

# Papilotomía quirúrgica transduodenal

## Aspectos técnicos en 20 años de experiencia con aporte al diseño instrumental

Dres. Orlando Gil Solares<sup>1</sup>, Hugo Maglione<sup>2</sup>, Silvio Melogno<sup>3</sup>, Roberto Puig<sup>4</sup>

### Resumen

*En contraste con la aparente proscripción del procedimiento en nuestro medio, los autores, sin entrar a discutir las indicaciones exponen su aporte instrumental y los detalles de técnica que en 20 años de experiencia le permiten afirmar que la papilotomía quirúrgica no aumenta la morbimortalidad de la simple colecistectomía en ausencia de las terribles complicaciones y de la mortalidad que amenaza la bibliografía.*

*En la discusión de los resultados y de la consulta bibliográfica resulta la prodigalidad actual del procedimiento endoscópico y la validez del procedimiento quirúrgico en la seguridad del apoyo instrumental y la perfección técnica.*

**Palabras clave:** Duodeno  
Técnicas quirúrgicas  
Instrumentos quirúrgicos.

### Summary

*As opposed to the apparent proscription of the procedure in our country, the authors, without discussing indications, present their instrumental contribution and technical details that in 20 years experience enable them to state that «surgical papillotomy does not increase the morbimortality of simple cholecystectomy» in absence of the terrible complications and mortality that menace the literature. When discussing results and the bibliographical review, the abundance of the endoscopic procedure is made clear together with the validity of the surgical procedure in the security of the instrumental support and technical perfection.*

Trabajo del Grupo Quirúrgico de Carmelo, Colonia, Uruguay.

1 Cirujano del Ministerio de Salud Pública. Carmelo. 2 Cirujano del MSP, Carmelo. 3 Cirujano de AMEC. Rosario (ROU). 4 Profesor Agregado Departamento Básico de Cirugía, Fac. Medicina, Montevideo.

Presentado como Tema Libre en el 10º Congreso Latinoamericano de Cirugía y 44º Congreso Uruguayo de Cirugía, Punta del Este, diciembre de 1993.

Correspondencia: Dr. Orlando Gil Solares  
Calle Ignacio Barrios s/n. Carmelo, Colonia, Uruguay

### Objetivo

La presente comunicación quiere divulgar el diseño instrumental y los detalles de técnica en el procedimiento de la papilotomía quirúrgica que se realiza en este medio quirúrgico de Carmelo, desde hace veinte años, con relativa facilidad y frecuencia, sin incidentes ni complicaciones.

En el Congreso de Cirugía realizado en Carmelo en 1981, se presentó la experiencia con este procedimiento, pero la discusión derivó hacia las indicaciones y las complicaciones.

Por otra parte el trabajo no se entregó.

Ahora, no pretendemos discutir las indicaciones porque no disponemos del análisis de toda nuestra casuística.

De nuestra experiencia, presentaremos solamente la técnica.

### Diseño instrumental

Desde hace veinte años utilizamos un diseño instrumental (O.G.S.) que procede del papilo-tractor de Sugasti<sup>(1)</sup> (Figura 1).

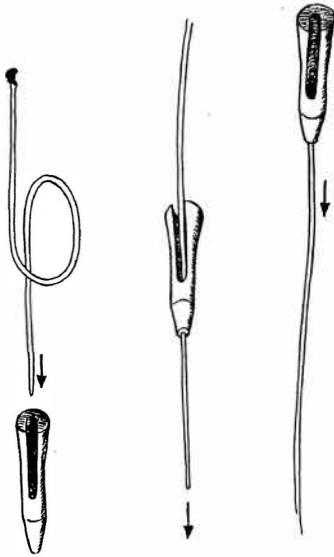
El cono ranurado de Sugasti constituye el extremo distal y operativo de nuestro instrumento (Figura 2), que se prolonga hacia adelante en un tallo metálico y un pequeño extremo anterior olivar, de dos mm de diámetro, que actúa como explorador.

