

(Trabajo de la Clínica del Prof. Abel Chifflet)

LA VIA TRANSDUODENAL EN EL DIAGNOSTICO DE LAS OBSTRUCCIONES DEL COLEDOCO (*)

Dr. Héctor A. Ardao

El abordaje transduodenal del colédoco no tiene todavía un lugar definido en el curso de las maniobras del reconocimiento operatorio de sus obstrucciones bajas, ni en el tratamiento de las afecciones del confluente canalicular del duodeno. Hay cirujanos que practican la duodenotomía con cierta frecuencia, y otros prácticamente nunca por lo cual consideramos de interés presentar algunas observaciones de la Clínica del Prof. Chifflet y personales, en donde el mencionado abordaje fue realizado. Es nuestro interés contribuir así, a plantear entre nosotros, la ubicación de esta exploración.

El abordaje transduodenal del colédoco, constituye una vía clásica en el tratamiento del cáncer de la ampolla de Vater. En su libro de 1927, Navarro (1) refiere que en 1910 presentó a la Sociedad de Cirugía de París, un caso de cáncer de la ampolla tratado por esta vía, y señala que el primero que la empleó en un caso similar, fue Halsted en 1899.

En la litiasis coledociana este mismo abordaje ha sido utilizado desde antes (2) y sigue utilizándose en circunstancias diferentes:

- a) Como vía de elección en la litiasis de la ampolla.
- b) Como abordaje complementario cuando por la coledotomía supraduodenal, no siendo posible extraer él o los cálculos, insistir con maniobras de fuerza (manipulación externa a través del duodeno-páncreas o por medio de instrumentos en la luz) trae riesgos para la integridad del canal, del esfínter de Oddi o del páncreas.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 20 de julio de 1960.

Como vía de elección la conducta corriente ha sido, la papi-
lotomía a través de una amplia duodenotomía. Mirizzi (3) sin
embargo ha simplificado la técnica seleccionando este abordaje
para aquellos cálculos de la ampolla que hacen saliencia conjun-
tamente con la papila en la luz del duodeno. Denomina a su ope-
ración PAPILOTOMIA MINIMA TRANSDUODENAL y la eje-
cuta movilizandó previamente el duodeno-páncreas por medio de
la maniobra de Kocher. Luego practica una duodenotomía hori-
zontal de dos centímetros en la pared anterior o posterior dentro del
marco del anillo de una pinza especial, que ha ideado, pinza que
al mismo tiempo que fija el cálculo cumple además las siguien-
tes funciones:

1. Expone y mantiene en la brecha operatoria el duodeno-
páncreas movilizado.
2. Evita el escape del cálculo hacia la luz del duodeno.
3. Facilita el cierre de la duodenotomía sin salida del con-
tenido duodenal.

Y a los otros casos, cuando el cálculo enclavado en la am-
polla o en la extremidad inferior del colédoco hace saliencia por
encima, Mirizzi los aborda por COLEDOCOTOMIA INTER-DUO-
DENO-PANCREATICA MINIMA.

El abordaje transduodenal del colédoco tiene también su in-
dicación en la litiasis cuando por la coledocotomía clásica habién-
dose extraído algunos cálculos, se llega a la situación difícil en
que, por las maniobras instrumentales corrientes, se encaja un
cálculo en la extremidad inferior. Insistir puede ser riesgoso tan-
to como en la manipulación externa ya mencionada. Es a base
de experiencia que se adquiere la noción de este riesgo, y el
momento preciso en que se debe abandonar el intento de extrac-
ción por arriba.

Frente a esta situación creada en el acto operatorio, y para
los casos en que era previa a la intervención, algunas escuelas
quirúrgicas preconizan el abandono del cálculo obstructor practi-
cando la Colédoco-Duodenotomía (4, 5 y 6).

Sin entrar a considerar ahora, las indicaciones de esta inter-
vención es evidente que ella no suprime el riesgo de obstrucción

para el páncreas, ni la infección residual en el fondo de saco que se crea en la extremidad inferior del colédoco.

