

MESA REDONDA

Cirugía de la papila

Coordinador: Dr. Bolívar Delgado *

Integrantes: Dres. Ricardo A. Berri, Juan E. Cendán Alfonso, Julio de los Santos, Raúl C. Praderi, Enrique Sojo y Juan A. Sugasti **

Introducción

Dr. Bolívar Delgado

La encrucijada duodenobiliopancreática, zona de transición de epitelios atravesada por la canalización biliar y pancreática rodeada en un manguito músculo-glandular, es una zona de gran actividad funcional y por tanto de gran riqueza patológica.

Los procesos que allí se desarrollan alteran el sistema esfinteriano comprometiendo el flujo biliopancreático y provocando manifestaciones por hipertensión y estasis de los parénquimas por detrás.

Región profunda de difícil exploración clínica que obliga a utilizar para el diagnóstico de alteración esfinteriana procedimientos propios, y es por ello que vamos a insistir en la colangiodebitometría.

La exteriorización duodenal de la papila permite, gracias a la duodenofibroscopia, su inspección visual, la toma de material biopsico y la canalización retrógrada para estudios radiográficos contrastados. Este procedimiento de gran valor diagnóstico sobre el cual hay aún poca experiencia en nuestro medio será también motivo de consideración.

Los procesos inflamatorios-degenerativos de esta región a veces de tipo productivo, obligan en algunas oportunidades al diagnóstico diferencial intraoperatorio con el cáncer cuya confirmación lleva a procedimientos de exéresis con morbimortalidad apreciables. Es por ello que en esas circunstancias la biopsia extemporánea adquiere un rol diagnóstico fundamental.

Mesa Redonda del XXV Congreso Uruguayo de Cirugía, realizada el 3 de diciembre de 1974.

* Profesor Adjunto de Cirugía.

** Profesor Agregado de Cirugía (Universidad de La Plata, Buenos Aires, Argentina), Profesor de Clínica Quirúrgica, Asistente de Anatomía Patológica, Profesor Adjunto de Cirugía, Residente de Cirugía (Endoscopista) Fac. Med. Montevideo y Profesor Agregado de Cirugía (Universidad de Rosario, Santa Fé, Argentina) y Jefe de Servicio del Hospital Ferroviario (Rosario)

Dirección: Francisco Vidal 785, ap. 5, Montevideo (Dr. Delgado).

Dos son las alteraciones patológicas a las que vamos a limitar nuestra discusión: las odditis y el cáncer periampular.

De las odditis interesa su diagnóstico operatorio y la catalogación de reversibles o no, lo que condiciona en esta última situación una acción quirúrgica directa sobre el sistema papiloesfinteriano.

La papiloesfinterotomía será analizada en sus indicaciones, técnica y resultados.

Del cáncer periampular interesan las resecciones con criterio curativo que en esta región obtienen resultados de sobrevida alejada significativos. Pero también interesan las operaciones de resecciones menores con criterio paliativo que conservan sus indicaciones y pueden prolongar confortablemente la vida.

El desarrollo de la Mesa se realizará de acuerdo al siguiente orden de preguntas:

1. DIAGNOSTICO PREOPERATORIO.
 - 1.1. Valor de la duodenofibroscopia con colangiografía y wirsungografía retrógrada.
2. DIAGNOSTICO PEROPERATORIO.
 - 2.1. Valor de la colangiografía con manometría y debitometría.
 - Breve referencia a la técnica que utiliza.
 - Valor del método en el diagnóstico diferencial entre cáncer ampular y odditis.
 - Valor del método en el diagnóstico diferencial entre odditis fibrosa y odditis reversible.
 - 2.2. Biopsia extemporánea.
 - Diagnóstico diferencial entre odditis y cáncer ampular.
 - Porcentajes de falsos positivos y falsos negativos.
3. PAPILOTOMIA.
 - 3.1. Indicaciones de la papilotomía.
 - 3.2. Papilotomía en las odditis.
 - Papilotomía en las odditis.
 - 3.3. Papilotomía en aguda en las pancreatitis agudas.
 - 3.4. Frente a una estenosis papilar con pancreatitis crónica qué operación prefiere: papilotomía, coledocoduodenostomía, ambas?
Fundamente la conducta a seguir.

- 3.5. Técnica de la papilotomía.
 - Describe brevemente la técnica que usa.
 - Deja drenaje del Wirsung?
 - Indica antienzimas profilácticamente?
- 3.6. Complicaciones de la papilotomía (inmediatas; alejadas). Mortalidad. Resultados alejados.

4. CANCER PERIAMPULAR.

- 4.1. Duodenopancreatectomía (—técnica, —complicaciones, —mortalidad, —sobrevida a los 3 y 5 años).
- 4.2. Papilectomía (—técnica, —complicaciones, —mortalidad, —sobrevida a los 3 y 5 años).
- 4.3. Cuándo indica una duodenopancreatectomía y cuándo una papilectomía?
- 4.4. Operaciones derivativas.

1. Diagnóstico preoperatorio

1.1. Valor de la duodenofibroscopia con colangiografía y wirsungografía retrógrada.

Dr. Enrique Sojo

Las primeras observaciones endoscópicas del bulbo duodenal fueron realizadas en 1961 por Hirschowitz (23, 24, 25). El perfeccionamiento de los fibroscopios en vistas a la mejor observación del duodeno, permitió a Watson (57) en 1966, la primera observación endoscópica de la papila de Vater. Un año antes, Rabinov (42) había logrado la cateterización de la papila mediante una cánula dirigida bajo control radioscópico a la localización habitual de la misma. De esta manera se obtuvieron las primeras pancreatografías. Pero fue recién en 1968 en que, mediante el empleo del fibroduodenoscopio, Mc Cune (34) en Estados Unidos y Takagi (53) y Ohi (37) en Japón logran una cateterización bajo visión directa de la papila. De esta manera se obtuvieron estudios radiológicos contrastados del Wirsung y vías biliares, mediante un método incruento. La utilidad de estos estudios ya había sido avizorada por Leger (31) quien en 1949 estableció los fundamentos del cateterismo transduodenopapilar del Wirsung, enfatizando la posibilidad de revelar durante el acto operatorio las alteraciones patológicas, orientando hacia su naturaleza, topografía y extensión.

Las primeras observaciones del duodeno las realizamos en el país hace dos años y medio mediante un fibrogastroscoPIO Olympus GF-BK. En el curso de más de 700 gastroscopías las observaciones del bulbo duodenal fueron esporádicas dadas las limitaciones del instrumental empleado. Pero desde hace unos meses, con la incorporación del esofagogastroduodenoscopio (panendoscopio) (Fig. 1) nos ha sido posible la observación del duodeno hasta su tercera porción en todos los casos. Este instrumental de mayor longitud y flexibilidad nos ha permitido la correcta visualización y fotografía del bulbo duodenal y papila de Vater, así como de la patología presente. En los casos que lo han requerido hemos podido obtener biopsias y material para estudio citológico.

La técnica empleada ya fue expuesta en el XII Congreso Panamericano de Gastroenterolo-



FIG. 1.—Esofagogastroduodenoscopio OLYMPUS.

gía de Punta del Este. Sólo queremos resaltar la rápida evolución que ha sufrido en pocos años. Hasta hace 3 años este tipo de estudio se realizaba bajo anestesia general, control radioscópico y con una bolsa de arena sobre el abdomen para impedir el excesivo pasaje de aire al delgado. Estos estudios requerían como promedio una hora (52). Actualmente se ha prescindido de todas esas medidas, siendo el estudio con anestesia local muy bien tolerado y no requiriendo más de 15 minutos.

La papila aparece, durante el examen, en la cara interna de la segunda porción duodenal a alturas variables (Fig. 2), pero más frecuentemente en la mitad proximal. Se destaca como una elevación recubierta por mucosa rosada, que contrasta con la palidez del resto de la mucosa duodenal.

Se han descrito tres tipos morfológicos de papila: papilar, hemisférico y plano, según su prominencia (51). Las más frecuentes son la papilar y hemisférica, siendo la plana difícil de identificar. Pero el aspecto de la papila parece cambiar según el ángulo de observación, el grado de insuflación y otros factores; por lo tanto no tiene gran valor ni necesidad el clasificar su aspecto endoscópico. En los casos de difícil individualización, la inyección de pancreozimina (1 U/Kgi/v) o secretina en



FIG. 2.— Se observa por el fibroscopio, una elevación en la cara interna de la 2ª porción duodenal, que corresponde a la papila.

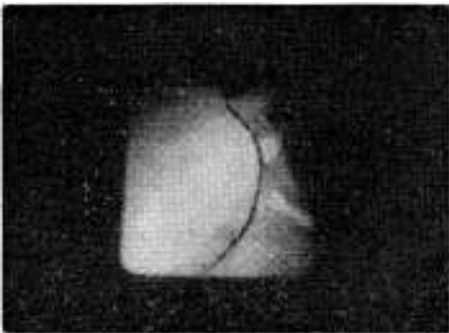


FIG. 3.— Enfoque más cercano de la papila. A la derecha de la fotografía se ven pliegues que convergen hacia su polo inferior.

dosis similar permite un flujo biliar abundante, que facilita la identificación papilar (6). La observación y biopsia ha permitido a Ohi (38), el diagnóstico del cáncer incipiente de papila.

El orificio papilar, habitualmente descrito como una membrana mucosa, con la apariencia de una erosión nos ha resultado difícil de visualizar, dado que para ello es necesaria la visión frontal de la papila, imposible de obtener con nuestro equipo. Hemos observado uno o más pliegues mucosos converger hacia el polo inferior de la papila (Fig. 3) (Frenulum) y otro pliegue que, como capucha, la recubre proximalmente. Ocasionalmente hemos podido ver la papila accesoria de Santorini.

No hemos encarado la observación de la papila con sentido estadístico. Sólo se la ha buscado en aquellos pacientes que no presentaban patologías esofagagástricas. De otro modo, hubiera sido imperdonable desperdiciar minutos preciosos del examen de la patología presente. Pero a modo de ilustración, mencionamos que Magnanini (35) en Argentina, obtiene una visión adecuada del bulbo duodenal, segunda porción y papila en el 92, 90 y 91 %, respectivamente de los casos; lo cual coincide con las cifras publicadas por Ohi (36) en Japón.

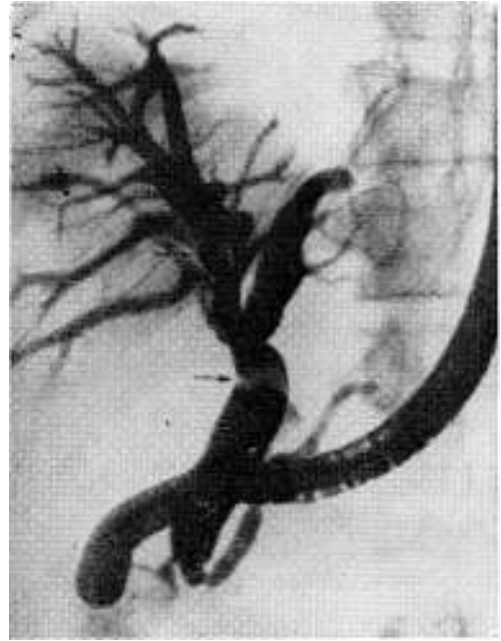


FIG. 4.— Colangiografía endoscópica.

La cateterización endoscópica de la papila introduce un método incruento de estudio del Wirsung y de las vías biliares intra y extrahepáticas (Fig. 4). De esta manera es posible una objetivación radiográfica similar a las obtenidas por Leger (31) en 1949 y Doubilet y Mulholland (19) en estudios realizados durante el acto operatorio. Las primeras cateterizaciones endoscópicas realizadas por McCune (34) tuvieron éxito en el 25 % de los casos. Cotton (15) 4 años más tarde publica cateterizaciones exitosas en el 73 % de las papilas visualizadas. Kasugai (28, 29) reporta 93 % de éxito en la materia. Esta técnica endoscópica para visualizar Wirsung y vías biliares, encuentra su principal dificultad en la variabilidad anatómica de la desembocadura de los canales biliar y pancreático en la papila. Sobre la cateterización de la papila, y el relleno contrastado selectivo del Wirsung y vías biliares ya hemos expuesto en otra oportunidad (45) y no insistiremos nuevamente.

La colangiopancreatografía endoscópica demuestra su utilidad cuando hay sospechas de enfermedades pancreáticas o del árbol biliar que no se han podido aclarar por la clínica, laboratorio o radiología (30). La mayor utilidad de la colangiografía reside en permitir la distinción entre ictericias intra y extrahepáticas. Permite identificar litiasis coledocianas o vesiculares en las ictericias prolongadas y en aquellos pacientes en los que no se ha obtenido visualización colecistográfica o colangiográfica. Asimismo permite revelar obstrucciones por carcinoma ya sean de origen biliar o pancreático, estenosis, dilataciones y aun masas intrahepáticas. De tal modo que creemos que las indicaciones de la colangiografía transhe-

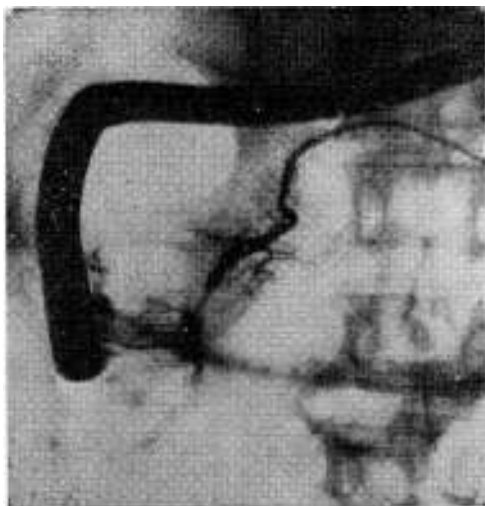


FIG. 5.—Wirsungografía endoscópica.

pática o transyugular se verán reducidas con la aplicación de este método.

En cuanto a la pancreatografía (Fig. 5) se ha revelado de gran utilidad en las pancreatitis sospechadas pero no probadas. En este sentido Kasugai (28,29) ha definido los caracteres del pancreatograma normal y del patológico con especial referencia al correspondiente a las pancreatitis. También es posible evidenciar con esta técnica tumores o quistes que determinen obstrucción o desplazamiento de los conductos pancreáticos. Teniendo en cuenta que la angiografía selectiva celiaca y me-

sentérica superior así como el scanning pancreático con seleniometionina han demostrado ser de valor limitado en la detección del cáncer de páncreas (21) es posible que la pancreatografía endoscópica mejore los resultados diagnósticos.

El procedimiento ofrece posibilidades de acción terapéutica sobre la papila y el colédoco: pasando un forceps que actúa por diatermia de alta frecuencia a través del fibroduodenoscopio, se ha realizado la *electropapilotomía*. Classen y Dembling publican recientemente 6 casos (14) tratados por estenosis de papila o litiasis coledociana en los cuales lograron de esta manera extraer cálculos del colédoco mediante el forceps de Dormia. También desde 1973 practican la litotricia endoscópica en el colédoco.

Las complicaciones del procedimiento son escasas: hasta el momento, en la literatura mundial sólo se ha publicado un caso de pancreatitis (32) y uno de muerte por pancreatitis necrotizante (3), a raíz de la colangiopancreatografía endoscópica. Se han descrito elevaciones de la amilasemia, que descienden en pocos días; dolor epigástrico, bacteriemias y colangitis también en el curso de estos estudios. También hay publicada (32) una perforación de duodeno en el curso de duodenoscopia.

Las *contraindicaciones* son: infarto miocárdico reciente; pancreatitis aguda en curso y los pacientes que tienen test positivo para el antígeno de hepatitis B, dado que el endoscopio no puede ser esterilizado.

2. Diagnóstico peroperatorio

2.1 Valor de la colangiografía con manometría y debitometría.

Dr. Ricardo Berri

Es necesario recordar y enfatizar que en el momento actual, en los casos de patología vesicular, la colecistectomía no debe ser nada más que una parte del protocolo operatorio, puesto que del estado del esfínter de Oddi y de que exista o no patología coledociana, dependerá en suma, la efectividad o no de los resultados inmediatos y alejados en cirugía biliar.

Surgiendo esta afirmación, de los elementales conceptos ya ampliamente aceptados, de que un 50 % aproximadamente de los casos de litiasis vesicular se acompañan de patología canalicular o del confluente bilio-duodeno-pancreático, o bien de que 1 de cada 4 enfermos operados de litiasis vesicular, tiene cálculos coledocianos, y de 1 de cada 8, tiene oddipatías. Baste lo señalado precedentemente, para justificar la importancia de la utilización siste-

mática de una correcta exploración peroperatoria de la vía biliar principal mediante el empleo secuencial de la manometría, colangiografía y debitometría, en una aplicación creciente de los conocimientos fisiológicos, para mejorar los resultados, después de haber permanecido los cirujanos aferrados largos años al aspecto anatómico de la patología. Esto es lo que hemos denominado, con nuestro colaborador el Dr. Castilla, la radiocolangiodebitomanometría (RCDM) peroperatoria, dirigida a garantizar con la máxima seguridad, la conclusión de un acto quirúrgico técnicamente completo y tácticamente adecuado.

Si bien la colangiografía operatoria de Mirizzi, significó un real progreso en la exploración y detección de patología de la vía biliar principal, como asimismo su asociación a la manometría, debemos señalar, sin negar su valor, que aislada o combinada con esta última, sólo nos proporciona una imagen estática,

de una región como la del poro biliopancreático, donde la actividad motriz es intensa y de una gran sensibilidad a factores nerviosos, farmacológicos o patológicos; es por ello que la incorporación asociada de la debitometría, se constituyó en uno de los parámetros fundamentales dentro de la exploración hidrodinámica peroperatoria, en especial en lo referente al confluente bilioduodenopancreático, o más precisamente, el poro papilar; completando con los otros métodos exploratorios, la detección de los procesos orgánicos y funcionales a ese nivel, "sitio de tormenta" aun para los cirujanos más avezados, aportando elementos de juicio importantes para la decisión quirúrgica, evitando coledocotomías inútiles y minimizando la patología residual.

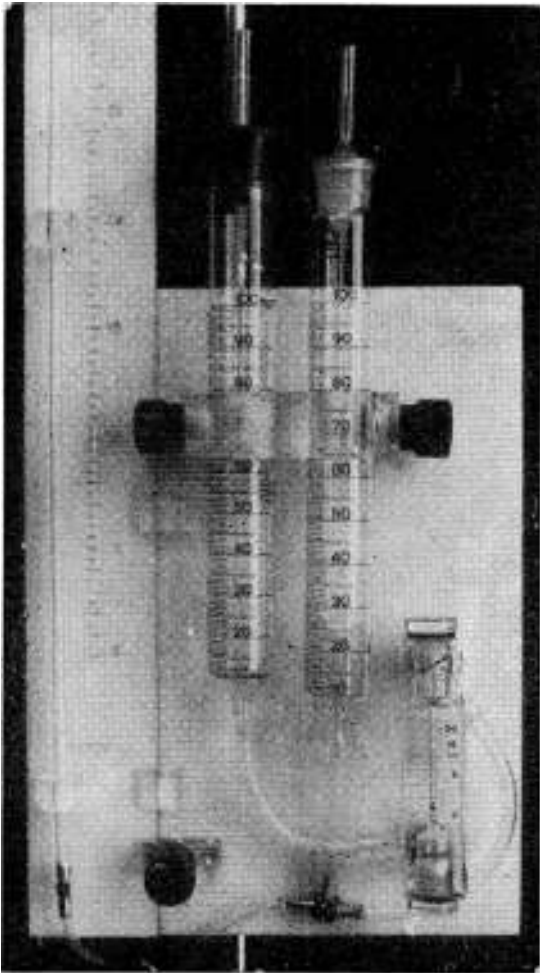


FIG. 6.— Colangiodebitomanómetro (Berri y Castilla). A un colangoimanómetro similar al Caroli-Fourrès se le adiciona otro frasco Mariotte en cuyo circuito se intercala un rotámetro a bolilla (debitómetro). Una llave de triple paso conecta alternativamente el circuito manométrico o el debitométrico.

