

Resultados de la papilotomía * **

Dr. BOLIVAR DELGADO PEREIRA

En esta publicación nos referiremos a los resultados de la papilotomía realizada según las indicaciones ya señaladas en una publicación anterior (9).

El estudio se basa sobre 71 casos tratados en nuestra Clínica en los últimos diez años (serie "A") y 28 correspondientes a la clientela privada (Prof. A. Chifflet) (serie "B"). La comparación entre estas dos series es de gran interés por el hecho de su diferente procedencia y por haber sido intervenidos los pacientes de la serie "B" por el mismo cirujano, lo cual incide como veremos en los resultados.

RESULTADOS INMEDIATOS

A) Mortalidad.

La mortalidad por papilotomía es variable en las diferentes estadísticas consultadas (2, 4, 5, 7, 11, 12, 15, 16, 20, 23), pero oscila entre 0,6-7 %.

Esta cifra debe ser comparada con aquellas que se refieren a mortalidad en cirugía de la vía biliar principal y sobre todo en reintervenciones, puesto que como ya hemos señalado (9) la mayoría de nuestras papilotomías se realizaron en reintervenciones sobre las vías biliares. Es así que encontramos en la cirugía de la vía biliar principal una mortalidad que oscila entre 1-7 % (4, 13, 17, 26, 29, 30) y que llega en reintervenciones a 8,4-10,8 % en estadísticas de Hess (16) y Glenn (13) respectivamente.

En una revisión efectuada en nuestra Clínica (14) sobre 1.525 intervenciones por litiasis biliar se halló una mortalidad global del 2,1 %, que sube a 12,6 % en nuestra serie "A" de papilotomías.

La revisión efectuada y el estudio de nuestras observaciones nos permiten afirmar que la papilotomía aumenta la mortalidad de la cirugía de las vías biliares en un porcentaje variable con los diferentes autores [1 % (12), 3 % (4)] y que en nuestra serie "A" llega al 0,5 %.

De 71 pacientes papilotomizados de dicha serie, fallecieron 9 (12,6 %). Descartando 3 cuya causa de muerte fue una afección médica (2 infartos del miocardio y 1 infarto del pulmón) la mortalidad se reduce a 8,5 %.

La causa de muerte fue:

Fístula duodenal + absceso subfrénico	2
Fístula duodenal + pancreatitis aguda	1
Fístula duodenal	1
Fístula intestinal (colon y delgado) + peritonitis	1

La fístula duodenal sola o asociada es la causa más frecuente de muerte. En la serie "B" (28 casos) hubo un solo fallecido por afección urológica (uremia) no vinculada a su operación sobre vías biliares.

B) Complicaciones.

En la serie "A" 19 pacientes tuvieron complicaciones de importancia variable (26,8 %). De ellas señalamos:

1) *Fístula duodenal*: Es la complicación más frecuente (8 casos, 11,2 %) con una mortalidad del 50 %.

Hess (16) señala una frecuencia de 1,6 % con una mortalidad también del 50 %. Hay casi unanimidad de los autores en considerar que la causa más frecuente de esta complicación es un defecto de técnica en la realización o cierre de la duodenotomía (7, 10, 14, 16, 19, 23).

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

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

Sin embargo, creemos que cuando se ha producido en la liberación de adherencias un desgarramiento duodenal, lo que se fistuliza no es la duodenotomía sino la sutura del desgarramiento, tal como sucedió en alguna de nuestras observaciones.

De todas maneras señalemos su alta frecuencia en nuestra serie y su alta mortalidad.

2) *Pancreatitis aguda*: Es la segunda en frecuencia (5 casos, 7 %). En una publicación anterior (8) presentamos 14 observaciones de pancreatitis aguda postoperatoria de cirugía biliar, 4 de las cuales correspondían a pacientes papilotomizados y que figuran en esta serie. De ellas, 3 fueron formas graves y fallecieron 2 (40 %). Su frecuencia en otras estadísticas varía entre el 1,8-4,4 % (16, 28, 32), pero señalemos que hay series grandes de papilotomías sin fístulas duodenales ni pancreatitis agudas (19, 23, 26). Concuerdan en cambio los autores en su alta mortalidad (20-33 %) (8, 16, 22, 32).

