

Litiasis enclavada en el coledoco pancreático coledocotomía interpancreática con la técnica de R. Finochietto

Dres. Bolívar Delgado y José Trostchansky

A propósito de 6 observaciones los autores hacen una revisión de la técnica de coledocotomía interpancreática de R. Finochietto para el abordaje de cálculos enclavados en esa porción del colédoco destacando su sencillez y excelentes resultados.

INTRODUCCION

La zona supraampular al nivel del colédoco pancreático es el lugar donde con mayor frecuencia se alojan los cálculos biliares.

Habitualmente supraduodenal mediante su ascenso con maniobras manuales o por medio de instrumental adecuado.

Pero en ocasiones el cálculo se enclava en esa porción del colédoco quedando firmemente adherido a su pared, haciendo su extracción muy dificultosa o imposible y obligando a múltiples intentos manuales o instrumentales con el grave traumatismo consiguiente.

Otras veces el cálculo no puede ser extraído por alojarse en una especie de divertículo originado en una dilatación de la pared posterior del colédoco, dirigida atrás y a la izquierda y producida por la presión del cálculo. (5)

En esos casos en que su extracción no es posible o lo sería a expensas de repetidas maniobras traumáticas se puede recurrir a los siguientes procedimientos: 1) abandono del cálculo y coledocoduodenostomía por encima; 2) duodenotomía y papiloesfinterotomía amplia; 3) coledocotomía transpancreática; 4) coledocotomía interpancreática (4, 6). En esta comunicación nos referiremos solamente a esta última técnica.

TECNICA (4, 6)

Este abordaje fue preconizado por R. Finochietto en 1940 (6) y publicado en 1942 (3).

Esta basado en un estudio realizado por dicho autor de la porción pancreática del colédoco sobre 100 disecciones anatómo-quirúrgicas.

De ellas se desprende que el colédoco transcurre en una depresión de la cara posterior del páncreas en un 11% y en un canal en el 89% restante. Ese canal a su vez puede ser transformado por el cirujano en un simple surco con solo ligar unos pequeños vasos pancreaticoduodenales en un 84% de los casos (Fig. 1, 2, 3).

Dice textualmente el autor que "separando y seccionando los troncos pancreaticoduodenales (Pediculo "llave") superiores, es posible entreabrir dos postigos pancreáticos con lo que se pone a la vista una buena porción del colédoco".

A veces es necesario buscar en la cara posterior del páncreas una delgada línea conjunta más o menos sinuosa que se encuentra entre los lobulillos pancreáticos (línea "interlobulillar"); seccionando o desgarrando la lámina de Treitz los lobulillos se dejan apartar constituyendo un surco en cuyo fondo transcurre el colédoco.

En otros casos menos favorables esta línea solo se ve en parte o es necesario buscar hacia el borde

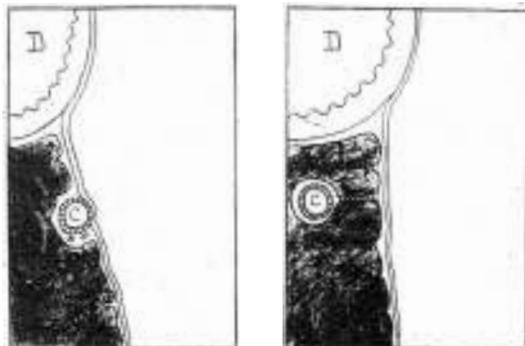


Fig. 1 - Disposición anatómica de Colédoco pancreático.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 14 de octubre de 1981.

Profesor, Prof. Agdo. Clínica Quirúrgica "1".

Dirección: Brito del Pino 1554 Ap. 602. Montevideo.
(Dr. B. Delgado).

