

Litiasis vesicular y estenosis inflamatoria orgánica de la papila: ¿un mito quirúrgico?

Dr. Bólfvar Delgado

La asociación de litiasis vesicular y estenosis inflamatoria orgánica de la papila, tal como ha sido referida por numerosos autores con una frecuencia variable, no ha podido ser demostrada en una serie de 300 colecistectomías con control colangiodebitomanométrico analizada por el autor lo cual deja planteada la duda de su existencia real.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Biliary tract diseases / Cholelithiasis.

SUMMARY: Gallbladder cholelithiasis and inflammation organic stenosis of the papilla, a surgical myth?

The association between gallbladder cholelithiasis and inflammatory organic stenosis of the papilla, as has been referred by many authors with variable rate, couldn't be demonstrated in a serie of 300 cholecystectomies with intraoperative radiomanometric control. Facts are analysed and the author expresses his doubts about its actual existence.

RÉSUMÉ: Lithiase vésiculaire et stenose inflammatoire organique de la papille: un myte chirurgicale?

Clinica Quirúrgica "1" (Director Prof. Dr. Bólfvar Delgado). Hospital Pasteur. Fac. de Medicina. Montevideo.

L'association de lithiase vésiculaire et sténose inflammatoire organique a été présentée par de nombreux auteurs, avec une fréquence variable. Dans une série de 300 cholécystectomies avec contrôle cholangiographique et débitomanométrique, elle n'a pas été constatée, ce qui mène l'auteur à douter de son existence réelle.

INTRODUCCION

La estenosis papilar inflamatoria (EPI) es una entidad patológica conocida desde largo tiempo, habiendo recibido diversas denominaciones en general referidas al estado anatómico del esfínter de Oddi: colédoco-odditis esclero-retráctil (Del Valle), enfermedad del colédoco terminal (Negri), enfermedad del esfínter de Oddi (Mallet-Guy), fibrosis benigna del Oddi (Cattell), papilitis (Caroli), etc.⁽⁶⁾.

Puede presentarse sin asociación a la litiasis biliar denominándose entonces primitiva o satélite de ella, o secundaria.

La asociación de litiasis coledociana y EPI es relativamente frecuente y fácilmente entendible, no así la combinación de litiasis vesicular pura y EPI.

El objeto de este trabajo es determinar la frecuencia de esta última asociación (sin litiasis coledociana concomitante) en nuestro medio.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 9 de julio de 1986.

Prof. de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Brito del Pino 1556, Ap. 602, Montevideo. (Dr. B. Delgado).

MATERIAL Y METODOS

Se analizó una serie de 300 colecistectomías por litiasis vesicular pura efectuadas personalmente por el autor con control colangiodebitomanométrico. En ninguna de ellas se constató litiasis coledociana por la colangiografía y/o coledocotomía cuando ésta fue realizada.

Los datos debitomanométricos fueron obtenidos por canulación transcística y registrados con un aparato tipo Caroli-Fourres modificado por nosotros⁽¹⁵⁾, siendo la secuencia operativa muy similar a la utilizada por Berri y colaboradores en la Argentina^(2, 3, 5).

Estos datos debitomanométricos fueron inscriptos en el normograma debitomanométrico propuesto por Roux y Vayre en 1976⁽²¹⁾ (Fig. 1).

Aquellas curvas debitomanométricas que quedaban en totalidad abajo y a la derecha del normograma, aún usando fármacos dilatadores del Oddi, (Fig. 2), se consideraron debidas a una lesión orgánica del Oddi; aquellas en que una parte, en general, la inicial quedaba afuera y la otra adentro espontáneamente o mediante el uso de los citados fármacos se consideraron como correspondiendo a una patología fundamentalmente funcional, tal como lo proponen dichos autores.

En todos los casos, se cotejó el dato debitomanométrico con las colangiografías operatorias, tomándose en especial consideración: 1) ausencia de litiasis coledociana; 2) aspecto del confluente oddiano y sobre todo, su calibre; 3) diámetro del colédoco.

En aquellos casos en que se realizó una coledocotomía (9 casos: 3% por falsos positivos de litiasis coledociana de la colangiografía)⁽¹³⁾ la papila se exploró instrumentalmente con bujías cónico-olivares finas.