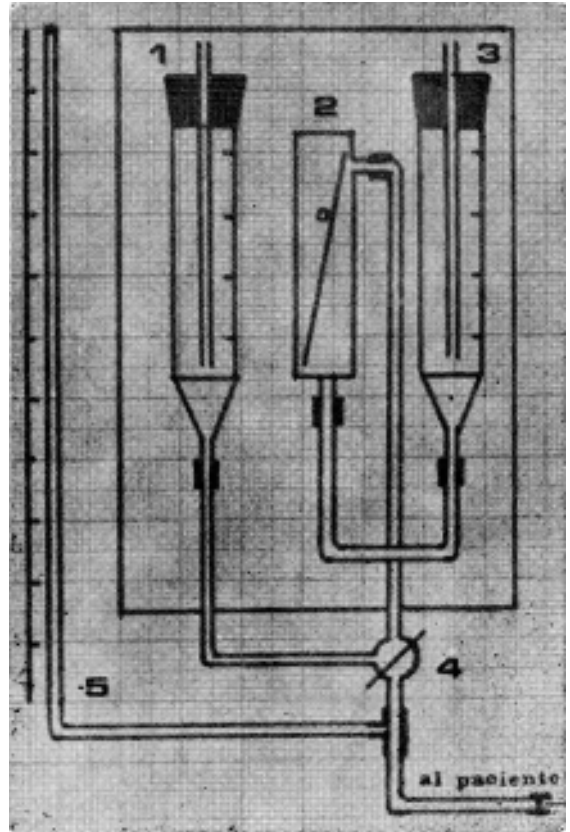


FIG. 7.— Esquema explicativo del colangiodebitomanómetro. 1) frasco de Mariotte para manometría; 2) debitómetro; 3) frasco de Mariotte para debitometría; 4) llave de 3 vías; 5) manómetro de agua.

TECNICA

Instrumental y método: Utilizamos un colangiomanómetro similar al Caroli-Fourrès, al cual se le adicionó otro frasco de Mariotte con suero fisiológico a 37°C, en cuyo circuito se encuentra un rotámetro a bolilla (debitómetro) que mide el flujo instantáneamente y que se conecta por una llave de tres vías al circuito anterior, dando paso alternativo opcionalmente al manométrico o al debitométrico (Figs. 6 y 7). A su vez se conecta a la vía biliar del paciente por una tubuladura vinílica y por las cánulas de Caroli de un diámetro interior no inferior a 1,2 mm (Fig. 8), ya sea a través del cístico o por punción coledociana.

Medio de contraste: Usamos ditriazoato sódico al 16,6 % que evita el espasmo reaccional del Oddi y el enmascaramiento de cálculos pequeños.

Premedicación: Pentazocina y escopolamina, por ejercer acción casi nula sobre el aparato esfinteriano.

Anestesia: Pentothal-Halothane o bien protóxido de nitrógeno en los pacientes ictericos. Intubación con dosis mínima de succinilcolina.

Vías de canulación: Eludiendo toda maniobra de movilización quirúrgica, y comprobar-

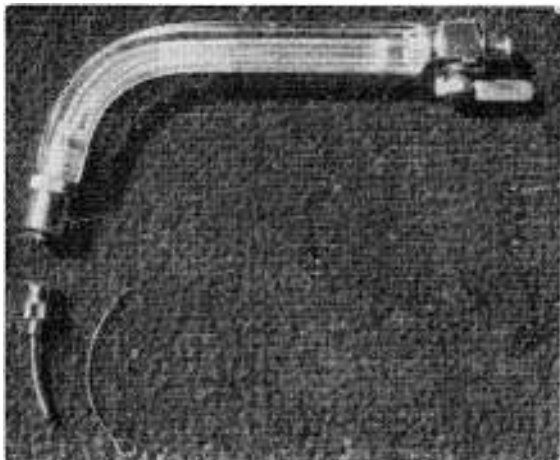


FIG. 8.—Tubuladura y cánula para conectar el colangiodebitomanómetro a la vía biliar.

do la presencia de la sonda nasogástrica en el duodeno, para evitar la influencia de la presión duodenal en las determinaciones y con el eje de incidencia de rayos X a 45° para evitar la superposición de la columna vertebral sobre la imagen coledociana, se colima el cero del manómetro con el nivel del colédoco; se elige entre estas tres vías:

1. *Transvesicular*, cuando no hay evidente patología vesicular.
2. *Transcística*, que es la más empleada y cuando hay patología vesicular evidente.
3. *Por punción coledociana*; en las reintervenciones o en pedículos biliares difíciles.

Secuencia operativa.

1. Determinación de la *presión de paso* (apertura del Oddi). Normal 12 a 15 cm de columna de agua. *Primera placa radiográfica* tomada al acecho y bajo control del intensificador de imágenes.
2. Determinación de la *presión residual*. (Normal 8 a 12 cm). *Segunda placa radiográfica*.
3. A continuación se gira la llave dando paso al circuito debitométrico y se mide el flujo o débito a 30 cm de presión de columna de agua. *Valor normal*: + de 12 ml/minuto.
4. Se gira nuevamente la llave dando paso a la sustancia radioopaca a 30 cm de presión (*hipertensión*) y se obtiene la *tercera placa radiográfica* (detección de patología supracística).
5. Se elimina toda presión sobre la vía biliar y se obtiene la *cuarta toma radiográfica en descompresión*.

Resultados: En 312 pacientes estudiados por RCDM en los últimos seis años, se obtuvieron tres perfiles hidrodinámicos (Fig. 9):

- A. *Vías biliares normales*: con presión de paso de 12 a 15 cm; presión residual de 10 cm y débitos superiores a 12 ml/min a 30 cm de presión.

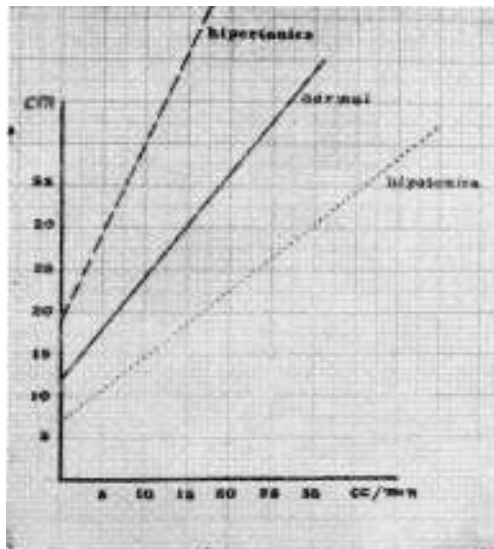


FIG. 9.—Perfiles hidrodinámicos obtenidos por RCDM operatoria.

- B. *Vías biliares hipertónicas*: con presión de paso superior a 15 cm; presión residual mayor de 12 cm y débitos inferiores a 12 ml/min a 30 cm de presión de columna de agua.
- C. *Vías biliares hipotónicas*: con presión de paso inferior a 10 cm; presión residual inferior a 8 cm y débito alto, superior a 25 ml/min a 30 cm de presión de columna de agua.

De los hallazgos y diagnósticos obtenidos por la aplicación de este método en contraposición a los resultados de la exploración convencional (manual, visual e instrumental) en un número similar de enfermos, surge la evidencia de la mayor precisión diagnóstica intraoperatoria lograda con la aplicación de la RCDM (Cuadro 1).

CUADRO 1
RESULTADOS
DE LA EXPLORACION DE LA U.B.P.

	Convencional	Con RCDM
Normales	78 %	52 %
Odditis ..	9 %	17 %
Litiasis	10 %	21 %
Pancreatitis	2 %	5 %
Cáncer	1 %	2 %
Disquinesias	0 %	3 %
Total	100 %	100 %

Valor del método en el diagnóstico diferencial entre el cáncer ampular y odditis.

Evidentemente los cánceres de la papila, antes de provocar una oclusión completa pueden

ser confundidos con *odditis*. Tiene valor recordar que una *odditis* no produce nunca una oclusión completa, que toda oclusión completa no producida por cálculo enclavado, debe considerarse por cáncer; además que una placa a poca presión puede dar una falsa imagen de oclusión maligna y ser una pancreatitis crónica; y por último una oclusión incompleta puede interpretarse como litiásica y ser un cáncer intraampular. Pero en suma, siempre obtendremos débitos bajos o de cero, que indicarán de manera ineludible coledocotomía y duodenotomía que dilucidarán en definitiva, ayudado eventualmente por una biopsia extemporánea, el diagnóstico final.

Valor del método en el diagnóstico diferencial entre *odditis* fibrosa y *odditis* reversible.

Es indudable que uno de los diagnósticos más difíciles e importantes, lo constituye la diferenciación, en pleno acto quirúrgico, de esta situación, dado que su tratamiento es distinto. En el primer caso será una papiloesfinteroplastia, y en el segundo, retrogradará con la descompresión transitoria con un tubo de Kehr.

Nosotros sostenemos, sin duda alguna, que la exploración hidrodinámica y radioiógica combinadas, son la única base diagnóstica racional que puede esclarecer tal problemática.

Bien sabemos que el esfínter de Oddi mantiene un ritmo variable acorde a las necesidades digestivas y en relación a la presión intraductal, lo que configura un sistema biliodinámico en continuo desplazamiento. De ello se deduce que, como último fin, el conocimiento del valor del flujo biliar en el segmento más estrecho, constituye la información más valiosa para la detección de un defecto de escurrimiento en tal sistema y sus lógicas consecuencias morfológicas que la radiología se encargará de objetivar.

El colangiograma aislado, no puede certificar una *odditis*, por cuanto el disparo radiográfico podría ser efectuado en el preciso momento de una contracción fisiológica del peristaltismo esfinteriano. Tal vez el uso de registro continuo televisado, con intensificador de imagen, nos podrá evidenciar la existencia o no de peristaltismo en el desfiladero intramural, no siempre posible de observar incluso, porque el tiempo de observación está limitado a pocos minutos.

Salvo en las oclusiones completas, es equivocado el concepto de que una presión de paso elevada traduce la existencia de un obstáculo orgánico. Hemos visto vías biliares deshabitadas, anatómicamente indemnes, pero hipertónicas; y otras veces, colédocos empedrados con *odditis* secundaria y manometría normal. Una presión de paso nos informa que el esfínter está expedito al flujo biliar, pero no en qué magnitud. Desde el pequeño hasta el gran síndrome de hipertensión biliar hay muchos gradientes, y todos ellos con el esfínter abierto, aunque restringido. Convengamos con Hess que la manometría no representa más que un me-

dio auxiliar para la exacta interpretación de los radiogramas.

En la radiocolangiodebitomanometría, el énfasis puesto en el valor del flujo biliar, se fundamenta en la necesidad de conocer los límites máximos de extensibilidad del canal oddiano para una presión de perfusión conocida. En nuestra experiencia, un débito inferior a 12 ml/min con una presión de perfusión constante de 30 cm de columna de agua, indica concluyentemente una estenosis papilar.

Dado que la hipertensión biliar es la consecuencia inmediata de la disminución del flujo, se deduce que el análisis del valor del caudal que fluye a nivel papilar, es el objetivo fundamental de nuestro proceder.

De acuerdo a nuestras comprobaciones, en la serie de pacientes estudiados, hemos obtenido tres curvas típicas representativas de la situación normal o patológica de la elasticidad del esfínter oddiano, que fueron ilustradas en la figura 9.

Mediante nuestro sistema de lectura directa del flujo en el rotámetro, nos es posible calcular de manera inmediata, el factor de "resistividad" del esfínter, que surge de la relación presión/débito. Es decir, si un esfínter de Oddi es o no extensible. El valor aceptable para esta relación es 2 como máximo. Por la ley de Poiseuille, teniendo en cuenta la superficie de sección del esfínter, el acrecentamiento del flujo debe ser de 3 ml/min por cada ascenso de la presión de perfusión igual a 10 cm de columna de agua (Fig. 10).

De ello se infiere la posibilidad de que, en base a varias determinaciones sucesivas, aumentando las presiones, se obtendrán acrecentamientos del débito, que interpretaremos de distinta manera, apoyados en la ecuación de que el flujo es el producto de los valores de presión por la sección del estrechamiento del tubo por el que el líquido escurre, a igual vis-

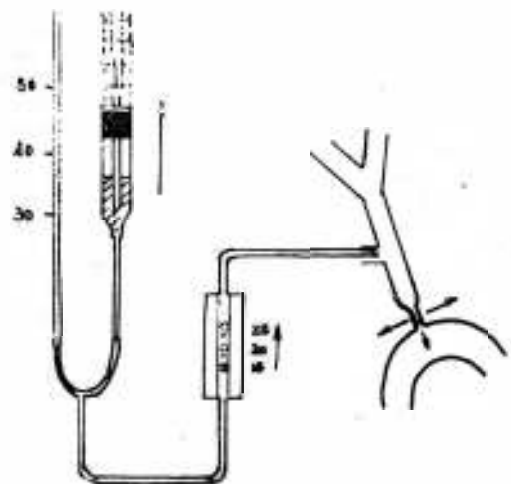


Fig. 10.—Relación presión / débito. Situación normal: incrementos de flujo superiores a 3 ml/min por cada ascenso de presión de perfusión de 10 cm de agua.

cosidad y longitud, y teniendo en cuenta que la variación de la sección estará dada por la elasticidad o no del esfínter en cuestión a nivel del confluente colédoco-duodenal.

Tendremos cifras lineales de aumento del caudal en función de las presiones, si existe patología irreversible, mientras que si hay indemnidad o patología edematosa reversible, el acrecentamiento del flujo es mucho mayor, por el aumento, no sólo de la presión, sino también de la sección, a expensas de un esfínter elástico que se deja distender.

Veamos un ejemplo práctico de tal situación (Fig. 11):

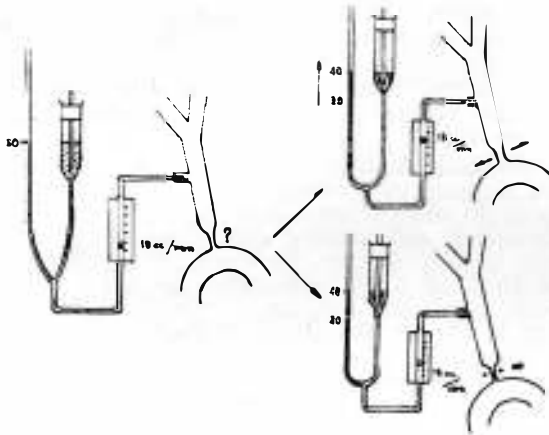


FIG. 11.— Ejemplo de una situación: a 30 cm de presión, débito de 10 ml/min (valor bajo). Incremento de presión a 40 cm si el esfínter conserva extensibilidad, el débito sube más de 3 ml/min (arriba); en caso contrario (abajo), no lo supera.

En la medida del débito a 30 cm de presión de agua, el cirujano lee en el rotámetro 10 ml/min: indudablemente patológico. ¿Qué hacer? Se trata de un edema papilar o de una estenosis orgánica inextensible? Sin duda, la táctica quirúrgica a seguir es diferente para cada eventualidad. Pues bien, con solo volver a registrar el débito a 10 cm más de columna de agua por encima del anterior registro, deberá obtenerse un incremento del flujo, superior a los 3 ml/min para considerar a ese esfínter de Oddi como extensible. Si no logramos superar ese valor, indudablemente es rígido y la cirugía deberá actuar sobre él (Fig. 11).

Por ejemplo:

	NORMAL (extensible)	PATOLÓGICO (inextensible)
a 30 cm H ₂ O	15 ml/min	10 ml/min
a 40	20 ml/min	13 ml/min
a 50	28 ml/min	16 ml/min

Debemos señalar que consideramos sumamente útil, en casos límites, la ejecución de pruebas farmacológicas que complementan al método descrito, y que realizamos de la siguiente manera:

- a) Medición del débito a 30 cm de presión de perfusión.
- b) Inyección de succinilcolina o hioscina por vía endovenosa, o bien inhalación de nitrito de amilo.
- c) Verificación de la variación del débito por lectura directa a presión constante

Dr. Juan E. Cendán

El diagnóstico peroperatorio de odditis requiere una exploración biliar completa y bien conducida.

La existencia de un colédoco aumentado de calibre es una presunción al respecto. Pero ello no basta. Es frecuente encontrar colédocos dilatados con litiasis, o megacolédocos hipotónicos, sin mayores alteraciones a nivel de la papila. Para hacer el diagnóstico de odditis hay que proceder a la exploración manométrica y colangiográfica, una vez efectuada la colecistectomía y colocada la sonda transcística, y antes de toda maniobra instrumental intracolodociana. La técnica que utilizamos ha sido detalladamente expuesta en una publicación anterior (13).

En la litiasis vesicular sin aparentes complicaciones de la VBP se obtienen cifras manométricas normales en más del 75 % de los casos. Y este hecho tiene gran importancia, porque en más del 10 % de estos casos, la exploración visual y colangiográfica muestra una dilatación coledociana (más de 8 mm de diámetro) y en el 1.5 % imágenes irregulares o afiladas como corresponde a la odditis. La comprobación de cifras debitométricas y tensiométricas normales, excluye toda posibilidad de alteración en el calibre de la zona oddiana y vuelve innecesaria la coledocotomía y la exploración instrumental de la papila.

En los estados patológicos que disminuyen el calibre colédoco-oddiano, aparecen alteraciones importantes de las cifras debitométricas y tensiométricas.

El gasto a presión constante elevada (30 cm) según técnica de Brooke, que normalmente supera ampliamente los 20 ml por minuto, cae por debajo de 16 ml por minuto. La reducción del gasto varía según la causa

Cuando el obstáculo es total, orgánico o espasmódico, se observa un bloqueo manométrico y colangiográfico. La imagen radiológica informará sobre su sitio y naturaleza. La colangiografía realizada bajo la forma de radiomanometría permite obtener imágenes a veces características del tipo de lesión y hacer diagnóstico de causa.

Cuando el obstáculo es incompleto hay que establecer si se está frente a un obstáculo funcional u orgánico, y en este último caso, cual es su naturaleza y localización.

Para suprimir el factor espasmódico utilizamos la inyección de 50 mg de succinilcolina. Si persiste una debitometría por debajo de lo normal, el diagnóstico de estenosis debe ser complementado, previo estudio radiológico, por la exploración instrumental.

Eliminado el factor espasmódico, queda por determinar la causa orgánica de la disminución del gasto y de las eventuales cifras elevadas de la presión residual. Varias pueden ser dichas causas, frecuentemente asociadas o concomitantes, y cuyo diagnóstico es necesario establecer:

- Odditis esclerorretráctil.
- Odditis inflamatoria reversible.
- Pancreatitis cefálica estenosante.
- Coledocitis estenosantes.
- Barro biliar.

No incluimos en este cuadro a la litiasis coledociana porque ella, de por sí puede no dar alteraciones manométricas, salvo el caso de obstrucción calculosa.

Las cifras son muy variables según los factores asociados. Se observan valores altos en las obstrucciones de la papila, y especialmente por *barro biliar*. En estos casos es necesario el lavado profuso previo del colédoco antes de dar valor a las verificaciones manométricas y llegar al diagnóstico de odditis.

En las *pancreatitis cefálicas* hay también alteraciones manométricas importantes. En las formas estenosantes, y especialmente cuando la colangitis es importante, la perfusión a presión constante alcanza los valores volumétricos más bajos. Estas alteraciones de la perfusión se evidencian aun más observando la perfusión a presión descendente. En estas condiciones el gasto cae considerablemente. Ello plantea el diagnóstico diferencial con las odditis. La existencia de cifras altas de presión residual en los alrededores de 20 cm, es un dato muy importante en favor de odditis, pues en ausencia de odditis y colangitis importante, en las pancreatitis se observan habitualmente hipotonías residuales, explicables por la incontinencia oddiana y el íleo duodenal concomitante.

