

## ABOCAMIENTO DEL COLEDOCO EN D.III y D.IV (\*)

### Divertículo duodenal

Dr. Walter Suiffet

La topografía de la desembocadura del Colédoco en el Duodeno corresponde, de acuerdo a los conceptos clásicos, a la zona media del Duodeno II. Investigaciones anatómicas y colangiográficas han demostrado, que existe un porcentaje importante a considerar, de abocamientos colédoco-duodenales fuera de la topografía clásica. Lo trascendente de este hecho, es la importancia que él adquiere frente a la cirugía de excéresis gastroduodenal y a la duodenotomía necesaria para la acción directa sobre la zona ámpulo papilar biliopancreática.

Antes de presentar la observación que motiva estos comentarios haremos tres citas al respecto.

Según MASSIOU (Citado por ALBOT y KAPANDJI) la topografía considerada normal (parte media de D.<sup>II</sup>) se observaría sólo en 38 % de los casos. Son más frecuentes los abocamientos inferiores (49 %) en la parte inferior de D.<sup>II</sup>, en el genus inferior y en D.<sup>III</sup>. Los abocamientos altos (parte alta de D.<sup>II</sup>) se harían en 8,25 % de los casos.

BELOU en 150 disecciones de Vías Biliares encuentra sólo 4 casos en donde el Colédoco desemboca en la unión de D.<sup>II</sup> y D.<sup>III</sup>.

CHAMPEAU insiste en la frecuencia de desembocadura en D.<sup>III</sup> y documenta un caso de terminación en la unión D.<sup>III</sup> y D.<sup>IV</sup>, similar al que vamos a presentar a continuación.

El caso que presentamos corresponde a una paciente de 52 años, del sexo femenino, que consulta por DOLORES en el Hipocondrio Derecho, irradiados al epigastrio y al dorso. Nunca ha tenido dispepsia de ningún tipo, ni ictericia. Apetito conservado. No ha adelgazado. No hay trastornos del tránsito intestinal.

Ha sido intervenida de Hernia Inguinal hace 10 años y se le ha practicado resección del Cuello Uterino.

**El Examen Clínico** no muestra ningún elemento digno de mención.

**Estudio Radiológico:**

**Colecistografía:** Vesícula de forma normal, en posición baja, con múltiples imágenes de cálculos de tamaño pequeño.

**Colecisto-colangiografía venosa:** Se comprueba la presencia de litiasis vesicular. Débil opacificación del colédoco.

---

(\*) Trabajo presentado en la ½ hora previa en la Sociedad de Cirugía, el día 19 de setiembre de 1963.

Gastroduodeno: Sin modificaciones orgánicas ni funcionales.

Exámenes de Laboratorio: Orina Normal. Uréa 0 gr. 30%. Hemograma: Normal. Exploración funcional hepática normal.

**Diagnóstico:** Litiasis Vesicular.

Se decide intervenir: Noviembre 12 de 1962.

**Intervención.** — Incisión transversa subcostal derecha.

**Exploración:** Utero y anexos. Intestino. Colon y Bazo Normales. Hígado de aspecto normal. Gastroduodeno Normal.

Vesícula libre sin adherencias con muchos cálculos pequeños.

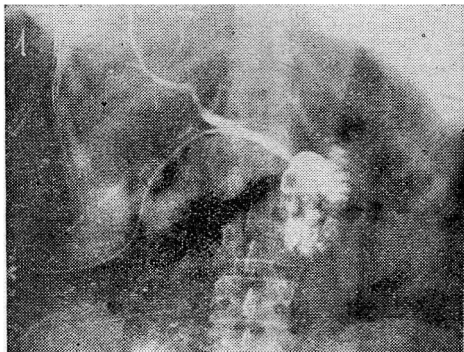
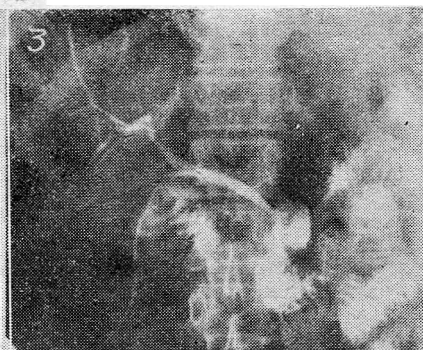


FIG. 1. — Colangiografía transcística. Se ve el Colédoco cruzando oblicuamente la columna vertebral y desembocando en la unión de D.III y D.IV. Al mismo nivel se implanta un grueso divertículo duodenal de amplio cuello que se rellena y vacía con facilidad.

