

Editorial

El tratamiento quirúrgico de la litiasis coledociana

Dr. JOSE A. PIQUINELA

El tratamiento quirúrgico de la litiasis de la vía principal continúa siendo el gran problema de la cirugía biliar. A pesar del gran número de trabajos aparecidos sobre cirugía del colédoco, el hecho esencial es asegurar la permanencia postoperatoria de una vía canalicular vacía (ausencia de cálculos) y permeable (ausencia de estenosis intrínsecas y extrínsecas), condicionando así el normal encaminamiento de la bilis hacia el duodeno. El problema es, en suma, un problema de canalización; si el colédoco permanece permeable a lo largo del tiempo, el resultado quirúrgico es bueno.

La seguridad absoluta de que un cálculo no queda abandonado en la canalización biliar no es dada por ningún procedimiento aun cuando la colangiografía peroperatoria —extrañamente ignorada por cirujanos de prestigio— ha reducido su frecuencia, sin llevar a cero sin embargo, esa posibilidad. Los cálculos, además, pueden volver a formarse si encuentran en la vía biliar condiciones apropiadas para ello y esas condiciones pueden quedar después de la operación o crearse —hecho sobre el que no siempre se insiste— como evolución de lesiones residuales, sean éstas imputables sólo a las secuelas dejadas por la litiasis y/o al agregado que crean las maniobras quirúrgicas necesarias para su extracción.

El capítulo de las lesiones residuales que comprometen fundamentalmente el colédoco terminal, merece particular atención. El balance lesional al final de la operación no da otra seguridad —relativa por otra parte— del estado canalicular y visceral que el presente en ese momento; pero no significa que procesos aún no obstructivos ni estenosantes, permanecerán como tales a lo largo del tiempo. Las reintervenciones muestran, aun en ausencia de cálculos residuales o neoformados, dilataciones coledocianas o estenosis bajas, generadoras de nuevos sufrimientos y perturbadoras de la circulación biliar, que no estaban presentes cuando la primera intervención y que en ausencia de toda litiasis —aunque favoreciendo netamente su recidiva— sólo pueden explicarse por evolución de aquellas lesiones hacia la fibrosis ulterior. Vale decir, que la vacuidad y permeabilidad de la vía principal, comprobada después de la extracción de los cálculos, no significa necesariamente siempre, ausencia de lesiones, ni tampoco presencia sólo de procesos con potencial evolutivo agotado hacia la fibrosis y esclerosis.

En los cálculos enclavados en el colédoco bajo o en la ampolla, a la coledocitis determinada por la impactación calculosa, de grado variable de un caso a otro, se añade la coledocitis traumática imputable a las maniobras de extracción, también variable de un caso a otro, que puede alcanzar su grado máximo cuando ante la dificultad de desenclavamiento, se multiplican las maniobras endocanaliculares a través de la coledocotomía supraduodenal, en vez de recurrir —así lo creemos nosotros— oportunamente a la vía baja transduodenopapilar que puede facilitar enormemente la extracción de los cálculos. La laceración coledociana resultante puede ser muy grande y la permeabilidad canalicular a la exploración instrumental o radiológica, comprobada al final de la operación, no aseguran contra la estenosis coledociana ulterior que aparecerá más o menos rápidamente, como evolución natural de las lesiones residuales peroperatorias.

Como cuestión de hecho, bajo el rótulo “litiasis coledociana” se inscriben casos que suponen, además de grandes diferencias del estado general, una verdadera miscelánea lesional, tanto en lo que se refiere a número, tamaño, aspecto, disposición y topografía de los cálculos, como en lo que tiene relación con las lesiones canaliculares y viscerales vecinas (especialmente vesiculares, hepáticas y pancreáticas) que han precedido, acompañado y seguido a la litiasis, muchas de ellas seguramente determinadas o agravadas por la propia litiasis. La variedad de situaciones que enfrenta el cirujano es muy grande como para pensar que, en todas ellas, un mismo procedimiento aplicado a todos los casos asegurará la permanente permeabilidad canalicular manteniendo inalterable el curso de la bilis y poniendo al abrigo de ulteriores secuelas. Creemos razonable, por el contrario, admitir con gran eclecticismo en la elección de los métodos terapéuticos. Lo importante es establecer, para cada caso en particular, qué modo de tratamiento conviene, tomando en cuenta una serie de factores de orden local, regional y general, variables en grado mayor o menor de un enfermo a otro. A continuación exponemos algunos conceptos al respecto, conjuntamente con impresiones recogidas en una reciente visita a clínicas quirúrgicas italianas.