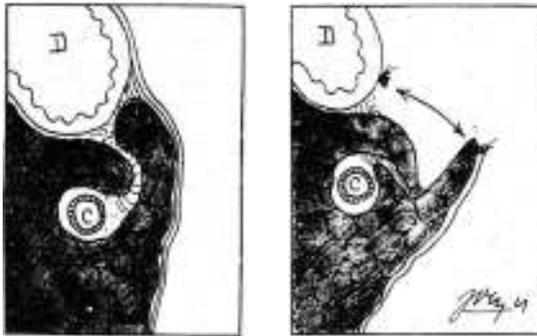


Fig. 2 - Se levantó el postigo pancreático.

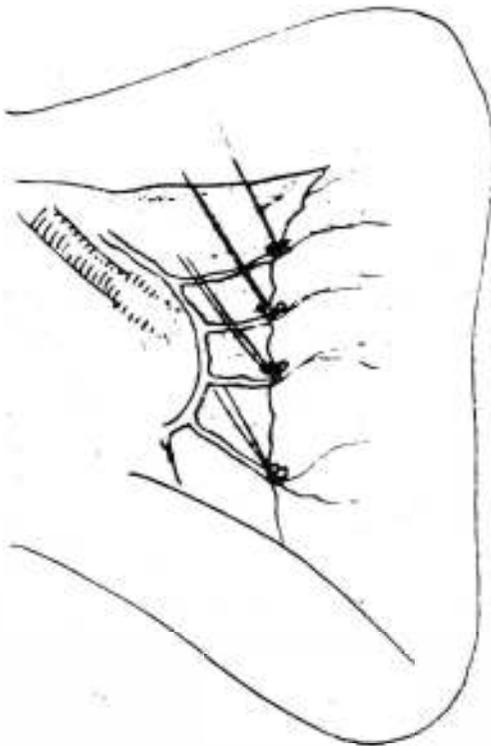


Fig. 3 - Ligadura de los pequeños vasos pancreático-duodenales, para comenzar a levantar el "postigo".

duodenopancreático la "entrada" para levantar una pequeña valva de parénquima ("postigo") previa sección de pequeños vasos pancreaticoduodenales.

En solo un porcentaje muy bajo de los casos (5%) es necesario atravesar una delgada capa de páncreas de 1-2 mm. para llegar al colédoco. En estos casos cabe si la denominación de coledocotomía traspancreática.

Ese espesor de parénquima es despreciable y su sección no conduce a complicaciones.

Previo decolamiento retroduodenopancreático amplio, se expone la cara posterior del páncreas. El

dedo de adelante empuja al cálculo hacia la cara posterior para ubicarlo con exactitud.

A ese nivel se busca la entrada al colédoco.

La coledocotomía se emplaza sobre el cálculo y se realiza con la técnica habitual. En general queda una coledocostomía supraduodenal con tubo de Kehr.

Se cierra luego el "postigo" pancreático con puntos separados. Drenaje blando retroduodenopancreático. (Fig. 4, 5, 6, 7).

MATERIAL

Sobre más de 2.000 operaciones sobre las vías biliares nos hemos visto en la necesidad de realizar este abordaje en 6 casos como operación de elección por litíasis enclavada ante el fracaso de las maniobras previas de extracción por una coledocotomía supraduodenal (Fig. 7).

En 4 casos se decoló la lámina pancreática posterior previa sección de pequeños vasos duodenopancreáticos; en 2 casos existía solo una delgada lámina conjuntiva con pequeños vasos por detrás del colédoco que se seccionó.

La coledocotomía se realizó en la forma habitual sobre el cálculo y en sentido longitudinal y se suturo en la misma forma.

Se cerro a puntos separados el "postigo" pancreático dejando un drenaje blando retroduodenopancreático que se retiro a las 48 horas.

En todos los casos quedo una coledocostomía supraduodenal con tubo de Kehr.