Salvo error de técnica al efectuar la papiloplastia [ligadura del Wirsung (10)] su mayor causa desencadenante, más que la propia papilotomía, es el traumatismo operatorio que la precede o el uso de drenajes transpapilares asociados (7, 8).

Se señala, al igual que para la fístula duodenal, su alta mortalidad.

3) *Otras complicaciones*: a) *Hemobilia*: 2 casos. Uno de ellos asociado con hematemesis en una paciente tratada con anticoagulantes por una flebitis y debida probablemente a trastornos de la crisis sanguínea. Es poco frecuente la hemorragia postpapilotomía, pues habitualmente se realiza en papilas fibrosas que no sangran (7).

b) *Absceso subfrénico*: 3 casos. En dos de ellos coincidió con una fístula duodenal que seguramente fue su origen.

c) *Otras*: 2 fístulas biliares externas que cedieron rápidamente; 1 fístula de delgado y colon con peritonitis y muerte; 3 neumopatías agudas; 2 infartos del miocardio; 1 infarto del pulmón; 1 flebitis, etcétera.

En la serie "B" no se registró ninguna complicación de importancia.

RESULTADOS ALEJADOS

Serie "A".

Han sido controlados 23 pacientes (37 %). Los controles han sido fundamentalmente clínicos y en aquellos casos que presentaban sintomatología se recurrió a exámenes auxiliares (biligrafina, sondeo duodenal, duodenografía buscando reflujo, etcétera).

Los tiempos de control fueron:

Más de 6 meses	4
Más de 1 año	4
Más de 2 años	5
Más de 3 años	4
Más de 5 años	5
Más de 10 años	1

Los resultados se catalogaron así:

- MB: sin síntomas.
- B: síntomas leves que no requieren tratamiento.
- R: síntomas que requieren tratamiento médico.
- M: fracasos; necesidad de reintervención.

Los resultados obtenidos fueron: MB, 78,4 %; B, 8,7 %; R, 4,7 %; M, 8,7 %.

Los resultados favorables llegan al 87 % y coinciden con los de otros autores que señalan cifras de 53-92 % de buenos resultados (1, 2, 3, 6, 11, 12, 19, 20, 21, 23).

Dos malos resultados en pacientes que debieron ser reintervenidos y en los cuales se consideró que la papilotomía había sido mal indicada: una disquinesia duodenodiana que recidivó en forma de litiasis primitiva de colédoco (hilo de lino como núcleo calcuoso), pero con papila permeable; una estenosis extendida del colédoco inferior y papila en la cual se debió realizar secundariamente una colecoduodenotomía.

Un solo paciente presentó una angiolitiasis por reflujo duodenobiliar con empujes periódicos que mejoran con tratamiento médico. Fue catalogado como resultado regular.

Serie "B".

Fueron controlados 24 pacientes (de 28):

Hasta un año	2
1-3 años	1
3-5 años	11
5-10 años	9
Más de 10 años	1

Los resultados fueron en todos los casos excelentes.

Como hecho interesante no se registró ninguna litiasis residual del colédoco en las dos series controladas.

RESUMEN

El autor hace una revisión de los resultados inmediatos y alejados de la papilotomía y los compara con los de sus dos series de 71 y 28 casos respectivamente.

Muestra que la papilotomía aumenta la morbimortalidad de la cirugía de las vías biliares.

Señala que la fístula duodenal y la pancreatitis aguda son las complicaciones más frecuentes y más graves, siendo provocadas habitualmente por un error de técnica y táctica operatoria.

Los resultados alejados son excelentes, siendo la causa de los fracasos una mala indicación de la papilotomía.

