

LA EXPLORACION DEL COLEDOCO EN LA COLECISTITIS LITIÁSICA (*)

Dr. Abel Chifflet

Los Dres. Zubiaurre y Capandeguy, en su condición de radiólogos, han expuesto en valiosa síntesis con documentación excelente las características de una exploración radiológica y las enseñanzas que pueden surgir de esta exploración. En este sentido nos han enriquecido con importantes aportes para nuestra especialización quirúrgica. No podemos analizar ni discutir tan importante trabajo. Sólo nos corresponde tomar hechos expuestos y sugerencias e incorporarlos a la opinión que vamos haciendo de cada uno de nuestros problemas quirúrgicos. Nos referiremos sólo a uno de éstos. Vamos a exponer lo que la colangiografía puede influir en el planteo terapéutico de la colecistitis litiásica. Tomamos este asunto por ser el más simple, el más frecuente, el que se cree habitualmente solucionar con una colecistectomía, el que está en el inicio de la mayor parte de las situaciones difíciles en los operados de vías biliares.

La extirpación de una vesícula litiásica cura un alto porcentaje de enfermos.

Muchos no quedan bien porque el enfermo ha sido víctima del cirujano, ya sea por defectos de técnica, por accidentes operatorios, por un postoperatorio mal dirigido. No nos ocuparemos hoy de estos enfermos, pero creimos un deber comenzar por citarlos para confesar la responsabilidad del cirujano y para insistir nuevamente en que la cirugía de las vías biliares es una cirugía difícil, que puede ser más riesgosa que muchas operaciones de la llamada alta cirugía.

Otras veces el enfermo no queda bien con la colecistectomía

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 22 de junio de 1955.

porque esta operación se ha hecho en un enfermo que requería otra operación. Es fundamental considerar que el litiásico vesicular es un enfermo complejo que tiene además del proceso de la vesícula otros procesos en el resto del árbol biliar, en el hígado, en el páncreas y en vísceras anatómica o fisiológicamente ligadas al árbol biliar. El cirujano debe realizar una operación adaptada al conjunto patológico de su enfermo, pudiendo perjudicarlo seriamente si reduce su operación a la simple exéresis de la vesícula.

Si hay por ejemplo un estado infeccioso parenquimatoso hepático, o una parasitosis del hígado, la directiva terapéutica fundamental es el drenaje. Si este drenaje puede hacerse directamente sobre un foco hepático o por coledocostomía la operación se completará con la colecistectomía, pero si sólo por medio de la vesícula se puede hacer dicho drenaje (dificultades técnicas, mal estado del enfermo), es preferible no extirpar este órgano sino utilizarlo para drenar.

La vía biliar principal está frecuentemente afectada en la colecistitis litiásica ya sea por procesos calculosos, por infecciones o por fenómenos funcionales. En estos casos si se desconoce el estado anormal de la vía biliar, la colecistectomía simple no sólo puede no curar al enfermo, sino llegar a serle perjudicial. Tal sucede por ejemplo cuando se extirpa una vesícula funcionando, existiendo una hipertonia del Oddi, una infección o una litiasis coledociana. La falta de la descarga tensional en la vesícula provoca una distensión seriamente perjudicial en todo el árbol biliar extra e intrahepático.

En el análisis de los medios de diagnóstico del estado de las vías biliares vamos a prescindir de la exploración radiológica y manométrica en el postoperatorio. Esta exploración ha dado importantes enseñanzas de fisiología y patología. Es de gran utilidad para seguir un tratamiento de la vía biliar o para retirar el drenaje. Puede servir para controlar un estado patológico que se planteó tratar en más de un acto operatorio. Pero es inaceptable esperar ese estudio postoperatorio para hacer el plan terapéutico. El estudio post operatorio, puede estar falseado por las condiciones anormales de la región y da una información cuando ya se ha realizado el acto operatorio, pero, de más importancia

es anotar que la coledocostomía perjudica un colédoco que no necesitaba abrirse, que perjudica a un litiásico coledociano porque hace aprisionar al cálculo al disminuir la tensión biliar.

Es necesario hacer el plan terapéutico antes de iniciar un tratamiento que pueda dificultar su cumplimiento. Para ello sólo caben dos posibilidades de diagnóstico del estado del hepato-colédoco: antes de la operación o en el curso de ésta.

El diagnóstico operatorio cobró una gran importancia en estos últimos lustros, cuando se reconoció que la investigación clínica preoperatoria, buscando elementos del síndrome coledociano era con frecuencia incapaz de demostrar la existencia de procesos importantes en los canales principales. Se perfeccionaron los métodos y el instrumental, discutiéndose con calor sobre los beneficios relativos de la exploración visual, la exploración digital o instrumental, la radiología, la manometría, etc. Todo esto constituyó un gran progreso. Pero es indudable que debemos tender a cumplir con la litiasis biliar el principio general de cirugía de que es fundamental el conocimiento del estado integral de los procesos antes de la operación. La cirugía no es ahora técnica de operadores sino aplicación criteriosa de terapéuticas requeridas en particular por cada enfermo. Este conocimiento preoperatorio tiene sobre el conocimiento obtenido en el curso de la operación las siguientes ventajas:

1º) La información puede ser más exacta, en especial en lo funcional porque se obtiene en condiciones normales, sin los efectos de la abertura del vientre, de la anestesia, de la excitación regional quirúrgica, de las variaciones locales. Estos puntos han sido ampliamente considerados por numerosos cirujanos.