En las *angocolitis* la manometría tiene características muy similares a la de las pancreatitis en parte por su habitual asociación y en parte porque el edema y la inflamación pericoledociana contribuyen a dificultar la perfusión. También aquí los valores de la presión residual son variables. Habitualmente hay hipotonía por incontinencia del Oddi, pero pueden haber valores altos de la presión residual, aun en ausencia de odditis, si el contenido coledociano es espeso. Como en el caso del barro biliar, antes de sacar conclusiones de los datos manométricos, hay que lavar profusamente por perfusión. Entonces se ve mejor que francamente las cifras de perfusión y presión residual, dato muy importante para el diagnóstico diferencial con las odditis.

En las *odditis* la perfusión es siempre lenta a la presión standard de 30 cm de agua, y la perfusión a presión descendente se entelrece progresivamente y generalmente en forma irregular, estabilizándose en presiones residuales variables, en general también elevadas.

El problema a resolver es si se está frente a una *odditis reversible* o *irreversible*. La confrontación con los datos radiológicos y la exploración instrumental es indispensable y aun así resulta a veces difícil el pronunciamiento, como

hemos podido comprobar en 15 casos de 57 en los que se hizo diagnóstico de odditis.

Cuando a pesar de los datos manométricos, se logra pasar con facilidad un Béniqué 30 a través de la papila, interpretamos el caso como odditis reversible.

Pero cuando el pasaje del Béniqué 30 ofrece dificultades, o no se logra pasarlo, las presunciones de que estamos frente a una odditis esclerosa son muy grandes y surge la indicación de papilotomía.

Dr. Juan A. Sugasti

Damos una gran importancia a los datos que nos proporciona la colangiodebitomanometría, que generalmente suelen ser concordantes.

La técnica que utilizamos es muy sencilla: Como nos interesan únicamente las alteraciones orgánicas, suministramos al paciente unos 15 minutos antes una inyección de buscapina.

Canalizamos el cístico con nuestra sonda de polivinilo que tiene una longitud de 60 cm y presenta a unos 3 cm de la punta una pequeña dilatación olivar, que permite asegurar la sonda firmemente luego de colocada. Puesta la sonda, si no se ha dejado escurrir bilis, ésta sube por la misma colocada verticalmente y ya nos está indicando la altura a que llega, la presión de esa vía biliar a la que se designa como residual.

A continuación adaptamos al extremo de la sonda una jeringa de 20 ml, sin émbolo, llena de suero fisiológico a 37° y se la sostiene a una distancia de 30 cm verticalmente, para cuya medición nos valemos de una simple regla y luego de dejar pasar unos 10 ml comenzamos a medir el débito o sea la cantidad de líquido que pasa por minuto. Nosotros utilizamos una simple jeringa y no un tubo de Mariotte, que es muy fácil de fabricar con una jeringa de Bonneau, que lleva un tapón perforado por un pequeño tubo de vidrio, con lo cual se anula la presión atmosférica porque en la práctica hemos visto que los valores que se obtienen son iguales es decir normalmente entre 12 y 15 ml, por minuto.

A continuación retiramos la jeringa y dejamos pasar el líquido que se detiene a la altura correspondiente a la presión residual de esa vía biliar es decir que efectuamos la manometría. Inmediatamente practicamos la colangiografía utilizando la misma jeringa *sin el émbolo*, a una presión de 20 cm de H₂O, dejando pasar dos o tres ml de la sustancia de contraste (contraxine al 30 %), para visualizar el tercio distal del colédoco y luego levantamos la jeringa a 30 o 40 cm, dejando pasar el resto de la sustancia de contraste, con lo que se consigue visualizar las ramas intrahepáticas.

Valor del método entre cáncer ampular y odditis

En el cáncer ampular ya solamente la visualización del enorme colédoco y de la vesícula considerablemente dilatada, tiene un gran valor diagnóstico, ya que está indicando la mag-

nitud y cronicidad de la hipertensión biliar. La debitometría se encuentra reducida a cifras sumamente bajas y la manometría confirma la magnitud de dicha hipertensión (30 cm). Finalmente el estudio colangiográfico, ya sea realizado en el preoperatorio inmediato por el método transparietohepático o peroperatorio, permite evidenciar aparte de la gran dilatación del árbol biliar ciertos aspectos del colédoco terminal, que se consideran característicos. Si se acepta la clasificación que Caroli, ha podido establecer gracias a su enorme experiencia se reconocería la existencia de 4 aspectos colangiográficos posible:

1º) El primero comporta una amputación del trayecto intramural, con estenosis completa.

2º) *Distensión del trayecto intramural y una estenosis incompleta*; la dilatación interesa todo el colédoco, comprendiendo inclusive la porción intramural. Esta porción, de una longitud de 2 a 3 cm es del mismo calibre que el resto del conducto del cual está separada por una muesca circular correspondiente a la impresión o marca del esfínter propio del colédoco, distinguiéndose por el cambio de dirección.

3º) *Imagen de detención cupuliforme del colédoco inferior.*

4º) *Estrechamiento del trayecto intramural con estenosis incompleta.*

Valor del método en el diagnóstico diferencial entre odditis fibrosa y estenosis reversible.

Algunos autores asignan valor importante sobre todo a la debitometría como elemento de juicio que puede diferenciar a una odditis capaz de regresión de aquellas en que se ha alcanzado la etapa fibrosa [Stalport (47), Debray y Col (16), Von Brucke (54), etc.], y entre nosotros Casal (10, 11), Berri y Castilla (7),

Aguirre (2), etc. Según Berri y Castilla (7) cuando luego de haber establecido el débito a la presión aconsejada (30 cm), éste aumenta sensiblemente al elevar la presión a 40 o 50 cm, ello está demostrando que la papila estenosada es capaz de dejarse distender por dicho aumento de la presión y por lo tanto deducir en consecuencia que no ha alcanzado la etapa esclerosa.

Nosotros no tenemos experiencia al respecto, desde el momento que no nos interesa dicha discriminación, puesto que practicamos sistemáticamente la esfinteroplastia en todas las papilitis, tanto secundarias como primarias. En las primeras, porque si existe una litiasis del colédoco, la esfinteroplastia exista o no papilitis, la encontramos indicada, para evitar la litiasis residual y si la litiasis es sólo aparentemente vesicular, porque creemos, que no puede confiarse con absoluta certeza, en lo que nos indiquen estas variaciones de las cifras débitomanométricas, puesto que una papilitis que juzgamos reversible teniendo en cuenta dichos datos, las fibras musculares, pueden haber ya experimentado la degeneración zenkeriana [Goinard y Pellissier (22)] que conducirá con el tiempo fatalmente a la fibrosis. Existen toda una serie de elementos de juicio, que no podemos entrar a detallar, aparte de la colangiodebitomanometría, que contribuyen a establecer esta discriminación (tiempo de evolución del padecimiento, *megacolédoco*, exploración instrumental con sondas cónicoolivares, jamás con Béniqué, etc.) y creemos que del análisis de todos estos elementos de juicio puede llegarse a establecer con cierta aproximación dicho diagnóstico, pero nunca llegar a una conclusión que permita certificarlo con criterio absoluto. Vemos pues que al final siempre queda la duda y al final pensamos con Soupault (46), que en estas condiciones la esfinteroplastia debe estar indicada.

2.2 Biopsia extemporánea.

Dr. Julio de los Santos

La biopsia extemporánea está indicada en todos aquellos casos de lesiones morfológicas de la papila duodenal cuya naturaleza exacta no es bien clara. Su empleo permite determinar la benignidad o malignidad de una lesión, que condicione una conducta quirúrgica rápida durante el acto operatorio. Es útil además para confirmar el diagnóstico clínico de malignidad de una lesión ya que ello lleva a actitudes quirúrgicas radicales, que sólo deben adoptarse sobre bases firmes, de un diagnóstico morfológico de seguridad.

Está indicada aun para determinar la extensión lesional y verificar si existen metástasis ganglionares; si la resección pasa por tejidos sanos, etc.

La eficacia del método depende por un lado de la experiencia del patólogo en estudios de cortes a congelación, y por otro del empleo de una adecuada técnica con equipos modernos.

Ventajas del método.

1) Evita el "stress sico-físico" de una nueva operación para el paciente.

2) Reduce al mínimo la posibilidad de la diseminación neoplásica resultante de una biopsia común.

3) Reduce considerablemente los gastos médico-hospitalarios de una segunda intervención quirúrgica.

Inconvenientes del método.

1) Es necesario la existencia de patólogos especializados y mismo consultas entre patólogos.

2) Los cortes a veces son excesivamente gruesos y no permiten estudiar detalles celulares.

3) Las lesiones estenosantes, escirrosas, paucicelulares, propias de la vía biliar terminal, pueden ser muy difíciles de diferenciar de

simples lesiones inflamatorias fibrosas, cicatriciales.

La mayoría de los inconvenientes se evitan con el uso del crióstato; utilizando nitrógeno líquido se puede llegar a una congelación rápida, con cortes finos y de gran nitidez, nada envidiables a los obtenidos por inclusión en parafina, aumentando en gran manera la eficacia del método.

Problemas en el diagnóstico diferencial.

1) Lesión papilar, benigna. No presenta problemas de diagnóstico al no existir elementos infiltrativos que son los que determinan la malignidad.

2) Lesión estenosante e infiltrante, con células epiteliales atípicas lleva al diagnóstico de carcinoma.

3) Lesiones estenosantes con tejidos fibrosos.

- a) Sin elementos epiteliales: corresponde a estenosis cicatriciales.
- b) Fibrosis asociada a elementos infiltrantes de dudosa naturaleza, constituyen casos de difícil solución para el patólogo y sólo un estudio detallado con buenos cortes por inclusión en parafina permite resolverlos.
- c) Fibrosis más elementos epiteliales atípicos: carcinoma.

Dr. Juan A. Sugasti

En nuestra experiencia (8 casos) no tuvimos necesidad de recurrir a la biopsia extemporánea, ya que el diagnóstico macroscópico era evidente. Cuatro de ellos eran tumores ulcerovegetantes del tipo vateroduodenal, cuyo diagnóstico macroscópico, no dejaba lugar a dudas, los otros 3 eran cánceres de la variedad *intraampular* de la clasificación de Feroldi (20) [cánceres enanos de Caroli (9)], única variedad esta última, en que puede ser factible una simple papilectomía que practicamos en estos tres enfermos, siendo el carácter de las pequeñas tumoraciones del tamaño de una cereza, perfectamente palpable a través de la pared duodenal. Su aspecto y consistencia y el hecho de haber recurrido a la papilectomía por razones muy especiales, hicieron innecesaria la biopsia extemporánea. En un caso sin

embargo en que la colangiografía (Fig. 12) lo hacía suponer, tan solo palpamos la papila aumentada francamente de consistencia, pero no ofrecía ningún aspecto tumoral. En esta enferma se practicó una amplia esfinteroplastia, con resección de un pequeño triángulo para biopsia y ésta demostró que se trataba según la opinión del patólogo de una papilitis papilomatosa; entidad que corresponde en realidad a una pseudoformación tumoral benigna. La enferma curó definitivamente con la esfinteroplastia. En realidad los tumores benignos de las vías biliares y de la ampolla de Vater, son tan extremadamente raros, que frente a una tumoración papilar de cierta magnitud, se tratará de un cáncer en la enorme mayoría de los casos, siendo muy pocos los que requieran una biopsia extemporánea, la que por cierto deberá efectuarse si se está en condiciones de hacerlo.



FIG. 12.— Papilitis papilomatosa: colangiografía muy similar a la que puede corresponder a un cáncer de ampolla de Vater, variedad I de Caroli.

3. Papilotomía

3.1 Indicaciones de la papilotomía.

Dr. Juan E. Cendán

Consideramos 5 situaciones (Cuadro 2):

CUADRO 2
PAPILOTOMIAS

1950-1974

1.432 operaciones de vías biliares; 43 papilotomias
frecuencia: 3 %

1.	<i>Cálculo impactado en Ampolla de Vater</i>	11
	—Cálculo único en colédoco	5
	—con L V	4
	—sin L V	1
	—Pancreatitis aguda (Opie)	3
	—Litiasis múltiple de colédoco	6
	—Odditis esclerorretráctil	1
2.	<i>Estenosis papilares</i>	22
a)	Odditis esclerorretráctil	21
	Papilotomía de entrada	10
	—sin LC	8
	—con LC	13
	Id. en la reintervención	11
b)	Papilitis hipertrófica (adenoma)	1
	(papilectomía)	
3.	<i>Casos sin estenosis papilar. Papilotomía para drenaje</i>	12
a)	Panlitiasis biliar	2
b)	Colangitis (LC)	2
c)	Megacolédoco	8
4.	<i>Pediculitis severas con litiasis de colédoco</i> ...	2
5.	<i>Pancreatitis agudas</i>	4
	—Cálculo impactado en Amp. de Vater (Opie)	3
	—Megacolédoco sin litiasis (OER)	1

1. Cálculo impactado de Vater.

Aquí la papilotomía transduodenal es la conducta que seguimos salvo contraindicaciones (generales, grave estado general, insuficiencia hepatocítica importante, edad muy avanzada) en cuya situación resolvemos el problema con una ostomía de emergencia o una colédoco-duodenostomía.

La impactación de un cálculo en la papila indica ya cierto grado de estenosis papilar. La indicación de papilotomía es pues tanto más neta cuanto más pequeño es el cálculo obstructor. Además, son los casos en que su extracción es más difícil por otros medios. En

ciertos casos puede hacérselo parir hacia el duodeno empujándolo con un Béniqué, pero es una maniobra ciega y peligrosa (falsas rutas, pancreatitis) y puede ir seguida de estenosis papilar por cicatrización fibrosa en las lesiones de decúbito provocadas por el cálculo.

El cálculo verdaderamente impactado en ampolla de Vater puede dar:

a) El mecanismo de Opie, de obstrucción con reflujo colédoco-Wirsungiano, que puede desencadenar pancreatitis agudas (3 casos en nuestra serie sobre 35 pancreatitis agudas operadas).

b) La obstrucción del Wirsung, determinando una hidropancreatosis (más frecuente: 5 casos en nuestra serie de 11 de cálculo impactado en Vater).

La papilotomía transduodenal en los casos de cálculo impactado en Vater es la conducta lógica porque:

- permite diagnóstico exacto;
- trata la estenosis papilar cuando existe;
- libera la canalización pancreática y permite su exploración;
- evita la estenosis ulterior de la papila;
- realiza el drenaje biliar interno para:
 - tratamiento de la colangitis de acompañamiento (75 %);
 - eliminación de cálculos residuales y barro biliar.

2. Estenosis papilares.

La papilotomía es el tratamiento de elección en los casos de estenosis irreversibles, que han llegado a la etapa de esclerosis. También está indicada en las papilitis hipertróficas, que a menudo son adenomatosas y requieren papilectomía.

La papilotomía realizada bajo la forma de papiloesfinteroplastia, o de papilocolédoco-duodenostomía según el caso:

- suprime el obstáculo y el reflujo biliopancreático;
- asegura buen drenaje;
- permite explorar el poro pancreático y tratar su eventual estenosis;
- permite mejor exploración coledociana en caso de litiasis múltiple;
- evita más seguramente la litiasis residual al permitir la eliminación ulterior de los cálculos.

Sus contraindicaciones son:

- Las de orden general; edad muy avanzada; insuficiencia hepatocítica.
- La pancreatitis cefálica estenosante.
- La coledocitis estenosante del colédoco terminal.

(LV: litiasis vesicular; LC: litiasis coledociana; OER: odditis esclerorretráctil).

3. *Casos sin estenosis papilar importante, pero en los que se quiere asegurar un drenaje interno amplio.*

a) *Panlitis biliar.* Aquí la indicación surge de la imposibilidad de eliminar totalmente los cálculos, facilitando su eliminación ulterior junto con el barro biliar. Puede discutirse su indicación frente a la colédoco-duodenostomía externa. Tiene sobre ella la ventaja del drenaje declive, pero no debe ser realizada cuando hay pancreatitis estenosante que interfiere con el buen drenaje.

b) *Colangitis.* Cuando por su importancia y su concomitancia con litiasis coledociana plantea la necesidad de drenaje prolongado. Se mantiene así un amplio drenaje interno evitando la expoliación del drenaje externo.

c) *Megacolédoco.* En más del 75 % de los casos el megacolédoco significa estancamiento, infección biliar, litiasis, odditis y pancreatitis más o menos importante. La papilotomía realizada bajo la forma de papilo-colédoco-duodenostomía, rompe el círculo vicioso asegurando un drenaje interno fácil.

Cabe distinguir dos situaciones:

1. Megacolédoco hipertónico, con debitometría alterada por perfusión muy lenta con caída del gasto, y cifras manométricas residuales altas. En estos casos la indicación de papilotomía es neta, pues casi siempre en estos casos hay una estenosis oddiana más o menos importante.

2. Megacolédoco hipotónico, con cifras manométricas residuales bajas. En estos casos interesa fundamentalmente la debitometría. Cuando la perfusión está francamente enlentecida, especialmente en la debitometría a presiones bajas (15 a 20 cms) hay que asegurar buen drenaje para tratar la colangitis. En estos casos:

- Si no hay pancreatitis, puede practicarse la papilotomía.
- Si hay pancreatitis importante, preferimos la colédoco-duodenostomía.

4. *Pediculitis severas.*

En estos casos, especialmente cuando se trata de reintervenciones, puede ser muy difícil y riesgoso el abordaje del colédoco supraduodenal. En tal situación, el abordaje del colédoco por vía transpapilar permitiendo su cateterismo retrógrado, es una excelente solución. Permite realizar la coledocotomía y completar la exploración.

Dr. Ricardo A. Berri

Las indicaciones de la papilotomía surgirán de los datos obtenidos por la exploración RCDM de la vía biliar principal ya sea por vía transcística o por punción coledociana. La indicamos:

A) *De necesidad:*

- Odditis estenosante o esclerorretráctil de Del Valle.
- En algunos casos de pancreatitis crónica.
- Cálculo enclavado en ampolla (*de facilidad*).

B) *De seguridad (o de tipo táctico):*

- Algunos casos de quiste hidatídico complicado.
- Cálculos móviles del colédoco bajo.
- Cálculo coledociano alojado en pseudo divertículo.
- Litiasis múltiple coledociana con colédoco delgado.
- Barro biliar o microcálculos.
- Pediculo biliar difícil.

Dr. Juan A. Sugasti

Al referirnos a la papilotomía, lo hacemos estableciendo de antemano que el procedimiento que como luego veremos realizamos sistemáticamente, es una amplia esfinteroplastia, verdadera coledocoduodenostomía interna.

Para nosotros esta intervención tiene sus indicaciones, en la coledocolitiasis, en las papilitis secundarias o primarias en las pancreatitis agudas de etiología litiásica dentro de las primeras 24 hs, en las pancreatitis crónicas oddianas o colangiogénas y en las parasitosis de las vías biliares (quiste hidatídico abierto en vías biliares, distomatosis, etc.).

La esfinteroplastia en las odditis, para nosotros se encuentra siempre indicada, ya que es muy difícil, si no imposible precisar con certeza, fuera de los casos extremos, el tipo evolutivo de la lesión y porque además —y esto lo decimos por experiencia vivida— algunas odditis (7 en total), que regresaron con el drenaje externo, volvieron a recaer obligándonos a reoperar a estos enfermos en los cuales encontramos una papilitis, *sin litiasis residual concomitante*.