También como vía de elección en la litiasis reconocida el abordaje transduodenal puede estar indicado en enfermos con cálculos residuales del colédoco con pobre estado general, ictéricos e infectados, en quienes tiempo atrás se practicó una colestectomía con o sin coledocotomía. Suele acontecer en estos casos que el espacio sub-hepático se encuentra blindado por adherencias, o con densa esclerosis del pedículo hepático, que hace larga, difícil y riesgosa la disección del colédoco, o bien cuando el duodeno adherido al hilio hepático oculta totalmente al pedículo. Aquí la papilotomía transduodenal resuelve rápidamente la obstrucción por la descarga de cálculos, bilis y pus, asegurando al mismo tiempo el drenaje natural de la bilis y del jugo pancreático.

Fuera de estos casos, en que la litiasis colédoco-veteriana es de diagnóstico indudable, reconocida por los antecedentes, colangiografía I/V u operatoria, reconocimiento operatorio, etc.; planteando una indicación clara de abordaje transduodenal, existen casos de obstrucción coledociana en que se sospecha la litiasis y se va a la intervención sin la evidencia causal, no encontrándose cálculos en la exploración llevada hasta el tiempo de la exploración intracanalicular por coledocotomía. Es en este momento que surge la indicación de la duodenotomía exploradora.

Para realizarla es preciso haber agotado las posibilidades diagnósticas de la exploración manual, instrumental y colangiográfica del colédoco por una parte y la inspección y palpación metódica del páncreas y del duodeno por otra. Surge así una patología obstructiva de la vía biliar que se diagnostica y se trata por la duodenotomía. El análisis de las historias clínicas de estos últimos cinco años nos revela que cada vez se va practicando con mayor frecuencia y podemos anotar el diagnóstico de obstrucciones coledocianas producidas por:

1. Diafragma mucoso en la papila de Vater.
2. Divertículo duodenal para - vateriano.
3. Fibrosis de la papila.
4. Odditis hipertrófica.

5. Epitelioma de la papila.
6. Epitelioma del canal de Wirsung.
7. Nódulo de pancreatitis crónica emergente a la luz duodenal.
8. Pancreatitis abscesual cefálica.

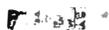


DIAGRAMA MUCOSO DE LA PAPILA DE VATER

Sra. N. Estrac. 70 años. H. Pasteur. Ingresa por cólicos hepáticos e ictericia.

1ª Operación. — Prof. Chifflet. Exploración por coledocotomía supraduodenal no revela cálculos y se tiene la sensación de que el explorador pasa al duodeno. Drenaje de Kehr. Sucesivas colangiografías reve-

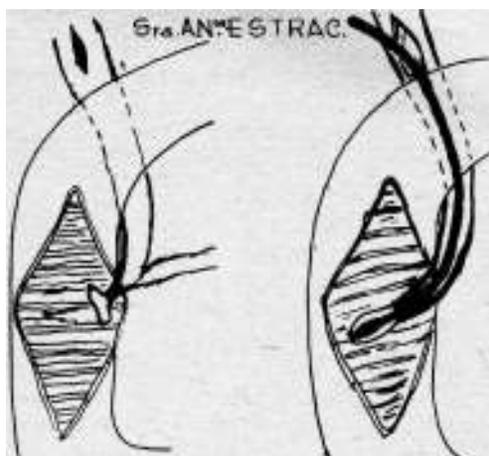


Fig. 1

lan un obstáculo insalvable en la papila. No hay cálculos pero el líquido opaco no llega al duodeno.

2ª Operación. — 2 meses después. Nueva exploración desde arriba y nuevamente parece demostrarse que el explorador llega a la luz del duodeno. Duodenotomía vertical: entonces se demuestra que el explorador no llega a la luz del duodeno sino que levanta un diafragma mucoso con el orificio puntiforme de la papila al modo de una fimosis. Sin la duodenotomía era imposible reconocer que el explorador no llegaba a la luz duodenal. (Fig. 1).