2º) La indicación operatoria puede variar con un buen conocimiento de la vía biliar principal. Diversos factores pueden aumentar los riesgos de una operación por litiasis biliar (obesidad, procesos cardiovasculares, etc.). Si el enfermo tiene una vía biliar principal sana, es posible que la vesícula litiásica constituya una enfermedad menos grave que la operación, la cual no está justificada. Si el enfermo tiene una vía biliar afectada, su enfermedad es más seria que la operación, la cual estará así francamente indicada.

3º) El preoperatorio y la oportunidad operatoria pueden

modificarse si se conoce bien el estado de la vía principal antes de la operación. La existencia de una hipertonía del Oddi en una colecistitis litiásica puede ser motivo de perjuicios postcolecistectomía. Consideramos útil tratar esta hipertonía antes de la operación.

4º) El conocimiento integral de los procesos patológicos conduce a un desarrollo variable del acto operatorio en el eslabonamiento de la exploración y en los medios a utilizar. Veremos, en este aspecto, que no es posible la sistematización de la operación en todos los enfermos con litiasis vesicular.

No puede haber dudas de que el camino del progreso para el mejor tratamiento de cada enfermo que fué de Saralegui con la colangiografía postoperatoria en 1926 a Mirizzi con la colangiografía operatoria en 1936 debe aspirar al conocimiento integral hepatobiliar preoperatorio. Este conocimiento puede obtenerse en nuestros días por tres grupos de procedimientos: la clínica, el sondeo duodenal y la radiología.

Planteados así en términos generales los problemas de la vía biliar principal en la colecistitis litiásica, entraremos a considerar el lugar que ocupa y el lugar que puede ocupar la colangiografía preoperatoria. Analizaremos sus relaciones con los otros medios de exploración antes y durante la operación.

El estudio clínico del enfermo da con frecuencia una información útil sobre trastornos de la vía biliar principal. Sin embargo sin existir a veces ninguna manifestación que haga sospechar una participación coledociana, hay procesos de cierta importancia, que descubre el acto operatorio o la colangiografía postoperatoria y que ahora ha evidenciado más aún la colangiografía.

El sondeo duodenal en la litiasis vesicular da información útil sobre el estado de la vía principal. En nuestra experiencia hemos obtenido grandes beneficios. Constituye el primer esfuerzo útil para dar a la clínica un apoyo seguro en el diagnóstico del estado de la vía principal. Dijimos en 1949 que en el orden conceptual significaba romper la norma de estudiar el colédoco en la operación para imponer la orientación correcta que era el estudio preoperatorio. Debemos subrayar que esa jerarquización del

sondeo es un mérito que corresponde a nuestro medio por ser aquí donde se puntualiza la técnica y se interpretaron los resultados. Debemos a muchos este progreso nuestro, pero es indudable que Julio Varela López, ha sido el protagonista de la exploración coledociana por un medio que iba antes de él, a la sola investigación funcional de la vesícula.

La colangiografía nos da una información sobre el colédoco, en lo orgánico y en lo funcional, que los Dres. Zubiaurre y Capandeguy, han demostrado de una extraordinaria utilidad. Parecería que va a desplazar al sondeo duodenal en el estudio del colédoco en la litiasis vesicular, porque es un procedimiento que da más información, porque es más sencillo y tolerable para el enfermo, porque está más al alcance de todos sin requerir la habilidad técnica y el conocimiento para interpretar un sondeo duodenal, porque es más objetivo para el cirujano, porque aún ofrece horizontes inexplorados. Todo esto ha hecho desplazar el sondeo duodenal de su posición dominante en el estudio coledociano preoperatorio. Pero no creemos que lo haya eliminado del cuadro de los estudios de la vía principal. Está de igual a igual con la colangiografía en el diagnóstico de muchos procesos de orden funcional y sólo el sondeo puede informar sobre los caracteres de la bilis, enseñándonos la existencia de elementos de litiasis, de elementos parasitarios (hidatídicos, lamblías, etc.), la existencia de infección canalicular y hasta mostrando los agentes microbianos responsables para conducir la terapéutica racional preoperatoria.

En el momento actual el enfermo con colecistitis litiásica debe ir a la operación con la máxima información sobre el estado de la vía principal. *Esta información se obtiene eslabonando correctamente el estudio clínico, la radiología y el sondeo duodenal.*

A) El estudio clínico cuidadoso da una información que bien interpretada a la luz de los conocimientos actuales de fisiopatología biliar es de gran importancia. No sólo el síndrome coledociano clásico sino manifestaciones aisladas, de sufrimiento canalicular, pueden orientar hacia la patología del colédoco.