RÉSUMÉ

L'auteur fait une révision des résultats immédiats et éloignés de la papillotomie et les compare avec ceux de ses deux séries de 71 et 28 cas respectivement.

Il montre que la papillotomie augmente la morbimortalité de la chirurgie des voies biliaires.

Il signale que la fistule duodénale et la pancréatite aiguë sont les complications les plus fréquentes et plus graves provoquées habituellement par une erreur de technique et tactique opératoires.

Les résultats éloignés sont excellents; la cause des échecs résidant en une mauvaise indication de la papillotomie.

SUMMARY

A survey is carried out of the immediate and long-term results of papillotomy, a comparison being made with two series of 71 and 28 cases, respectively.

It is shown that papillotomy increases the rate of complications and fatal outcomes in conjunction with bile duct surgery.

Duodenal fistula and acute pancreatitis are the most frequent and serious complications, usually resulting from an erroneous operative approach.

Long-term results are excellent, the cause of failures being imputable to undue indications for papillotomy.

BIBLIOGRAFIA

1. BARRAYA, M. M. L., MINICONI, D. et OUSTRIC, J. D. Papillo-sphincteroplastie mesurée, 69 résultats éloignés. Fermeture primitive du cholédoque. *Mém. Acad. Chir.*, 84: 799, 1958.
2. BARRAYA, M. M. L., MINICONI, D. et OUSTRIC, J. D. Indications techniques et résultats de la papillo-sphincteroplastie mesurée. *Arch. Mal. Appar. Dig.*, 48: 1161, 1959.
3. BOVE, P., RAMOS DE OLIVERA, M., BOVE, M. e GOULART DE FARIA, S. A papilotomia no tratamento dos processos inflamatórios da parte terminal do coledoco. Bases técnicas e indicações. *Centro Estudos B. Montenegro*, 21: 31, 1956, Sao Paulo.
4. CHAMPEAU, M. Lithiase du choledoque. *Actualités Hépatogastro-Entérologiques de L'Hotel-Dieu*. Masson, Paris, pág. 182, 1960.
5. CHRISTMANN, F. E. Indicações y resultados de la papilotomia. *Congreso Argentino de Cirugía*, 31: 87, 1960.
6. DAMICICO, I. e BUTNARU, M. Principiile tactica si tehnica sphincteromiei papilocolocociene. *Chirurgia Bucuresti*, 9: 777, 1960.
7. DELGADO, B. *La obstrucción no neoplásica de la papila duodenal*. Tesis de Doctorado, Montevideo. (Inédita.)
8. DELGADO, B. y ZERBINO, V. Pancreatitis postoperatoria de cirugía biliar. A propósito de 14 observaciones. *Rev. Cir. Uruguay*, 35: 154, 1965.
9. DELGADO, B. Indicações de la papilotomia. *Rev. Cir. Uruguay*. (En prensa.)
10. DELGADO, B. *Técnica de la papilotomia*. Curso para Graduados. Clínica Quirúrgica "A". Montevideo, 1966. (Inédita)
11. DEL VALLE, D., SÁNCHEZ ZINNY, J. y EGUÍA, O. Colédoco-odditis esclero-retráctil. *An. Cir.*, 10: 492, 1951.
12. DEL VALLE, D. Indicações y resultados de la papilotomia. *Congreso Argentino de Cirugía*, 31: 94, 1960.
13. GLENN, F. and HAYS, D. M. The causes of death following biliary tract surgery for nonmalignant disease. *Surg. Gynec. Obst.*, 94: 283, 1952.