En las papilitis primarias, la intervención está formalmente indicada ya que de no ser advertidas durante el acto quirúrgico, el paciente volverá a sufrir sus molestias seguramente con mayor intensidad dado que en estos casos la vesícula sana y distendida sirve en cierto modo de válvula o factor atenuante de la hipertensión biliar. En estos casos el colédoco puede estar muy poco dilatado o nada en absoluto, lo que puede engañar al cirujano desprevenido. De allí la importancia muy particularmente de la debitomanometría, que denunciará la hipertensión biliar y de la colangiografía, que podrá mostrar alteraciones más o menos típicas. Otras veces el colédoco se encuentra francamente dilatado y ello ocurre especialmente en las formas de papilitis fibroadenomiomas, propias de los pacientes añosos de las cuales contamos con dos observaciones.

3.2 Papilotomía en las odditis.

Dr. Juan E. Cendán

Ya hemos dicho que el problema difícil de resolver es si se está frente a una odditis reversible o irreversible. Ni la manometría ni la colangiografía permiten conclusiones firmes. Es indispensable la exploración instrumental, y de su confrontación con los datos radiológicos y manométricos, surgirá la indicación de papilotomía de entrada. Ya dijimos también que cuando no se logra pasar un Bénéiqué 30 al duodeno, o cuando el pasaje es dificultoso, estamos casi seguramente frente a una odditis fibrosa y corresponde practicar la papilotomía.

Cuando en ausencia de todo proceso inflamatorio agudo, se comprueba perfusión francamente enlentecida (menos de 5 ml por minuto a presión de 30 cm de agua) y cifras tensionales residuales superiores a 16 cm, debe practicarse la papilotomía, de entrada. Así hemos procedido en 12 casos, y el estudio histológico ha confirmado la existencia de esclerosis. En 4 casos en que no se practicó la papilotomía, la alteración manométrica persistió en el postoperatorio. En 2 hubo recidiva de la litiasis y persistencia de la colangitis. La papilotomía practicada en la reintervención permitió comprobar histológicamente la existencia de una odditis esclerorrétráctil.

Cuando las cifras manométricas no son evidentes, y cuando las imágenes radiológicas y la exploración instrumental no son decisivas,

preferimos abstenernos. Son casos que evolucionan bien, posiblemente por tratarse de lesiones reversibles, y aun en casos de estenosis fibrosas, siempre que su calibre no esté excesivamente reducido. El control radiológico y manométrico es entonces de rigor en el postoperatorio, y permitirá un pronóstico evolutivo de futuro.

Insistimos en estos hechos porque consideramos que la papilotomía no debe ser prodigada en las odditis y en las disquinesias oddianas, que muy frecuentemente son secundarias a procesos patológicos de vecindad y regresan cuando se ha tratado la causa, generalmente la litiasis y la infección biliar.

Dr. Ricardo Berri

En la odditis hacemos sin duda la papiloesfinterotomía cuando la RCDM nos ofrece:

- a) Presión residual por encima de 12 cm de agua.
- b) Débito bajo, por debajo de 12 ml/min, asociado con presiones de paso elevadas.
- c) Colangiografía que muestra imagen típica de estenosis deformante o dificultad de pasaje al duodeno a presiones fisiológicas.
- d) Reflujo biliopancreático a presiones de 10 a 15 cm de agua.

Consideramos como parámetro fundamental las cifras debitométricas.

3.3. Papilotomía en agudo en las pancreatitis agudas.

Dr. Juan E. Cendán

Creemos que la indicación de actuar sobre la papila en las pancreatitis agudas es indiscutible si se demuestra:

- Litiasis en Vater;
- Papila infranqueable;
- Estenosis por esclerosis.

Puede plantearse la papilotomía para explorar el poro pancreático, en los casos de PA sin patología biliar evidente.

No tenemos experiencia sobre los hallazgos de la exploración del poro pancreático en pancreatitis agudas, pues sobre 35 casos operados, sólo hemos realizado la papilotomía en 4 casos: 3 por indicación absoluta: cálculo enclavado en Vater; y 1 por megacolédoco hipertónico sin litiasis, donde se sospechó odditis esclerosa. En todos se exploró el poro pancreático no encontrando patología.

No cabe duda de que muchos casos de pancreatitis aguda curan con el tratamiento de la patología biliar y el drenaje externo. Así sucedió en nuestros casos (ver Cuadro 3).

CUADRO 3

PANCREATITIS AGUDAS

35 operados — 5 fallecidos

—Necrosis aguda del páncreas	5
4 fallecidos	
—PA edematosa con citoesteatonecrosis	17
1 fallecido	
—PA edematosa sin citoesteatonecrosis	12
—PA supurada (absceso del páncreas)	1

PAPILOTOMIA EN PANCREATITIS AGUDAS

(4 casos)

Cálculo enclavado en Amp. de Vater (Opie)	3
Megacolédoco sin litiasis (OER?)	

Dr. Ricardo Berri

Referente a la papiloesfinteroplastia en agudo en las pancreatitis agudas colangiogénas, como es habitual en cirugía, no puede ni debe estandarizarse un criterio. Si la intervención se la realiza en las mejores condiciones y se

detecta que la causal es un cálculo enclavado, o una odditis, no debe dudarse en realizarla. Pero si el enfermo se halla en mal estado o es de edad avanzada, con taras orgánicas, o con más de 72 horas de evolución y con un duodeno suculento o sepultado por el gran edema pancreático, podrá ser preferible o únicamente posible, la sola colocación de un tubo de Kehr.

Dr. Juan A. Sugasti

Desde hace dos años, nosotros hemos propugnado la indicación de la esfinteroplastia de *extrema urgencia* en las pancreatitis agudas de *probada etiología litiasica*. Estamos convencidos, después de los trabajos de Acosta y Ledesma (1) y de nuestra propia experiencia, que en la enorme mayoría de los casos el factor responsable de la pancreatitis, es un cálculo papilar. Éste generalmente se elimina espontáneamente, tal cual lo ha demostrado el tamizado de las materias fecales, en la primera deposición luego de producida la crisis del proceso, conjuntamente con el descenso brusco de la bilirrubinemia directa y de las cifras de amilase y amilase. Así, en el 85,5 % de 34 pacientes, se encontraron los cálculos responsables.

Decimos que la intervención debe ser de *extrema urgencia*, porque en este momento (antes de las 24 hs), la intervención es factible, ya que luego de transcurrido dicho plazo, el edema y acartonamiento del duodeno, hacen sumamente peligrosa la duodenotomía.

Nuestro razonamiento al respecto, es el de que, ya que estos pacientes deben necesariamente ser operados, para evitar la repetición de esta verdadera complicación de la litiasis biliar y no existiendo ningún elemento de juicio de orden clínico o de laboratorio, que permita al comienzo del proceso certificar cuál ha de ser su evolución y siendo que es posible, durante este lapso, colocar al paciente en excelentes condiciones para ser operado, la intervención permitirá realizar no sólo el tratamiento del factor responsable (cálculo enclavado), evitando la progresión de la enfermedad, sino curar al paciente de su litiasis definitivamente.

Con este criterio hemos operado 7 pacientes, habiendo encontrado *en todos los casos*, el cálculo papilar responsable del proceso, logrando en forma que podríamos llamar espectacular el retroceso de toda la sintomatología y la curación de todos estos pacientes, sin utilizar en el postoperatorio Trasylol, ni corticoides, sino tan solo los requerimientos comunes a un postoperatorio corriente.

Desgraciadamente la mayoría de los enfermos nos llegan, cuando ya han transcurrido más de 24 horas desde el comienzo del proceso y si la falencia del tratamiento médico obligara a tener que intervenir ya no podríamos hacer otra cosa que un tratamiento paliativo (coledocotomía y drenaje de la vía biliar, colocación de drenajes adecuados para realizar la diálisis peritoneal, etc.) y si el padecimiento ha llegado a alcanzar la etapa necrótica, la situación es tan grave, que muy pocos enfermos logran sobrevivir. La Fig. 13 ilustra el último de nuestros casos.

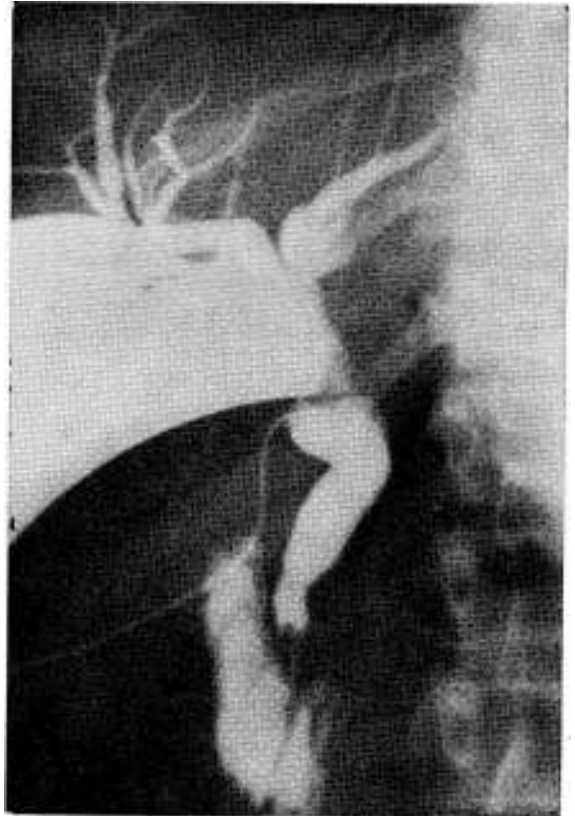


FIG. 13.— Colangiografía operatoria correspondiente a una enferma operada de pancreatitis aguda a las 24 hs de comenzado el proceso. El colédoco se presentaba enormemente dilatado. Débito 0 a 32 cm de H 20 de manometría. La colangiografía obtenida después de inyectar buscapina muestra que el espasmo ha cedido y la sustancia de contraste ha pasado al duodeno. Se observa la imagen típica del cálculo ampular responsable del proceso, que fue extraído luego de realizar una amplia esfinteroplastia. Evolución excelente.

3.4 Conducta frente a una estenosis papilar con pancreatitis crónica

Dr. Juan E. Cendán

Esta situación se plantea con mucha frecuencia. En nuestra serie de 21 papilotomías por OER: ,

—De 10 realizadas de entrada, 6 tenían pancreatitis crónica con litiasis coledociana.

—De 11 realizadas en reintervención, 7 tenían p.c. con litiasis coledociana; 2 tenían p.c. sin litiasis.

Es decir, que la presencia de pancreatitis crónica no sólo no es una contraindicación para papilotomía, sino que ella es muy a menudo la solución de elección.

El problema se plantea cuando hay disminución del calibre del colédoco intra y retropancreático, debido en parte a la pancreatitis (pancreatitis estenosante) y a la coledocitis a forma estenosante del colédoco distal. En esos casos el fin perseguido con la papilotomía, que es el amplio drenaje interno, no se logra integralmente, especialmente si hay litiasis coledociana y barro biliar, o megacolédocos importantes en cuyo caso se observan recidivas de la litiasis coledociana a pesar de la papilotomía, pues los cálculos no se eliminan hacia el duodeno. Tenemos dos casos de este tipo en los cuales en la reintervención pudo comprobarse que la papila se mantenía abierta, permitiendo el paso de un Béniqué 50 al duodeno.

En los casos de pancreatitis estenosantes y de coledocitis estenosantes, es preferible entonces asegurar el drenaje mediante una amplia coledocoduodenostomía, que en estos casos es posible realizar correctamente en virtud del gran calibre habitual del colédoco. La papilotomía simultánea puede estar indicada en estas situaciones para explorar y debridar el poro pancreático.

La coledocoduodenostomía tiene inconvenientes de todos conocidos: ignora la naturaleza del obstáculo, no suprime la obstrucción canalicular pancreática si existe, crea situación antifisiológica al excluir el esfínter, deja fondo de saco con posibilidad de patología ulterior, puede estenosarse.

Pero hay que recordar sus ventajas en ciertas situaciones: su fácil realización, su perfecta tolerancia salvo estenosis (por mala técnica o por mala selección de los casos), aplicable a pacientes de edad avanzada, con mal estado general, ictericia, etc. Es pues una excelente solución en las pancreatitis estenosantes y en las coledocitis estenosantes del colédoco distal. En estos casos, su indicación de elección es la existencia de un colédoco de gran calibre supraduodenal, y la litiasis múltiple.

La decisión resulta pues de la exploración operatoria, y puede resumirse así la conducta a seguir:

—Papilotomía: En colédoco de calibre aumentado hasta la ventana duodenal, con fon-

do de saco a una distancia no mayor de 1 cm, determinable por la colangiografía y la exploración instrumental.

—Coledocoduodenostomía: En las pancreatitis estenosantes, las coledocitis fibrosas que toman colédoco bajo, en los casos de colédoco muy dilatado cuyo fondo de saco dista más de 1 cm del duodeno.

—Ambas: Cuando en ausencia de contraindicaciones generales, se agrega a la coledocoduodenostomía una papilotomía para retirar el obstáculo y explorar y eventualmente debridar el poro pancreático.

Siempre que sea posible, debe preferirse la papilotomía, porque es la solución lógica para tratar directamente la estenosis del Oédi; porque permite el drenaje declive, sin dejar fondo de saco; y porque permite la exploración directa del poro pancreático.

Dr. Juan A. Sugasti

Frente a una estenosis papilar con pancreatitis crónica, nosotros consideramos que la esfinteroplastia es indiscutiblemente la intervención indicada, ya que estas pancreatitis, generalmente cefálicas, están directamente vinculadas a una obstrucción que puede estar representada por un cálculo papilar, una odditis del poro o una wirsungitis estenosante. Como bien se comprende, las dos primeras causas requieren una esfinteroplastia amplia y en cuanto a las wirsungitis, si éstas son como ocurre en la mayoría de los casos tan solo del tipo congestivo edematoso, retrocederán con la supresión de la estasis biliar y la infección que ella entraña; si en cambio son del tipo fibroso, requieren la práctica de una wirsungtomía y la colocación de un drenaje del Wirsung con un tubo fino de polivinilo, saliendo a lo Völker por la rodilla duodenal [Leger (31)] o a lo Doubilet (19), a través de la coledocotomía, junto o a través del tubo de Kehr.

Puede suceder que aparte de la papilitis o wirsungitis responsable de la pancreatitis, ésta a su vez haya producido una estenosis del colédoco retroduodenopancreático; en estos casos como bien se comprende deberán realizarse las dos intervenciones.

Dr. Ricardo Berri

Si la estenosis está limitada a la papila, realizamos papiloesfinteroplastia. Si existe estenosis papilar y estrechez tubular coledociana retropancreática con megacolédoco supraduodenal, efectuamos papiloesfinteroplastia y coledocoduodenostomía externa laterolateral con boca ancha de más de 2 cm, monoplano a puntos separados, sin dejar rodete en la sutura. Se investiga el Wirsung y en algunos casos pancreatografía. Si sólo hay estrechez tubular con megacolédoco, exclusivamente coledocoduodenostomía externa.

3.5 Técnica de la papilotomía.

Dr. Bolívar Delgado

Ante todo deseamos aclarar la terminología:

—*Papilotomía* es la sección limitada a la porción mucosa.

—*Papiloesfinterotomía* o *Esfinterotomía* incluye además de la sección de la porción mucosa la del esfínter inferior del colédoco. En general no abre el ángulo colédoco-duodenal y respeta la porción superior del esfínter propio. Cuando sobrepasa esos límites se habla de *esfinterotomía amplia* o *total*.

—*Esfinteroplastia* se refiere a la sutura de la mucosa duodenal a la coledociana luego de la esfinterotomía.

En general usamos el término papilotomía como sinónimo de esfinterotomía puesto que la sección mucosa pura tiene indicaciones muy limitadas (ej.: cálculo enclavado en la ampolla sin odditis).

Dr. Juan A. Sugasti

En la gran mayoría de los casos nosotros realizamos la exploración transduodenopapilar del colédoco y del Wirsung, efectuando una muy amplia esfinteroplastia, localizando previamente la papila a través del cístico, siguiendo la táctica de Goinard y Pelissier (22), [esfinterotornía ideal de Arianoff (4)], mediante nuestro Béniqué de extremo acanalado y su guía conductora de plástico, que facilita enormemente la localización de la misma y la ejecución de la intervención.

Para ello pasamos en primer lugar, luego de un muy amplio decolamiento duodenopancreático, con descenso inclusive del ángulo derecho del colon, nuestro beniqué a través del cístico hacia el duodeno, *sin forzar jamás el paso del instrumento a través de la papila*, ya que de otro modo es muy fácil crear una falsa vía. Esta maniobra tiene por finalidad tan solo el de indicar *el sitio aproximado en que se encuentra la papila*.

Practicamos entonces a ese nivel la *duodenotomía transversal*, a la que damos preferencia, por ser mucho más sencilla de cerrar y la que menos expone a una dehiscencia. Si la punta del beniqué luego de efectuar la duodenotomía, no enfrenta el poro papilar, lo que ocurre en un gran porcentaje de los casos, retiramos el instrumento y enhebramos en su extremo la bujía cónico-olivar, la que introducimos nuevamente por el cístico y va a salir fácilmente por la papila (a menos de existir un cálculo enclavado) y luego tirando de la misma, arrastramos el extremo acanalado del beniqué, hasta que la sobrepase exponiendo dicha canaleta (Fig. 14). Siguiendo el fondo de la misma, se pasan a continuación los dos primeros puntos de sutura, de hilo fino con una aguja de muy pequeño radio de curvatura, comenzando entre ambos la sección de la papila (Fig. 15) y a continuación se siguen



FIG. 14.—La bujía conductora ha arrastrado el extremo acanalado del beniqué, que se ha exteriorizado fuera de la papila. Siguiendo la canaleta del mismo se está pasando el primer punto, al lado del cual se colocará el siguiente antes de proceder a la sección de la papila.



FIG. 15.—La tijera de punta fina se dispone a comenzar la sección de la papila entre ambos puntos. Nuevos puntos y nuevas secciones terminan la esfinteroplastia habiéndose realizado al mismo tiempo que la sección la hemostasia y la sutura.

colocando nuevos puntos (en general bastan 3 y uno en el ángulo) y seccionando entre los mismos el esfínter, hasta llegar prácticamente a la ventana duodenal.

Se logra una comunicación o boca anastomótica, de un diámetro superior en 1/4 al del colédoco intramural. Se pasa a continuación a explorar la vía biliar mediante la pinza de Randall-Mirizzi, la sonda de Dormia o la de Fogarty, extrayendo todos los cálculos, que puedan detectarse. Señalamos desde ya que esta exploración, realizada por esta vía es mucho más completa, segura y prolija que la que pueda lograrse a través de una coledocotomía supraduodenal (Fig. 16). Se lava luego pro-



FIG. 16.—Efectuada la esfinteroplastia (nótese la amplitud de la misma la pinza de Randall-Mirizzi), explora cómodamente toda la vía biliar, estando introducida en este momento hasta el hepático derecho.



FIG. 17.—Wirsungitis estenosante fibrosa. En el pequeño rodete que se forma por la tracción de los dos primeros puntos se encuentran al Wirsung sobre su vertiente ampular exactamente a las 6 hs. En este caso para encontrarlo fue necesario recurrir al extremo romo de una aguja recta de sutura.

fusamente a presión la vía biliar luego de ocluir el cístico, arrastrando así todo el barro biliar y los pequeños calculinos y finalmente controlamos, si la extracción de los cálculos ha sido todo lo satisfactoria posible, practicando una colangiografía ascendente mediante una pequeña sonda de Foley, cuyo baloncito inflado impide el reflujo del líquido de contraste inyectado.

En esta forma nos aseguramos de no haber dejado ningún cálculo grande, ya que los pequeños, que la mayoría de las veces la colangiografía no permite detectar, han de eliminarse espontáneamente a través de la esfinteroplastia.

Pasamos de inmediato, sobre todo si existe una pancreatitis crónica a localizar y controlar la permeabilidad del conducto de Wirsung, y de existir una wirsungitis estenosante cró-

nica fibrosa (Fig. 17), practicamos una wirsungotomía y drenaje del Wirsung, con un fino tubo de polivinilo que se exterioriza según lo señalamos anteriormente.