El diagnóstico de EPI se basó, tal como lo hacen diferentes autores^(2, 3, 6, 8) en los siguientes parámetros: 1) imágenes colangiográficas características; 2) un perfil debitomanométrico de hipertonia total; 3) una papila no franqueable a exploradores finos; 4) una biopsia de papila que muestre lesiones propias de esta afección y, sobre todo, fibrosis del esfínter.

Sólo se aceptó como diagnóstico probable que exigía una exploración instrumental por coledocotomía y probable biopsia papilar, el que los 2 primeros parámetros estuviesen presentes.

Los pacientes fueron controlados clínicamente en un 70% por un período mayor de 2 años.

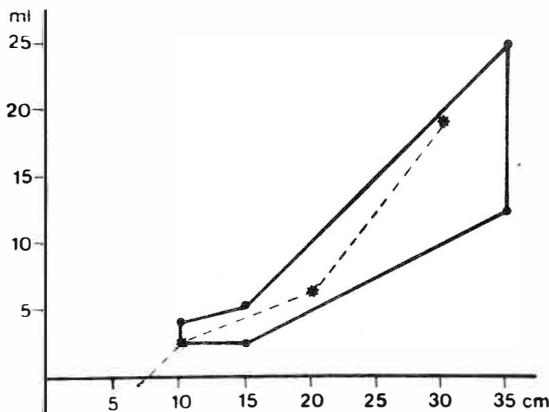


Fig. 5 - a, Normal mano-rheometric curve falling within the area of the normogram. Common bile duct normal.

Initial pressure: 7 cm
 10 cm out put 2 ml
 Minimal effective pressure: 10 cm
 20 cm output 8 ml
 Residual pressure: 7 cm
 30 cm output 20 ml

Fig. 1. Tomada de Roux y Vayre⁽²¹⁾.

RESULTADOS

Se constataron:

— curvas normales	160	53.33%
— curvas hipertónicas	85	28.33%
— curvas hipotónicas	55	18.33%
	300	100 %

Las curvas hipertónicas se clasificaron a su vez así:

— hipertonia inicial	28	33%
— hipertonia final	17	20%
— hipertonia total	40	47%
	85	100%

En 5 casos de hipertonia inicial se observó el colédoco algo dilatado.

En 5 casos de hipertonia final se visualizó un reflujo corto a un canal de Wirsung no dilatado.

En las hipertonías totales (40) se constató en 15 (37.5%) un error de técnica fundamentalmente de malposición o de canulación del catéter cístico; en 3 un divertículo yuxtavaieriano y en los demás (22.55%) el calibre del colédoco y la morfología radiológica del confluente oddiano era normal.

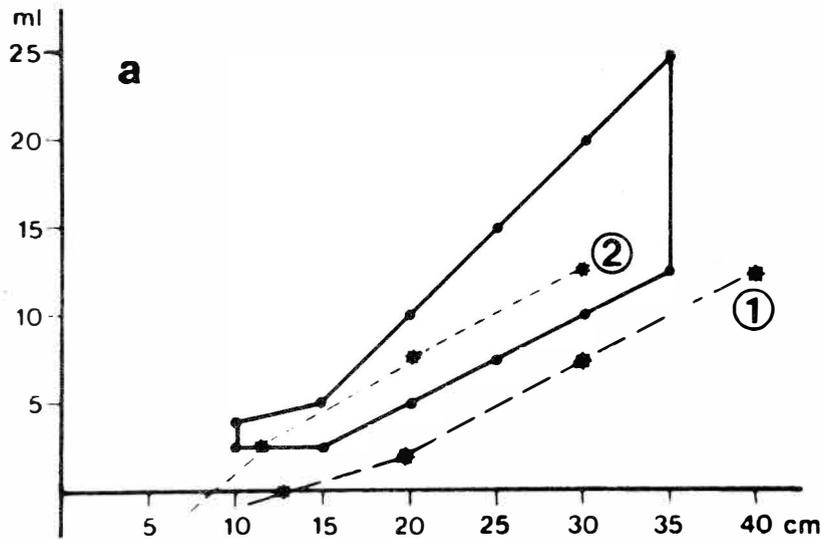


Fig. 2. Tomada de Roux y Vayre⁽²¹⁾.

En aquellos casos de errores de técnica, estos fueron en su mayoría subsanados y repitióse la técnica obteniéndose curvas normales; en otros constatado el error técnico pero habiéndose obtenido imágenes radiográficas normales se dio por terminada la exploración.