DIVERTICULO DUODENAL PARAVATERIANO

R. M. de Her. Reg. 113892. Ingreso 20/8/59, con un cuadro agudo, doloroso abdominal con colapso por colecistitis aguda.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

1ª Operación. — 21/8/59. Dr. R. Praderi. Colectistomía. Extracción de cálculos, bilis y pus. Cístico permeable perineal dilatado con una posible litiasis coledociana.

2ª Operación. — Dr. Praderi. 14/9/59. Coledocotomía y extracción de 3 cálculos. No es posible pasar al duodeno por ser la papila muy estrecha. Duodenotomía vertical en 2ª porción. Papilotomía sobre la pinza de cálculos. Parece palpase hacia adentro de la papila un divertículo duodenal en el que entra la yema del índice cubierto por mucosa. Cierre transversal en 2 planos de la duodenotomía. Tubo de Kehr al colédoco. Colectistectomía. 17/9/59. Colangiografía post-operatoria. Informe: Divertículo yuxta Vateriano del duodeno comprobado en el acto operatorio. Alta 5/10/59. Buenas condiciones. (Fig. 2).

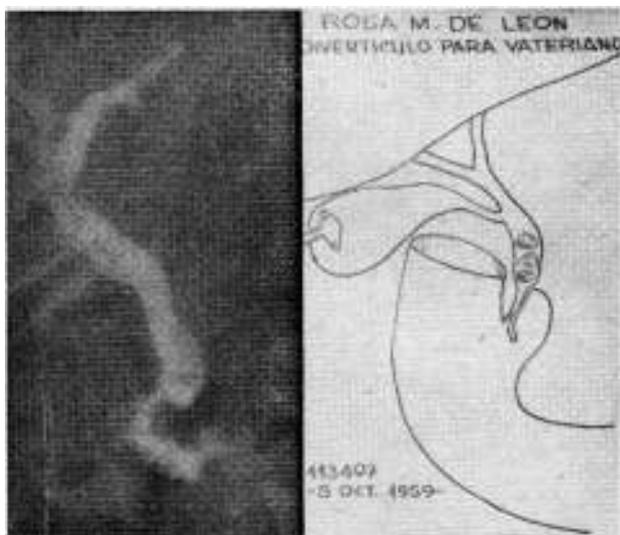


Fig. 2

FIBROSIS DE LA PAPILA

M. del C. M. de Zap. 34 años. CASMU. Reg. 44116. Varios años antes colectistectomía por litiasis. Mejoró un tiempo y luego siguió sufriendo de dolores en hipocondrio derecho y epigastrio. Agosto 1959. Internada por melenas. Estudio gastro-intestinal: normal. Diciembre 1959. Dolores, ictericia discreta por empujes. Adelgazamiento. Biligrafina 2 veces (octubre 27 y diciembre 1-1959). Vías biliares intra y extrahepática de calibre y opacidad normales. Gastroduodeno (10-59). Hipertonía de la segunda porción duodenal con bulto hipotónico, nivel líquido y burbuja gaseosa permanente. Tránsito intestinal y colon por enema normales. Dr. Zerboni.



Fig. 3

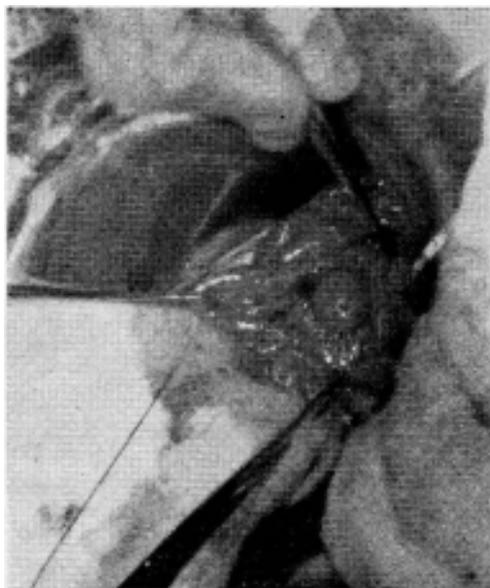


Fig. 4

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Operación. — 14/1/60. Dr. Ardao. Laparotomía paramediana derecha. Coledocotomía: colédoco algo dilatado sin cálculos. Duodenotomía. Estenosis fibrosa de la papila. Papilotomía. Lavado del colédoco. Drenaje sub hepático. Cierre. Alta a los 10 días. Evolución buena. Agosto 1960. No ha vuelto a sufrir.