FIG. 2. — Se ha rellenado el Duodeno, comprobándose la desembocadura del Colédoco en el ángulo, D.III y D.IV en la zona cercana al divertículo. D.IV de longitud mayor que la normal.

Fig. 3. — Duodeno II con su topografía habitual. Divertículo Duodenal a izquierda de la columna. Relleno de asas delgadas.



Se diseca el cístico y se bloquea. Colédoco de aspecto normal a la inspección y palpación.

Se separa la vesícula del fondo al cuello. Se carga y liga la cística.

Se abre el cístico que es fino. Se dilata y se coloca Sonda Nélaton N° 6. Se secciona el cístico y se extirpa la vesícula. Se realiza colangiografía operatoria.

Se comprueba que el Colédoco es de calibre normal; cruza en forma oblicua la columna vertebral hacia la izquierda, y desemboca en el duodeno en la unión de D.III y D.IV. A ese nivel se visualiza un grueso divertículo duodenal de amplio cuello que está asentado en el ángulo D.III, D.IV, que se llena y vacía con facilidad.

El duodeno tiene tendencia a la disposición en V pero el D.I y D.II, ocupan su topografía habitual.

Se completa la exploración dado los hallazgos colangiográficos. La primera y segunda porciones del duodeno tienen la topografía normal, pero no hay ángulo franco entre D.II y D.III, continuándose D.II oblicuamente hacia la izquierda en continuidad con el D.III. En este se comprueba el divertículo duodenal reconocido en la radiología.

El pedículo mesentérico superior está algo llevado a la izquierda y pasa junto al divertículo duodenal.

No se actúa sobre éste dado los riesgos que implica la vecindad de la desembocadura del colédoco con su cuello.

Peritonización. Cierre.

El Post Operatorio fue excelente.

A los 10 días se realiza Colangiomanometría (Dr. Julio Varela) comprobándose que el Colédoco tiene calibre normal sin sombras en su interior, con funcionamiento normal y presión residual estabilizada en 11 cm.

El Colédoco presenta una disposición anómala, cruzando oblicuamente la columna vertebral para desembocar en las vecindades del ángulo D.III y D.IV. Al mismo nivel se implanta un grueso divertículo duodenal de amplio cuello que se rellena y se evacúa con facilidad, (Fig. 1-2-3).

Se retira la sonda transcística a los 15 días.

Se le practica después un estudio radiológico del duodeno que confirma la presencia de un grueso divertículo en el Duodeno III con nivel hidrogaseoso que se evacúa con facilidad.

## RESUMEN

El interés de esta observación radica en que obliga a revisar algunos aspectos tácticos y técnicos en la cirugía de la Vía Biliar principal.

Cuando se va a explorar el Colédoco y la encrucijada bilio digestiva, es necesario conocer la topografía anatómica de la zona de confluencia. Esto es importante tanto cuando se va a realizar la exploración instrumental, como cuando se va a hacer duodenotomía para abordaje directo de la zona ampullo papilar. La duodenotomía a ciegas, sin papila reperada, puede conducir a un abordaje inconveniente, lejos de la zona de necesidad.

La exploración instrumental es útil, pero esta observación muestra que es necesario ser cauteloso en su práctica. Lo habitual es utilizar instrumentos que tengan una concavidad dirigida a Duodeno II, y buscar la unión colédoco duodenal en la parte media de aquel. Si la desembocadura se hace baja en el D.II, o en D.III, o como en este caso, en la unión D.III y D.IV la exploración puede proporcionar datos falsos o lo que aún es más riesgoso, traumatizar la Vía biliar y la zona pancreática vecina.