Se obtuvieron en 5 casos perfiles colangiográficos compatibles con una EPI pero con curvas dentro del normograma.

Por tanto en ningún caso se obtuvo imágenes radiográficas y curvas debitomanométricas coincidentes con el diagnóstico de EPI orgánica y no se realizó por consiguiente, en esta serie ninguna acción quirúrgica directa sobre el esfínter.

En los pacientes controlados por más de 2 años, no hubo en ninguno de ellos un sufrimiento residual imputable a patología oddiana y ninguno debió ser reoperado por esta causa.

DISCUSION

La existencia de la EPI es un hecho indiscutible pero, creemos que su real frecuencia ha disminuido con el tiempo tal vez por el tratamiento más precoz de la litiasis biliar.

Puede presentarse como primitiva, es decir, sin litiasis biliar o asociada a ella o secundaria. La primera es una entidad muy poco frecuente⁽⁴⁾ y en general relacionada a la pancreatitis sobre todo crónica^(12, 16, 20). La segunda acompaña con fre-

cuencia variable a la litiasis biliar y especialmente a la de la vía biliar principal (40.7%⁽¹⁷⁾, 65.6%⁽²³⁾).

Las alteraciones anatómicas de la EPI pueden ser mínimas o menores (edema y espasmo) que son las más frecuentes, o constituir verdaderas estenosis fibrosas con sustitución del esfínter de Oddi.

El diagnóstico de la EPI se basa fundamentalmente en los siguientes elementos: 1) imágenes radiológicas características^(8, 18, 19) con disminución del calibre del colédoco papilar y dilatación por encima; 2) curvas debitomanométricas hipertónicas con presión de pasaje alto, presión residual también alta y gasto bajo; 3) disminución del calibre papilar expresado instrumentalmente por la dificultad o imposibilidad de franquear la papila con exploradores de menos de 3 mm de diámetro; 4) alteraciones anatómicas certificadas por la biopsia papilar.

Las lesiones menores de la EPI son en general reversibles luego del tratamiento de la litiasis biliar.

Lo importante es pues, distinguir la existencia de lesiones fibrosas o irreversibles pues ellas justifican una acción directa sobre el esfínter (esfínterotomía) o indirecta (anastomosis biliodigestiva) salvo para aquellas escuelas⁽²²⁾ donde esta distinción no interesa, ya que realizan sistemáticamente la sección del esfínter, actitud que es muy poco compartida internacionalmente dada la

morbimortalidad indiscutible de este tipo de operaciones^(9, 10, 11). Utilizando los mismos parámetros diagnósticos citados, diríamos que estas lesiones irreversibles, se caracterizan porque las imágenes radiológicas y las curvas debitomanométricas son fijas e inmodificables por fármacos dilatadores del Oddi^(6, 14). Berrí⁽³⁾ ha insistido en la medida de la resistividad del esfínter que surge de la relación presión/débito de tal manera que se obtendrían en las odditis irreversibles, aumentos lineales del débito ante el aumento de la presión de perfusión, mientras que en las odditis reversibles el aumento sería mucho mayor.

En la exploración instrumental las odditis fibrosas se caracterizan por presentar una papila dura y estenosada e infranqueable a exploradores de pequeño calibre. La anatomía patológica de la biopsia papilar mostrará lesiones de fibrosis.

Sin embargo, esta distinción entre lesiones reversibles e irreversibles no es fácil y se basa fundamentalmente en la colangiodebitomanometría figurando la anatomía patológica papilar en pocas estadísticas⁽⁶⁾.

Se afirma que la litiasis vesicular pura (sin litiasis coledociana) puede acompañarse de una EPI pero esto con una frecuencia que varía sensiblemente según las diferentes estadísticas analizadas: Wangenstein⁽²⁴⁾ señala en el 50% de una serie de litiasis vesiculares la existencia de un ostium papilar infranqueable que no le permitía el pasaje de un explorador de Bakes N° 3; Barraya⁽¹⁾ en 69 esfinterotomías por estenosis odianas, en 3 existía una litiasis vesicular pura (4.4%); Roux⁽²¹⁾ halla papilas estenosadas en el 29% de las litiasis vesiculares mientras que para Hess⁽¹⁷⁾ esta asociación sólo existe en el 2.2% y para Vayre⁽²³⁾ en el 2.93%.

