d). Manometría normal.

19. — NIMIA S. de F., 28 años, (Servicio Dr. Nin y Silva). Cólico hepático (3 en un año) sin ictericia ni coluria. Muy delgada. Anemia. (**Monosintomático**).

Se opera con diagnóstico dudoso de colecistitis el 10 de setiembre de 1951. Se comprueba: litiasis vesicular, pequeños y múltiples cálculos, 1 cálculo enclavado en bacinete; litiasis coledociana múltiple a pequeños cálculos como chumbos, arvejas y granos de maíz; colédoco no dilatado. Se practica: colecistectomía, coledocotomía, Kehr y decolamiento retro pancreático, páncreas s/p. Fig. 3 (e). Manometría y colangiografía normales.

III) Litiasis coledociana con ictericia alejada.

20. — VISITACION B. de V., 49 años, (Servicio Dr. Nin y Silva). Hace 2 meses, cólico hepático, temperatura sin ictericia. Hace 9 años cólico hepático e ictericia. Dispepsia hepato vesicular (**Monosintomático**).

Se opera con diagnóstico de litiasis vesicular y posiblemente coledociana el 13 de mayo de 1953: vesícula litiasica, colédoco dilatado con

varios cálculos como lentejas. Colectectomía, coledocotomía, Kehr. Decolamiento retro pancreático. Páncreas s/p. Fig. 4.

Colangiografía. Por lo tanto litiasis coledociana con vía principal dilatada que sólo tuvo ictericia una vez hace 9 años, referida por la enferma.

21. — RAMONA P. de C., 59 años (Servicio Prof. Larghero). Cólico hepático en barra, temperatura, chuchos, sin ictericia. Dispepsia hepato vesicular de años. Hace 10 años primer cólico hepático con ictericia. Diagnóstico de colecisto pancreatitis. Se opera el 6 de enero de 1947: litiasis vesicular, litiasis coledociana con colédoco dilatado y 9 cálculos pequeños hepato coledocianos. Se practica colectectomía, coledocotomía y Kehr. Colangiografía el 20 de enero de 1947. Resumen: litiasis coledociana, 9 cálculos en colédoco, sin ictericia desde hace 10 años.

ANÁLISIS DE LOS CASOS PRESENTADOS Y CONSIDERACIONES

El análisis del grupo más importante, constituido por los 19 casos de litiasis coledociana que nunca presentaron ictericia, será realizado sobre los siguientes aspectos: 1) tipo de sintomatología, 2) estado del colédoco, 3) tamaño de los cálculos, y 4) relación de los tipos sintomáticos con el estado del colédoco y el tamaño de los cálculos.

Por último se expondrá nuestra posición en el diagnóstico operatorio de la litiasis coledociana.

1) *Tipos de sintomatología de la litiasis coledociana sin ictericia.* De los 19 casos, 8 eran monosintomáticos y 11 bisintomáticos. Los monosintomáticos estaban caracterizados por la presencia de un solo síntoma: el dolor, es decir, por los cólicos hepáticos de intensidad variable, sin temperatura ni chuchos, ni ictericia. Los bisintomáticos por dos síntomas: el dolor y la temperatura o chuchos de frío.

Por lo tanto, estos 19 casos *impresionaban clínicamente como simples vesiculares* con cuadros de colecistitis de intensidad variable.

En algunos pacientes la sintomatología fué tan poco llamativa que existió duda en rotularlos como biliares. Así, en dos de ellos, el diagnóstico se presentó dudoso y la indicación operatoria no era evidente. Tal era el caso de Nimia S. de F. relativamente joven, 28 años, con sufrimiento datando de solo un

año, con tres cuadros muy espaciados de cortos dolores no en H. D. sino en epigastrio, sin fiebre, chuchos ni ictericia, muy delgada, de 41 kgrs. y con anemia de 3 millones. El otro, Fermina V. de F. con sufrimiento poco intenso en epigastrio y H. D. datando de 9 meses, sin ictericia, en la cual una primera colecistografía acusaba una vesícula biliar grande como una pera, que no es visible en una segunda colecistografía.

El síndrome coledociano clásico está representado por el trípode clínico constituido por el cólico hepático, temperatura con chuchos de frío e ictericia, pero los elementos de este trípode coledociano son variables.

El cólico hepático es el síntoma más frecuente, aunque no absolutamente constante, hallándose ausente del 6 % (Walters y Snell), al 20 % (Berk), cifra esta última que consideramos exagerada. La localización del dolor en H. D. es suplantado a menudo por el dolor en epigastrio y es frecuente la irradiación a izq. Chuchos y fiebre son también inconstantes, faltan en las 2/3 partes (Judd y Marshall) y no se presentan solos en general, sino acompañando al dolor o a la ictericia.