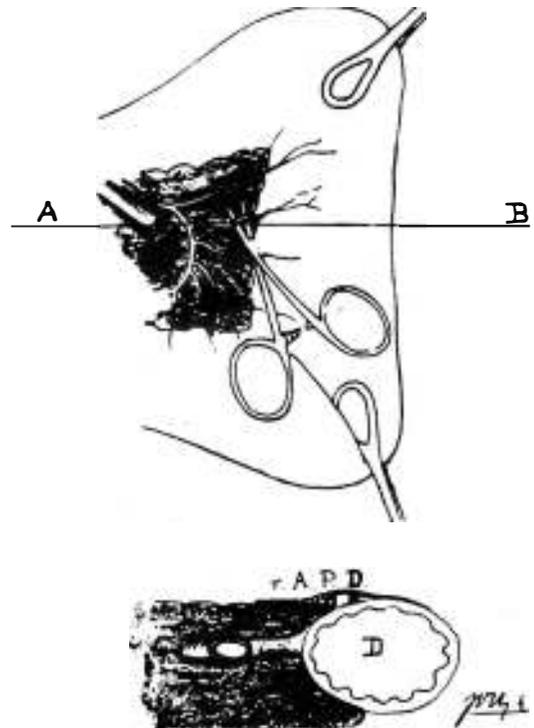


Fig. 4 - Ligadura de los vasos pancreático duodenales.

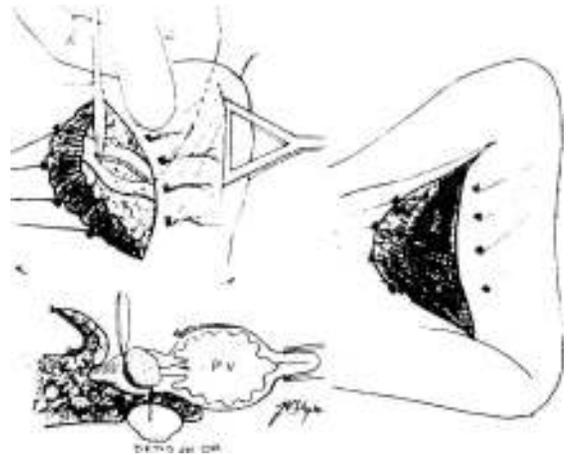
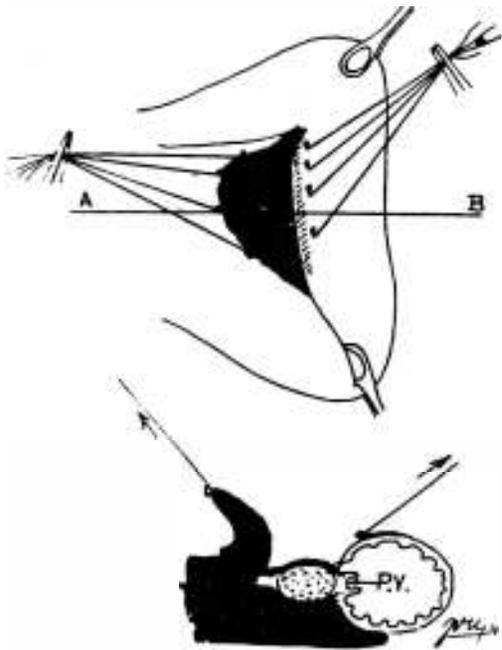


Fig. 7 - Coledocotomía; extracción del cálculo. Cierre de la coledocotomía.

RESULTADOS

En los 6 casos el abordaje resulto sencillo y permitió extraer el o los cálculos enclavados.

No se produjeron complicaciones postoperatorias y los controles colangiográficos fueron normales (Fig. 8 y 9).

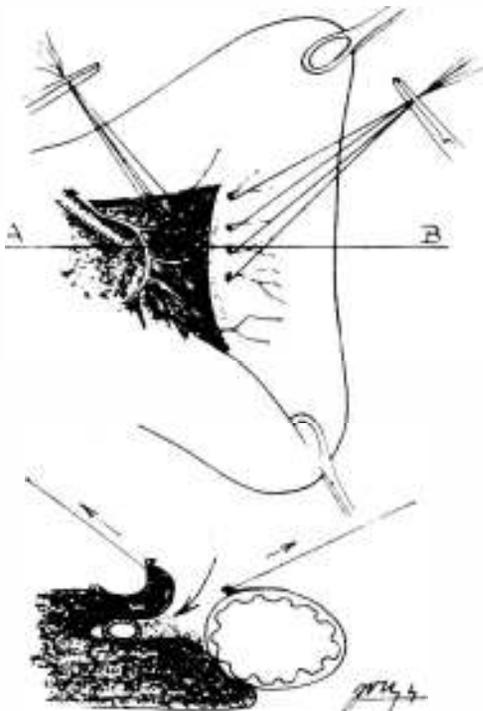


Fig. 5 y 6 - Ligados los vasos se levanta el "postigo".