### Técnica

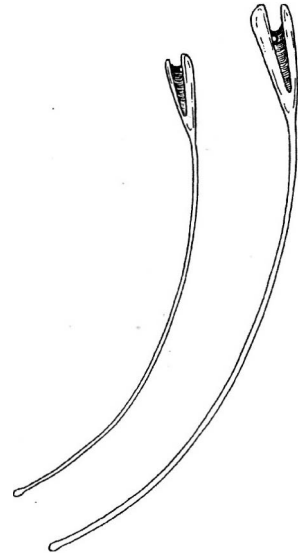
En todos los casos el procedimiento se indica por la exploración coledociana.

Como maniobra previa se hace el decolamiento del mesocolon transversal exponiendo la rodilla inferior del duodeno, y en la mayoría de los casos no se utiliza o no es necesario el decolamiento retroduodeno-pancreático.

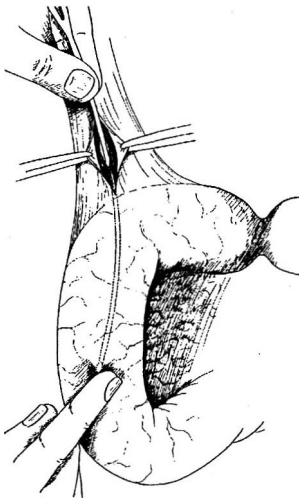
Esquemáticamente hacemos ocho tiempos bien reglados:



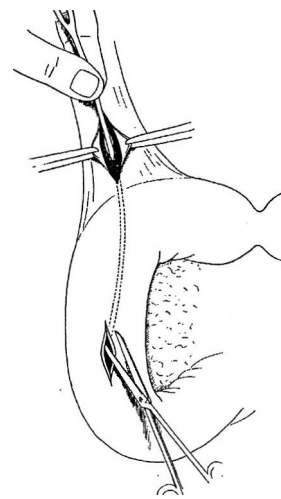
**Figura 1.** Papilo-tractor de Sugasti.



**Figura 2.** Papilo-tractor de Carmelo.



**Figura 3.** Pasado el papilo-tractor desde el colédoco, y pasando por la papoila, expone su ubicación



**Figura 4.** Duodenostomía mínima vertical

**Primer tiempo**

Pasaje del instrumento desde la coledocotomía, traspasando la papila con su extremo olivar para ubicarla en la pared duodenal anterior (Figura 3).

**Segundo tiempo**

Duodenostomía mínima vertical sobre la oliva del instrumento (Figura 4).

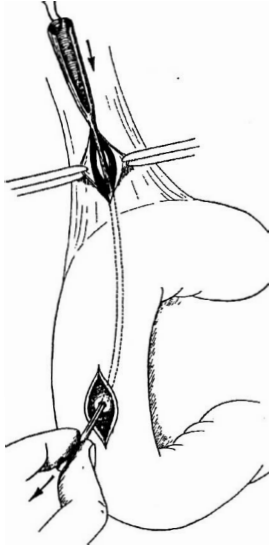
**Tercer tiempo**

Exteriorización de la papila, a través de la brecha

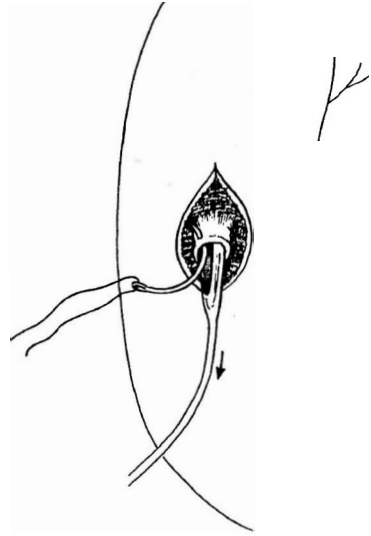
duodenal, engarzada en el extremo cónico del instrumento (Figura 5).