La exploración Colangiográfica es ideal, porque con un procedimiento simple, se puede reconocer la topografía anatómica sin riesgos y con seguridad. En nuestro caso nos ha permitido reconocer el abocamiento del Colédoco en la zona del ángulo D.III y D.IV y en otras observaciones, desembocaduras bajas en D.II y en el D.III.

Es posible que exista en este caso una malformación regional, pues hay un divertículo duodenal junto a la desembocadura biliar y

D.<sup>IV</sup> es algo más largo que lo habitual. Pero la 1ª y 2ª porciones del duodeno estaban en su sitio y nada hacia pensar por la exploración operatoria simple, que existiera esta disposición tan llamativa.

Con esta observación se pretende documentar una situación que es necesario puntualizar en su frecuencia. Su importancia es grande y está relacionada con diversos aspectos tácticos y técnicos en la Cirugía de la Vía Biliar Principal.

#### BIBLIOGRAFIA

- ALBOT G. et KAPANDJI, M. — Les zones sphincteriennes de l'anneau duodenal, in ALBOT-POUILLEUX. Duodenum et Pancreas. Masson et Cie. PARIS, 1957.
- BELOU, P. — Anatomía de los Conductos Biliares y de la Arteria Cística. Imp. Oleana. Buenos Aires, R. A. 1915.
- CHAMPEAU, M. et PINEAU, P. — Chirurgie des Voies Biliares de l'Adulte et du Nourrisson. Masson et Cie. Paris, 1952.

**Pierre Gibert:** Frente a un caso como este, y teniendo en cuenta los comentarios al mismo que hizo el Prof. Suiffet, me parece muy importante recordar un concepto del Prof. Mallet - Guy, de Lion, que hace siempre, como uno de los primeros actos, después de la descubierta de la vesícula una colangiografía operatoria. Ello permitiría, previo a la exploración instrumental tener la noción exacta de la anatomía de la región, porque creo que la duodenotomía, no puede dar la seguridad de la desembocadura del colédoco, ya que muy a menudo con colédoco con una desembocadura a una altura normal encontramos que la papila no existe o es muy difícil de ver. Mallet - Guy no la hacía con ese fin, pero podría ser tomada como un gesto de técnica quirúrgica invirtiendo el orden según el cual normalmente hacemos la exploración manual e instrumental de la vía biliar, dejando la colangiografía para el final. Es decir hacer primero la colangiografía y después la exploración instrumental.

**Dr. Alberto Valls:** Hace tiempo, yo vi una colangiografía de una enferma operada que tenía algo enteramente similar a esta, lástima que no era una enferma mía. Me mostraron la colangiografía, que desembocaba en la parte inicial de la 4ª porción del duodeno. Evidentemente, esto nos lleva a pensar en lo que ya había detallado él y el Prof. Chifflet y nos llevaría a pensar también que debería hacerse mucho más a menudo también la biligrafina en todos los enfermos operados de vías biliares, para tener una idea de como es la vía biliar en su anatomía, antes de emprender una operación, en su anatomía. Tengo también algunos casos, un caso que le hicimos una colangiografía, que tenía un colédoco que se bifurcaba en su desembocadura en el duodeno. Desembocaba como en delta. Nada más.

**Dr. Walter Suiffet:** Agradezco a todas las personas que se han ocupado de esta observación y verdaderamente me congratulo de haberla traído a la Sociedad de Cirugía, porque veo que ha despertado un interés de real valor, le quiero aclarar al Dr. Pradines que a esta enferma no se le había practicado ninguna maniobra de decolamiento del duodeno ni de traslado de su posición normal. Yo no había mostrado este documento porque es muy tenue y de poco valor. Esta radiografía es una colecisto colangiografía que se había hecho antes de operarse el enfermo. Como se veía tan poco el colédoco, no se tomó en cuenta. Sin embargo si se la mira de cerca y con ciertas precauciones, se ve que hay un elemento que cruza transversalmente por delante de la columna. Pero eso lo vimos después de haber observado las radiografías operatorias. Nada más.