La ictericia es el signo más típico y falta en la cuarta parte de la litiasis coledociana para Bockus, en el 15 % para Demel, en el 20 % para Sénèque, Mac Kittrick 20 %, en 26 % Judd y Marshall sobre un total de 1608 casos, en el 35 % para Trueman y en el 41 % para Corff, 65 % para Thiessen. La falta de estos síntomas explican la frecuencia de las formas bisintomáticas (cólico y temperatura, cólico e ictericia, temperatura e ictericia) o simplemente monosintomático (solo cólico hepático o ictericia o febrícula). Le asiste razón a Bockus cuando expresa que la dispepsia hepato vesicular es el síntoma más frecuente de la litiasis de la vía principal. Se describen también las formas mudas, así Mac Kittrick y Wilson relatan que en 9 de 43 enfermos sin sintomatología clínica presentaban cálculos en el colédoco; constituyen un encuentro fortuito como en los dos casos de Sénèque que los halló en el curso de una reoperación por eventración post colecistostomía y divertículo del duodeno.

Las formas anictéricas de la litiasis coledociana (20 a 30 %) por lo tanto, pueden encasillarse en los siguientes grupos:

a) sintomatología incompleta: bisintomática: cólico hepático y temp. o chucho, monosintomático: solo cólico hepático o solo febrícula.

Son las formas que con más frecuencia adoptan el sufrimiento a tipo de las colecistitis litiásicas.

b) sintomatología dispéptica: simple dispepsia hepato vesicular.

Constituye el síndrome mínimo de sufrimiento biliar.

c) asintomática o latentes o mudas: ningún síntoma clínico.

En nuestra estadística la falta de ictericia se observó 19 veces en 90 enfermos con litiasis de la vía principal, es decir, en el 21 %. Además en dos casos, los enfermos refieren haber presentado ictericia alejada una vez, 9 y 10 años antes respectivamente.

De esta revisión surge la evidencia de que existen cálculos en la vía principal sin dar síntomas durante mucho tiempo, durante años, y que muchos de ellos se ponen de manifiesto por el sufrimiento de la vesícula litiásica concomitante. *Por lo tanto son coledocianas a sintomatología vesicular.* Al mismo tiempo en clínica se observan enfermos con litiasis vesicular que presentan ictericia y simulan un síndrome coledociano. Son *vesiculares a sintomatología coledociana.* Estos hechos nos inducen, con finalidad práctica, a levantar la barrera clásica interpuesta entre vesiculares y coledocianos.

La colelitiasis y la colédocolitiasis se superponen sintomatológicamente con relativa frecuencia y al agruparlas bajo el rótulo común de *enfermos con sufrimiento biliar*, imponemos la directiva de la sistemática exploración del árbol biliar en el acto quirúrgico.

La conclusión lógica de todo lo anteriormente expuesto es que *la falta de ictericia o la falta del síndrome coledociano no constituye excusa valedera para descartar, en enfermos con sufrimiento biliar, el diagnóstico de litiasis de la vía principal y dejar de exponer y explorar el colédoco en el curso de la operación.*

2) El estado del colédoco en las litiasis anictéricas.

Así como la falta de ictericia en un enfermo biliar aleja equivocadamente de la exploración del colédoco, lo mismo sucede cuando se observa un colédoco de aspecto normal.

Por este motivo analizaremos el estado de la vía principal en los casos expuestos. En el conjunto de los 19 pacientes con litiasis sin ictericia, en 5 de ellos el colédoco se presentaba normal. La enferma Carmen C. de C. (Nº 15), alojaba un cálculo como maíz; Antonio S. (Nº 16) un cálculo muriforme como maíz; Fermina V. de F. (Nº 17) 3 cálculos como chumbos; Irma P. (Nº 18) y Nimia S. de F. (Nº 19) múltiples cálculos hasta del tamaño de un maíz.

En los 14 casos restantes el calibre del colédoco estaba aumentado, alcanzando en algunos las dimensiones de la base de un pulgar (Emilia N. de B., Nº 3; Cecilia Z. de C., Nº 11 y Bonifacia L. de C., Nº 12).

Un colédoco dilatado sugiere como sabemos la existencia de una litiasis; pero si su aspecto es normal, no se debe afirmar, como erróneamente sucede, la ausencia de cálculos en su interior. Es necesario algo más que la simple inspección para descartar su existencia; se requiere la palpación de la vía biliar principal sobre todo a nivel de la zona del colédoco retropancreático o los datos de la colangiografía per operatoria.

3) Tamaño y número de los cálculos coledocianos.

En los casos enumerados, el tamaño de los cálculos coledocianos era el siguiente: como chumbos: 3 (casos 4, 17 y 18); como maíz, maní, arvejas: 10 (casos 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 15, 16 y 19); como garbanzos: 3 (casos 12, 13 y 14); más grande que garbanzos: 3 (caso 9, dados; 10, uva; 11, aceituna).

En conjunto: 13 de tamaño menor que un garbanzo y 6 como garbanzos o más grandes. Vemos que predominan los cálculos pequeños, pero también se encuentran grandes como dados, uvas y aceitunas.

En cuanto al número:

Único en 6: (1, 2, 8, 13, 15, 16).

Dos en 3: (4, 6, 9).

Múltiples en 4: (5, 11, 17, 18).

De 15 a 30 en 6: (3, 7, 10, 12, 14, 19).

Es decir 9 con solo 1 o 2 cálculos; múltiples 10, de los cuales 6 con más de 15 cálculos. Esta multiplicidad es un factor de litiasis residual.