No tenemos experiencia en la COLEDOCOTOMÍA llamada IDEAL (cierre del colédoco después de extracción calculosa seguida de dren subhepático y dren aspirativo junto a la sutura). Stefanini, que opera con colangioscopia televisada, la practica en el 14% de los casos, exigiéndose para ejecutarla una serie de condiciones indispensables raramente encontradas en la práctica y cuya inobservancia puede llevar a desastres. Se exige en efecto: a) una bilis coledociana aséptica; b) una vía biliar absolutamente libre, es decir, vacía y permeable (ausencia de cálculos residuales y ausencia de obstáculo bajo); c) cierre hermético del colédoco. Stefanini atribuye gran importancia a la técnica de coledocotomía y a la de su cierre. Hace siempre coledocotomía transversal, a la que reconoce las ventajas de respetar al máximo la circulación arterial coledociana y no exponer a la estenosis postsutura y cierre en dos planos: el primer plano en una sutura continua a puntos muy cercanos que

evierte 1 mm. de la pared coledociana; el segundo plano se realiza sobre la pared evertida, ambos con seda 0000. Las dos suturas son solidarizadas en sus extremos (inicio y fin), protegiéndoselas con el peritoneo del ligamento hepatoduodenal.

El DRENAJE EXTERNO es el procedimiento en el que hay mayor experiencia y que en nuestro medio ha sido considerado por la casi totalidad de los cirujanos como el método a emplear habitualmente en los casos de litiasis coledociana. Sus ventajas son conocidas de todos y parece obvio siquiera mencionarlas. Es innegable que ha dado sus pruebas y seguimos pensando que la mayoría de estas intervenciones deben terminarse con un tubo de Kehr.

Necesita una técnica precisa, sobre cuyos detalles creemos que es necesario seguir insistiendo, ya que su inobservancia puede llevar y ha llevado a fracasos grandes del procedimiento. Tienen importancia, entre otros factores, la topografía y dirección de la coledocotomía, el sitio donde se coloca el tubo, la manera como se lo dispone dentro del canal, la adecuación de su tamaño y consistencia al calibre y paredes del colédoco, el cierre cuidadoso y hermético de la coledocotomía alrededor de él. El mantenimiento del paciente en perfecto equilibrio general y electrolítico, así como los cuidados de ese estado en los días que siguen a la intervención, son absolutamente fundamentales en los pacientes con un drenaje externo.

Se le señala un pasivo que muchos subestiman, pero que algunos cirujanos consideran de relieve: pérdida biliar de los primeros días, inevitable y no siempre controlable, a menudo muy mal tolerada por pacientes de edad, o con estado general precario, o fuertemente icterícos, pérdida no siempre fácilmente compensable; desplazamientos, acodaduras, estenosis cicatrizal, coledocitis por cuerpo extraño, acción favorecedora de precipitaciones calculosas si debe permanecer mucho tiempo. Es posible que algunas de estas complicaciones sean imputables, no al tubo, sino a la manera cómo se le ha colocado: coledocotomías oblicuas, lesión extensa y profunda del colédoco cuando su incisión, inadecuación entre el estado de la pared coledociana y el calibre y la consistencia del tubo. Es verdad que todos hemos visto colédocos que han soportado durante mucho tiempo, mismo años, un tubo de Kehr. Algunas reintervenciones precoces llevan a pensar que no siempre las cosas sucederán así, lo que le hace afirmar a Calzolari, entre otros, que ciertos colédocos no pueden tolerar un tiempo prolongado el tubo de drenaje, aunque la técnica de su colocación haya sido correcta, tanto en lo que se refiere a la coledocotomía en sí, como a la exacta adecuación del tubo a las condiciones del canal.

La inflamación del tejido celular subperitoneal, que forma una delicada vaina alrededor del pedículo, inflamación determinada por el tubo y especialmente por el rezumamiento de bilis a lo largo de la sutura coledociana, no siempre hermética, es en nuestra opinión, factor importante en la patología regional subsiguiente, determinando una fibrosis peripedicular, a veces extrema, como lo evidencian algunas reintervenciones.