**Cuarto tiempo:**

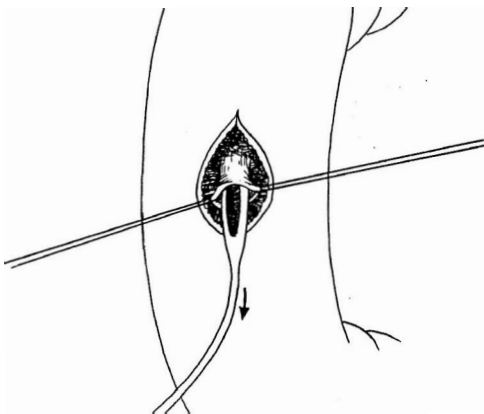
Esfinteroplastia y esfinterotomía en pasos sucesivos guiados por la rotación del instrumento y la ubicación horaria exacta de la hendidura (Figuras 6, 7, 8, 9). La extensión o longitud del corte y de la anastomosis interna es amplia, calibrada por el extremo cónico del instrumento.



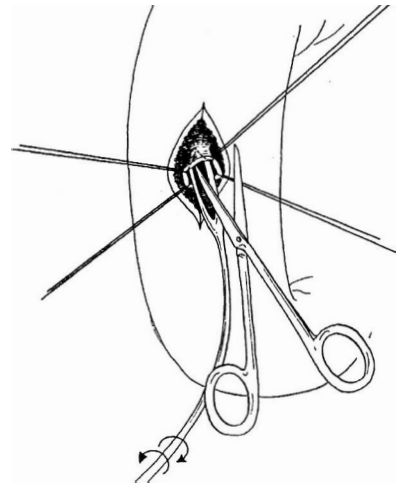
**Figura 5.** Se pasa el instrumento para exponer la papila fuera de la brecha duodenal



**Figura 6.** Primer punto de la plastia con ubicación exacta



**Figura 7.** Segundo punto pasado, se prepara el primer corte



**Figura 8.** Esfinterotomía progresiva

#### Quinto tiempo

Exploración instrumental de la VB, evacuación de los cálculos y lavado de arrastre.

#### Sexto tiempo

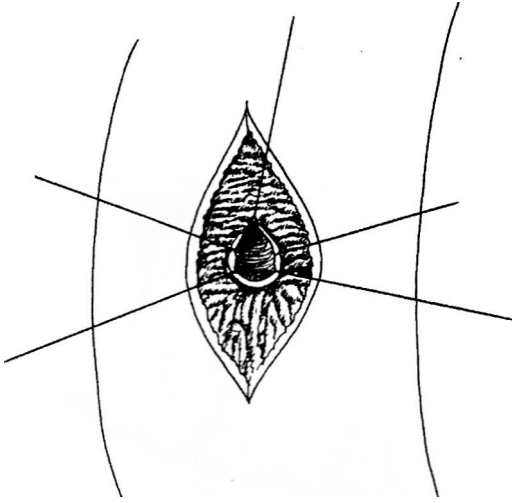
Ubicación y exploración mínima del Wirsung para confirmar indemnidad. No tenemos experiencia en la septotomía, ni en la exploración y esfinteroplastia de la papila accesoria.

#### Séptimo tiempo

Biopsia del labio derecho de la plastia.

#### Octavo tiempo

Cierre del duodeno en sentido transversal con tres planos de sutura (Figuras 10, 11 y 12): material no reabsorbible. 1er plano puntos separados extramucosos; 2º plano continuo sero-seroso, 3er plano aposición mesocolónica.



**Figura 9.** Procedimiento terminado, se explora Wirsung

Se deja siempre drenaje coledociano con tubo de Kehr y drenaje subhepático preduodenal de control.

## Resultados

Nuestra técnica es muy sencilla y segura, por esto aumentamos las indicaciones en los enfermos biliares evolucionados.