4) Relación entre las formas sintomatológicas de la litiasis coledociana sin ictericia y el estado y contenido del colédoco.

Es posible relacionar el estado del colédoco con las formas sintomáticas.

Como es previsible, cálculos grandes o múltiples provocan trastornos coledocianos que llevan a la dilatación e infección con más frecuencia que los cálculos pequeños.

De los once pacientes a forma bisintomática, casi todos (10) presentaron un colédoco dilatado, y en ellos se encontraron los cálculos más grandes.

Por otra parte, en el grupo de 5 casos cuyo colédoco era de aspecto normal no dilatado, en su interior existían cálculos pequeños, como chumbos o arvejas, nunca más grandes que maíz; clínicamente correspondían a formas monosintomáticas en su mayoría (4).

Por lo tanto, aún cuando no es posible establecer una regla absoluta, la revisión de los casos demuestra el hecho siguiente: *colédocos no dilatados con cálculos pequeños son monosintomáticos (dolor); colédocos dilatados con cálculos grandes son bisintomáticos (dolor y temperatura).*

Nuestra posición en el problema del diagnóstico operatorio de la litiasis coledociana. La exploración extrínseca sistemática del colédoco previa maniobra del decolamiento retropancreático.

El diagnóstico de la litiasis coledociana anictérica está ligado a la frecuencia de los cálculos en la vía principal. Es conveniente destacar que el 20 % de los portadores de litiasis vesicular se acompañan de litiasis coledociana y que cuanto más se explora la vía principal, más cálculos se encuentran en ella. Así, Mc. Kittrick y Wilson, practicaron la coledocostomía en el 100 % de los casos y obtuvieron el porcentaje más alto de litiasis coledociana (52 %).

Con esta última reflexión, en el curso de esta comunicación han quedado establecidas las siguientes conclusiones parciales:

1) la falta de ictericia y la falta de sintomatología coledociana no permiten descartar la existencia de una litiasis coledociana.

2) un colédoco de aspecto normal puede alojar cálculos en su interior.

3) en las litiasis coledocianas sin ictericia y con colédoco normal, los cálculos son generalmente pequeños y alojados en el colédoco terminal, y por lo tanto son los más difíciles de diagnosticar en el acto quirúrgico.

4) la frecuencia con que se encuentran cálculos en el colédoco varía directamente con la frecuencia con que se exploran las vías biliares.

Estas 4 conclusiones nos obligan a enunciar una premisa: *“en todo enfermo con sufrimiento biliar se debe exponer y explorar el colédoco exista o no sospecha de alojar cálculos, siempre que el estado de las estructuras locales lo permita”*.

Debemos establecer a continuación cual es el tipo de exploración que preferimos realizar. La exploración extrínseca como se realiza de manera corriente, es insuficiente porque explora el colédoco alto y no suministra datos sobre el colédoco inferior (donde más a menudo se alojan los peq. cálculos) ya que la interposición del páncreas hace ilusoria su correcta palpación.

Esta reconocida insuficiencia de la exploración extrínseca ha llevado a preconizar la exploración intrínseca: coledocostomía, manometría, colangiografía operatoria. La coledocostomía es una práctica más segura pero no exenta de errores ya que el explorador puede pasar al lado de un cálculo pequeño, ocasionar falsas rutas y prolabar la papila obstruída en el duodeno dando una falsa impresión de permeabilidad; estas insuficiencias se explican porque al nivel del colédoco inferior el catéter explorador no es fiscalizado directamente; son los fracasos de la coledocostomía sin decolamiento retropancreático. Además, aunque la coledocostomía agrega relativa poca gravedad a la intervención, es indudable que, ejecutada sistemáticamente prolonga el acto quirúrgico, lo complica agregando un nuevo traumatismo, obliga,

si no se cierra (coledocotomía ideal) a un drenaje coledociano no indicado y expone en cierta manera a las estrecheces de las vías biliares. La coledocostomía por lo tanto, necesita una clara indicación para llevarla a cabo y nos resistimos a su práctica sistemática. La manometría y la colangiografía operatoria serán motivo de una comunicación posterior, exponiendo por el momento que las consideramos como maniobras valiosas e importantes, pero que no suplantán sino que complementan la exploración extrínseca que a continuación exponemos.

Nosotros realizamos un procedimiento que permite cumplir con eficacia la premisa anteriormente establecida de exponer y explorar el colédoco de todo enfermo con sufrimiento biliar, y que logra jerarquizar la exploración extrínseca de rutina al facilitar la investigación sobre el colédoco retropancreático: es la maniobra del *decolamiento retro duodeno pancreático sistemático planteada en anteriores comunicaciones*.