14. GOINARD, P. Le sphincter d'Oddi dans la lithiase biliaire. *Algérie Médicale*, 61: 439, 1957.
15. GOINARD, P. et PELISSIER, J. Chirurgie de la lithiase cholécocienne sans drainage grâce à la sphincteroplastie total. *Mém. Acad. Chir.*, 84: 953, 1958.
16. HESS, W. *Enfermedades de las vías biliares y del páncreas*. Ed. Científico-Médica. Barcelona, 1963.
17. LASALA, A. J. Táctica quirúrgica en la litiasis del hepato-colédoco. Extracción de los cálculos encastillados en el colédoco terminal y en la papila. *Bol. Trab. Acad. Argentina Cir.*, 35: 485, 1951.
18. LASALA, A. J. Indicaciones y resultados de la papilotomía. *Congreso Argentino de Cirugía*, 31: 97, 1960.
19. LONGUET, Y. J. Sur les risques immédiats de la sphincterotomie oddienne. *Mém. Acad. Chir.*, 84: 479, 1958.
20. MALLET-GUY, P., FEROLDI, J. et MICEK, F. Maladie du sphincter d'Oddi. *Lyon Chir.*, 45: 181, 1950.
21. MALLET-GUY, P., COURTIER, G., JACQUEMET, C. et CHAIB, S. Enquête sur les résultats fonctionnelles éloignés des papillotomies et sphincterotomies trans-duodénales en chirurgie biliaire. *Lyon Chir.*, 55: 523, 1959.
22. MOUCHET, A., MARQUAND, J., CAMEY, M. et GARCIN, J. P. Pancréatites aiguës compliquent la chirurgie du cholédoque et le drainage transpapillaire. *Mém. Acad. Chir.*, 84: 390, 1958.
23. PATEL, J., NARDI, C. et LATASTE, J. La chirurgie oddienne dans les cas d'affections biliaires non tumorales. *Arch. Mal. Appar. Digest.*, 48: 1025, 1959.
24. PIÑEYRO, J. *Resultados malos en 1.525 operaciones*. Curso para Graduados sobre litiasis biliar. Clínica Quirúrgica "A". Montevideo, 1967. (Inédito.)
25. PRAT, D. Sobre cirugía biliar. *Día Médico Uruguayo*, 340: 3365, 1961.
26. ROUX, M. et RETTORI, R. Technique de la sphincterotomie oddienne. *J. Chir.*, 72: 769, 1956.
27. ROUX, M., DEBRAY, CH., LECANNET, R. et LAUMONIER, R. *Pathologie Chirurgicale des Voies Biliaires Extra-Hépatiques*. Masson, Paris, 1961, pág. 191.
28. SÁNCHEZ ZINNY, C. y FIGUEROA M. Pancreatitis aguda grave postoperatoria en cirugía del colédoco inferior y papila. *Soc. Cir. Buenos Aires*, 45: 623, 1962.
29. SOUPAULT, R. Suture primitive du cholédoque sous drainage temporaire par sonde gastro-duodéno-cholécocienne. *Mém. Acad. Chir.*, 81: 207, 1955.
30. STERLING, J. A. *The Biliary Tract*. The Williams and Wilkins Company, 1955.
31. VELASCO SUÁREZ, C. La litiasis residual del hepatocolédoco. *Bol. Trab. Acad. Cir. Buenos Aires*, 33: 480, 1949.
32. WALTERS, W., TAMA, L. y MARGISANO, J. Pancreatitis hemorrágicas y necrosis aguda asociadas con esfinterotomía. *Cl. Quir. Norte América*, pág. 979, agosto 1961.

DISCUSION

Dr. Varela López: El Dr. Delgado ha trabajado en el tema que ha expuesto hoy desde hace mucho tiempo, lo cual es una garantía de seriedad.

Recuerdo que en el año 1960 hicimos con él el control cinematográfico y manométrico de algunas pretendidas esfinterotomías. Parecería que la experiencia recogida en aquellos estudios y probablemente en otros que se siguieron después, en los que ya no participamos, llevaron a la conclusión de que la esfinterotomía, es decir, la sección total del esfínter de Oddi, incluyendo el esfínter propio del colédoco, no es una técnica muy factible, más habiendo otras más fáciles, más seguras y menos riesgosas.