Fig. 8 - Colangiografía. Cálculo enclavado en el colédoco suprapapilar.

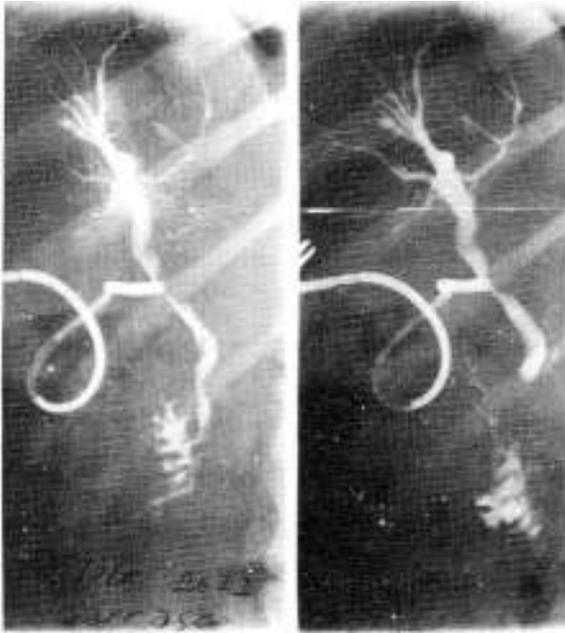


Fig. 9 - Colangiografía postoperatoria de control.

COMENTARIOS

Frente a la situación de litiásis enclavada en el colédoco retropancreático este abordaje es sin lugar a dudas el más sencillo y el menos iatrogénico.

Los autores clásicos se refieren a la coledocotomía transpancreática como un procedimiento a evitar en lo posible (1, 5) y que expone a complicaciones (6) sobretodo pancreatitis (4).

En realidad de acuerdo a los estudios de Finochietto (3, 4) solo en muy pequeña proporción de

casos sería necesario realizar un abordaje transpancreático, mientras que en la inmensa mayoría (95%) se logra con un decolamiento pancreático previa ligadura de pequeños vasos duodenopancreáticos, el abordaje directo de esta porción del colédoco.

Creemos que esta técnica debe ser usado con indicaciones precisas y comporta muchos menos riesgos que numerosas e infructuosas maniobras instrumentales para extraer un cálculo enclavado o que un abordaje transduodenopapilar (2) que es innecesario en estos caso y puede resultar insuficiente.

SUMMARY

Choledoco - Litiásis Encircled in Pancreatitis Choledoco

In connection with six observations, the authors make a revision of R. Finochietto's interpancreatic choledochotomy for the approach of calculi embedded in this portion of the choledochus, emphasizing its simplicity and its excellent results.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CHAMPEAU M, et PINEAU P. Chirurgie des Voies Biliares de l'adulte et du nourrisen. Masson. Paris. 1952.
2. DELGADO B., AGUIAR R.A., ORMAECHEA C. y colab. Complicaciones en Cirugía. Ed. Delta. Montevideo 1981.
3. FINOCHIETTO R. Colédoco; importancia quirúrgica de su porción pancreática. Rev. Cir. Buenos Aires. (Citado por 6)
4. FINOCHIETTO R. Cirugía Básica. Ed. López Buenos Aires 1962.
5. HESS W. Enfermedades de las Vías Biliares y del Páncreas; Ed. Científico Médica. Barcelona 1980.
6. LASALA A. J. y URUBURU J. V. Colédoco. Cirugía de la porción pancreática. Técnica de Ricardo Finochietto. *Prensa Med. Argent.* 32: 1491, 1944.