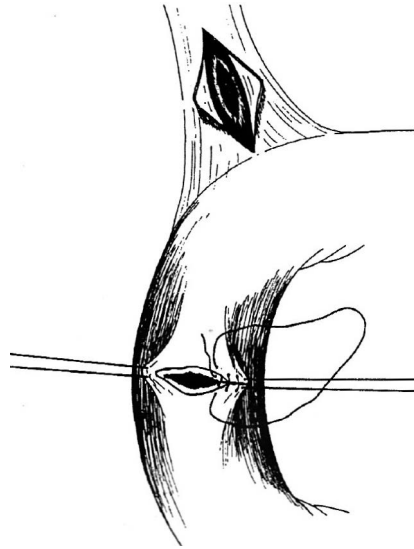
Aunque nuestra experiencia está incompletamente documentada, podemos afirmar que los resultados deben considerarse como buenos y excelentes: porque nunca se observó la falla ni la fístula duodenal, ni la complicación hemorrágica, ni la pancreatitis, y porque no se registra morbimortalidad atribuible al procedimiento.

## Discusión

La papilotomía tiene su antecedente histórico en la cirugía.

Se atribuye <sup>(2)</sup> a Charles Mac Burney, de Nueva York, la primera comunicación reglando el abordaje papilar para la evacuación de cálculos enclavados.

En 1926 Delfor del Valle comunica con originalidad la patología inflamatoria estenosante del Oddi, que denomina colédoco-odditis-retráctil crónica. En 1939 <sup>(3)</sup> publica su experiencia, interpretando en esta patología, 10% de los sufrimientos poscolecistectomía, y documentando los distintos modelos lesionales anatomopatológicos de la estenosis cicatrizal del Oddi en una casuística de 34 operaciones, con una alta mortalidad de 15% que atribuye a la



**Figura 10.** Cierre duodenal transverso: primer plano total extramucoso

reintervención y a la gravedad de esos pacientes. Como apoyo instrumental utiliza una bújia uretral para ubicar la papila y realizar una duodenostomía mínima, para traccionar y exteriorizar la papila, para realizar la papilo-esfinterotomía con puntos de plastia.

En 1959 Hepp <sup>(4)</sup> dice que la cirugía de la papila ha ganado en simplicidad y en benignidad, porque se dispone un apoyo instrumental —papilo-tractor de Hepp— que permite exponer la papila por duodenostomía mínima, seccionar el esfínter en altura variable y realizar la esfinteroplastia. Hepp considera punto clave de la técnica la limitación de la esfinterotomía conservando la parte alta del esfínter común y el esfínter propio del colédoco, es decir la papilo-infundibulotomía, para prevenir la grave complicación de la colangitis por reflujo. Muestra cifras con aumento de las indicaciones, de necesidad y relativas, desde 15% a 40% de la cirugía biliar, pero con una mortalidad de 4% que no podemos admitir.

Desde 1959 Sugasti se atribuye originalidad en el diseño del apoyo instrumental y la técnica de la esfinteroplastia, que realiza con amplias indicaciones en la litiasis coledociana, en la estenosis papilar inflamatoria, en las pancreatopatías y en la hidatidosis abierta y evacuada en VB, luego de la exploración instrumental y colangiodébito-manométrica, con la mayor amplitud de extensión, como una derivación interna, para prevenir la litiasis residual y recidivante. En los detalles de técnica describe dos variantes: por vía cística con el beniqué acanalado y por vía coledociana con su papilo-tractor. En 1976 publica