La papilotomía, es decir, la sección de la porción submucosa del trayecto común canalicular biliopancreático, es una operación relativamente sencilla.

Además, quería subrayar de lo que dijo el Dr. Delgado lo referente al método de exploración para poder decir si está indicada o no una papilotomía. Yo creo que la colangiografía intraoperatoria aun como se realiza en nuestro medio, puede dar datos más seguros que la exploración instrumental. Y con esto no quiero oponer colangiografía a exploración instrumental, creo que hay que hacer las dos cosas, pero creo que lo primero que hay que hacer es la colangiografía, porque si se hace una colangiografía después de una exploración instrumental, la zona que se quiere estudiar está traumatizada y aparecen, y son ya bien conocidas, imágenes radiológicas de muy difícil interpretación que han sido creadas por la exploración.

Nosotros estamos atrasados en materia de exploración radiológica intraoperatoria de la vía biliar, y cuando en otros medios se está haciendo colangiografía con control televisado como rutina, nosotros seguimos con la colangiografía hecha a ciegas. Sin embargo, lo que da seguridad grande en este estudio es la colangiografía bajo control televisado y manométrico, ya que nos permite saber bajo qué presiones se están sacando las placas, y más que nada estar seguros de que no se crean artificios en el colédoco terminal por hiperpresiones realizadas en la vía biliar. Todos conocemos casos de supuestas papilitis que no son más que espasmos provocados por una hiperpresión.

Dr. Piquinela: Yo creo Sr. Presidente que esta es una de las comunicaciones más importantes que se han traído a la Sociedad de Cirugía; entre muchas razones hay por lo menos por dos: porque a través del comunicante se expresa la experiencia de un conjunto de cirujanos de mucho prestigio en el ambiente, y en segundo lugar porque en nuestro país una estadística de 63 casos de una misma intervención realizada por un mismo grupo quirúrgico es indiscutiblemente importante.

Yo tuve oportunidad de visitar el año pasado centros quirúrgicos donde se hace mucha esfinterotomía, y los encontré, especialmente

en el norte de Italia, muy influenciados por las conclusiones a las cuales había llegado el Congreso que se celebró en junio de 1965 en Lyon, bajo la presidencia de Mallet-Guy, hombre muy entusiasta por la esfinterotomía; Congreso en el cual, entre otras cosas, se llegó a dos conclusiones muy interesantes respecto a lo que hemos oído, no solamente del comunicante, sino también de los colegas que me han precedido en el uso de la palabra.

Los cirujanos que se basan en datos colangiográficos, debimétricos y manométricos, para hacer la esfinterotomía encuentran un porcentaje de indicaciones de la misma, mucho mayor que aquellos que se basan en la exploración instrumental. Se destacó el criterio alemán cuyos defensores plantearon en Lyon la esfinterotomía, cuando una sonda semirrígida de 3 mm. de diámetro no pasa, o no pasa fácilmente a través de la papila. Con esta opinión coincide el comunicante.

La conclusión de ese Congreso está también de acuerdo con la comunicación, porque la esfinterotomía debe ser una operación de indicación restringida; evidentemente 63 en 1.500 indica que el grupo quirúrgico que está transmitiendo su experiencia hoy, hace de la esfinterotomía una operación de indicación restringida en cirugía biliar.

En los centros donde se hace más esfinterotomía, yo le diré al Dr. Delgado que la vi hacer con tres indicaciones, a dos de las cuales él se ha referido. Una, la indicación de necesidad, es decir, el cálculo enclavado en la ampolla de Vater, indicación que ellos extendían al cálculo supravateriano, que muy a menudo asienta en un divertículo paracoledociano; y algo a lo que también se refirió el Dr. Delgado, entrando en esta indicación los cálculos enclavados en la parte baja del colédoco que no insisten mucho en sacarlo por vía endocanalicular a través de una coledocotomía supraduodenal; si no sale fácilmente recurren a la vía transduodenal con papilotomía. Criterio que siempre hemos seguido.