En estas series referidas, no se especifica si se trataba de EPI reversibles o no, pero es de señalar que en la serie de Roux y Vayre⁽²¹⁾ sobre 1.600 operaciones sobre la vía biliar se encontró solamente en el 17% de los casos, indicación de actuar sobre el esfínter directamente o de realizar una anastomosis biliodigestiva.

La explicación de las grandes diferencias estadísticas está seguramente en el criterio seguido para catalogar a una EPI pues mientras algunos autores dan gran valor a la radiología^(18, 19) y otros la basan fundamentalmente en una exploración debitomanométrica⁽²⁾ coherente con dichas imágenes, otros estiman que es necesario una exploración instrumental⁽⁷⁾ y por supuesto lo que es indiscutible es el valor del estudio histoló-

gico como elemento definitorio, documento que es poco frecuente en las distintas estadísticas.

Es por ello que propusimos el criterio de exigir la concomitancia de por lo menos 2 de esos parámetros, pareciendo para nosotros los más indicados la colangiodebitomanometría.

Roux y Vayre sostienen⁽²¹⁾ sin embargo, que estas procedimientos de exploración pueden desconocer entre un 0.6-1.1% de Odditis que luego deberán ser reoperadas. De todas maneras, pensamos que es tal vez mejor desconocer en la primera operación una EPI, situación que al ser poco frecuente, se vuelve aún más rara dada la poca frecuencia con que estas odditis "desconocidas" se asociarían a una L.V. pura, que al realizar esfinterotomías abusivas.

De acuerdo al criterio señalado en nuestra serie, la asociación de L.V. y EPI orgánica no existió. No negamos el hecho de que alguna pudo pasar desapercibida, pero a ello se opone el hecho de los resultados obtenidos. Es posible que muchas de las EPI asociadas a la L.V. sean reversibles y/o sin significación clínica.

Tal vez sea necesario un seguimiento a más largo plazo para contestar esta interrogante en definitiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BARRAYA L., MINICONI A., OUSTRIC J.D. — Resultats eloignés de la papillosphinteroplastia terminale mesuré. En: Albot Guy et Poilleux F. Lithiase du choledoque. Act. Hepato-Gastroenterol de l'Hotel Dieu París, Masson, 1960.
2. BERRI R., CASTILLA G. — Radiocolangiodebitomanometría peroperatoria. Nuestra experiencia. Rev. Argent. Cir. 21: 311, 1971.
3. BERRI R.A. — Cirugía de la papila. Cir. Urug. 45: 427, 1975.
4. CAROLI J. — Les papillites icterigenes primitives. París, Vigot, 1950.
5. CASTILLA C.E., RODRIGUEZ J.R., DEFELITTO J., BERRI R.A., AGUIRRE F.J., MENVILLE F. — Radiocolangiodebitomanometría peroperatoria. Prensa Med. Argent 59: 1119, 1972.
6. CENDAN J.E. — Exploración manométrica y radiológica operatoria y posoperatoria en cirugía biliar. Técnica y resultados. Cir. Urug. 42: 165, 1972.
7. CENDAN J.E. — Cirugía de la papila. Cir. Urug. 45: 427, 1975.
8. DELGADO B. — La obstrucción no neoplásica de la papila duodenal. Tesis Doctorado. Facultad Medicina Montevideo 1962 (inédita).
9. DELGADO B. — Resultados de la papilotomía. Rev. Cir. Urug. 38: 160, 1968.
10. DELGADO B. — Papilotomía. Indicaciones. Rev. Cir. Urug. 38: 166, 1968.
11. DELGADO B. — Papilotomía transduodenal. Monografía de Graduado en Cirugía. Montevideo 1968 (inédita).
12. DELGADO B. — Tratamiento quirúrgico de las pancreatitis

