

Estudio colangiográfico de la topografía de la papila de Vater

Dres. Alberto Beguiristain, Daniel Pignata, Jorge Pomi y Alberto Estefan

Se analizan 186 colangiografías realizadas en pacientes operados de vías biliares, encontrándose 12 casos de colédoco vertical, 9 de ellos desembocando en segunda rodilla y 3 en tercer porción duodenal.

Se destaca la importancia quirúrgica y endoscópica de este hecho anatómico, revisándose la literatura al respecto.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Cholangiography.

INTRODUCCION

El estudio anátomo - quirúrgico de la disposición y anomalías del árbol biliar han sido inquietud de diversos autores. La desembocadura del colédoco no podía escapar a ello, y sus anomalías pueden ser resumidas así: de número y de topografía.

En excepcionales ocasiones puede sumarse a la anomalía de número la topográfica. Así han sido descritos colédocos desembocando en esófago, estómago, D - I, D - III y D - IV, y en yeyuno (5, 6, 7).

La descripción clásica de un colédoco terminando en la segunda porción del duodeno, es cierta para la mayor parte de los casos, pero existe un porcentaje significativo en que esta premisa no se cumple, lo que ha sido demostrado por disecciones anatómicas y más recientemente por estudios colangiográficos (6, 9).

Esta comunicación tiene por finalidad analizar la topografía de la desembocadura del colédoco en el tubo digestivo en base al análisis de 186 colangiografías.

MATERIAL Y METODOS

Para realizar el estudio de la topografía de la desembocadura del colédoco, hemos utilizado las colangiografías que forman parte del archivo radiológico de la Clínica Quirúrgica "3" del Hospital Maciel, en el período abril - 1976 a octubre - 1978.

Presentado como Tema Libre al 29º Congreso Uruguayo de Cirugía. Piriápolis, diciembre 1978.

Médicos Auxiliares, Residente de Cirugía y Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica. Fac. Medicina.

Dirección: Cerro Largo 1257, Apto. 2, Montevideo (Dr. A. Beguiristain).

Clinica Quirúrgica "3" (Prof. Raúl Praderi). Hospital Maciel. Fac. de Medicina. Montevideo.

Las colangiografías fueron obtenidas por estudios pre, intra, y postoperatorios. Las preoperatorias por punción transparietohéptica con aguja de Chiba. Las intraoperatorias, que constituyen el mayor número, sobre todo por sonda transcística o por tubo de Kehr. En menor proporción por punción o sonda vesicular o por punción o cateterización de la vía biliar intrahepática (3).

Por último, las colangiografías postoperatorias se hicieron a través de los habituales tubos de drenajes biliar externo.

Fueron descartados todos aquellos clichés colangiográficos que no permitían determinar con exactitud la ubicación de la papila de Vater por: a) defectos imputables a insuficiencias de equipo o de técnica; b) relleno duodenal insuficiente u obstrucción total de la vía biliar principal que impedía el dibujo duodenal. También fueron desechadas las colangiografías de enfermos en las que previamente se había realizado un decolamiento retroduodenopancreático por considerar que la imagen podía estar distorsionada.

RESULTADOS

De las 186 colangiografías analizadas encontramos en 174 casos (93,6 %) el abocamiento del colédoco en el D - II. Esto evidencia la gran frecuencia del colédoco oblicuo a derecha.

En los 12 casos restantes (6,4 %) el colédoco es vertical desembocando en la segunda rodilla en 9 oportunidades y en D - III en 3 pacientes. En ninguno de ellos se vio elementos de reflujo ni de neumobilla.

En esta serie no se constató ningún caso de colédoco desembocando en otros sectores del tubo digestivo.

COMENTARIO

El colédoco terminal puede tener un trayecto oblicuo, vertical u horizontal. Los oblicuos abocan en D - II, que llamamos de disposición modal por su gran frecuencia. Los verticales ter-

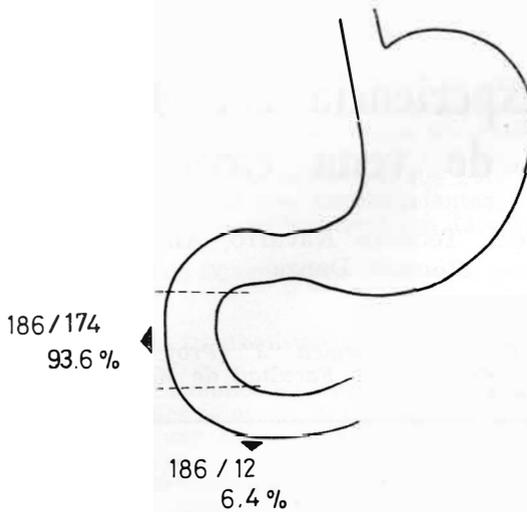


FIG. 1.—Esquema de la distribución del abocamiento del colédoco en el duodeno en la serie estudiada.

minan en D - I y en D - III, de los que hay algunas comunicaciones al respecto (5, 7, 8, 10).