Con esta maniobra sencilla, práctica, rápida, atraumática y esencialmente quirúrgica, hemos logrado diagnosticar los pequeños cálculos situados en el colédoco inferior en los 5 casos de litiasis coledociana sin ictericia y con colédoco no dilatado, relatados en esta comunicación. Hemos evitado que se cometiera en estos pacientes el error de una exploración limitada al colédoco suprapancreático, y que, ante el resultado negativo, no se extrajeran los cálculos. Esta maniobra nos ha permitido agregar a la coledocostomía y maniobras de exploración interna, una seguridad mayor, ya que el decolamiento facilita todas las maniobras intraductales porque superficializa el colédoco y el duodeno páncreas, favorece el cateterismo al permitir guiar el catéter con los dedos fiscalizando su progresión y enderezando las curvas coledocianas, permite el dragado biliar apoyado que extrae con éxito cálculos enclavados en el colédoco inferior, evita las falsas rutas y los falsos diagnósticos de papila permeable.

El decolamiento previo disminuye no solo las dificultades de la coledocostomía, sino de la duodenostomía, papilotomía y cateterismo ascendente si ellos deben ser efectuados, Además obliga a la palpación sistemática del páncreas que debe también exigirse en todo biliar. Por último, si después de llevada a cabo

la palpación no estuviera indicada la coledocostomía, el decolamiento realizado no es inútil sino que facilitará la colecistectomía, al descender por tracción el hígado, horizontalizar su cara inferior y exponer con claridad del trípode biliar..

La exploración extrínseca que propiciamos nos exime de ser partidarios de la coledocostomía de rutina, de la manometría y de las colangiografía per operatoria sistemática, prácticas estas últimas cuyas indicaciones quedan supeditadas al balance lesional exploratorio.

Sin plantear un antagonismo entre este tipo de exploración extrínseca y los tipos de exploración intrínseca, sostenemos que, enfocando el problema con la orientación que defendemos, la exploración extrínseca debe ser considerada como una maniobra *previa y de rutina*, mientras que las maniobras intrínsecas deben ser *consecutivas*, no *sistemáticas* y cuya ejecución depende de las lesiones comprobadas. Recordando las verdades del editorial de Rienhoff: “desgraciadamente, como lo atestiguan los informes de diversas clínicas de los Estados Unidos, muchos pacientes han sido operados de las vías biliares sin éxito, como resultado de una intervención inadecuada o inexacta”, verdades que pueden repetirse en nuestro medio. Pensamos que si la sencilla premisa que defendemos referente a la exploración extrínseca sistemática del colédoco previo decolamiento fuera aceptada, se obtendrían mejores resultados en la cirugía de las vías biliares.

RESUMEN

Sobre 121 coledocostomías en 90 se comprobó litiasis coledociana, 21 de las cuales nunca presentaron ictericia o sólo ictericia muy alejada. Estos últimos fueron reunidos para ser estudiados en la presente comunicación.

—La ausencia de ictericia se observa en el 20 ó 25 % de las litiasis coledocianas y se presentan clínicamente: a) con la *sin-tomatología de un vesicular* con dolor y temperatura (bisintomáticos o dolor (monosintomáticos); b) con síndrome dispéptico y c) asintomáticos.

—La falta de ictericia en los enfermos con sufrimiento biliar no permite descartar la litiasis de la vía principal y no constituye excusa para dejar de buscarla en el acto operatorio.

—Un colédoco de aspecto normal puede alojar cálculos en su interior.

—Las formas bisintomáticas de la litiasis coledociana sin ictericia se observan en colédocos dilatados con cálculos medianos o grandes; las formas monosintomáticas en colédocos no dilatados con cálculos pequeños a nivel de la porción terminal, constituyendo estos últimos las formas de diagnóstico operatorio más difícil.

—La frecuencia con que se encuentran cálculos en el colédoco varía directamente con la frecuencia con que se exploran las vías biliares.

—Como existen litiasis coledocianas a sintomatología vesicular y litiasis vesicular a sintomatología coledociana, se propone agrupar a todos ellos clínicamente, con orientación quirúrgica, bajo la denominación común de *enfermos con sufrimiento biliar*.

—Se establece la premisa de que, en todo enfermo con sufrimiento biliar, aunque no presente ictericia ni síndrome coledociano típico ni colédoco dilatado, se debe exponer y explorar extrínsecamente el colédoco supra y retropancreático, siempre que el estado de las estructuras locales lo permita.

—Se preconiza la exploración extrínseca del colédoco, previo decolamiento retropancreático, como maniobra diagnóstica de la litiasis de la vía principal que debe preceder a toda exploración intrínseca.

HOMERO COSCO MONTALDO
Av. Fco. Soca 1361 - Montevideo

S U M M A R Y

Of 121 choledochostomies, 90 showed stones in the common duct, 21 of which never had icterus or only at a very distant date. These last have been collected for study in this paper.

—The absence of icterus is observed in 20 to 25 % of the cases of stone in the common duct and they present clinically: a) gallbladder symptomatology with pain and fever (bisymptomatic) or pain (monosymptomatic); b) dispeptic syndrome and c) no symptoms.

—The lack of icterus in patients with biliary disease does not discount the possibility of stones of the common duct and is not an excuse for not searching for them during the operation.

—A common duct of normal appearance can contain stones.

—The bisymptomatic forms of choledocholithiasis without icterus are observed in dilated common ducts with medium or large stones; the monosymptomatic forms in non dilated ducts with small stones in the lower portion of the common duct, these being the most difficult to diagnose operatively.