- crónicas. Tesis de Profesorado. Facultad de Medicina. Montevideo 1971 (inédita).
13. DELGADO B., PERRIER J.P. — Colangiografía operatoria. Su valor diagnóstico en la litiasis del colédoco. *Cir. Urug.* 48: 275, 1978.
 14. DELGADO B., BERRI R.A., CENDAN J.E., DE LOS SANTOS J., PRADERI R.C., SUGASTI J.A. — Cirugía de la papila. *Cir. Urug.* 45: 427, 1975.
 15. FARCIC A., DELGADO B., ARMAND UGON C., BELLOSO R. — Colangiodebitomanometría. Instrumental y técnica. *Cir. Urug.* 47: 264, 1977.
 16. HESS W. — La pancreatitis crónica. Barcelona, Científico Médica, 1970. p. 15.
 17. HESS W. — Enfermedades de las vías biliares y del páncreas. Barcelona, Científico Médica, 1980.
 18. MAGALDI P. — Atlas colangiográfico. Buenos Aires, López-Etchegoyen, 1957.
 19. OLIVIER C. — Chirurgie des voies biliaires. Paris. Masson 1961.
 20. PIÑEYRO J.P., FARCIC A., GENINAZZI H., PARODI H., DELGADO B. — Pancreatitis aguda necrótica y hemorrágica y papilitis fibrosa estenosante. *Cir. Urug.* 47: 256, 1977.
 21. ROUX M., VAYRE P. — Morphological and functional study of the common bile duct in biliary surgery. *Chir. Gastroenterol.* 10: 71, 1976.
 22. SUGASTI J.A. — Cirugía de la papila. *Cir. Urug.* 45: 427, 1975.
 23. VAYRE P., JOST J.L. — La radiomanodebitometrie peroperatorie. *J. Chir.* 118: 625, 1981.
 24. WANGESTEEN H. — En discusión de Large A.M.: Colecistitis y colelitiasis por regurgitación. *An. Cir.* 2: 567, 1957.

COMENTARIOS

Dr. O. Gil Solares

Una fuerte felicitación al autor por este minucioso y paciente trabajo.

Nosotros hacemos siempre la colangiografía, pero no hacemos manometría, entiendo que para hacerla no hay que tener solo instrumental, hay que tener paciencia.

Esta afección estamos de acuerdo es rara, nosotros tenemos una patología biliar muy frecuente en nuestro medio, pasan de mil las operaciones sobre la vía biliar que hemos hecho del año

70 a la fecha y creo que la papilitis, la enfermedad de Delfor del Valle como le llamamos nosotros, la hemos encontrado dos veces la hemos confirmado sí con biopsia.

La hemos encontrado solamente concomitante con litiasis coledociana, hay que tener mucho cuidado con la imagen coledociana de la colangiografía, porque nosotros hemos comprobado que una determinada concentración del Hypaque, encubre la presencia de cálculos pequeños en el colédoco, a veces eso puede inducir a un error y dejar un colédoco habitado sin la solución correspondiente.

Dr. Delgado (cierra la discusión)

Agradezco a los distinguidos colegas que han hecho comentarios. En realidad Dr. Gil, la paciencia en este país hay que tenerla para seguir los protocolos, no para hacer el método, ya que todos deben saber que esto no lleva más de 10 minutos, todo el operativo. La paciencia es para seguir los protocolos en estos enfermos, esa es la paciencia en nuestro país.

Lo que dice el Dr. Praderi tiene una parte de verdad y una parte de error, que creo que puede ser importante, la manometría sirve fundamentalmente para hacer bien la colangiografía y eso es lo que nosotros hemos defendido siempre. Ha servido además para demostrar que no existen alteraciones detectables por la manometría en la papila, en enfermos que tienen litiasis vesicular, pero yo creo que hay que seguir haciendo manometrías Dr. Praderi, para poder hacer bien colangiografías.

Nosotros por ejemplo, tenemos un porcentaje de reflujo al Wirsung que es prácticamente de 0; el reflujo al Wirsung en la colangiografía aumenta si no se ha hecho control manométrico.

Es decir que la manometría sirve en definitiva como método de investigación para el que quiera ocuparse y tenga paciencia como dice el Dr. Gil, a mi me gusta ¿no?; pero fundamentalmente yo le digo a la gente que empieza, que tiene que hacer manometrías para hacer bien la colangiografía, para evitar la hipertensión, cosa que nosotros sabemos lo dañina que puede ser en un enfermo que tiene colangitis.

Y por supuesto el demostrar esto, que hay gente que dice que no es así, significa que con esto eliminamos una serie de papilotomías abusivas que se hacen, y que las escuelas argentinas han prodigado, el Dr. Praderi sabe bien y conoce bien los números, como los de las escuelas que hacen sistemáticamente papilotomías, incluso en litiasis vesicular, lo que se demuestra que no tiene ningún fundamento científico. Creo que ese es simplemente el pequeño aporte que pretendimos hacer.