ODDITIS HIPERTROFICA

D. A. de Fleit. 75 años. Rg. 46319. Antecedentes de dispepsia y cólicos con fiebre alta. Relata haber expulsado cálculos con las materias fecales (20 en sala facetados). La colecistografía despertó un cólico hepático.

Operación. — 1 abril de 1957. Dr. Ardao. Vesícula atrófica con cálculos adherida al duodeno y al colédoco que es grueso como un asa delgada. Colecistectomía. Colangiografía operatoria transcística. Estenosis filiforme de la papila y retrodistensión. (Fig. 3). Cabeza de páncreas engrosada con granos duros. Duodenotomía: papila gruesa como el extremo de un meñique saliente en badajo de campana, de consistencia elástica evidentemente inflamatoria. (Fig. 4). Papilotomía. Viene pus y bilis. Tubo de Kehr al colédoco. Tolerancia bien el pinzado y la colédococlisis. La colangiografía muestra distensión del árbol biliar y pasaje suficiente al duodeno. 20 agosto 58. Reingresa por cuadros febriles y anemia. Dolor en hipocondrio derecho e ictericia. Tratamiento médico. Biligrafina 2 veces: dilatado árbol biliar sin cálculos. Funcional hepático alteración parenquimatosa, angiocolitis y pancreatitis.

EPITELIOMA DE LA PAPILA

F. De Los S. 76 años. Rg. 70512. 27 abril de 1958. Ingresar por ictericia datando de 3 meses. Progresiva, fría e indolora. Con diagnóstico de neo de cabeza de páncreas se opera mejorada. Rayos X: Gastroduodeno normal. Ausencia de colecistograma. No se ven sombras anormales.

Operación. — 5 de mayo de 1958. Dr. Ardao. Paramediana derecha. Vesícula grande sin cálculos. Colédoco dilatado con bilis oscura. Desprendimiento de Kocher. Coledocotomía. Los exploradores revelan un obstáculo insalvable en la extremidad inferior. Duodenotomía vertical. A la vista y al tacto se encuentra una neoformación poliposa como una arveja en la papila. Papilectomía Reimplantación del colédoco en el duodeno. Cierre de la duodenotomía. Tubo de Kehr al colédoco. Drenaje subhepático. No hay adenopatías ni metástasis hepática, 9 de julio de 1958. Colangiografía post-operatoria: pasaje fácil al duodeno. (Dr. Zerboni). Anat. Pat. Adenocarcinoma, Evolución 2 años después aparentemente curada.

EPITELIOMA DEL CANAL DE WIRUNG

M. A. de G. 74 años. Rg. Cuatro años atrás colecistectomía por litiasis. Ingresar por fiebre, dolor e ictericia datando de 2 meses. Gran pérdida progresiva de peso.

Operación. — 29 de abril de 1960. Dr. Ardao. Paramediana derecha. Hígado grande color verde negro. Se reconstruye la anatomía de la región subhepática: 1. Desprendiendo el epiplón del hígado y de la pared. 2. Movilización del ang. derecho del colon. 3. Desprendimiento del duodeno del lecho hepático. 4. Movilización de Kocher. Viene el duo-