—The frequency with which stones are found in the common duct is in direct relation to the frequency with which the biliary tract is explored.

—As there are cases of stones in the common duct with gallbladder symptoms and cases of gallstones with the symptoms of choledocholithiasis, the author proposes grouping all clinically under the common heading of *patients with biliary suffering* (patients with biliary disease).

—The author proposes that in every patient with biliary disease even without icterus or typical choledochal syndrome, the supra and retropancreatic choledochus should be exposed and explored extrinsically, whenever the state of the neighboring structures permits.

—The author advocates the extrinsic exploration of the common duct, after its retropancreatic separation as a diagnostic procedure for choledocholithiasis before resorting to intrinsic exploration.

—The lack of icterus in patients with biliary disease does not discount the possibility of stones of the common duct and is not an excuse for not searching for them during the operation.

—A common duct of normal appearance can contain stones.

—The bisymptomatic forms of choledocholithiasis without icterus are observed in dilated common ducts with medium or large stones; the monosymptomatic forms in non dilated ducts with small stones in the lower portion of the common duct, these being the most difficult to diagnose operatively.

—The frequency with which stones are found in the common duct is in direct relation to the frequency with which the biliary tract is explored.

—As there are cases of stones in the common duct with gallbladder symptoms and cases of gallstones with the symptoms of choledocholithiasis, the author proposes grouping all clinically under the common heading of *patients with biliary suffering* (patients with biliary disease).

—The author proposes that in every patient with biliary disease even without icterus or typical choledochal syndrome, the supra and retropancreatic choledochus should be exposed and explored extrinsically, whenever the state of the neighboring structures permits.

—The author advocates the extrinsic exploration of the common duct, after its retropancreatic separation as a diagnostic procedure for choledocholithiasis before resorting to intrinsic exploration.

BIBLIOGRAFIA

- ALLEN, A. W. — "The diagnosis and treatment of stone in the common bile duct". Surg., Gynec. and Obst., 62, 347 - 357, febrero 1936.
- ALLEN, A. W. y WALLACE, R. H. — "Surgical management of stone in common bile duct follow - up studies with special reference to graded dilatation of the sphincter of Oddi". Ann. Surg. III, 838, mayo 1940.
- BERK, J. E. — "Choledocholithiasis". Am. J. Surg., 55, 96, enero 1942.
- BERNHARD, F. — "Über die erfahrungen bei 1.000 choledochotomien aus den Jahren 1895 - 1932 und ihre spatergebnisse auf grund von Nachforschungen bzw. Nachuntersuchungen". Deutsche Ztschr. f. Chir., 246, 1 - 52, diciembre 1935.
- BOCKUS, H. L. — "Gastroenterologia", III, 1948, Ed. Salvat.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

- CATTELL, R. — "The use of a long T-tube in surgery of the biliary tract". Surg. Clin. N. America, 28, 659, 1948.
- CORFF, M., BERGER, S. y GERSHON-COHEN, J. — "Choledochostomy with cholangiography". Surg., Gynec. and Obst., 94, 4, 394-400, abril 1952.
- COSCO MONTALDO, H. — "Colecistopatías agudas: Tratamiento". Segundo Congreso Uruguayo de Cirugía. 124-144, 5-8 diciembre 1951.
- COSCO MONTALDO, H. — "Pancreatitis crónica". Bol. Soc. Cirugía del Uruguay, 23, 3-4, 179-185, 1952.
- COSCO MONTALDO, H. — "Cirugía del colédoco. Oddi infranqueable". Bol. Soc. Cir. del Uruguay. 23, 1-2, 52-67, 1952.
- COSCO MONTALDO, H. — "Cirugía del colédoco. Decolamiento retro-duodeno-pancreático en la cirugía biliar". Bol. Soc. Cirugía del Uruguay. 23, 1-2, 52-67, 1952.
- COSCO MONTALDO, H. — "Anomalías de la vesícula biliar. Retroposición: vesícula retrohepática y pre-suprarrenal ascendente". Bol. Soc. Cir. del Uruguay. 24, 2-3, 265-272, 1953.
- DEMEL, R. — "Gegenueberstellung der choledocholithiasis und der Steinerkrankung der Gallenblase". J. Internat. Chir. Brux. 10, 255-263, 1950.
- EDYE, B. T. — "Review of results of suture of common bile duct after exploration Australian and N. Zealand". J. Surg. 11, 78-85, octubre 1941.
- GLENN, F. — "Common duct exploration for stones". Surg. Gynec. and Obst. 95, 4, 431-438, octubre 1952.
- JUDD, E. S. y MARSHALL, J. M. — "Gallstones in ampulla of Vater" J. A. M. A., 95, 1061-1064, octubre 1930.
- JUDD, E. S. y MARSHALL, J. M. — "Gallstones in the common bile duct". Arch. Surg., 23, 175-181, agosto 1931.
- LAHEY, F. H. — "Discussion on Papers of Drs. Judd and Priestley and Dres. Mason and Blackford". J. A. M. A., 99, 894, setiembre 1932
- LAHEY, F. H. y SWINTON, N. W. — "Stones in common and hepatic bile ducts". New England J. Med. 213, 1275-1289, diciembre 1935.
- MACKITTRICK, L. S. y WILSON, N. J. — "Indications for and results following exploration of the common duct for stones". California Med., 71, 132-135, 1949.
- MAC LAUGHIN, C. W. y KLEAGER, C. L. — "Indications for performing choledochostomy". Nebraska M. J., 36, 17-22, 1951.
- MIRIZZI, P. L. — "Operative cholangiography; its contribution to the physio-pathology of the common bile duct". Lancet 2, 366-370, agosto 1938.
- RIENHOFF, W. F. — "Tratamiento quirúrgico de la colelitiasis". Anales de Cirugía, 9, 6, 1088-1092, junio 1950 (Editorial).
- SENEQUE, J.; ROUX, M. y NICOL, M. — "A propos de 50 observations de lithiase de la voie biliaire principale. Reflexions cliniques et therapeutiques". J. de Chr., 67, 6-7, 469-484, junio-julio 1951.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