Muchos cirujanos creen que no actúa sobre el colédoco dilatado —lesión a menudo irreversible por alteraciones parietales coledocianas definitivas— ni sobre coledocitis, odditis o pancreatitis que han superado la etapa edematosa y cuya evolución a la esclerosis consecutiva parece cierta e inexorable.

En el norte de Italia, la escuela de Dogliotti, en Turín, permanece absolutamente fiel al tubo de Kehr, cuya rama inferior hacen pasar al duodeno a través de la papila, asegurándose con una duodenotomía mínima hecha sobre el extremo palpable de la rama inferior del tubo, que ésta pasa efectivamente al duodeno y que su pasaje a través de la papila es amplio, sin estrecheces ni obstrucción por el calibre de la rama inferior o por enrollamiento de la misma. En caso de pasaje estrecho hacen una papilotomía mínima que asegure pasaje fácil y buen calibre de la papila. El desprestigio del dren transduodenopapilar es para ellos consecuencia de no asegurar la ausencia de obstrucción a nivel de la papila, por cualquiera de las causas mencionadas. En Roma, en cambio, Valdoni y Stefanini han abandonado —lo mismo que Battezzati, en Génova— el tubo de Kehr. Stefanini lo hacía hasta hace pocos años sólo en el 7% de sus casos (casos de gran infección o de mal estado general, aunque en estos últimos casos prefiere la hepaticoyeyunostomía). Sostienen en términos generales, que si el cirujano ha dejado una vía biliar sin cálculos y sin obstáculo bajo, el tubo es innecesario. Si quedan cálculos residuales o si persiste un obstáculo en el colédoco terminal, el tubo es insuficiente y no pone al abrigo de una reintervención.

El DRENAJE INTERNO se hace por esfinterotomía o por anastomosis biliodigestiva. Esta última ha conocido, bajo el impulso de las escuelas alemana e italiana, gran popularidad (Alessandri y Valdoni, en Italia). Ha recibido en 1960 (Congreso del International College of Surgeons) la encendida defensa de Rathcke, que ha presentado 450 coledocoduodenostomías (C.D.) con una mortalidad inferior al 5% y 80% de curaciones o marcada mejoría, practicada con las siguientes indicaciones: mucus o arenilla en el colédoco; cálculos numerosos en un colédoco dilatado; no seguridad de ausencia total de cálculos; cálculos en el hepático o duda de que existan; estenosis papilar; estenosis papilar por pancreatitis crónica; compresión coledociana por el páncreas; colangitis con colédoco dilatado; estenosis; recidivas de litiasis. La llave del éxito de la C.D. radica en la amplitud de la neoboca y en la permanencia de su correcta permeabilidad; los fracasos son por insuficiencia de la misma. La colangitis de reflujo es extremadamente rara (según Rathcke) y el reflujo no tiene ningún valor si la anastomosis, siendo amplia, consiente en la posición erecta un fácil deflujo (hecho sobre el que también insiste Stefanini, poco partidario sin embargo de la C.D.). No ha tenido complicaciones pancreáticas y para él, el fondo de saco subanastomótico carece de importancia, no sólo con papila permeable, sino aun con estenosis papilar; con neoboca amplia, aun la presencia de cálculos puede soportarse años en ese fondo de saco. Mallet-Guy, en cambio, cree que

debe asegurarse la permeabilidad papilar, haciendo una esfinterotomía, si es necesario, toda vez que se practica una C.D.

Stefanini (lo mismo que Arianoff) piensa, como lo hemos señalado también nosotros en trabajos anteriores, que la variedad de causas de obstáculo coledociano bajo, obliga a ser ecléctico frente a la multiplicidad de situaciones: lesiones papilares (funcionales, orgánicas), lesiones coledocianas, lesiones pancreáticas, lesiones asociadas. Valdoni, desde hace algunos años, hace esfinterotomía sobre la base de indicaciones precisas. Stefanini en el 55% de los casos hace papilotomía con cierre del colédoco y sin ningún drenaje externo, y en 19% papilotomía con extracción de cálculos por vía transcística, sin coledocotomía. En 4% de los casos hace anastomosis biliodigestiva, prefiriendo una hepaticoyeyunostomía terminolateral (hepático común o hepático derecho) a la C.D.