Sobre los colédocos en D - I se debe recordar la falsa apreciación obtenida en los duodenos acertados por procesos inflamatorios crónicos, que llevan D - II a situación de D - I. Ambas topográficas, D - I y D - III, pueden ser causa de neumbilia por ausencia o insuficiencia del mecanismo esfinteriano.

Los horizontales desembocan en estómago o en duodenos altos.

En nuestra serie el abocamiento del colédoco en D - III se constató en 3 casos (1,6 %). Lurge (6) en 194 disecciones anatómicas la encuentra en 16 casos (8,1 %). Wilkinson (8) en 300 colangiografías intraoperatorias, en 1 caso (0,3 %) y Pereira - Lima (7) refiere 2 casos en 110 colangiografías (1,8 %).

Estas terminaciones inhabituales deben ser debidamente jerarquizadas desde el punto de vista quirúrgico y endoscópico. El aspecto quirúrgico es el que reviste mayor interés. El emplazamiento de una duodenotomía de abordaje papilar debe necesariamente estar orientada según la colangiografía o el calibrado cuidadoso de la vía biliar con instrumento semirígido. Es ésta la única manera de saber con exactitud la topografía de la papila.

El abordaje del colédoco terminal en D - III es algo más laborioso que para el topografiado en D - II. Dos son los caminos para ello:

1) La maniobra de Viard - Jourdan - Kocher - Vautrin - Albanese, que implica el descenso del ángulo derecho del colon asociado al decolamiento del mesocolon ascendente y transverso y al decolamiento amplio del block duodeno - pancreático.

2) Abordaje inframesocólico de Narciso Hernández (2, 4).

RESUME

Etude colangiographique de la topographie de la papille duodénale

On analyse 186 colangiographies et l'on trouve 12 cas de cholédoque vertical, qui débouchent au genu inférieur en 9 cas ou à la troisième portion duodénale en 3 cas.

On signale l'importance chirurgicale et endoscopique de cette disposition, et on fait une révision de la bibliographie à ce sujet.

SUMMARY

Cholangiographic Study of the Location of Papilla of Vater

An analysis of 186 cholangiographies showed 12 cases of vertical common bile ducts; 9 of these ended in the inferior duodenal genu and 3 in the third duodenal portion.

These findings are important for the both surgery and endoscopy points of view.

A review of existing literature completes the paper.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BELOU P. Anatomía de los conductos biliares y de la arteria cística. Buenos Aires. Oceana. 1915.
2. DELGADO B, PUIG R, LIARD W, CARDOZO T y VOELKER R. Abordaje inframesocólico de la papila de Vater. *Cir Uruguay*, 45: 149, 1975.
3. ESTEFAN A, POMI J, PIGNATA D y BEGUIRISTAIN A. Valor de la colangiografía transhepática intraoperatoria. *Cir. Uruguay*, 48: 248, 1978.
4. HERNANDEZ N. Papilo - esfinterostomía por vía inframesocólica. Indicaciones y Técnica. *Día Med Argent.* 45: 212, 1973.
5. LEVINE M. Anomalous location of the extrahepatic biliary passages. *Ann Surg*, 105: 161, 1937.
7. PEREIRA - LIMA L. Importance Chirurgicale de l'implantation anormale de la Papilla de Vater. *Luon Chir*, 72: 149, 1976.
8. VAZQUEZ QUINTANA E, LABAT R. Ectopic Drainage of Common Bile Duct. *Ann Surg*, 180: 119, 1974.
9. WILKINSON JF, SIMMS AG and FLOYD VT. Operative colangiography. *Arch Surg*, 92: 677, 1966.
10. WOOD M. Anomalous Location of the Papilla of Vater. *Am J Surg*, 111: 265, 1966.