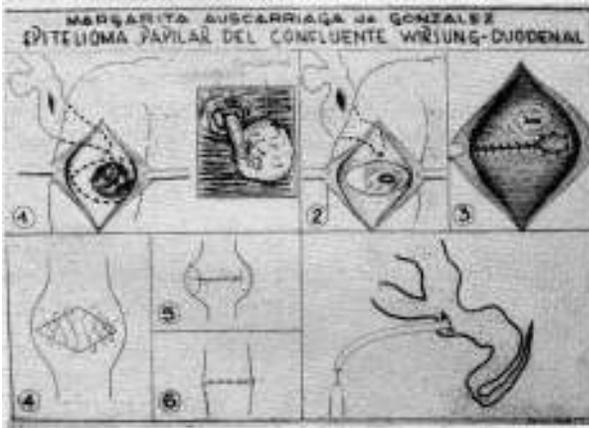


Fig. 5

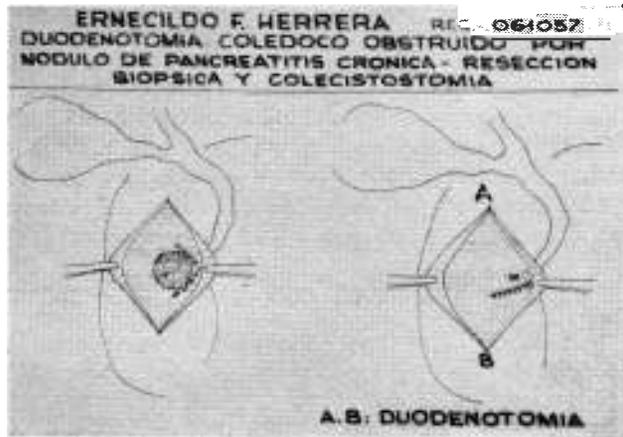


Fig. 6

denopáncreas a la pared. Enorme muñón del cístico. Colédoco grueso como un pulgar. No hay metástasis. Se palpa un nódulo duro en el duodeno páncreas a la altura de la ampolla. Cálculo enclavado? Tumor de la papila Coledocotomía supraduodenal. Se pasa con dificultad después de varios intentos un explorador hasta el duodeno. No hay cálculo. El tumor parece intraduodenal. Duodenotomía vertical: en 2ª porción se en-

cuentra el abocamiento independiente del colédoco 1 cm. $\frac{1}{2}$ o 2 por encima de un tumor de superficie finamente papilar, que está fijo a la pared interna del duodeno. La periferia del tumor cubre como una tapa el orificio del colédoco sin infiltrarlo. El tumor tiene un pie de inserción estrecho y corto. Se reseca. Viene un líquido con aspecto de saliva abundante porque el tumor se implanta sobre un grueso canal que cateterizado corresponde al Wirsung. Sutura del canal seccionado al duodeno. Cierre. Kehr al colédoco. Fig. 5. Evolución-Post-operatorio sin novedades. Alta a las 2 semanas. Las colangiografías revelan buen pasaje al duodeno. Anat. Pat. Epitelioma cilíndrico Papilar. Agosto 1960, excelente estado general.

NODULO DE PANCREATITIS

E. F. Herr. 70 años. Rg. 061057. Ingres a por ictericia y adelgazamiento desde 5 meses. Astenia y exorexia. Del estudio surge: ictericia fría, obstructiva con pasaje de bilis al duodeno. Rayos X: Gastro-duodeno S/P. Arco duodenal normal.

Operación. — 7 de setiembre de 1957. Dr. R. Praderi. Paramediastina. Hígado congestivo. Vesícula sin cálculos que se vacía fácil. Colédoco dilatado. Páncreas normal excepto en cuello, borde inferior, donde hay un quiste por dilatación de canales, sin adherir al pedículo mesentérico superior. Duodenotomía. Nódulo vegetante en la luz del duodeno a la altura de la papila. Se reseca parcialmente para biopsia. Fig. 6. Por la superficie sale líquido pancreático. Impresión: neo de ampolla de Water. Viene bilis al duodeno. Cierre de la duodenotomía Colectostomía. Anat. Pat. Hígado. Proliferación fibrosa incipiente, un espacio porta, necrosis celular en focos, infiltración de pigmento biliar **Nódulo intraduodenal**. Restos de tejido pancreático con lesiones degenerativas parenquimatosas y dilataciones canaliculares y fibrosis intersticial. Pancreatitis crónica. Evolución: Agosto 1959. 2 años después está bien.