Sciacca piensa que, excepción hecha de los casos de groseras lesiones anatómicas (coledocitis y papiloodditis severas con grandes reacciones conjuntivas o de pancreatitis crónicas cefálicas bajas o de formas de asociación variable), en la gran mayoría de los casos de obstáculo bajo, la enfermedad está localizada al "ápex papilar" con disminución consecutiva del calibre del "poro papilar" (la "fimosiis" de ciertos autores). La estenosis del poro papilar sería el primer motor, la "llave de bóveda", capaz de explicar la mayor parte de las lesiones que atacan el complejo biliopancreático por precisamente o como consecuencia del obstáculo en el ápex papilar, que es la causa de una hipertensión biliar concomitante de la litiasis coledociana, de angiocolitis y coledocitis que favorecen cuando no son la causa de una pancreatitis aguda y están en la base de numerosas pancreatitis crónicas, de discinesias hipertónicas y de varios trastornos duodenales y de insuficiencia digestiva. Es en consecuencia un gran esfinteromizador (90% de los casos) en la litiasis coledociana en general, a la que asocia, sin embargo, una C.D. (transversal laterolateral en un solo plano) en los casos de: dilatación de la vía principal, lesiones inflamatorias extensas, sobre todo terminales, y en casos de participación marcada de una pancreatitis cefálica baja. En estas tres situaciones considera que la indicación de derivación biliodigestiva es absoluta.

Los esfinterotomizadores agrupan las indicaciones en tres categorías: 1) De NECESIDAD: cálculo enclavado en el Vater; puede serlo en los cálculos supraampulares: a) cuando sea único; b) si son múltiples, siempre que no sea o sean extraíbles por vía alta (Trivellini). 2) De PRINCIPIO (Castrini) o de SEGURIDAD (Trivellini, Sciacca) en: ausencia de obstáculo bajo para asegurar un drenaje biliar eficiente que ponga al abrigo de: recidiva litiásica, litiasis residual (cálculos múltiples), angiocolitis, pancreatitis crónica o recidivante. 3) RELATIVA (Castrini) o de ELECCIÓN (Trivellini): casos de obstrucción funcional y orgánica terminal: estenosis papilar, enfermedad de del Valle o esclerosis de la papila, hipertonía, espasmo, drenaje declive de un fondo de saco ciego subanastomótico de una C.D. La operación tendría por objeto obrar lo más directamente posible sobre la obstrucción terminal. Como cues-

tión de hecho, en general, la esfinterotomía no es nunca una sección completa del esfínter propio del colédoco; habitualmente se secciona el esfínter común y más o menos extensamente, el coledociano.

Además de la DIVULSIÓN, que Malan hace con dilatadores por vía endocolodociana y que Marcozzi practica por vía transduodenal, deben distinguirse (Stefanini): a) La PAPILOTOMÍA, sección de 5 mm. de extensión, interesando sólo el esfínter común. b) La PAPILOTOMÍA cuando lo anterior se completa con sutura de las mucosas duodenal y coledociana. c) La ESFINTEROTOMÍA (baja o intraduodenal, o dosada o electiva; Sciacca), sección en una extensión de 10 a 12 mm., interesando el esfínter común y una parte del coledociano, pero respetando la integridad de la pared duodenal; es siempre una esfinterotomía parcial (la más comúnmente practicada); el significado funcional depende en buena parte de la magnitud, variable de un caso a otro, del esfínter no seccionado. d) La ESFINTEROTOMÍA EXTENSA O AMPLIA (total; Sciacca) que busca seccionar todo el esfínter, lo que obliga a seccionar la pared muscular duodenal y hacer luego una cuidadosa sutura coledocoduodenal (muy poco usada; se le señalan riesgos y complicaciones). Esta operación es una verdadera C.D. interna, que condiciona realmente un drenaje biliar permanente, sacrificando definitivamente la función protectora y dinámica del Oddi. Es considerada operación de excepción. e) La ESFINTEROPLASTIA de Goïnard, resección cuneiforme de pared anterior de papila y del colédoco, con sutura cuidadosa de ambas mucosas. Debe evitarse perforar el duodeno atrás, no penetrando en páncreas. Es, en consecuencia, una sección no completa del esfínter propio del colédoco, que en general no es practicada en los centros quirúrgicos italianos. La mayoría de los cirujanos partidarios de la esfinterotomía baja o intraduodenal, suturan cuidadosamente las mucosas duodenal y coledociana (material reabsorbible), reconociéndole a esta sutura varias ventajas: hemostasis de superficie de sección, epitelización de la misma, profilaxis de la retracción cicatrizal. Se aconseja mantener cateterizado el Wirsung durante la sutura para evitar todo posible cierre del orificio correspondiente.