- THIESSEN, N. W. — Education of the biliary surgeon. A review of 100 cases". J. Internat. Coll. of Surgeons, 15, 2-9, 1951.
- TRUEMAN, K. R. — Citado por Walters y Snell.
- WALTERS, W.; GRAY, H. K. y PRIESTLEY, J. T. — "Annual report on surgery of the biliary system and pancreas for 1946. Proc. Mayo Clin., 23, 40, 1948.
- WALTERS, W. y SNELL, A. M. — Enfermedades de la vejiga biliar y los conductos biliares". Ed. Salvat, S. A., 1944.

Dr. Bermúdez. — Hace alrededor de veinte años, cuando nos iniciábamos en nuestra carrera quirúrgica y teníamos lógicamente la inquietud de llegar rápidamente a las intervenciones de vías biliares, aprendimos de nuestro maestro el Profesor Nario, que la intervención sobre una vesícula litiasica aparentemente simple, debía ser confiada a una persona que estuviera capacitada para realizar una completa exploración de vías biliares y una correcta coledocostomía. Nos decía eso, argumentando que era sumamente frecuente que en el acto operatorio de una litiasis vesicular simple, la exploración del colédoco mostrara existencia de cálculos, sin ninguna sintomatología propia del síndrome coledociano clásico, descrito en los textos. Esa enseñanza nos sirvió para encontrar posteriormente, realizando la correcta exploración del colédoco en las litiasis simples, numerosas litiasis coledocianas, sin el síndrome de ictericia. A tal punto que desde hace muchos años, nosotros hemos llegado a la conclusión en la clínica donde actuamos y lo hemos enseñado, que la ictericia en la litiasis coledociana, no es un síntoma, sino una complicación resultante del enclavamiento del cálculo o de la coledocitis inflamatoria, o de ambos. Se explica así, que operando vesículas litiasicas sin ictericia, se encuentren grandes cálculos en los colédocos, con gran dilatación, que hay derecho a suponer que cohabitan en el colédoco y el síntoma ictericia aparece solamente a veces como una complicación previa al acto operatorio o no aparece.

De modo que se explica entonces que el Dr. Cosco haya podido reunir numerosas observaciones de litiasis coledociana sin ictericia, pero creo que todos los cirujanos que hace años operamos vías biliares, estamos en condiciones de reunir litiasis coledocianas sin ictericia, a favor del concepto de que la ictericia no es un síntoma, sino una complicación de la litiasis coledociana.

Doctor Prat. — Intervengo en la discusión de esta comunicación, para demostrar mi conformidad con la cuestión fundamental que ha establecido el Dr. Cosco Montaldo en el sentido de que cuando se operan vías biliares y se encuentra el colédoco, tenga o no ictericia el paciente, hay que establecer la posibilidad de cálculos en la vía biliar principal. Es un hecho que lo hemos confirmado plenamente en nuestra práctica personal y ya en algunos casos que habíamos presentado en la clínica

en que investigamos bien esa litiasis coledociana que no presentaba síntomas y que aquella era latente; sin embargo en el acto operatorio encontramos 3, 4 y hasta 6 cálculos en la vía principal. Inicialmente nos sorprendió esta comprobación, pero pronto quedamos plenamente convencidos de esa posible litiasis latente y disimulada del colédoco; es por eso, que en nuestro libro de "Patología biliar", hay un capítulo que se titula "La litiasis coledociana latente o disimulada".

Por otra parte no es esto nuevo, puesto que no tenemos más que remontarnos a los trabajos de la Escuela argentina de Patología hepato-biliar de Bengolea y Velasco Suárez y veremos que hay un capítulo de litiasis latente o disimulada, que nos enseñaron estas características de la patología litiásica del colédoco. De manera que creo que es éste un hecho consagrado plenamente y ha hecho muy bien el Dr. Cosco Montaldo en llamar la atención sobre él, sobre todo para los cirujanos que no tienen aún mucha experiencia y que cuando ven un colédoco de dimensiones casi normales pudieran dejar de investigar cuidadosamente estos cálculos del canal biliar.

