

## Papilotomía \* \*\*

### Indicaciones

Dr. BOLIVAR DELGADO PEREIRA \*\*\*

La seccion de la papila es un procedimiento quirúrgico de gran valor, fundamentalmente terapéutico, y debe ser realizada siguiendo una indicación y técnica precisa para obtener los buenos resultados que habitualmente se obtienen.

Queremos referirnos en esta presentación solamente a sus indicaciones de acuerdo a la experiencia de la Clínica Quirúrgica "A", basada en el estudio de 63 papilotomías realizadas en estos diez últimos años, sobre un total de 1.525 operaciones sobre las vías biliares por litiasis (4 %), lo cual demuestra su frecuencia relativa en relación a otras estadísticas donde varía entre cifras tan dispares como 0,2 % (16) y 75 % (13).

La papilotomía la efectuamos por vía transduodenal, en una extensión de ½ a 1 cm., con lo cual se preserva el esfínter del colédoco inferior que impedirá el reflujo duodenobiliar.

Se señalan las indicaciones por las cuales fueron realizadas dichas papilotomías:

Estenosis papilar inflamatoria .....	37 (58%)
Litiasis vateriana enclavada	16
Estenosis de cálculo enclavado .....	6
Pancreatitis crónica .....	2
Exploración del Wirsung .	1
Hipertonía oddiana	1

La *estenosis papilar inflamatoria* en la etapa de irreversibilidad es la indicación más frecuente.

Raramente se alcanza el grado lesional descrito por Del Valle (9) como colédoco-odditis-esclero-retráctil.

Las lesiones predominan en la porción distal de la papila y una papilotomía de la extensión señalada es suficiente habitualmente. Cuando el proceso se extiende al colédoco inferior y páncreas configurando una papilocolodocitis estenosante con pancreatitis, la papilotomía no es suficiente para solucionarlo, no está indicada y se debe plantear en esos casos la coledocoduodenostomía. En esa circunstancia estaría solamente indicada asociada a la derivación biliodigestiva con la finalidad de liberar el poro papilar del Wirsung (7).

El diagnóstico de estenosis papilar inflamatoria lo efectuamos fundamentalmente por la exploración instrumental. Ante la imposibilidad de franquear la papila con exploradores de poco calibre (dilatador de Bakes de 3 mm.) recurrimos a la duodenotomía exploradora, procedimiento diagnóstico que nos corrobora el obstáculo papilar, su tipo y su causa. Este procedimiento nos parece de fundamental importancia y constituye el primer tiempo de la papilotomía. Si hemos realizado 63 papilotomías, hemos realizado muchas más duodenotomías exploradoras. Excepcionalmente y en circunstancias muy determinadas (edad avanzada, mal estado general, colédoco muy dilatado, etc.) frente a un obstáculo papilar supuestamente benigno (papilitis, cálculo) podemos plantear el desistir de la duodenopapilotomía y realizar una coledocoduodenostomía. Se ignora el diagnóstico preciso del obstáculo, pero se consigue con una operación sencilla asegurar al paciente un buen drenaje biliar interno.

\* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" del Prof. Abel Chifflet.

\*\* Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 2 de agosto de 1967.

\*\*\* Asistente de Clínica Quirúrgica.

No usamos manometría operatoria. La colangiografía nos parece por sí sola poco segura para hacer el diagnóstico.

Raramente se presenta una lesión como primitiva (3, 15); un solo caso en nuestra serie.

En general aparece acompañando a la patología biliar y fundamentalmente a la litiasis coledociana (2, 4, 6, 13, 14). En cambio con relativa frecuencia se la encuentra como única causa de sufrimiento en un síndrome postcolecistectomía (8') (8 casos).

Señalemos que el 61 % de nuestras observaciones se trataba de reintervenciones sobre las vías biliares y que la litiasis coledociana se hallaba presente en el 81 % de los casos.

Es evidente que esto influye en la frecuencia relativa de papilotomías. En aquellos medios en los cuales el tratamiento de la litiasis biliar se realiza en forma precoz y correcta, el porcentaje de frecuencia de esta afección y por tanto de papilotomías se reduce considerablemente.

Se señalan a continuación las lesiones halladas asociadas a la estenosis papilar inflamatoria:

Litiasis coledociana	16
Litiasis vesicular y coledociana . . . . .	11
Litiasis vesicular . . . . .	2
Litiasis coledociana y muñón cístico residual . . .	2
Muñón cístico residual . . .	1
L.V., L.C. y pancreatitis crónica . . . . .	1
Pancreatitis crónica . . . . .	1
Primitiva . . . . .	1
Unica lesión de recidiva .	8
Concomitancia con litiasis coledociana . . . . .	30 = 81%

La baja proporción de asociación con litiasis vesiculares puras se vería seguramente aumentada si se realizara exploración sistemática de la papila en esas circunstancias (17), lo cual nos parece abusivo. La pancreatitis crónica acompaña más frecuentemente a la estenosis de la papila de lo que consta en esta estadística. El error radica en la falta frecuente, en los protocolos operatorios, de datos acerca del estado del páncreas, que permitan evaluarla.

*El cálculo enclavado en la ampolla* es la segunda indicación en frecuencia (16 casos) y de indicación indiscutible (12).

Cuando con maniobras suaves no se logra desenclavarlo, creemos que la mejor forma de extraerlo y la que expone menos a complicaciones es la duodenopapilotomía. Esta está fundamentada además en la coexistencia con relativa frecuencia (6 casos) de estenosis papilar inflamatoria y cálculo enclavado.

Recordemos que muchas de las complicaciones atribuidas a la papilotomía, como por ejemplo las pancreatitis postoperatorias, son debidas a las maniobras instrumentales previas a ella y que fracasaron en la extracción de un cálculo enclavado (5, 8, 11). En estos casos habitualmente es suficiente una papilotomía mínima.