La segunda indicación es la que ellos llaman de elección, y que corresponde a los procesos estenosantes estrictamente papilares. Hay una tercera indicación muy interesante y muy discutible, que en Roma la vi hacer en dos servicios con mucha dedicación y que es la indicación que ellos llaman de seguridad, es decir, la esfinterotomía para mantener un drenaje interno permanente y evitar de esa manera el tubo de Kehr, que en Roma por lo menos la mayoría de los cirujanos parece poco menos que abominar de él. Hacen coledocotomía o no la hacen, y si la hacen la cierran con la protección de una esfinterotomía. Esta indicación de seguridad ha planteado un problema que están estudiando en el momento actual; le señalo ese aspecto al comunicante, si me lo permite, hasta qué punto una esfinterotomía asegura un drenaje perfecto y permanente. Los estudios que se han hecho —hay algunos muy interesantes de la Clínica Semiológica Romana que dirige el Prof. Marozzi— están mostrando que la esfinterotomía, tal cual la hace el comunicante, y tal cual la hacen la mayoría de los que hacen esfinterotomía en

este momento, tiene un efecto de drenaje transitorio; entre dos semanas y dos meses el esfínter retoma su tonicidad, y ese efecto de drenaje que se quería obtener para asegurar la evacuación de la vía biliar —por ejemplo, las indicaciones que yo les vi hacer en una litiasis de colédoco, en una recidiva, en una angiocolitis, a veces en una pancreatitis—, puede perder su efecto poco tiempo después de la esfinterotomía. Vi al Prof. Stefanini, quien opera con colangiografía televisada y no hace manometría, defender la esfinterotomía en el 55 % de sus intervenciones de litiasis coledociana, y vi a Sciacca, que es un cirujano especializado en esta cirugía, ir todavía más lejos y defenderla en un porcentaje superior al 80 % de los casos, dejando después de la operación no un tubo de Kehr, sino un drenaje transpapilar a la manera de Voelcker.

Otro punto, y para terminar, muy interesante, y que yo me permito sugerirle al comunicante que lo estudie para que nos dé pronto el placer de volverlo a escuchar, es la asociación de la esfinterotomía con la coledocoduodenostomía. Es un aspecto que él trató al pasar ya que desde luego no era el objeto de su comunicación y que también es motivo de estudio; hay esfinterotomizadores en Roma que consideran esta asociación obligatoria en tres situaciones: en el colédoco dilatado, en los procesos papilares que se extienden al colédoco terminal y en las pancreatitis crónicas cefálicas.

Dr. Del Campo: Yo vengo de un Curso de Graduados donde se trató este tema, y hasta prácticamente nos sometieron a examen. El ambiente que reina aquí es un ambiente agradable, sacando dos indicaciones que nadie las discute, es decir, el cálculo en la ampolla de Vater y la estenosis secundaria, de las cuales yo tengo un solo caso después de seiscientos y pico de operaciones particulares, es decir, de aquellas personas que puedo decir cómo han marchado desde que fueron operadas hasta ahora.

Sacando esos casos se entra en un terreno discutible, y en ciertos medios se entra en un terreno pasional, habiendo oddófilos y oddófogos. Entre oddófilos y oddófogos hay una separación tan grande, que hablar de situaciones intermedias y pensar en el dicho antiguo de que en el medio está la virtud, no cabe.

He oído con mucho gusto las cosas que se dijeron, y todas tienen su parte de verdad. El Dr. Gosco Montaldo que se ha alimentado del Oddi durante mucho tiempo, ha hecho una teoría del Oddi, no sé si exclusiva o no, pero en general es un defensor del Oddi, es un oddófilo. Aquí no creo que halla oddófogos, pero hay que analizarlo en otras situaciones. Yo la hago, no les digo la papilotomía, la esfinterotomía, y cuando hablo de la esfinterotomía hablo de la esfinterotomía baja y de la esfinterotomía alta. Creo que una esfinterotomía no está bien hecha hasta que una pinza, entrada por debajo, se mueve libremente dentro del colédoco. De manera que es el mismo dato el que uno tiene durante el acto operatorio, que le indica dónde uno puede detenerse.