La conducta postesfinterotomía varía según los cirujanos: cierre de la coledocotomía (Valdoni, Stefanini), tubo de Kehr (escuela de Dogliotti), tubo transpapilar a la Cattel (Malan, Guglielmini), tubo a la Dogliotti (cuando colédoco muy enfermo), a la Voelcker o a la Voelcker invertido (transcístico papilar), Sciacca. Este autor es el campeón en Italia del dren transpapilar, que emplea en el 75% de las esfinterotomías, reconociéndole las siguientes ventajas: a) asegura el flujo biliar; b) provee de un sostén interno temporario, sobre el que se modela el colédoco terminal hasta la estabilización definitiva del proceso de reacción y reparación; c) hace un calibrado postoperatorio prolongado; d) hace una divulsión crónica o lenta en las discinesias hipertónicas; e) se puede controlar radiológicamente toda la vía biliar (merced a un pequeño túnel que hace practicar en la pared misma del tubo de drenaje); f) se le puede retirar con facilidad (generalmente a los 30 días) evitándose los traumas, no siempre inofensivos, que se ven a veces al

retirar el tubo de Kehr. Malan le hace un orificio a la rama transpapilar frente al orificio wirsungiano y vigilancia postoperatoria de lipasa y amilasa, haciendo trasylol a la menor elevación; lo deja como mínimo tres semanas. Guglielmini, que controla por duodenotomía el cómodo pasaje transpapilar, fenestra ampliamente la rama inferior.

Las indicaciones que buscan evitar la recidiva de la litiasis o de trastornos, asegurando un tránsito biliar fácil y duradero, plantean otro problema que ha suscitado una serie de trabajos muy interesantes, entre ellos los de la escuela de Marcozzi: ¿es la esfinterotomía una operación que asegure un drenaje biliar permanente? Parecería que a menos de una esfinterotomía total seguida de C.D. interna, la contestación debería ser negativa. Y los estudios funcionales postoperatorios confirman este aserto, sobre el cual Caroli ha alertado a los cirujanos. Según Stalport y Wiechno, que dejan regularmente un Kehr coledociano, a la normalización de la presión biliar obtenida con la sección, sucede en horas una fase de hipertensión transitoria atribuible al edema; luego una fase de actividad paradójica, en que la morfina causa hipotensión endocanalicular con fase de retorno al funcionamiento normal en un plazo no mayor de dos meses. La escuela de Marcozzi ha observado siempre un retorno del tonus esfinteriano dentro de los cincuenta días, resultando siempre transitoria la inactivación esfinteriana, lo que explican por la acción vicariante del anillo muscular residual y también en relación con el estado de la papila y el colédoco terminal preexistente a la intervención: en papilodditis difusas crónicas, evolucionadas, con marcado proceso escleroso, la esfinterotomía es insuficiente; prefieren una C.D. La transitoriedad del efecto de drenaje de la esfinterotomía, lleva a Castrini a pensar que es obligatorio rever muchas de las indicaciones de elección.

El procedimiento tiene complicaciones y mortalidad (1 a 7%): pancreatitis aguda (11%), hemorragia, fístula, estenosis duodenal, angiocolitis. El Congreso de Lyon (junio de 1965), presidido por Mallet-Guy, ha insistido sobre ellas, señalándose que los autores que usan para el diagnóstico de la estenosis papilar la manometría, la debimetría y la radiocinematografía peroperatorias, tienen la más extensa casuística de esfinterotomías (con 50% de indicación electiva). En tanto que los cirujanos alemanes, que sólo admiten la esclerosis si no pasa fácilmente una sonda semirrígida de 3 mm. de diámetro, tienen muy pocos casos con esta indicación. En la dilatación avanzada del colédoco se ha considerado casi unánimemente a la esfinterotomía como incapaz de frenar su evolución. La mayoría se pronunció en esos casos en favor de la C.D.