*En las pancreatitis*, la papilotomía ha sido definida sobre todo por la escuela americana con Doubilet y Mulholland (10), afirmando que en el 60 % son producidas por reflujo biliopancreático que la papilotomía haría desaparecer.

No tenemos mayor experiencia al respecto.

*El abordaje del poro papilar del Wirsung* por papilotomía con fines de exploración instrumental y radiológica en las pancreatitis crónicas, es una indicación muy poco frecuente en nuestro medio y sólo fue realizada en una oportunidad.

*En las hipertonías oddianas* la papilotomía no está indicada. Estos estados creemos que corresponden a una situación neurovegetativa especial o a una espina irritativa local (colecistitis, duodenitis, etc.) cuyo tratamiento los hace desaparecer (7). Un solo caso en nuestra serie, a nuestro entender mal indicado y de malos resultados alejados.

## RESUMEN

Se estudian las indicaciones de la papilotomía basadas en la experiencia de 63 observaciones recogidas en diez años. Una correcta indicación operatoria es la base de los buenos resultados alejados.

La estenosis papilar inflamatoria es la causa más común, frecuentemente hallada en reintervenciones sobre las vías biliares

y asociada a la litiasis coledociana. En segundo término, la litiasis enclavada en la ampolla (indicación táctica). Con mucha menor frecuencia las pancreatitis crónicas, la exploración del Wirsung y la hipertonia oddiana.

## RÉSUMÉ

On étudie les indications de la papillotomie basées sur l'expérience de 63 observations recueillies en 10 ans. Une correcte indication opératoire est à la base des bons résultats éloignés.

La sténose papillaire inflammatoire est la cause la plus commune, fréquemment rencontrée dans les réinterventions sur les voies biliaires et associée à la lithiase cholédocienne. En second lieu, la lithiase ancrée dans l'ampoule (indication tactique) avec beaucoup moins de fréquence les pancréatites chroniques, l'exploration du Wirsung et la hypertonie du sphincter de Oddi.

## SUMMARY

A survey is carried out of papillotomy on the basis of 63 cases treated throughout the last 10 years. A correct operative indication is the basis of satisfactory long-term results.

Inflammatory papillary stenosis is the most common causative factor, frequently met with in connection with repeated bilé-duct surgery and associated with common duct lithiasis, followed by gallstone impactation in the ampoule (tactical indication) and, far less frequently, by chronic pancreatitis, Wirsung's exploration and oddian hypertony.

## BIBLIOGRAFIA

- ARDAO, H. La vía transduodenal en el diagnóstico de las obstrucciones del colédoco. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 32: 6, 1961.
- BARRAYA, L., MINICONI, A. et OUSTRIC, J. D. Résultats éloignés de la papillosphinctéroplastie terminale mesursée. En: Albot, G. et Poilleux, F.: *Lithiase du Cholédoque. Actualités Hepato-Gastro-Entérologiques de l'Hôtel-Dieu*. Paris, Masson, 1960.
- CAROLÍ, J. *Les papillites icterigènes primitives*. Paris, Vigot Frères, 1950.
- CATELL, R., COLCOCK, B. P. and POLLACK, J. L. Stenosis of the Sphincter of Oddi. *N. Engl. Jour. Med.*, 256: 429, 1957.
- CLAVEL, C. Les pancréatites aigües post-opératoires. *Lyon Chir. Paris*, 50: 712, 1955.
- CHIARA, T. *Duodenotomías y papilotomías*. Tesis de Agregación. Montevideo, 1959. (Inédita.)
- DELGADO, B. *Las obstrucciones no neoplásicas de la papila duodenal*. Tesis de Doctorado. Montevideo, 1962. (Inédita.)
- DELGADO, B. y ZERBINO, V. Pancreatitis postoperatoria en la cirugía biliar. *Rev. Cir. Uruguay*, 35: 154, 1965.
- DELGADO, B. *Procesos que se pueden desconocer en el curso de la colecistectomía*. Jornadas Rioplatenses, Gastroenterología. Montevideo, 1964.
- DEL VALLE, D. y DONOVAN, R. D. Colédoco-odditis retráctil crónica. *Arch. Arg. Ap. Digest.*, 1: 605, 1926.
- DOUBILET, H. and MULHOLLAND, J. H. *The Surgical Treatment of Recurrent Acute Pancreatitis by endocholedochal Sphincterotomy*.
- LONGUET, Y. J. Sur les risques immédiats de la sphinctéromie oddienne. *Mém. Acad. Chir. Paris*, 84: 479, 1958.
- MALLET-GUY, P. et COLLENET, J. Calculs Enclavés de l'Ampoule de Vater. A propos de Treize observations personnelles. *Lyon Chir.*, 40: 37, 1945.
- PATEL, J., NARDI, C. et LATASTE, J. La chirurgie oddienne dans les cas d'affections biliaires non tumorales. *Arch. Mal. App. Digest.*, 48: 1025, 1959.
- ROUX, M., DEBRAY, CH., LECANNET, R. et LAUMONIER, R. *Pathologie Chirurgicale des Voies Biliaires Extra-Hépatiques*. Paris, Masson, 1961, pág. 191.
- SARLES, H. La papillite primitive, maladie bilio-pancréatique. *Arch. Mal. App. Digest.*, 40: 782, 1951.
- VELASCO SUÁREZ, C. Discusión de: Indicaciones y resultados de la papilotomía. *31º Congr. Argentino Cir.*, 2: 103, 1960.
- WANGENSTEEN, O. B. En discusión de Large, A. M.: Colecistitis y colelitiasis por regurgitación. *Ann. Cir.*, 2: 567, 1957.