Me gusta la exploración instrumental, la exploración colangiográfica y la exploración manométrica que tienen dos maneras de ser hechas, una manera de ser hecha muy sencilla, tomando la presión de pasaje y la presión residual, que no necesita nada más que colocar un tubo en el cístico y que se puede hacer con el cuerpo de una jeringa, y para la cual sólo valen las cifras grandes. Haciendo el decolamiento duodenopancreático, esas cifras grandes están de acuerdo precisamente con los datos que da el decolamiento duodenopancreático y los datos que da la exploración instrumental.

En Europa hay una especie de pasión en el tratamiento de este tema. Y así como se hace la exploración manométrica con procedimientos sencillos, hay procedimientos de utilización de la manometría con aparatos extremadamente complicados. Todos los cirujanos sabemos que cuando ponemos entre el enfermo y nosotros un aparato, cuanto más complicado sea el aparato, nos va a dar datos más precisos, pero quizás no datos más exactos, y tiene una probabilidad de error: que los datos que nos dan a veces esas cosas son milimétricos, y las operaciones son centimétricas, porque cuando uno corta, corta un trozo relativamente grande.

Hay una indicación con la cual no comparto el punto de vista del Dr. Delgado, que es la asociación con pancreatitis. Allí la anastomosis biliodigestiva está indicada, pero asociada a la papilotomía, porque la papilotomía esté abierta, como lo indicaba el Dr. Piquinela en uno de los que vio, o esté cerrada, es la vía de acceso al colédoco que permite saber si hay estenosis, y si la hay tratarla y drenarla. De todas maneras estamos en un terreno en el cual va a pasar mucho tiempo hasta que se resuelva. Un cirujano argentino de Rosario de Santa Fé hace exploraciones primarias en las colecistectomías, en las cuales yo soy muy parco, porque

uno ve las presiones tomadas en el momento operatorio, y haciendo un drenaje transcístico, descender a lo normal en pocos días. En la litiasis del colédoco llega a hacer la papilotomía en el 50 % de los casos, y tenía una estadística de 140 ó 150 casos con 0 % de mortalidad, que no es lo corriente, porque en casi todas las estadísticas la papilotomía cuando puede ser apreciada por sí, es decir, asociada a una colecistectomía, agrega más o menos un 1 % de mortalidad a las estadísticas.

Pero quiero señalar una última cosa, hay una patología de la vía biliar en la vejez, esa patología es en general a Oddi abierto, es a veces muy difícil de diagnosticar una infección de la vía biliar en la vejez, porque si no, se le toma en un empuje agudo y lo aprovecha para hacer un examen de la bilirrubina. Se presentan como estados febriles, como estados gripales, como estados decadenciales. Los esfínteres todos se relajan al final de la vida, y parecería que el esfínter de Oddi no escapa a esto, y entonces uno diría que una papilotomía coloca a la persona en las condiciones de una persona de edad. Eso es lo que yo me pregunto, que es un problema, no es que yo tenga una idea, es uno de los problemas sobre los cuales se va a tener que hacer una idea. Pero tratado eso siempre en un terreno tranquilo, no en un terreno pasional; se presta a mucho trabajo, a mucha publicación, a mucho dibujito, a muchas modificaciones, e indudablemente para la gente joven representa un tema de trabajo que le da material, porque material hay.

Felicito al Dr. Delgado por haber traído este tema, yo creo que hay bastante acuerdo, y creo que las anotaciones que se han hecho, las del Dr. Cosco, las del Dr. Varela, las del Dr. Piquinela, han permitido aclarar parte del asunto y ver en que forma se va desarrollando en el mundo entero.