Finalmente, luego de ligar simplemente o por transfixión el cístico, si no se lo ha hecho antes de obtener la colangiografía, se cierra la duodenotomía en *un solo plano seromuscular extramucoso* con hilo de lino fino a puntos separados. A continuación protegemos dicha sutura con el peritoneo del acolamiento del ángulo cólico descendido, con lo cual viene éste a adherirse a la línea de sutura proporcionándole aun un mayor margen de seguridad.

En algunos casos hemos encontrado papilas difíciles de tratar empleando el béniqué acanalado (retracción de la papila, por pancreatitis previa, enfermos muy obesos, etc.) y para hacer aún más sencilla la intervención hemos creado nuestro papilotractor, que consiste en un cono metálico, provisto asimismo de una canaleta, en el que se inserta la misma bujía conicooolivar N^o 7, la cual previa coledocotomía pasa fácilmente cualquier papila. Tirando de la misma, el cono metálico, levanta la papila, la que queda como colgando del mismo. Por lo general suele ser necesario practicar una pequeña incisión en las doce horas con lo cual se logra, apareciendo el extremo del cono hasta el comienzo de su canaleta (Fig. 18). Resulta entonces sumamente fácil, más aún que con el béniqué, pasar los puntos siguiendo la canaleta del papilotractor, ya que la anchura de ésta es mayor. Cuando hay que hacer previamente una coledocotomía (paciente colecistectomizado) nosotros solemos preferir el béniqué, ya que para introducirlo, no hay que hacer más que una coledocotomía mínima, sencillísima de suturar con seguridad después; pero a la menor dificultad lo reemplazamos por el papilotractor.

Con esta técnica que preconizamos, es *absolutamente imposible* lesionar el conducto de Wirsung, durante las maniobras de sección de



FIG. 18.—Luego de efectuar una muy pequeña sección en las 12, se exterioriza el cono acanalado del papilotractor, y a través de su canaleta, se colocan los puntos lo mismo que con el béniqué.

la papila y porción intraduodenoparietal del conducto. Por lo general cuando realizamos una coledocotomía, suturamos la misma sin dejar drenaje con tubo en T, mediante una aguja atraumática muy fina y una hebra de terilene 4 o 5 ceros, de las que se utilizan en cirugía vascular.

Las ventajas que ofrece nuestro modo de proceder, que en el aspecto táctico es análogo al de Goinard y Pelissier (22), son a nuestro juicio indiscutibles, ya que aparte de lograr los propósitos fundamentales que la intervención persigue, cuales son los de disminuir a un mínimo despreciable la posibilidad de dejar una litiasis residual y a cero el de una odditis, hace totalmente innecesaria la sección del colédoco, evita la dañosa pérdida biliar, factor de gran importancia, en la producción de los desequilibrios hidroelectrolíticos, a que de otro modo se expone a estos enfermos debilitados, con el drenaje externo. Es a este hecho al que atribuimos los excelentes postoperatorios que obtenemos en nuestros enfermos operados. Por otra parte a nadie puede escapar la simplificación y acortamiento del postoperatorio alejado, ya que no hay que vigilar el drenaje externo ni someter al paciente a los controles colangiomanométricos que indican el momento más oportuno para retirar el tubo, aparte de los inconvenientes a que éste puede dar (patología del tubo). Nosotros no drenamos el conducto de Wirsung, sino tan solo cuando se ha practicado una *wirsungtomía por wirsungitis estenosante fibrosa*; sirviendo dicho drenaje tan solo de prótesis, para evitar la reproducción de la estenosis. No utilizamos jamás antienzimas profilácticamente.

Dr. Juan E. Cendán

En términos generales realizamos la papilotomía abordando la papila por vía combinada, trancoledociana y transduodenal, lo que ofrece el máximo de seguridad y precisión en su manejo. Procedemos así:

1. Movilización y descenso del ángulo derecho del colon si molesta.
 2. Maniobra de Kocher-Vautrin.
 3. Localización de la papila mediante:
 - Palpación (cálculo enclavado; hipertrofia de la papila).
 - Colangiografía (transcística o por punción de colédoco).
 - Béniqué por vía transcística o por coledocotomía.
 4. Abordaje por duodenotomía: 2 situaciones:
 - a) La papila ha sido localizada previamente: duodenotomía longitudinal mínima frente a la zona de localización. Cuando por colangiografía o por palpación del cálculo impactado en Vater se ha localizado en la papila en 3ª porción duodenal, es preferible el abordaje por duodenotomía inframesocólica (5 casos en 43).
- Preferimos la duodenotomía longitudinal (1,5 a 2 cm) realizada en tercio externo de

cara anterior. Permite agrandarla si es necesario. La posibilidad de estenosis ulterior se evita con sutura transversal en 1 plano. Creemos que no es conveniente la duodenotomía transversal porque no puede ser suficientemente ampliada en caso necesario, pues se corre riesgo de lesión pancreática y hemorragia de meso.

b) La papila no ha sido localizada. En tal caso, si no se puede descubrir el colédoco (reintervenciones, pediculitis) hay que proceder al abordaje de la papila por vía transduodenal aislada mediante duodenotomía longitudinal en el sitio de mayor frecuencia. Existe la tendencia a situar la duodenotomía demasiado alta en 2ª porción duodenal. Hay que recordar la frecuencia del sitio bajo de la papila (ver la figura). Por lo tanto, la duodenotomía longitudinal se debe emplazar en la mitad inferior de la 2ª porción, ampliable hacia arriba o abajo según necesidad. Exploración manual y visual; exteriorización con pinzas Babcock; expresión del colédoco y páncreas (como se trata de reintervenciones la vesícula ya ha sido extirpada); cateterismo con bujía o sonda ureteral (en general conduce al Wirsung); cateterismo retrógrado de colédoco con Béniqué fino; localización del colédoco supraduodenal y coledocotomía; pasaje de Béniqué 50 o papilotomo, levantando la papila (también puede usarse una sonda de goma hendida al medio, según técnica de Hutchinson).

5. Papilotomía:

- a) Sección de la papila a la hora 11 tomando los bordes con puntos tractores.
- b) Exposición del ostium; sección o resección cuneiforme (biópsica) en una extensión de 0,5 a 2 cms según los casos:

5 mm: Papilotomía simple.

10 a 12 mm: Papilioesfinteroplastia.

15 a 20 mm: Papilocolédoco-duodenostomía.

- c) Pasaje del Béniqué 50. Debe pasar fácilmente.
- d) Exploración del poro pancreático. Sección si hay estenosis.
- e) Sutura muco-mucosa, colédoco-duodenal con 3 o 4 puntos separados de catgut simple 000 de cada lado.
6. Cierre de la duodenotomía transversalmente en 1 o 2 planos.
7. Según el caso:
 - Sonda transcística.
 - Drenaje de Kehr en colédoco.
 - Cierre de la coledocotomía sin drenaje.

No dejamos drenaje del Wirsung. No indicamos antienzimas profilácticamente.

Dr. Ricardo Berri

1. Incisión amplia según el biotipo (Lennander, o subcostal de Kocher en los pánicos y en reintervenciones).
2. Exploración visual y manual del abdomen abierto.

3. RCDM (transcístico o transvesicular) si no hubiera evidente patología del colecisto usamos la última; y en las reintervenciones por punción coledociana, con la cánula trocar de Castilla o la de Caroli.

4. Mientras se revelan las placas, colecistectomía, habitualmente retrógrada.

5. Si en la RCDM hay patología del confluente bilioduodenopancreático o del colédoco, coledocotomía vertical supraduodenal, previa maniobra, amplia, hasta tercera porción, de Vautrin, Wiart-Kocher.

6. Colocación de la bujía semirrígida Nº 7 del papilotractor de Sugasti.

Sobre la procedencia de la misma en pared duodenal, ejecutamos duodenotomía transversal mínima.

8. Tracción de la papila sobre el cono metálico y papiloesfinteroplastia sobre cuadrante súperoexterno, hacia las 11 horas, sobre la cañaleta del Sugasti y en forma progresiva, previa colocación hacia ambos lados de puntos de catgut crómico atraumático 000; la consideramos suficiente cuando el cono metálico del papilotractor, que mantiene exteriorizada la papila, resbala hacia el duodeno a través de la incisión. No siempre se necesario incidir todo el aparato esfinteriano, pero sí la zona estenosada. La sutura mucó-mucosa, la hacemos

por tres razones: para evitar hemorragias postoperatorias, reproducción de la estenosis y por seguridad, dado que nuestras secciones, eventualmente, pueden alcanzar los 20 mm.

Ultimamente estamos practicando biopsia de papila.

9. Se repara el Wirsung. No dejamos drenaje del mismo, cosa que alguna vez hemos hecho a la manera de Appleby-Pinotti, con tubo perdido de polivinilo, de menor diámetro y multiperforado, para evitar las posibles pancreatitis agudas por edema postoperatorio.

10. Cierre de la duodenotomía con sutura monopiano extramucosa a puntos separados de hilo de lino 100.

11. Epiploplastia.

12. Siempre Kehr, nunca transpapilar.

13. Drenaje en Morrison con tubo por contraabertura.

14. Cierre de la pared por planos, a puntos separados, con hilo de lino 40.

15. En casos de enfermos obesos, de edad avanzada, o pulmonares crónicos, en lugar de sonda nasogástrica, gastrostomía descompresiva con sonda Pezzer, Kehr grueso o Foley, por contraabertura, previa doble jareta y afrontamiento seroso peritoneal. No usamos antienzimas en forma profiláctica.

3.6 Complicaciones de la papilotomía. Resultados alejados.

Dr. Juan E. Cendán

—Inmediatas:

Sobre 43 casos de papilotomía hubo 3 pancreatitis agudas postoperatorias de las cuales 2 sin traducción clínica, diagnosticadas por la tasa elevada de amilasaemia y amilaturia en los controles postoperatorios. Las 3 fueron tratadas con antienzimas y curaron sin incidentes.

—Alejadas:

Una estenosis duodenal al mes de la intervención. Fue mejorando espontáneamente y curó sin operación.

No hemos registrado estenosis postoperatorias de papilotomía. En 3 casos reoperados por colangitis y litiasis coledociana, la exploración con Béniqué 50 no mostró estenosis papilar.

La mortalidad ha sido nula.

Los resultados alejados, son los siguientes:

Sobre 1.432 operaciones de vías biliares, se realizaron 43 papilotomías; frecuencia: 3 %.

Resultados alejados: buenos como en todas las estadísticas:

—Muy buenos	31
—Buenos	2
—Requirieron reintervención	3
—No se conoce evolución alejada ..	7

Se consideran muy buenos los casos que no han tenido más síntomas biliares. Se clasifican como buenos, dos casos que han tenido episodios catalogables como posible colangitis, pero que evolucionaron bien con tratamiento médico. Tres casos requirieron reintervención; los tres operados por megacolédoco con litia-

sis múltiple; odditis esclerosa en uno y cálculo enclavado en Vater en dos. La reintervención fue indicada por síndrome coledociano recidivante, a los 4 meses, 4 años y 12 años respectivamente, de la primera operación. En los tres se comprobó colangitis y litiasis coledociana. La exploración no mostró estenosis papilar, pasando fácilmente Béniqué 50 al duodeno. En los 3 se trataba de grandes megacolédocos. Se trataron con coledocotomía y drenaje biliar externo. Evolucionaron bien.

Dr. Juan A. Sugasti

Entre las complicaciones inmediatas que se le achacan figuran:

a) La *hemorragia*, complicación que puede llegar a ser muy grave, pero que nosotros no la hemos tenido jamás, lo cual se debe al hecho de que practicamos según lo hemos visto puntos hemostáticos que sirven al propio tiempo de sutura. Aquellos cirujanos que practican la papiloesfinterotomía, sin realizar hemostasia ni practicar ninguna sutura, son los que están expuestos a tener esta complicación. Al respecto podemos agregar, que aquellos que practican una papiloesfinterotomía muy mezziquina, no suelen tener hemorragias importantes, pero cuando la esfinterotomía se hace amplia, existe frecuentemente en la parte más alta, una pequeña arteriola proveniente del arco de la pancreáticoduodenal anterior, que cruza por delante el colédoco intraduodenoparietal en la vecindad del borde superior de la ventana que

si se lesiona puede dar lugar a una copiosa hemorragia.

b) *Dehiscencia de la sutura duodenal y la peritonitis o fístula consecutiva.* Esta gravísima complicación cuando llega a producirse ha de atribuirse o bien a una falla de técnica en la confección de la sutura o bien porque se ha practicado la sección de un duodeno alterado por la infiltración y el edema, tal cual ocurre en las pancreatitis agudas cuando ya han transcurrido más de 24 hs de iniciado el proceso. Yo no he tenido personalmente que lamentar nunca esta complicación aun cuando dos de mis colaboradores la han tenido; la primera a mi juicio por falla técnica; la segunda por tratarse de una paciente en pésimas condiciones generales. Pienso que seccionando transversalmente el duodeno y practicando la sutura monopiano seromuscular extramucosa, con el agregado de la protección que efectuamos con el peritoneo y el ángulo derecho del colon, se está prácticamente por completo al abrigo de esta complicación. De producirse el paciente debe intervenir de urgencia luego de convenientemente reanimado, practicando una gastrectomía que excluya el duodeno y dejando colocada una sonda de Pezzer a lo Welsh dentro del orificio fistuloso, con aspiración continua. Así se salvó uno de estos pacientes. El otro falleció a pesar de esta conducta.

c) *Síndrome del Open window.* Sitges (44) ha descrito este síndrome en el cual una esfinteroplastia muy amplia ha seccionado las fibras musculares de la pared posterior del duodeno, abriendo por así decir la ventana duodenal. La salida a este nivel del contenido duodenal, da lugar a un proceso inflamatorio séptico generalmente circunscripto de localización retroperitoneal o lumbar a veces de sintomatología ruidosa, pero más a menudo solapada por su situación profunda y su evolución enmascarada por el suministro de antibióticos. Con nuestro modo de proceder se evita siempre esta contingencia, ya que aun cuando en algún caso hayamos sobrepasado la ventana duodenal, dicha sección se ha hecho siempre *entre puntos* y ha de ser ésta la razón por la cual no la hemos observado jamás.

d) *La pancreatitis aguda posoperatoria.*

Nunca la he observado en los enfermos que he operado personalmente; la brevedad del espacio de que disponemos, no me permite extenderme en consideraciones al respecto, pero, podría interpretar con fundamento las razones por la cual no la observo felizmente por los siguientes hechos: 1) La corrección de nuestra técnica que evita el traumatismo de la papila y hace imposible la lesión del Wirsung. 2) Nuestras colangiografías son realizadas a baja presión 30 a 40 cm de agua como máximo. 3) No practicamos sino por excepción una wirsungrafía y eso únicamente cuando está estrictamente indicada al propio tiempo que tomando todas las precauciones necesarias (inyección tan solo de 2 ml a una presión no mayor de 30 cm de agua). 4) No hemos usado jamás el tubo de rama larga de Cattell. Creemos que en los casos dudosos si se ha

traumatizado indebidamente la papila, la colocación de un pequeño tubo perdido de polivinilo tal cual lo hace Pinotti (40), es la mayor salvaguardia de esta gravísima y aun mortal complicación.

Complicaciones alejadas. Entre las complicaciones alejadas se ha señalado la *colangitis ascendente*. Nosotros negamos rotundamente, que dicha complicación pueda aparecer, realizando como no nos cansamos de insistir una muy amplia esfinteroplastia. Debemos aceptar definitivamente como un hecho incontrovertible, que *no es el reflujo* el responsable de dicha complicación sino la *estasis biliar* consecutiva a la recidiva de la estenosis. En un número apreciable de nuestros pacientes hemos realizado duodenografías simples e hipotónicas y en todas ellas hemos conseguido demostrar la existencia de dicho reflujo, lo que prueba que dicha recidiva de la estenosis no tiene lugar, por lo menos en nuestros casos. En cambio hemos observado y reintervenido enfermos operados por otros cirujanos, que les habían practicado según ellos una esfinteroplastia y en los que pudimos constatar que sin duda alguna lo que realizaron fue una simple papilotomía o paliotesfinterotomía mezquina (algunos por dos veces consecutivas), que no volvieron nunca a padecer después de nuestra última intervención. Lo que decimos a propósito de la esfinteroplastia, rige asimismo para la coledocoduodenostomía externa, en la que la aparición de fenómenos colangíticos está vinculada a una retracción de la anastomosis, cuando persiste la papilitis por la cual fue realizada. Sin embargo algunos autores sostienen que la producción del síndrome de "saco ciego", cuando persiste la papilitis fibrosa o un cálculo enclavado, puede dar lugar a que se precipiten los pigmentos y las sales biliares y a veces restos alimenticios, que pueden ser el punto de partida de episodios colangíticos y de la necesidad de una reintervención.

Mortalidad. Nuestra mortalidad ha sido mínima, tan solo fallecieron 6 pacientes o sea una cifra de 1,04 en mucho más de 300 intervenciones ya que el cuadro que adjuntamos (ver Cuadro 4) se refiere a 253 pacientes que pudieron tabularse, habiéndose perdido para realizar un cómputo fidedigno más de 150 intervenciones realizadas en hospitales a los que ya no pertenezco. Ninguno de estos pacientes falleció de una complicación atribuible a la intervención en sí con excepción de una fístula duodenal a la que anteriormente hicimos mención y que no figura en el cuadro. Los demás fallecieron como puede verse en él: 1) Hemorragia exsanguinante por várices esofágicas. 2) Edema agudo de pulmón. 3) Infarto de miocardio a los 10 días de la intervención. 4) Coma hepático que subsiguió de inmediato a la intervención en una paciente anciana que llevaba más de dos meses de ictericia intensa. 5) Shock alérgico medicamentoso. 6) Una evisceración aguda postoperatoria en una insuficiente cardiorrespiratoria.

Resultados alejados. Han sido en general excelentes, no habiendo la enorme mayoría de nuestros pacientes vuelto a experimentar molestias. En 4 o 5 casos los pacientes volvieron a experimentar cólicos y episodios colangíticos, que se debieron seguramente a la expulsión de algún cálculo residual, pero que no volvieron a presentarse más. Desde que practicamos sistemáticamente la colangiografía retrógrada de control no hemos vuelto a ver presentarse este episodio.

CUADRO 4

PAPILOTOMIAS

ESTADISTICA DEL Dr. SUGASTI

<i>Enfermos operados</i>	253
Litiasis coledociana sin papilitis estenosante	10
Litiasis coledociana con papilitis estenosante	107
Litiasis coledociana con papilitis y pancreatitis crónica	23
Litiasis coledociana, papilitis y pancreatitis aguda	8
Litiasis coledociana, megacolédoco y papila beante	4
Megacolédoco con papila beante, sin cálculos	8
Cálculos enclavados en la ampolla de Vater	11
Litiasis solitaria del colédoco	4
Litiasis solitaria del colédoco y pancreatitis crónica	1
Litiasis residual posesfinteroplastia	3
Litiasis residuales del colédoco	23
Litiasis residual y pancreatitis crónica	2
Panmicrolitiasis del canal del segmento III	1
Vesícula escleroatrófica, papilitis y ausencia de cálculos	5
Síndrome del hepático papilitis estenosante y pancreatitis crónica	2
Cálculo de la confluencia hepatocística	1
Colecistitis aguda filtrante	1
Litiasis vesicular y papilitis estenosante	20
Litiasis vesicular, papilitis y pancreatitis crónica .	13
Litiasis vesicular, papilitis y pancreatitis aguda ..	3
Pancreatitis agudas alitiásicas	4
Pancreatitis calcificante	1
Wirsungitis estenosante, pancreatitis recidivante crónica	
Wirsungitis estenosante, pseudoquiste que regresa espontáneamente	1
Wirsungitis estenosantes fibrosas	7
Wirsungitis supurada, pancreatitis aguda	1
Muñón cístico residual y papilitis	2
Muñón cístico residual, sin papilitis	1
Papilitis residuales	10
Papilitis residuales y pancreatitis crónicas	5
Papilitis primaria y pancreatitis aguda	1
Papilitis primaria y obstrucción biliar	2
Papilitis primaria y pancreatitis crónica	4
<i>Muertes operatorias</i>	
Hemorragia exsanguinante por várices esofágicas	1
Edema agudo de pulmón	1
Infarto de miocardio	1
Shock alérgico medicamentoso	1
Coma hepático subsiguendo de inmediato a la operación	
Evisceración aguda e insuficiencia cardiorrespiratoria	

<i>Complicaciones imputables a la intervención</i>	
Colangitis ascendente	0
Fistula duodenal	1
Pancreatitis aguda posoperatoria (error técnico) .	1
<i>Patología del Kehr</i>	1
<i>Incidentes operatorios</i>	
Hemorragia de un pequeño vaso ampular controlada	2

Dr. Ricardo Berri

Dentro de las *complicaciones* deben distinguirse las *peroperatorias*, las *postoperatorias inmediatas* y las *alejadas*.