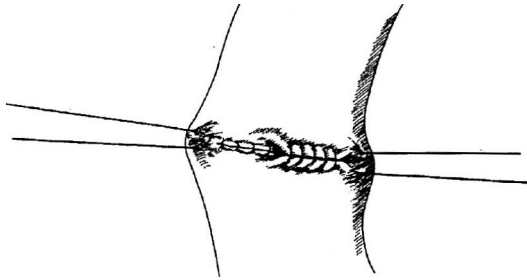


Figura 11. Cierre duodenal. Segundo plano sero-seroso

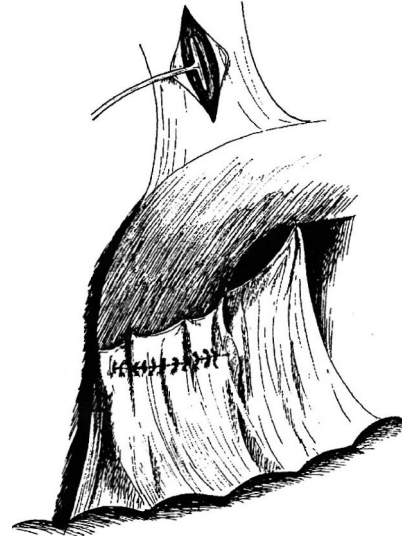


Figura 12. Cierre duodenal. Epiploplastia

su libro <sup>(1)</sup> con una experiencia de casi 20 años, más de 300 casos operados, admitiendo una mortalidad de 2% pero diferenciando una serie personal de 200 casos sin mortalidad.

En 1981 Barraya en el capítulo de la Enciclopedia <sup>(5)</sup> hace una revisión de la anatomía del Oddi y expone sistemáticamente la patología, las indicaciones quirúrgicas y la técnica revisa las tres variantes de extensión y los apoyos instrumentales de diversos autores: Rives, Cattell, Hepp, Lasala, Roux, Toupet y Goinard completando con las complicaciones.

En 1981 Heller <sup>(6)</sup> de Boston y en 1988 Fleitas de Santander <sup>(7)</sup> presentan el uso del fogarty, como apoyo instrumental para traccionar y exponer la papila.

En mayo de 1988, Natalini, sucesor de Valdoni en la cátedra de Cirugía de la Universidad La Sapienza en Roma, coordina una mesa redonda sobre el estado actual de la litiasis biliar <sup>(8)</sup>. Hay un aumento de frecuencia de la litiasis biliar de la VBP y se plantea un cuestionamiento por el excelente resultado del procedimiento endoscópico. El autor admite que la endoscopia tiene indicación en los pacientes de alto riesgo, pero que en todos los casos la litiasis de la vía biliar principal es un asunto de estricta pertenencia quirúrgica: en el correcto diagnóstico, en la evacuación completa de los cálculos, en la permeabilización del flujo biliar normal, y en la corrección del complejo papilo-oddiano. Y en consecuencia prevenir la litiasis residual y fundamentalmente la litiasis recidivante por persistencia del factor estasis e infección.

Del punto de vista técnico el autor considera la papilotomía quirúrgica como el procedimiento de excelencia, resalta la precisión y la observancia de los detalles para minimizar las complicaciones, «sin au-

mentar la morbimortalidad de la simple colecistectomía».

Tondelli y Schupisser, de Basilea, en 1988 en el texto de Blumgart <sup>(9)</sup>, se ocupan del problema de la estenosis papilar inflamatoria, su patología y tratamiento.

«La papilitis inflamatoria estenosante descrita desde 1926 por Delfor del Valle y Donovan, está declarada inexistente por los cirujanos anglosajones, que consideran la papilotomía quirúrgica como un procedimiento innecesario y aun criminal. Sin embargo es admitida por los cirujanos del continente europeo.»

Los autores tienen una disminución de la incidencia de la papilitis en la colecistectomía, desde 40% hasta un mínimo de 2,3% en los últimos años de su experiencia.

Interpretamos que entre el libro de Delfor del Valle <sup>(3)</sup> y el texto de Blumgart pasaron 49 años. En ese plazo la patología inflamatoria esclero-retráctil del Oddi desapareció, porque los enfermos cambiaron, porque se tratan de su patología biliar en una etapa más precoz.

Del punto de vista técnico, los autores prefieren la papilo-esfinterotomía de menor extensión, con plastia, apoyados en el uso del fogarty biliar y calibrando el pasaje con un juego de bujías. Tienen una mortalidad de 1,6%.

A partir de 1989 la bibliografía se ocupa de los avances de la endoscopia en controversia con la cirugía. Las Clínicas Quirúrgicas N.A. publican una monografía de Ghazi del Depto. de Cirugía del Beth Israel en Nueva York <sup>(10)</sup>, que describe un cambio dramático a favor del uso de la endoscopia para el