Nos dice el comunicante, que emplea una maniobra interesante y que la recomienda, que consiste en que cuando realiza una colecistectomía, ya desde el principio, una vez liberado el cístico, aísla o interrumpe este cístico del resto de las vías biliares para evitar el pasaje de cálculos, y lo hace con una ligadura; por mi parte acostumbro hacerlo con una pinza vascular de Crile, por que si me viera obligado después a conservar la vesícula, por cualquier circunstancia, si se ha ligado previamente el cístico, entonces no hay más remedio que hacer la colecistectomía. Es cierto que esta ligadura evita que ningún cálculo vesicular escape a la vía biliar y llegue en el post-operatorio a provocar una colédocolitiasis. La pinza de Crile, realiza la misma función y deja intacta la pared cística que podía emplearse en caso necesario o de emergencia.

No estoy de acuerdo con el Dr. Cosco, en la maniobra sistemática de Kocher, del desprendimiento duodeno pancreático para explorar las vías biliares y sobre todo al operar los cálculos enclavados o encastillados del colédoco, y no es porque desconozca su enorme valor y su gran importancia. Creo que es una maniobra de las mejores que tiene la cirugía de las vías biliares, pero lo que es peligroso en vías biliares y en cirugía general, es establecer prácticas sistemáticas; las prácticas sistemáticas deben suprimirse siempre que se pueda. Me parece excelente, pero mejor que la maniobra de Kocher, es decir, la exploración hecha después de esta maniobra con el fin de que no pase inadvertido algún cálculo, mejor es recurrir a la colangiografía que considero que es la maniobra más sencilla, más completa, más segura y más práctica, es la que nos puede indicar si queda algún cálculo de la vía biliar coledociana y en ese sentido, si la colangiografía ha establecido que la vía biliar principal está libre y no comprendo por qué se tiene que hacer sistemáticamente ese desprendimiento duodeno pancreático o la maniobra de Kocher, porque la larga experiencia que tenemos en vías biliares nos ha

demostrado que es una maniobra que puede tener sus inconvenientes y puede tener sus complicaciones, sobre todo cuando se ha empleado sin ser indispensable.

Es de gran importancia a esta maniobra cuando está indicada, es decir si hay colédoco litiasis y se emplea la vía transduodenal o se practica una papilotomía. La operación de Kocher bien precisada con los trabajos de dos distinguidos anatomistas de Bucarest (Chlyvitch y Kozintver), que realizaron el estudio de esta región pancreática retro-duodenal y demostraron que generalmente el colédoco o pasa en un canal o por una canaleta pancreática y destacaron que casi nunca el páncreas realiza una pared aisladora y completa al canal colédoco.

El Dr. Ricardo Finochietto estudió este dato anatómico y ha hecho varias comunicaciones muy interesantes que completan esta parte técnica y llega a la conclusión de que de cien casos de litiasis coledociana; el colédoco en el 11 % de los casos desliza por una canaleta y en el 89 %, está recubierto por el páncreas y la fascia de Treitz, pero ese páncreas que recubre el colédoco, es fino y adosado sobre el canal, como opérculo o dos postigos unidos por tejido celular fácil de desprender con algunos vasos pancreáticos de recubrimiento. Ya sea canal o canaleta por donde desliza el colédoco, su investigación y reconocimiento es fácil y práctico, que permite la técnica intrapancreática de extracción de los cálculos encastillados del colédoco.

De manera que a pesar de conocer estos datos anatómicos y los hechos de los anatomistas de Bucarest y de la indicación establecida por el profesor Ricardo Finochietto, creemos que no hay por qué hacer sistemáticamente la maniobra de Kocher que es excelente, muy importante, pero que no hay que hacerla sistemáticamente cuando es innecesario y creemos que si algo se puede establecer como sistemática sería la colangiografía per-operatoria que al indicarnos que no existe cálculo alguno en la vía biliar, no hay por qué hacer ese desprendimiento y como sabemos que la cirugía que se realiza en la terminación del colédoco, a través del duodeno, siempre es mucho más seria y peligrosa y por eso el profesor Mirizzi, ha indicado la duodenotomía mínima para extirpar esos cálculos de la ampolla de Vater, empleando su pinza especial, que permite esa duodenotomía mínima, lo que quiere decir que los cirujanos le tienen una cierta prevención a esa cirugía, en que se abre ampliamente el duodeno y mismo cuando tienen que intervenir por la vía retro pancreática y que debe emplearse solamente cuando es absolutamente necesario. De todas estas consideraciones, saco en conclusión que debemos sobre todo insistir en que los cirujanos empleen lo más posible la colangiografía y la manometría porque aunque hagan la colangiografía se les va a escapar muy a menudo los trastornos de las distonías y entonces esas secuelas se producirán posteriormente, porque han escapado a nuestro examen las lesiones del esfínter de Oddi y aún los cálculos. Considero que debemos preconizar que se generalice esta práctica de la manometría y colangiografía que cuando uno tiene experiencia en ella,

se hace perfectamente y de resultados precisos y que nos evitará realizar la práctica de la maniobra de Kocher, que es importantísima y muy buena, pero que puede ser innecesaria cuando la colangiografía demuestra que no hay cálculos.