Dentro de las *primeras*: a) las falsas vías; b) los bloqueos instrumentales en el colédoco bajo; c) la desinserción duodenocolodociana, y d) las hemorragias operatorias.

Dentro de las *segundas*: a) las peritonitis; b) las estenosis duodenales por reparación inadecuada de la duodenotomía; c) las fistulas duodenales por la misma razón; d) la pancreatitis aguda; y e) las hemorragias.

En el *tercer grupo* o el de las *alejadas*, hay que considerar las reestenosis papilares. Nosotros hemos tenido dos casos en la época previa al uso del Sugasti. Se evita con la adecuada extensión de la sección esfintérica, y puntos separados de catgut atraumático que afrontan la mucosa coledociana y duodenal.

La mortalidad en nuestra casuística hospitalaria de los últimos 7 años, es del orden de 1.9 % (siendo nula en la práctica privada), motivada por pancreatitis aguda postoperatoria (2 casos) uno de ellos por cateterización forzada retrógrada de la papila por hilio congelado. No hemos tenido fistulas duodenales o hemorragias postoperatorias.

En 7 años (1-I-1967 al 31-XII-1973), en el Servicio de Clínica Quirúrgica de las Salas X y XI del Instituto General San Martín de La Plata, sobre 750 enfermos biliares operados se efectuaron 108 papiloesfinterotomías, lo que nos da un porcentaje de 14,4 %.

Las causas que determinaron la indicación de la papiloesfinterotomía, se anotan en el Cuadro 5.

CUADRO 5

PAPILOTOMIA

ESTADISTICA DEL Dr. BERRI

Odditis primaria	4	3,7 %
Odditis secundaria	55	51,0 %
Odditis y litiasis coledociana ...	3	2,7 %
Litiasis única enclavada	7	6,5 %
Litiasis múltiple coledociana	22	20,4 %
Quiste hidático complicado	8	7,5 %
Pancreatitis crónica	6	5,5 %
Pancreat. crón. y lit. colédoco	1	0,9 %
Pancreatitis aguda edematosa ..	1	0,9 %
Megacolédoco	1	0,9 %

4. Cáncer periampular

4.1 Resección-duodenopancreatectomía.

Dr. Raúl Praderi

En el cáncer de papila, casi siempre con extirpar el sector de la cabeza pancreática, vecino al tumor sin reseca el uncus la exéresis es suficiente. Desde el punto de vista oncológico en estos tumores, tampoco se requiere incluir todo el colédoco hasta arriba, ni sacar todo el duodeno. Es decir que una *pancreatectomía económica* es suficiente para tratar un cáncer de papila.

Esta operación consiste en la exéresis pancreática a la derecha del mesenterio dejando el páncreas menor adherido a la arteria mesentérica superior. La sección del duodeno se hace a nivel de la tercera porción y el muñón duodenal se cierra como en una gastrectomía.

La exéresis es más limitada, pero igual obliga a hacer tres anastomosis: pancreática, biliar y gástrica.

Aunque no se pasa por atrás del mesenterio y no es necesario reseca el ángulo duodenoyeyunal como en la pancreatectomía por cáncer cefálico, la diferencia de tiempo quirúrgico no es muy grande porque lo que condiciona la demora en la pancreatectomía cefálica son las anastomosis más que las exéresis.

Como ya vimos las operaciones intermedias que se quisieron hacer: papilectomías más amplias; la resección de un cilindro de duodeno, etc., fueron condenadas al fracaso. El gran problema de la cirugía de la papila consiste en que la resección oncológica es una operación grande, importante, y que la intervención mínima es una operación no oncológica y de indicación excepcional.

En el cáncer de papila cortamos el duodeno a la derecha del mesenterio y lo cerramos. Pero entonces no nos queda un muñón yeyunal para anastomosar al páncreas. En la técnica de Child en cambio la sección yeyunal se hace debajo del ángulo duodenoyeyunal, la movilización del muñón distal, su pasaje a través del mesenterio, o del mesocolon o por delante de este último y la anastomosis yeyuno pancreática terminoterminal por "enchufe" del muñón pancreático al muñón yeyunal, luego la anastomosis de la vía biliar al yeyuno y mucho más abajo la anastomosis del yeyuno al estómago.

Mediante este procedimiento se constituye un asa diverticular, proximal, en la cual se vierten la secreción pancreática y biliar que llegan al estómago de la misma manera que el asa diverticular en una gastrectomía Billroth II. Las dos anastomosis, comprometidas o riesgosas están situadas en un asa diverticular por la cual no transitan alimentos y esa asa puede ser protegida, como lo hemos señalado en otras oportunidades por un drenaje que la desgravita, este puede ser: 1) un tubo de Kehr con la rama inferior pasada a través

de la anastomosis; 2) un drenaje transcístico cuando no se reseca toda la vía biliar extrahepática y queda un muñón cístico viable; y 3) en los casos en que se hace una resección amplia de la vía biliar extrahepática porque el tumor es de colédoco o de páncreas invadiendo alto, un drenaje transhepático que se pasa a través de la hepaticoyeyunostomía.

Estos drenajes tienen la virtud de impedir la hipertensión en el asa diverticular la cual podría ser causante de la falla de las suturas pancreática o biliar. El líquido recogido durante los diez primeros días del postoperatorio a través de este drenaje puede ser reintegrado por una sonda gástrica que lo transfiere al asa eferente de manera de dejar sin tensión el asa proximal y evitar los riesgos de falla de sutura. De esta manera, en una serie de más de 20 duodenopancreatectomías hemos obtenido buenos resultados.

Pero cuando se hace la sección del duodeno a la derecha del mesenterio no disponemos de muñón yeyunal para anastomosar por inosculación al páncreas. Entonces, ¿qué podemos hacer con el muñón pancreático? Porque el problema en la pancreatectomía es la anastomosis del muñón pancreático. Longmire (33) en un trabajo reciente analiza las estadísticas de distintos autores con diferentes técnicas y demuestra que aún no se ha llegado a un procedimiento ideal (Fig. 19).

En general existe tendencia a realizar la anastomosis por inosculación de Child. Pero conocemos cirujanos de gran experiencia como Hivet y Mainetti que hacen la anastomosis lateral.

Estos autores anastomosan la vía biliar y el páncreas terminolateral como hacía Whipple (Fig. 19), mediante una sección longitudinal de la seromuscular del yeyuno, fijando con puntos seroserosos el páncreas a ese nivel, y si es posible anastomosando con pequeños hilos de seda vascular la mucosa yeyunal al orificio del Wirsung. Completan con puntos seroserosos de manera que se invagine lateralmente el muñón pancreático en el yeyuno. Esta es la única solución después de la pancreatectomía económica con sección a la derecha del mesenterio si se quiere anastomosar el páncreas al yeyuno (Fig. 19).

Las otras dos cosas que se pueden hacer son: o no anastomosar el páncreas o unirlo al estómago. La no anastomosis del páncreas implica el cierre del muñón del Wirsung y el drenaje al exterior (Fig. 19 Cole). Muy a menudo se constituye una fístula pancreática. Esta fístula pancreática con el tiempo muchas veces se agota y desaparece. Wilks (60) en La Plata, ha utilizado este procedimiento con bastante éxito y en algunos casos no ha tenido fístula. Pero algunos cirujanos han tenido que reoperar para tratar las fístulas pancreáticas del muñón [Dinstl (18)].

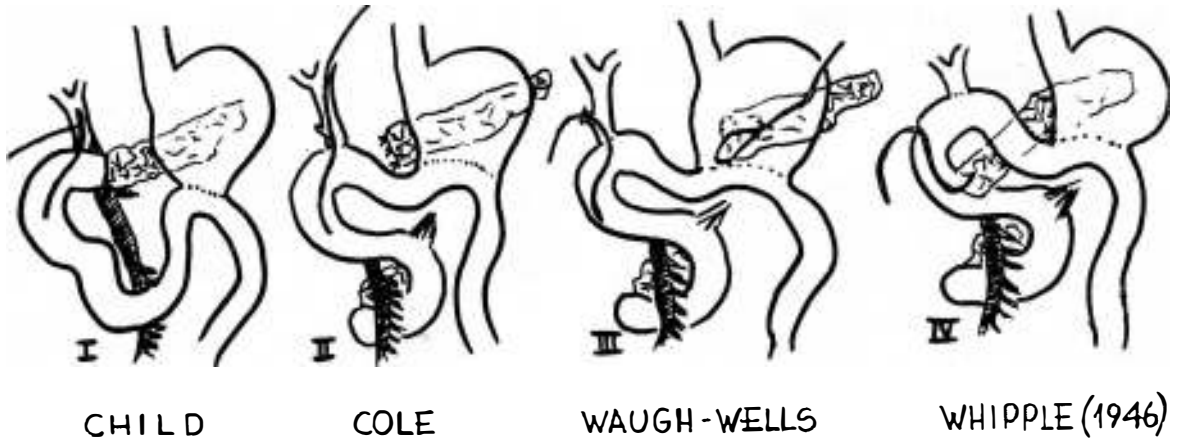


FIG. 19 — Distintas conductas con el muñón pancreático. I) Anastomosis yeyunopancreática T.T. (Child.); II) Abandono del muñón (Cole); III) Pancreatogastrostomía (Waugh-Wells); IV) Pancreato yeyunostomía T.L. (Whipple).

La cuarta opción es hacer una duodenopancreatectomía total. La exéresis del órgano evita el riesgo, desde luego de una fístula pancreática, pero transforma al enfermo en un diabético quirúrgico. La hiperglicemia del duodenopancreatectomizado es muy especial. Conviene mantener al enfermo con cifras altas de glicemia pues estos pacientes mueren cuando un médico sorprendido por una cifra de 3 gramos le administra una dosis alta de insulina llevándolo a la hipoglicemia. La quinta y última posibilidad es anastomosar el páncreas al estómago. Nosotros lo hemos hecho y ya en nuestro artículo de 1971 sobre D.P.C. (41) nos referimos a esta técnica utilizada por Milburn de Suecia y Smith, de Escocia, que hacen la anastomosis del páncreas a la cara posterior del estómago. En realidad este procedimiento fue utilizado primero por cirujanos ingleses —Wells (59), Dill-Russell (17), Ingebrigtsen (27), Sames (43) y aplicada también por varios cirujanos norteamericanos, Park (39), Waugh (58).

Practicamos una pequeña incisión en la cara posterior del estómago y anastomosamos allí el páncreas. La sutura se puede hacer por adentro del estómago dejándolo abierto antes de implantarlo en el yeyuno. El páncreas, se sutura asegurando la permeabilidad del Wirsung. Si se desea se puede dejar un drenaje fijado con un punto al extremo del conducto saliendo transgástrico en forma de gastrostomía. Esta técnica de pancreatogastrostomía se puede realizar con toda comodidad. Deja libre al yeyuno para anastomosarlo lateralmente al colédoco y al estómago.

Las duodenopancreatectomías de nuestra pequeña serie, fueron realizadas con algunas variaciones técnicas. De ocho enfermos en que se practicó la duodenopancreatectomía cefálica, cuatro habían sido operados antes, dos de ellos para hacer biopsia de papila (a uno se le había realizado una papilectomía y a otro una hepaticoyeyunostomía derivativa). No somos

partidarios de la cirugía en dos tiempos del páncreas. La hepaticoyeyunostomía derivativa practicada previamente en un caso, molestó durante toda la pancreatomectomía, hasta que finalmente se desprendió y hubo que fijarla nuevamente. En los casos en que se había realizado previamente papilectomía, ésta permitió hacer el diagnóstico. No somos partidarios de la derivación previa a la duodenopancreatectomía. No hace más que complicar las cosas y el hecho de haber montado un asa en Y de Roux a veces compromete la vitalidad del asa ascendida, que se puede volver a utilizar en la duodenopancreatectomía sólo a veces pues en algunos casos le queda un sector de mesenterio muy corto entre la sección del yeyuno de la exéresis duodenal y el pie del asa en Y de Roux. Estos detalles de la duodenopancreatectomía en dos tiempos los hemos señalado ya y están ilustrados en la Mesa Redonda que coordinó el Dr. Bermúdez publicada en esta revista (Cir. Uruguay 41º Nº 1: 1-46, 1971), por eso no nos volvemos a referir a ellos.

La evolución de nuestros enfermos con duodenopancreatectomía cefálica por cáncer de papila fue la siguiente: en el postoperatorio inmediato, falleció un enfermo con una oclusión, una especie de hernia de Petersen por compresión a nivel de la anastomosis gástrica. Otra paciente tenía una peritonitis plástica de delgado que obligó a hacer una liberación muy penosa, y hubo que resecar dos asas delgadas. Esto complicó y alargó la operación falleciendo en el postoperatorio inmediato. Los otros operados tuvieron sobrevidas variadas, algunos de ellos muy prolongadas: un caso de 10 años, otro de 5 y dos de 3 años, pero fallecieron de recidivas tumorales cuatro de ellos. Dos a los dos años. La muerte de uno de los enfermos estaba prevista pues en la operación inicial existían adenopatías neoplásicas, muy altas en el pedículo hepático. Otro paciente murió a los dos años con una obstrucción vascular ab-

dominal posiblemente una trombosis de la mesentérica. Es interesante señalar que la viciación que realiza la arteria mesentérica con el tronco celiaco después de la duodenopancreatectomía no existe más. La obstrucción del tronco celiaco o la mesentérica en estos pacientes implica un infarto intestinomesentérico o un infarto celiaco obligatorio pues la ligadura de la gastroduodenal es constante en la duodenopancreatectomía cefálica.

Dr. Juan A. Sugasti

Esta intervención, es sin lugar a dudas la de elección, en todos los cánceres de la región periampular del duodeno, ya que con ella, se consigue un porcentaje importante de sobrevividas de más de 5 años.

De todas las estadísticas publicadas, la más importante es la de Warren, Mc Donald y Veindorheimer (55) de la Clínica Lahey. Sobre 272 duodenopancreatectomías efectuadas entre 1942 y 1961, 211 lo fueron por carcinomas periampulares del duodeno, repartiéndose los resultados como sigue: 24 carcinomas primarias del duodeno con una mortalidad operatoria del 16 % y una supervivencia de 5 años del 40 %. 21 pacientes con carcinoma de la porción intrapancreática del colédoco, con mortalidad operatoria del 14,3 % y una supervivencia promedio de 5 años del 36,6 %. 81 pacientes con carcinomas de la ampolla de Vater con una mortalidad operatoria tan solo del 8 % y una sobrevivida del 31,3 %.

Cattell, Warren y Au (56) en una revisión de resecciones pancreatoduodenales por carcinoma de la ampolla de Vater, en las cuales la operación inicial fue llevada a cabo en la Lahey (con lo cual se eliminan los casos, en los cuales hubo un gran retraso entre el descubrimiento del tumor y la intervención subsiguiente, o que ya habían sido intervenidos previamente con procedimientos paliativos de derivación), señalaron que el 52 % de los pacientes alcanzaron una sobrevivida de 5 años. De esto se deduce claramente, la necesidad de intervenir, mediante la resección en un tiempo, tan pronto como sea posible. Del análisis de los resultados surge que los carcinomas de la ampolla de Vater, de la porción intrapancreática del colédoco y del duodeno, conllevan la posibilidad potencial de una proporción elevada de curaciones quirúrgicas (Warren, Mc Donald y Veindorheimer (55)).

En los casos en que los pacientes llegan en muy malas condiciones generales debido al exagerado tiempo de evolución de la obstrucción (2 a 3 meses), sobre todo si las cifras de albúmina son excesivamente bajas, puede estar indicado realizar la intervención en dos tiempos, pero limitándose exclusivamente en la primera, tan solo a procurar un drenaje biliar externo (colecistostomía-coledocostomía con tubo en T, para preparar convenientemente al paciente en el más breve lapso de tiempo, para someterlos a la intervención radical. Esta misma conducta es la que deben adoptar aquellos cirujanos que carecen de experiencia en la



FIG. 20.— Mediante 4 puntos de Stundorf, se ha invaginado hacia adentro el extremo yeyunal que ha de ser anastomosado, con el muñón pancreático, que lo enfrenta. Se han colocado dos puntos en los extremos del muñón pancreático que servirán para facilitar el enchufe del páncreas en el yeyuno.

ejecución de esta difícil intervención para enviar de inmediato al paciente a un cirujano debidamente capacitado para realizarla.

La técnica que nosotros empleamos en todos nuestros casos con excepción de los dos primeros, en que seccionamos el duodeno a nivel de la primera porción y realizamos las anastomosis sobre una asa aislada en Y a lo Roux, es la de seccionar la primera asa yeyunal y luego de liberar el ángulo de Treitz y efectuar la ligadura de los primeros vasos yeyunales, hemos pasado dicha asa por detrás de los vasos mesentéricos, mediante la maniobra de Clairmont, que luego de realizada, facilita enormemente la extirpación del uncus. A este respecto nosotros no somos partidarios de realizar una prolija y completa extirpación del mismo, sino que nos limitamos a extirpar la pieza, colocando pinzas fuertes, sobre el uncus, a la derecha del tronco portomesentérico, sin extirparlo por completo.

En cuanto al montaje lo realizamos a lo Child, llevando el yeyuno distal precólico, realizando la anastomosis pancreo-yeyunal término-terminal. Efectuamos luego la hepático yeyunostomía, sin utilizar ningún tipo de drenaje de protección (tubo en T en la hepático o colédoco-yeyunostomía o transhepático a lo Praderi), sin haber tenido nunca que lamentar el haber omitido esta precaución. La anastomosis pancreatoyeyunal la realizamos siguiendo una técnica original (49), que facilita enormemente la realización de las suturas (un solo plano basta) y que ejemplifican claramente las Figs. 20, 21 y 22. El muñón pancreático, previamente esquelizado en una extensión suficiente es "enchufado" en esta forma dentro del yeyuno, convenientemente preparado y sostenido sólidamente por las suturas. Aunque no hemos tenido oportunidad de hacerlo, pensamos que la protección de esta sutura con una capa de Histoacril tiene que proporcionarle



FIG. 21.— Se ha efectuado el "enchufe" por medio de los hilos tractores que pueden observarse claramente emergiendo de la luz yeyunal; a continuación se pasa a realizar a sutura en un solo plano.

una solidez e impermeabilización aun mucho más perfectas. La sutura colédoco o hepático yeyunal la efectuamos monoplano; la posterior a puntos totales y la anterior seromuscular extramucosa de yeyuno y total de vía biliar. La gastroyeyunostomía la realizamos a la manera clásica en dos planos.