PANCREATITIS ABSCESUAL CEFALICA

J. A. de L. 40 años. Rg. 08752. Ingres a por ictericia y adelgazamiento.

1ª Operación. — 14 de setiembre de 1958, Dr. R. Praderi. Tumoración dura en cabeza de páncreas, un pequeño quiste en el cuerpo. Se palpa una masa dentro del duodeno a nivel de la papila. Con diagnóstico de cáncer de la cabeza se tomaron 5 fragmentos biópticos y se hizo colecisto-yeyunostomía en Y. Evolucionó bien. Alta sin ictericia. Las 5 biopsias fueron informadas: Pancreatitis crónica, 17 de abril 1959. Reingreso. Vómitos, anemia, melenas, estenosis de la segunda porción del duodeno.

2ª Operación. — Gran tumoración de la cabeza del páncreas. Se pal-

pa de nuevo la neoformación intraduodenal a nivel de la papila de Water. Se practica duodeno-pancreatectomía cefálica y el quiste adherido a la vena porta. Gastroenterostomía término lateral. Wirsung, yeyu-

J. A. DE L. - RQ. 068752

14 SET. 1958.

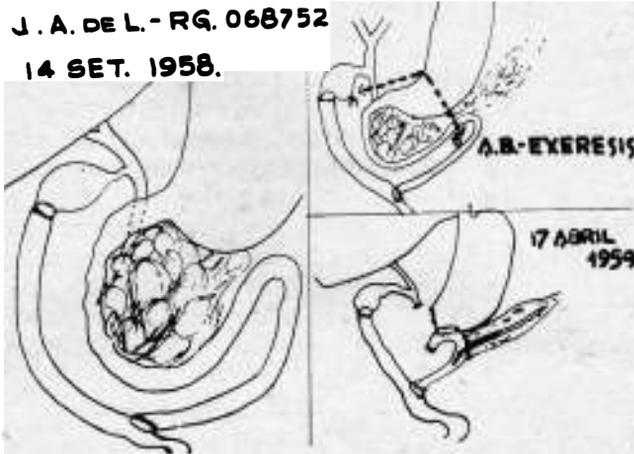


Fig. 7

nostomía término-lateral sobre tubo de polietileno. Evolucionó bien. A veces algunos dolores epigástricos. Anat. Pat.: de la pieza operatoria. Pancreatitis cefálica, múltiples absesos y gran quiste de retención. Fig. 7.

C O N C L U S I O N E S

1. — La duodenotomía exploradora ocupa un lugar determinado en el curso de las maniobras exploradoras del colédoco obstruído.
2. — Explorar el colédoco desde arriba sin lograr cateterizarlo en su totalidad y resolver la situación mediante una anastomosis bilio-digestiva sin llegarse a la duodenotomía puede significar no abrir el camino para hacer el diagnóstico y el tratamiento causal en tiempo oportuno.
3. — La vía transduodenal para ciertos procesos obstructivos del colédoco y del Wirsung ofrece ventajas como exploración y abordaje quirúrgico. El diagnóstico puede surgir de la visualización directa, manipulación biopsica y aún de la papilotomía exploradora.
4. — La duodenotomía es una exploración sin riesgos cuando se realiza con técnica correcta. Movilización del duodeno-

páncreas, amplia incisión vertical en la segunda porción próxima a su borde izquierdo y lo más baja posible desprendiendo la raíz del mesocolon. La infección y la fístula no son a temer.

BIBLIOGRAFIA

1. NAVARRO, A. — Investigaciones de Cirugía Clínica y Experimental. En: Tratamiento del cáncer de la ampolla de Vater. Montevideo, 1927. Pág. 55 - 67.
2. MAC BURNEY (1891). Citado en: KHER, H. — Die Praxis der Gallenwege. Chirurgie in Wort und Bild v. II München, J. F. Lehmann Verlag, 1913.
3. MIRIZZI, P. A. — Complicaciones y secuelas de la cirugía de las vías biliares. IIIº Congreso Interamericano de Cirugía. Montevideo, 1946. v. I - Pág. 93 - 112.
4. ALESSANDRI. — En: Policlínico Scz. Prat., 1899.
5. RIEDEL-SASSE. — En: Arch. Klin. Chir., 100: 969; 1913.
6. FINSTERER, H. — En: Arch. Klin. Chir., 173: 685; 1932.