B) El estudio radiológico coledociano es la exploración que debe seguir al estudio clínico. Se obtiene la importante información que nos mostraron los comunicantes.

C) Si el estudio clínico bien realizado y la radiología coinciden en mostrar una vía biliar principal absolutamente normal, podríamos dar por terminada la investigación preoperatoria del colédoco. Pero la existencia de cualquier manifestación clínica sospechosa, obliga aún con radiología normal, a realizar el sondeo duodenal. El sondeo duodenal puede reconocer en un colédoco de calibre y de dinámica normal en la radiología y sin imágenes negativas, una infección canalicular, una parasitosis propia (lamblias) o de origen hepático (elementos hidatídicos, distomas, etcétera). En fin hay que tener presente que la colangiografía preoperatoria es un método que está en una etapa de conocimiento, que exige un proceso de interpretación por el radiólogo, lo que deja cierto margen de error. En una observación reciente un colédoco visible en la colangiografía preoperatoria con aspecto de discreto ensanchamiento al realizar la inyección de morfina, tenía fenómenos clínicos que denunciaban una agresión canalicular. La bilis del sondeo duodenal evidenció una infección canalicular y en la operación encontramos una vía principal muy dilatada.

La exploración radiológica preoperatoria del árbol biliar principal constituye el medio de diagnóstico de primera categoría en el estudio del vesicular litiásico. Satisface el principio fundamental del diagnóstico preoperatorio. No se le puede considerar hoy absoluta en sus conclusiones, por lo cual debe asociársele la investigación clínica y el sondeo duodenal.

El conocimiento preoperatorio de la vía biliar principal da al acto quirúrgico un desarrollo particular.

En toda operación por colecistitis litiásica, hacemos la exploración operatoria del hígado, del páncreas, de la vesícula. Esta exploración es de gran utilidad para el conocimiento del colédoco. Debe sospecharse una alteración coledociana si hay una litiasis vesicular a cálculos pequeños con cístico dilatado, si hay engrosamiento pancreático, si hay modificaciones de color o consistencia del hígado.

Si el estudio preoperatorio mostró una vía principal normal y la exploración antedicha no arroja sospechas sobre el colédoco, consideramos que no está indicada ninguna clase de exploración

coledociana. Creemos que cualquier exploración operatoria puede significar perjuicio para ciertos colédocos que podemos considerar hoy seguramente normales.

El estudio preoperatorio de la vía principal y muy particularmente la colangiografía, además de permitir el respeto al colédoco sano, es un elemento de importancia para dirigir la táctica y el método de exploración operatoria en el colédoco enfermo. Así como descartamos la exploración sistemática del colédoco, *descartamos también la sistematización uniforme de la exploración cuando ésta está indicada.*

Si el estudio preoperatorio ha mostrado la existencia de un proceso que justifica el tratamiento del colédoco, la colangiografía precoledocostomía no tiene indicación. Sólo nos parece justificada su aplicación en los enfermos cuya única manifestación coledociana fué una colangiografía preoperatoria dudosa.

El colédoco evidenciado como enfermo en el preoperatorio debe abrirse, en vistas a su tratamiento, lo cual permite examinar directamente su interior. Esta abertura debe ser suficiente, por lo cual hacemos una incisión longitudinal anterior. La utilización del cístico no permite la exploración total, en especial hacia los canales hepáticos, por la angulación del abocamiento cístico - coledociano. Abierto bien el colédoco, consideramos que la exploración correcta permite tener la seguridad de que no escapa ningún proceso calculoso u otro. Llamamos exploración correcta al pasaje de instrumental apropiado, palpación del colédoco sobre instrumento, perfusión de suero a presión, repetición de las maniobras.

La colangiografía operatoria post coledocostomía puede tener una indicación si al terminar la exploración interior quedase alguna duda. Es preferible hacer la colangiografía en la operación y no esperar para el post - operatorio.

EXPLORACION OPERATORIA DEL COLEDOCO

A) Métodos fundamentales

Examen indirecto del interior.	{	—Colangiografía precoledocostomía
		—manometría.
	{	—colangiografía post coledocostomía

- | | | |
|----------------------------------------------------|---|------------------------------------|
| 2º Examen directo por el exterior. | } | —disección en el pedículo hepático |
| | | —decolamiento duodeno pancreático |
| 3º Examen directo del interior por coledocostomía. | } | —instrumental |
| | | —perfusión a presión |
| | | —palpación sobre instrumento |
| 4º Examen directo de terminación en duodeno. | } | —duodenostomía. |

B) Recursos accesorios

- 1) Palpación en la región del pedículo.
 - 2) Inspección en el pedículo, sin disección.
 - 3) Punción de una zona indurada.
 - 4) Aspiración de bilis para su estudio.
-