La complicación más temible de la duodenopancreatectomía, es tal vez, la dehiscencia de la sutura pancreatoyeyunal y la fístula consiguiente, fístula que no es solamente pancreática, sino que da salida al contenido yeyunal, con la peritonitis consiguiente generalmente mortal. Creemos que la técnica que propugnamos, bien realizada permite en gran medida, ponernos al abrigo de esta complicación, que no hemos observado nunca en los 9 casos que hemos operado en esta forma (6 cánceres ampulares, 1 cáncer de páncreas, 1 cistoadenocarcinoma, 1 cáncer gástrico antral).

No hemos tenido mortalidad en los 6 pacientes que hemos operado, ni tampoco en los demás. El último de ellos operado recientemente



FIG. 22.— Anastomosis pancreatoyeyunal terminada y sutura monoplano.

te de un cáncer Vateroduodenal tenía 85 años de edad, pero con muy buen estado general, soportó la intervención sin ninguna clase de incidentes.

Todos nuestros pacientes han sobrevivido ya más de 5 años con excepción del último operado hace dos meses. El más antiguo lleva más de 10 años de operado y se encuentra a pesar de su avanzada edad en muy buen estado general.

Dr. Ricardo Berri

Con referencia al cáncer preampular, con especial referencia al de papila de Vater, nuestra Escuela Quirúrgica posee, a través de los últimos 20 años y sobre un total de 3.500 pacientes operados de la Clínica Hospitalaria y Privada, experiencia sobre 33 casos de cáncer de papila. Veinte hombres y trece mujeres, con una edad promedio de 63,2 años.

A nuestro juicio han sido de mejor pronóstico alejado las formas papilomatosas que las infiltrantes.

Todos tuvieron exteriorización clínica por ictericia.

Se emplearon para su tratamiento 2 tipos de intervenciones: 1) de *exéresis* (papilectomía y duodenopancreatectomía); y 2) *derivativas* cuando hubo diseminación neoplásica de preferencia hepaticoyeyunostomía.

A nuestro criterio la duodenopancreatectomía cefálica es la operación oncológica racional para el cáncer de papila, de preferencia en un tiempo y solamente de excepción en 2 etapas cuando hubiera ictericia grave y mal estado general. Hemos comprobado la recidiva rápida con diseminación al practicarla en 2 etapas, en donde en la primera se practicó duodenostomía y biopsia.

La papilectomía, de menor envergadura, aunque nada fácil y no carente de riesgo, que al desconocer la invasión linfática de estos tumores, está exenta de radicalidad, deberá reservarse únicamente a los casos de personas muy afeadas y de mal estado general.

Estamos convencidos que el progreso de la cirugía y de los medios de reanimación brindarán mejores perspectivas en la reducción de la morbimortalidad.

La duodenopancreatectomía es una técnica ejecutada con criterio oncológico y fundamento científico, táctico y filosófico.

Afirmamos con nuestro maestro que hay que vencer al predeterminismo por la competencia, la fatalidad por ciencia y el pesimismo por un optimismo cauteloso que sirva de estímulo y emulación al equipo quirúrgico.

Se practicaron:

Duodenopancreatectomía a lo Child	27
Ampulectomía	6
Hepaticoyeyunostomía (metástasis múltiples) ..	2

Dos ampulectomías, al año y tres años fueron sometidas a duodenopancreatectomía por recidiva, con muerte en el postoperatorio inmediato.

EVOLUCION

D.P.C.:

- 9 muertes en el P.O. inmediato;
- 4 al mes;
- 1 a los 2 años;
- 1 vive más de 5 años;
- 3 viven con más de 8 meses operados hasta la fecha;
- 9 se desconoce evolución ulterior aunque tuvieron una correcta evolución en el primer año.

Ampulectomías:

- 1 vivió 1 mes;
 - 1 1 año;
 - 1 2 años;
 - 1 3 años;
 - 1 4 años;
 - 1 5 años.
- Recidiva y D.P.C. con muerte.

Hepaticoyeyunostomía:

- 1 vivió 1 mes;
- 1 6 meses.

4.2 Papilectomía. Técnica.

Dr. Raúl Praderi.

Esta operación tiene algunos detalles importantes. Se debe reseca siempre lejos del tumor, pero existe un límite máximo de amplitud transversal: el espesor de la llanta pancreática. La papilectomía en realidad, debe reseca la mucosa duodenal, la totalidad de la ampolla de Vater, la porción distal del Wirsung y del colédoco hasta llegar a canales de calibre suficiente y muy poca pared muscular del duodeno. El ideal es realizarla a través de la ventana duodenal. Una vez iniciada la sección de los canales se va suturando con puntos de catgut el extremo del Wirsung al borde inferior de la ventana duodenal y el del colédoco al superior. Conviene también dar algún punto uniendo el Wirsung y el colédoco. Terminada la anastomosis se sutura la duodenotomía. Esta operación se basa en la dilatación de los canales determinada por la presencia del tumor; de lo contrario suturar un Wirsung con varios puntos sería prácticamente imposible. Se debe tener en cuenta que este procedimiento deja dos suturas duodenales enfrentadas: la duodenotomía de abordaje y la sutura de reimplantación. Esta última debe quedar enmarcada dentro de las dos caras del mesoduodeno, o sea, que no debe aflorar a la superficie del páncreas ni por delante ni por detrás.

Si se secciona la llanta pancreática, se establece un orificio duodenal y el riesgo es la fistulización. Las peritonitis por estas complicaciones no parecen ser frecuentes.

La indicación de la papilectomía es excepcional actualmente. En realidad, la mejor biopsia de una papila cuando no se cuenta con biopsia extemporánea es una papilectomía amplia sacando todo el tumor. En último caso puede quedar como operación definitiva. En segundo lugar, éste puede ser el procedimiento ideal en los tumores benignos de papila. La única manera de saberlo es reseándolos.

Después de una papilectomía pueden utilizarse varios procedimientos para asegurarse de que no hay filtraciones. El más simple consiste en pasar una sonda duodenal y mantenerla aspirada en el postoperatorio a fin de evitar la hipertensión duodenal. Se puede asociar un drenaje biliar de Kehr que también por sí solo, dada la amplitud de la anastomosis aspira el duodeno (fig 23). Se puede colocar un dre-

naje del Wirsung pasado a través de la anastomosis. Este se puede sacar también por distintos lados: a través del duodeno como Leger, o por el colédoco, como Doubilet, a través del muñón cístico, como Bove, o por una yeyunostomía (fig. 23).

Estos últimos procedimientos tienen un inconveniente. Como el Wirsung está orientado hacia abajo, los tubos de polietileno hacen un ángulo agudo al entrar al duodeno, se acodan y se obstruyen. Deben utilizarse tubos semirígidos para que no se angulen.

Existen otros procedimientos de seguridad que se señalan en la figura 23. Consisten en realizar una yeyunostomía transgástrica que es una gastroenterostomía mínima puntiforme a través de la cual se pasa por una gastrostomía una sonda al yeyuno que permite alimentar al enfermo y reintegrar la bilis. Es un método de protección para las fallas de suturas duodenales y para las fistulas constituidas duodenales.

En un paciente de 80 años, de grave riesgo por problemas cardíacos, realizamos una papilectomía y una yeyunostomía transgástrica. Pasamos además por la propia yeyunostomía hacia atrás un tubo en sentido inverso hasta el Wirsung. Como le habíamos realizado una colecistectomía quedó protegido también por un drenaje transcístico (fig. 23).

Felizmente no hizo ninguna complicación duodenal y todo este sistema de seguridad no fue necesario.

Hemos realizado tres papilectomías; todos los pacientes sobrevivieron a la intervención. El caso recién referido lleva un año de operado; otro enfermo, que tenía una grave contraindicación de causa médica por un problema cardíaco, falleció de un infarto de miocardio cinco años después de la operación sin evidencia de tumor. En un tercer caso en el que también por contraindicación del cardiólogo, con una arritmia, preferimos no hacer una duodenopancreatometomía. Al año hizo una recidiva de la papilectomía con una ictericia y tuvimos que operarlo de nuevo, encontrando un cáncer de pedículo hepático que no nos permitió hacer una duodenopancreatometomía porque había infiltración neoplásica de los ganglios celíacos y metastasis hepática.

Debimos conformarnos con una hepaticoyeyunostomía que sirvió como operación paliativa por unos pocos meses.

Dr. Juan A. Sugasti.

En los cánceres ampulares muy pequeños (cánceres intraampulares de Feroldi (20), cánceres enanos de Caroli (9), si el paciente se halla en malas condiciones o aún en condiciones aceptables, varios autores han practicado la resección local del mismo, efectuando una amplia papilectomía, con la que han conseguido buenos resultados. Nosotros la hemos practicado en 3 oportunidades; las dos primeras debido a las malas condiciones del paciente; la última recientemente fue realizada por uno de mis colaboradores en una viejita de 85 años de edad.

La técnica que usamos, es la siguiente: luego de realizar la duodenotomía transversal, se comienza seccionando el duodeno por encima del pequeño tumor, que suele presentar un verdadero pedículo, practicando una incisión en forma de arco a concavidad inferior, hasta abordar la mitad superior del colédoco

siempre muy distendido, al propio tiempo que se van colocando las suturas a puntos separados, que lo fijan al borde duodenal. Se va progresando así poco a poco, seccionando y colocando puntos, hasta llegar al Wirsung, por lo común asimismo muy dilatado, que se ancla de la misma manera al contorno inferior de la ventana duodenal. En nuestro primer caso, en el que la dilatación del Wirsung era monstruosa, la intervención fue muy sencilla y satisfactoria. No así en la segunda en que el Wirsung no se encontraba muy dilatado, siendo su sutura más dificultosa.

La complicación más temible es la dehiscencia de las suturas y la peritonitis consiguiente, tal como nos sucedió en nuestro segundo caso, ocasionando la muerte del paciente.

La mortalidad operatoria es alta, dando la estadística de Hunt (26) cifras que oscilan entre el 15 y el 45 %.

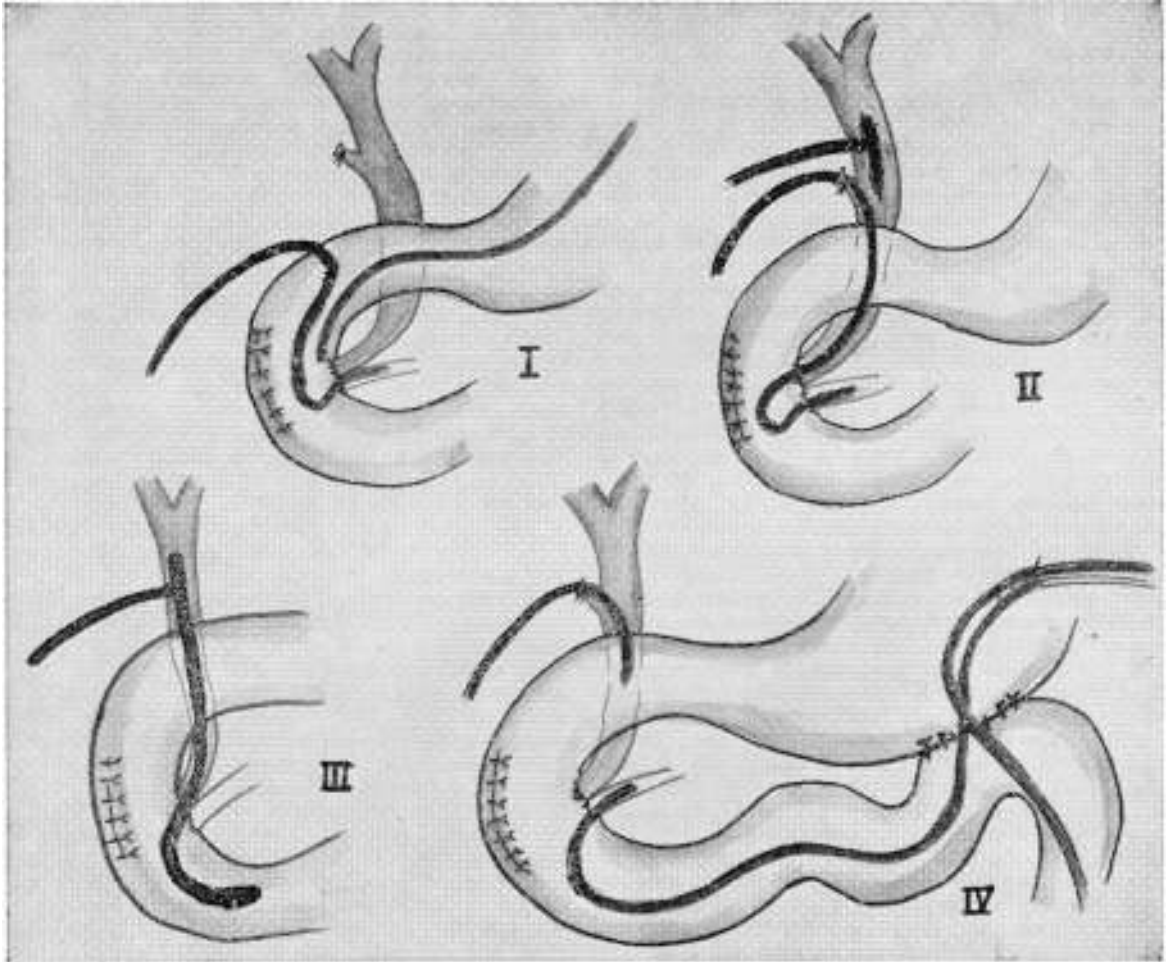


FIG. 23.—Procedimientos de drenaje después de papilectomía. I) Drenaje del Wirsung transduodenal y sonda duodenal; II) Drenaje del Wirsung transcístico y Kehr coledociano. III) Tubo de Cattell transpapilar. IV) Wirsungostomía y yeyunostomía transgástrica.

Los *resultados alejados* son en general mediocres, con sobrevividas de 6 a 15 meses, según las estadísticas. Nuestro primer paciente evolucionó muy bien durante 3 años, al cabo de los cuales pudimos constatar la existencia de metástasis hepáticas de las que falleció a los

3 años y medio de operado. Es por esto que si bien se describen, como se ha señalado, algunos casos de evolución feliz con esta conducta, la mayoría de los autores en la actualidad la relegan a circunstancias de excepción.

4.3 Indicaciones de pancreatomecía y de papilectomía.

Dr. Raúl Praderi.

Desde el punto de vista oncológico, la papilectomía reseca nada más que el tumor primitivo y no toca absolutamente ninguno de los ganglios linfáticos, ni siquiera el tejido vecino o sea que la más mínima difusión tumoral a las estructuras pancreáticas o a los linfáticos del pedículo hepático ya implica una evasión tumoral y la ineffectividad de la operación. La indicación de papilectomía se reserva a aquellos pequeños tumores esquistosos en enfermos de grave riesgo quirúrgico y recordando que, pese a que se trata de un procedimiento simple, tiene tanto riesgo de falla de sutura como una operación mayor y la dehiscencia de la sutura posterior de una papilectomía implica una gravísima fístula duodenal con grave riesgo de muerte.

Con todo señalemos que no hemos tenido esa complicación en las papilectomías ni la hemos visto en operaciones practicadas por otros colegas.

El verdadero procedimiento oncológico y curativo en los cánceres de papila es la duodenopancreatomecía cefálica.

Se aprecia que el problema de esta cirugía es que no hay término medio. Se pasa de una pequeña operación transduodenal a una de las más grandes operaciones de la región celiaca

del abdomen. Cuando un tumor de papila infiltra el páncreas o el pedículo hepático, el tratamiento quirúrgico oncológico es la excéresis de todo del duodeno, de la cabeza del páncreas, de los linfáticos del pedículo hepático, de los ganglios de la cadena de la arteria hepática y los linfáticos retropancreáticos.

La evasión tumoral en los cánceres de cabeza de páncreas y de papila se realiza a través de los linfáticos que cruzan hacia atrás, contra la arteria mesentérica y siguen junto con las fibras nerviosas simpáticas del ligamento uncular de Yoshiaka, que va del uncus al plexo solar.

Es aquí, al terminar de reseca el uncus que nos damos cuenta si la excéresis fue completa, porque los linfáticos siguen la vaina vascular.

Dr. Juan A. Sugasti.

En el momento actual, con la confianza que tenemos en nuestra técnica de duodenopancreatomecía, no volveríamos a indicar más una papilectomía salvo en casos excepcionales de un tumor muy pequeño en una enferma de edad muy avanzada como nuestro último caso. Si las condiciones generales del paciente lo hicieran necesario, preferiríamos drenar previamente la vía biliar, para realizar la duodenopancreatomecía en el momento que dichas condiciones generales lo permitan.

4.4. Operaciones derivativas

Dr. Raúl Praderi.

Las operaciones paliativas por cáncer de papila y de páncreas, siguen los mismos principios. Pero los tumores de papila son más resecables que los de páncreas. Una de las razones para extirparlos es poner al enfermo a cubierto de las hemorragias del tumor. Los cánceres de papila abandonados a una evolución muy prolongada pueden determinar importantes hemorragias duodenales y la duodenopancreatomecía intrahemorragica es una operación de gran riesgo.

Las resecciones pancreáticas o papilares constituyen en realidad las mejores operaciones paliativas.

Los procedimientos que se aplican cuando la excéresis es imposible, consisten en derivaciones biliodigestivas. No, somos partidarios de la coledocoduodenostomía que aparentemente sería la operación paliativa más simple en el cáncer de papila, pues tiene el inconveniente de que

si bien es una operación sencilla y fácil, establece una derivación muy cercana al tumor y los tumores de papila pueden llegar a obstruir el duodeno. Esto es más frecuente en los cánceres de páncreas en que el 30 % de los enfermos terminan haciendo una oclusión duodenal. Es de imaginar los riesgos que implican hacer una coledocoduodenostomía a un enfermo que va a hacer una oclusión de segunda porción de duodeno por infiltración tumoral. Por eso en el cáncer de páncreas, siguiendo a Mercadier realizamos desde hace tiempo, además de la derivación biliodigestiva hepaticoyeyunal, una gastrosenterostomía para poner al enfermo ya a cubierto de una oclusión duodenal y evitarle una operación iterativa. La operación paliativa indicada en el cáncer de papila es la hepaticoyeyunostomía. Mejor aún que la colecistoyeyunostomía. Podría tener indicación la colecistoyeyunostomía en las vesículas de desembocadura alta, en las que la infiltración tumoral a través de la vaina coledociana llega

tardíamente al cístico y no lo compromete. Se comprende que, si se obstruye el cístico por progresión del cáncer hacia arriba, la colecistoyeyunostomía es inoperante. En cáncer de páncreas sistemáticamente hacemos, salvo excepciones, una hepatoyeyunostomía sobre asa diverticular de Roux o de Warren o con nuestra modificación. En el caso de hepáticos difíciles de abordar hemos realizado en alguna oportunidad una variación técnica que es la anastomosis del hepático a la vesícula y de la vesícula al yeyuno. Esta anastomosis es fácil. Se coloca un tubo de Kehr en el colédoco, se hace una pequeña coledocotomía y se sutura esa coledocotomía a un orificio de la vesícula, se anastomosa luego la vesícula al yeyuno. El tubo de Kehr se saca a la Witzel por el yeyuno y se establece entonces un puente vesicular, una hepatocolecistoyeyunostomía, que es una implantación más alta de la vesícula. Con todo, debemos señalar que tuvimos oportunidad de tratar a un paciente que fuera operado por otro

cirujano, el cual le había practicado una coledocoduodenostomía por un cáncer de papila. Retrospectivamente llegamos a la conclusión de que el cáncer hubiera sido resecable. Las mejores operaciones paliativas se obtienen a veces en aquellos enfermos en los cuales fueron mal indicadas porque estaban en condiciones de aceptar una operación oncológica. Este enfermo había sido tratado con 5-Fluoracilo. Llegó a nuestras manos varios años después con una ictericia obstructiva. Lo reintuvimos y le encontramos una estenosis neoplásica de la coledocoduodenostomía, ratificando lo que habíamos señalado de que el cáncer de papila infiltra hacia arriba y obstruye la anastomosis. Realizamos una hepaticoyeyunostomía más alta. Evolucionó bien durante más de un año y le volvimos a instaurar el tratamiento que había sido efectivo de 5-FU. En total tuvo una sobrevivencia bastante confortable de cerca de cuatro años. Murió con una carcinomatosis hepática.