He escuchado con mucha satisfacción la comunicación del Dr. Cosco Montaldo y realmente me ha complacido el resultado de la técnica que ha realizado.

Dr. Cosco. — Agradezco muy especialmente a los Profesores Prat, Bermúdez y Otero sus palabras sobre esta comunicación. El Dr. Bermúdez puntualiza que la litiasis coledociana sin ictericia es relativamente frecuente y constituye una noción sobre la cual se ha llamado la atención en la Clínica donde actúa. Lo cierto es, sin embargo, que cirujanos frente a pacientes con litiasis vesicular no se dirigen al colédoco, no lo visualizan ni exploran extrínsecamente en el acto quirúrgico por el hecho de no tener ictericia en el momento del ingreso o no haberla presentado en los antecedentes.

Lo que el Dr. Bermúdez dice es verdad y lo que yo digo también es verdad.

Dr. Bermúdez. Yo no he dicho que no hay que explorar.

Dr. Cosco. — No le adjudico esta intención. Verá que no hay ninguna interferencia. El Dr. Bermúdez me acompaña en la noción de que la litiasis coledociana puede asociarse o no de ictericia, sin embargo en la práctica hemos visto a cirujanos que en pacientes con sufrimiento biliar no se dirigen al colédoco, es decir, no lo ven ni lo palpan.

Al intervenir un paciente con enfermedad biliar, se encuentran satisfechos con tratar la litiasis vesicular y declaran que no observan el colédoco porque no tiene ni tuvo ictericia.

Una cosa es el concepto y otra es la manera de conducirse en el acto quirúrgico. Esta comunicación constituye una reacción contra lo que observamos en la cirugía corriente biliar. Cirujanos no formados en escuelas quirúrgicas y docentes mismo surgidos de ellas, practican muy poco la exploración extrínseca del colédoco. En esta presentación reafirmo la orientación de su exploración sistemática.

El Prof. Prat considera más conveniente la exploración de la vía biliar con manometría o colangiografía que con el decolamiento. Este es un capítulo que no deseo abordar por el momento. Próximamente presentaré una comunicación sobre la dificultad de la interpretación de las imágenes colangiográficas; en esa oportunidad se expondrán casos, en los cuales, se han repetido tres o cuatro colangiografías en el mismo enfermo quedando la interpretación dudosa. A ese respecto, y como síntesis, tengo el convencimiento de que la colangiografía operatoria diagnostica cálculos con seguridad cuando ellos son del tamaño de un garbanzo o mayores. La duda comienza cuando su tamaño es menor. Por el contrario, la palpación previo decolamiento permite con exactitud demostrar cálculos que no los evidencia la colangiografía.

Respecto a la manometría, creo que es muy útil, pero yo no he querido plantear el pleito entre uno y otro procedimiento.

Respecto a lo que expresa el Prof. Prat de que no considera conveniente efectuar el decolamiento si la manometría o la colangiografía es normal, me permito manifestarle que el decolamiento constituye una maniobra que no solamente sirve para palpar y obtener datos importantes del colédoco inferior, sino que es una maniobra de gran jerarquía en la cirugía biliar porque permite exponer y visualizar no sólo el colédoco, sino el cístico y el pedículo cístico. La cirugía en el triángulo biliocístico deja de ser inquietante para transformarse en cómoda. El decolamiento permite la tracción del pedículo hepático, y la consiguiente rotación del hígado cuya cara ántero inferior se horizontaliza, presentándose mejor el campo operatorio; además superficializa el colédoco, el duodeno y la ampolla de Vater, lo que constituye un gran beneficio en cirugía biliar. Yo lo practico sistemáticamente y me da buen resultado y me simplifica mucho esta cirugía.

El Prof. Prat se refirió a la duodenotomía; desde que empleo la maniobra del decolamiento he suprimido prácticamente la duodenotomía. El decolamiento me permite palpar el páncreas por la cara ant. y posterior y cuando la draga biliar se introduce en el colédoco, con los dedos se eleva el cálculo hasta la draga y ésta lo extrae; no hay necesidad de hacer duodenotomía. Prodigaba la duodenotomía antes, pero ahora no.

Dr. Prat. — Generalmente se trata de cálculos encastillados que no se mueven para ningún lado. Clavados y encastillados.

Dr. Cosco. — Sin entrar a estudiar a fondo el problema de los cálculos enclavados en la ampolla de Vater, debo decir que la maniobra del decolamiento me ha facilitado la extracción de dichos cálculos y evitado numerosas duodenotomías. Se domina el colédoco inferior retropancreático, la progresión del catéter puede seguirse con facilidad, se diagnostican los cálculos que quedan en el extremo del catéter y su extracción es posible.

Para terminar, agradezco al Dr. Otero, quien ha seguido de cerca mis trabajos, sus valiosas expresiones de estímulo.

En síntesis, presento esta comunicación con la finalidad de llamar la atención sobre la necesidad, en enfermos biliares, de explorar siempre el colédoco extrínsecamente y si se requiere, intrínsecamente. No olvidemos que algunos cirujanos en nuestro país practican una colecistectomía sin ver el colédoco.