En el mencionado Congreso se ha notado una tendencia a evitar la coledocotomía introduciendo la sonda a través del muñón cístico. Los autores franceses no suturan las mucosas coledociana y duodenal. Si se sutura, se aconseja material reabsorbible y referencia obligatoria del Wirsung. Se ha reconocido como una de las ventajas de la esfinterotomía, el poder cerrar el colédoco sin recurrir al Kehr, que se le reserva para cuando hay un componente colangítico. Trivellini insiste

(en Milán) en la observancia estricta de la conclusión a la que se llegó en el Congreso de Lyon: "necesidad de indicación restringida de la esfinterotomía". Ha vuelto, en muchas indicaciones en que la practicó, a la C.D. que hacía inicialmente.

En la DILATACIÓN COLEDOCIANA la inmensa mayoría de los cirujanos hace C.D. o colédoco o hepaticoyeyunostomía, asociada o no a una esfinterotomía. Malan utiliza un Kehr más grueso que los comúnmente usados, que deja más tiempo. Si fracasa reiteradamente: coledocoyeyunostomía. La escuela de Dogliotti hace esfinterotomía y Kehr con rama transpapilar.

La C.D., que viera reducido su campo después de un largo período de verdadero esplendor, recupera su prestigio y ve ensanchar nuevamente sus indicaciones. Valdoni sigue siendo el campeón, aunque practica en ciertos casos la esfinterotomía. Stefanini hace colédoco o hepaticoyeyunostomía (en este caso a 15 cm. del Oddi) en Y de Roux, transmesocolónica, en los casos de: colédoco muy dilatado, estenosis coledociana baja, recidiva litiásica, pancreatitis cefálica y fracasos de papilostomía y C.D.

Marcozzi la practica en recidivas, reintervenciones, fracasos de papilotomía y estenosis coledociana extensa. Deja un tubo nasal o bucal muy fenestrado, que vía duodenoanastomosis va al colédoco, durante ocho a nueve días para impedir distensión coledociana y gástrica. Sciacca, gran esfinterotomizador, hace C.D. asociada o no a esfinterotomía (según presencia o ausencia de estenosis papilar) en: colédoco muy dilatado, en lesiones inflamatorias terminales extensas, en pancreatitis cefálica baja acentuada, en estasis biliar hipotónica con estenosis insuficiencia o con estenosis incontinencia, en discinesias hipotónicas con grueso colédoco y en las formas mixtas donde estén presentes los elementos citados.

Finalmente, en las pancreatitis crónicas (P.C.) cefálicas, muchos cirujanos hacen C.D. Stefanini, en las P.C. cefálicas bajas hace papilotomía y a veces esfinterotomía wirsungiana sin drenaje; si la P.C. es muy extendida hace hepaticoyeyunostomía a 15 cm. del Oddi. Biancalana (Turín) hace esfinterotomía en ciertos casos, y si no, trata de descubrir el Wirsung dilatado por punción, busca la papila por vía retrógrada, incinde el Wirsung y hace gastrowirsungostomía. Sciacca señala la frecuente asociación de P.C. cefálicas bajas con papiloodditis. Si hay una papiloodditis, considera la esfinterotomía como una necesidad casi absoluta, pero el problema radica en hasta qué punto debe practicársela sola o asociada a una C.D., que es el tratamiento de elección de la P.C. extendida a toda la cabeza y como tratamiento aislado. La participación pancreática exige mayor amplitud de la esfinterotomía y sobre todo un drenaje transpapilar prolongado como profilaxis de la estenosis, dada la tendencia fuertemente esclerosa que se encuentra en estos casos. La cicatrización calibrada sobre tutor le ha hecho abandonar completamente las esfinteroplastias.

Cuanto más alta es la estenosis, hay menos indicación de esfinterotomía y más de derivación, pero llama la atención que aun en los casos de estenosis baja, si el colédoco está muy dilatado, la esfinterotomía sola no basta, ya que no asegura la ausencia de retención biliar (se establecería una estasis hipotónica con gran reflujo, sin seguridad de ausencia de retención). Hace en esos casos C.D.

En suma, la litiasis coledociana presenta una gran variedad de situaciones lesionales y de estado general, que no pueden ser resueltas con el mismo procedimiento operatorio en todos los casos. La seguridad de obtener una permanente permeabilidad canalicular postoperatoria, llave del éxito, exigirá adecuar en cada caso particular el tipo de tratamiento a emplear. El verdadero problema es establecer las correctas indicaciones de cada procedimiento operatorio.