Resumen final y conclusiones

Dr. Bolívar Delgado.

Esta Mesa se ha referido fundamentalmente a dos temas de la cirugía de la papila: las odditis y el cáncer ampular.

En primer lugar se puso de manifiesto el valor de la duodenofibroscoopia en el diagnóstico macroscópico de las lesiones papilares con la posibilidad de biopsia y de colangiografía y wirsungografía retrógradas. En el diagnóstico de las afecciones propias del esfínter de Oddi y en especial en las odditis cuando hay que determinar si son fibrosas e irreversibles y de acción quirúrgica directa o por el contrario reversibles, la radiocolangiodebitometría es un elemento fundamental en dicho diagnóstico, sola o asociada a la exploración instrumental. Este procedimiento además de mostrar imágenes radiográficas más o menos características, es capaz de evaluar la capacidad de extensibilidad del canal oddiano y por tanto su grado de fibrosis.

La biopsia extemporánea de la propia lesión papilar o de tejidos vecinos en manos de patólogos de experiencia y usando técnicas modernas (criostato y nitrógeno líquido) puede obtener en la mayoría de los casos un alto porcentaje de certeza diagnóstica, constituyendo así un elemento de enorme valor.

La papilotomía o papiloesfinterotomía es analizada en primer lugar en sus indicaciones que resultaron indiscutibles en las odditis fibrosas y en el cálculo enclavado en la ampolla. Se plantea igualmente en algunas pancreatitis crónicas, en ciertas pancreatitis agudas, cuando se quiere lograr un amplio drenaje interno de la vía biliar, en ciertas litiasis coledocianas para la mayoría y en todas para el Dr. Sugasti.

Es interesante señalar que hay unanimidad de opiniones de que en ciertas formas de pancreatitis agudas y en ciertas etapas de ellas, debe indicarse una papilotomía de urgencia

dada la frecuencia de litiasis vateriana enclavada y/o de una odditis como causa de dicha grave situación.

Frente a una estenosis papilar con pancreatitis crónica, la operación de elección es la papiloesfinterotomía; si la estenosis coledociana es extensa, la coledocoduodenostomía externa tiene una excelente indicación. En estos casos seguramente la mejor solución es la asociación de ambas operaciones.

La papilotomía se efectúa por vía transduodenal y en una extensión variable regulada para la mayoría por la extensión de la fibrosis y para otros sistemáticamente extensa realizando una verdadera coledocoduodenostomía interna. Sutura mucosa-mucosa (esfinteroplastia); exploración del ostium del Wirsung, actuando solamente sobre él cuando existe una estenosis; drenaje externo del Wirsung, solamente si se ha actuado quirúrgicamente sobre él. Realizada la papilotomía por manos experimentadas, tiene un bajo porcentaje de complicaciones, oscilando la mortalidad promedio en el 1 % y con excelentes resultados alejados.

En el cáncer de la región papilar la duodenopancreatectomía económica y de preferencia realizada como operación tipo o como duodenopancreatectomía económica y de preferencia en un tiempo. El montaje más usado es a lo Child, teniendo como variante la posibilidad de realizar una pancreatogastrotomía.

Se considera de valor el drenaje desgravitativo del asa diverticular en la prevención de las fallas de sutura.

La papilectomía ha sido realizada en menor proporción de casos, mostrando una mortalidad no despreciable y con resultados alejados con sobrevivencias a veces de muchos años. Es una operación paliativa que debe ser reservada a pacientes con tumores pequeños, de mucha edad y alto riesgo quirúrgico.

RESUME

Chirurgie de la papille

Cette Table Ronde a traité essentiellement deux thèmes concernant la chirurgie de la papille: les oddites et le cancer ampoulaire.

En premier lieu fut mise en évidence, l'importante de la *duodénofibrosopie* dans le diagnostic macroscopique des lésions papillaires, avec la possibilité d'effectuer une biopsie, une cholangiographie et une *wirsungographie rétrogrades*.

Dans le diagnostic des affections propres au sphincter de Oddi, et particulièrement dans les oddites, quand il s'agit de déterminer si elles sont fibreuses et irréversibles et d'action chirurgicale directe, ou au contraire réversibles, la *radiocholangiodébitométrie*, seule ou accompagnée d'exploration instrumentale, est fondamentale. Ce procédé, outre qu'il montre des images radiographiques relativement caractéristiques, permet d'évaluer la capacité d'extensibilité du canal oddien et partant, son degré de fibrose.

La *biopsie extemporanée* de la lésion papillaire elle-même ou des tissus voisins, dans les mains de pathologistes expérimentés utilisant des techniques modernes (cryostate et nitrogène liquide), permet d'atteindre un pourcentage élevé de certitude diagnostique dans la plupart des cas, et d'est donc là un élément de très grande valeur.

La *papillotomie* ou *papillosphinctérotomie* est tout d'abord analysée du point de vue des prescriptions, qui s'avèrent indiscutables dans les odditis fibreuses et dans les cas de calcul enclavé dans l'ampoule. Elle est également à envisager dans quelques pancréatites chroniques, dans certaines pancréatites aiguës quand on veut obtenir un ample drainage interne de la voie biliaire; dans certaines lithiases cholédociennes, de l'avis de la majorité, et dans toutes d'après le Dr. Sugasti.

Il est intéressant de signaler que les opinions sont unanimes en ce qui concerne certaines formes de pancréatites aiguës où il faut prescrire une papillotomie

d'urgence étant donné la fréquence de la lithiase de Vater enclavés et/ou d'une oddite comme cause de la gravité de la situation.

En cas de sténose papillaire accompagnée de pancréatite chronique, la meilleure opération est la papillosphinctérotomie. Si la sténose cholédocienne est étendue, la cholécoduodénostomie interne est une excellente option. Certes, dans de tels cas la meilleure solution est encore l'association des deux opérations.

La papillotomie s'effectue par voie transduodénale et sur une extension variable qui, pour la plupart des participants, est fonction de l'étendue de la fibrose et qui, pour d'autres, doit être systématiquement grande, réalisant ainsi une véritable cholécoduodénostomie interne. Suture de muqueuse à muqueuse (sphinctéroplastie); exploration de l'ostium du Wirsung, sur lequel on n'agit que s'il existe une sténose; drainage externe du Wirsung si l'on a agi chirurgicalement sur lui. Si la papillotomie a été faite par des mains expérimentées, le pourcentage de complications est faible et la mortalité avoisine une moyenne de 1 %, avec d'excellents résultats à long terme.

Dans le cancer de la région papillaire, la *duodéno-pancréatectomie* est l'opération indiquée, si elle est réalisée comme opération type ou comme duodéno-pancréatectomie économique et de préférence en un seul temps. Le montage le plus employé est du type Child, avec, comme variante, la possibilité d'effectuer une pancréatogastrosomie. Le drainage dégravitatif de l'anse diverticulaire est considéré comme très recommandable pour la prévention de défauts de suture.

La *papillectomie* n'a été réalisée que dans un moins grand nombre de cas, provoquant une mortalité qu'on ne doit sous-estimer, et avec des résultats à long terme où la survie peut parfois atteindre de longues années. Il s'agit d'une opération palliative dans le cas de petites tumeurs chez des patients d'âge très avancé où le risque chirurgical est grand.

SUMMARY

Surgery of the papilla

This Round Table has fundamentally referred to two topics of surgery of the papilla: odditis and ampullary cancer.

The first point to remark was the value of fiber duodenoscopy in the macroscopic diagnosis of the papillar lesions, with the possibility of biopsy and endoscopic pancreatocolangiography.

In the diagnosis of the diseases inherent of the Oddi sphincter, and mainly in odditis, when it must be determined whether they are fibrous and irreversible and of a direct surgical treatment, or, on the contrary, if they are reversible, the radiocholangiodébitometry is a fundamental element in such diagnosis, either alone or associated to instrumenta exploration. This procedure, besides showing more or less characteristic radiographic images, is able to evaluate the extensibility of the Oddi channel, and hence its degree of fibrosis.

Extemporary biopsy of the papillar lesion itself or of the neighbouring tissues, done by experienced pathologists and with modern techniques (cryostat and liquid nitrogen) may achieve a high percentage of diagnosis certainty in most cases, thus constituting an element of utmost value. Papillotomy or papillosphincterotomy is discussed in its indications. Of course is the technique of choice for fibrous odditis and for an impacted stone in the ampulla. It is also suggested for some chronic pancreatitis; for some acute pancreatitis; when it is desirable to achieve a wide internal drainage of the choledocus; in some common bile duct lithiasis for most participants of the Round Table, and in all of these lithiasis for Dr. Sugasti.

It is interesting to remark that there was total agreement that an urgent papillotomy is required in some cases of acute pancreatitis and in some stages

of them, due to the frequency of impacted stones and/or cholecystitis as a cause of such a severe condition.

In front of a papillary stenosis with chronic pancreatitis the operation of choice is papillosphincterotomy; if the stenosis of the common bile duct is extensive, the external choledochoduodenostomy is indicated. In these cases the best solution may be indeed the association of both operations.

Papillotomy is carried out by a transduodenal approach and in a variable extension. The latter is ruled, according to most participants, by the extension of the fibrosis, while others claim it should be systematically extensive, performing an actual internal choledochoduodenostomy. There should be a mucosa-mucosa suture (sphincteroplasty), Wirsung's ostium exploration; acting upon it when there is a stenosis; external drainage of the Wirsung when it has been surgically acted upon. Once the papillotomy has been performed by an ex-

perienced surgeon, it has a low percentage of complications, ranging the average mortality at about 1%, with excellent long-term results.

In the cancer of the papillary region, duodenopancreatotomy is the operation of choice either with its usual extension or as an economic duodenopancreatotomy, preferably in one operative time. The most used reconstruction procedure is Child's one, having as a variant the possibility of performing a pancreatogastrostomy.

The value of decompressing the diverticular jejunal loop, in order to avoid suture leakages, is considered.

Papillectomy has been performed in a lesser proportion of cases, showing a not insignificant mortality. The long-term results have been in some cases a many-year survival. It is a palliative surgery which must only be used on patients with small tumors, of advanced age and high surgical risk.

Referencias bibliográficas

- ACOSTA J, LEDESMA C. La migración de cálculos biliares como causa de pancreatitis agudas. *Bol Trab Acad Argent Cir*, 55: 324, 1971.
- AGUIRRE C. Exploración de la vía biliar por la colangiografía operatoria. Control manométrico a débito constante y fluoroscopia televisada. *Prensa Méd Argent*, 54: 1554, 1967.
- AMMAN NR, DEYHILE P. Fatal necrotizing pancreatitis after peroral cholangiopancreatography. *Gastroenterology*, 64: 320, 1973.
- ARIANOFF A. Les indications respectives des anastomoses biliodigestives et des sphincterotomies au cours de 850 opérations sur les voies biliaires. *Congresso Biennale Internazionale di Chirurgia*, Roma, 1960, p. 345.
- ARIANOFF A. Indications et résultats de la sphincterotomie. *Rev Int Hepatol*, 5: 839, 1965.
- BELDA-SERNA A. Aspectos endoscópicos de la papila de Vater. *Rev Esp Enferm Apar Dig*, 36: 423, 1972.
- BERRI R, CASTILLA G. Radiocolangiodebitomanometría peroperatoria. Nuestra experiencia. *Rev Argent Cir*, 21: 311, 1971.
- BERRI R. Debitometría en la exploración intraoperatoria de la vía biliar. *Rev Argent Cir*, 23: 7, 1972.
- CAROLI J. Diagnostic du cancer de l'ampoule de Vater. *Sem Hop (Paris)*, 25: 1312, 1949.
- CASAL MA. Exploración hidrodinámica intraoperatoria de la vía biliar principal. *Prensa Méd Argent*, 56: 540, 1969.
- CASAL MA. Exploración intraoperatoria de la vía biliar principal. *Acta Gastroenterol Latinoam*, 1: 173, 1969.
- CATTELL RB, WARREN KW, AU F. Periampullary carcinomas. Diagnosis and surgical management. *Surg Clin North Am*, 39: 781, 1959.
- CENDAN JE. Exploración transcística, manométrica y radiológica operatoria y postoperatoria en cirugía biliar. Técnica y resultados. *Cir Urug* 42: 165, 1972.
- CLASSEN M, DEMLING L. Elektropapilotomie. *Deutsch Med Wochenschr*, 51: 496, 1974.
- COTTON PB, SALMON PR, BRUMGART LH, BURWOOD RJ, DAVIES GT, LAWRIE BW, PIERCE JW, READ AE. Cannulation of papilla of Vater via fiber-duodenoscope. *Lancet*, 1: 53, 1972.
- DEBRAY CH, BESANÇON F, PIRONNEAU A, LOPEZ-MACESO L. Les indications légitimes de la sphincterotomie oddienne sous control de la débitmetrie per-operative. *Rev Int Hepatol*, 5: 985, 1965.
- DILL-RUSSELL AS. Pancreaticogastrostomy. *Lancet*, 1: 589, 1952.
- DINSTL K, PIZA F, SCAIESSE L. Relaparotomie und Repancreatotomie ein aussichtsreiches Vorgehen bei chirurgischen Komplikationen nach partieller Duodenopancreatotomie. *Chirurgie*, 45: 263, 1974.
- DOUBILET H, MULHOLLAND JH. The surgical treatment of recurrent acute pancreatitis. *Surg Gynecol Obstet*, 86: 295, 1948.
- FEROLDI J. Les cancers de l'ampoule de Vater. En: DELARUE et FRUHLING. *Cancer primitif du foie et des voies biliaires*. Paris, Masson, 1958.
- FORTNER J. Recent advances in pancreatic cancer. *Surg Clin North Am*, 54: 859, 1974.
- GOINARD P, PÉLISSIER G. Thérapie chirurgicale des icteres par retention. Paris, Masson, 1959.
- HIRSCHOWITZ BI, CURTISS LE, PETERS CW, POLLARD HM. Demonstration of a new gastroscope, the "Fiberscope". *Gastroenterology*, 35: 50, 1958.
- HIRSCHOWITZ BI. Endoscopic examination of the stomach and duodenal cap with the fiberscope. *Lancet*, 1: 1074, 1961.
- HIRSCHOWITZ BI. Gastroduodenal endoscopy with the fiberscope. An analysis of 500 examinations. *Surg Clin North Am*, 42: 1081, 1962.
- HUNT V. Surgical management of carcinoma of the ampulla of Vater. *Ann Surg*, 114: 570, 1941.
- INGEBRIGTSEN R, LANGEFELDT E. Pancreaticogastrostomy. *Lancet*, 2: 270, 1952.
- KASUGAI T, KUNO N. Endoscopic pancreatocholangiography. I. The normal endoscopic pancreatocholangiogram. *Gastroenterology*, 63: 221, 1972.
- KASUGAI T, KUNO N. Endoscopic pancreatocholangiography. II. The pathological endoscopic pancreatocholangiogram. *Gastroenterology*, 63: 227, 1972.
- KREEL L. Radiology of the biliary system. *Clin Gastroenterol*, 1: 185, 1973.
- LEGER L. Cirugía del páncreas. En: PATEL J., LEGER L. *Nuevo tratado de técnica quirúrgica*. Barcelona, Toray-Masson, 1972. T. 12, p. 354.
- LOEB P, WHEELER H. Endoscopic pancreatocholangiography in the diagnosis of biliary tract diseases. *Surg Clin North Am*, 53: 1007, 1973.
- LONGMIRE WP. Periampullary tumors. *J R Coll Surg Edinb*. 18: 131, 1973.
- McCUNE WS, SHORB PE, MOSCOVITZ H. Endoscopic cannulation of the ampulla of Vater. A preliminary report. *Ann Surg*, 167: 752, 1968.
- MAGNANINI F. Duodenofibroscofia. Nuestra experiencia. *Congreso Panamericano de Gastroenterología*, 139, 1973.
- OHI I. Additional report on study of duodenofiberscope. *Gastrointest Endosc*, 10: 420, 1968.
- OHI I. Fiberduodenoscopy and endoscopic pancreatocholangiography. *Gastrointest Endosc*, 12: 59, 1970.
- OHI I, TAKEMOTO T, NAKAYAMA K. Fiberduodenoscopy: early diagnosis of cancer of the papilla of Vater. *Surgery* 67: 561, 1970.
- PARK CD, MACKIE JA, RHOADS JE. Pancreaticogastrostomy. *Am J Surg*, 113: 85, 1966.
- PINOTTI M. Cirugía biliopancreática. *Curso de Cirugía para Graduados de la 1ª Cátedra de Cirugía*. Prof. J. A. Sugasti. Rosario, 1970.
- PRADERI R, ORMAECHEA C, DELGADO B. Duodenopancreatotomía cefálica. Consideraciones técnicas a propósito de 18 casos operados. *Cir Urug*, 41: 298, 1971.

42. RABINOV L. Peroral cannulation of the ampulla of Vater for direct cholangiography and pancreatography. *Radiology*, 85: 693, 1965.
43. SAMES PC. Pancreaticogastrostomy. *Lancet*, 1: 718, 1952.
44. SITGES A. Transduodenal operations on the common duct. *J Int Coll Surg*, 42: 111, 1964.
45. SOJO E. Fibroduodenoscopia y pancreatocolangiografía retrógrada. *Congreso Panamericano de Gastroenterología*, 129, 1972.
46. SOUPAULT R. *Les anastomoses bilio-digestives et pancréato-digestives*. Paris Masson 1961.
47. STALPORT J. Étude par débitmetrie de la physiopathologie oddienne. *J Chir (Paris)*, 88: 11, 1964.
48. SUGASTI JA. Cáncer de la ampolla de Vater. A propósito de 2 observaciones personales. *Bol Soc Cir Rosario*, 32: 53, 1955.
49. SUGASTI JA. Nuestra técnica personal de pancreatoyeyunostomía. *Congreso Argentino de Gastroenterología*, Mar del Plata, 1967.
50. SUGASTI JA. Tratamiento quirúrgico de las afecciones de la papila. *Cir Panam*, 2: 292, 1972.
51. SUZUKI S. Endoscopic form of the Vater papilla. *Jap Med J*, 37: 2368, 1969.
52. TAKAGI T, GO T, SOGIURA M. Fiberoptic duodenoscopy. *Surgery* 65: 597, 1966.
53. TAKAGI K, IKEDA S, NAKAGAWA Y. Retrograde pancreatography and cholangiography by fibroendoscope. *Gastroenterology*, 59: 445, 1970.
54. VON BRUCKE MH. Débitmetrie et calibration de la papille. Un procédé simple et cliniquement applicable. *Rev Int Hepatol*, 5: 1007, 1965.
55. WARREN KW, Mc DONALD WM, VEIDENHEIMER MC. Trends in pancreatic surgery. *Surg Clin North Am*. 45: 743, 1965.
56. WARREN KW, CATTELL R, BLACKBURN J. A long-term appraisal of pancreaticoduodenal resection for periampullary carcinoma. *Ann Surg*, 155: 653 1962.
57. WATSON W. Direct vision of the ampulla of Vater through the gastroduodenal fiberscope. *Lancet*, 1: 902, 1966.
58. WAUGH JM, LAGETT OT. Resection of the duodenum and head of the pancreas for carcinoma. An analysis of thirty cases. *Surgery*, 20: 224, 1946.
59. WELLS C, SHEPERD JA, GIBBON N. Pancreaticogastrostomy. *Lancet*, 1: 588, 1952.
60. WILKS AE, MIRANDA NE. Cirugía del cáncer de páncreas. *Bol Trab Acad Argent Cir*, 56: 92, 1972.