

## COLECISTOPATIAS AGUDAS: TRATAMIENTO (\*)

Prof. Agdo. Dr. Homero Cosco Montaldo

Entraré de lleno al estudio del tema del relato sobre el tratamiento de las colecistopatías agudas.

Trataré cuatro capítulos fundamentales.

*1er. capítulo:*

*Tipos etiológicos de colecistopatías agudas, fuera de la litiasis vesicular, que es necesario tener en cuenta para no cometer errores diagnósticos y terapéuticos.*

*2º capítulo:*

*Oportunidad operatoria en las colecistopatías agudas.*

*3er. capítulo:*

*Tipo de intervención a realizar según el estado local o general y según el estado de las vías biliares principales.*

*4º capítulo:*

*Valor del decolamiento retro-duodeno-pancreático en el diagnóstico y en el tratamiento de las colecistopatías agudas.*

### 1er. CAPITULO

#### Tipos etiológicos de las colecistopatías agudas

Cuando el cirujano incide la pared en una colecistopatía aguda el *primer problema* que se le plantea es el de apreciar si está frente a una *colecistitis simple o complicada con empiema*,

(\*) Contribución al tema del Relato Oficial de "Colecistopatías Agudas: Tratamiento" del 2º Congreso Uruguayo de Cirugía presentado el 6 de diciembre de 1951.

*gangrena, perforación y peritonitis*, para deducir si se encuentra frente a una campo lesional cuyo estado local le permitirá o no practicar maniobras de exploración extrínseca de las vías biliares principales. Esto tiene importancia para decidir el tipo de intervención a realizar y su aplicación se expondrá en el capítulo 3º.

El segundo problema que se le presenta al cirujano es el tipo de colecistopatía. Esta puede ser: con *vesícula litiásica* o con *vesícula alitiásica*. Esta división es fundamental y práctica, porque en los litiásicos vesiculares la causa se presenta fácilmente,

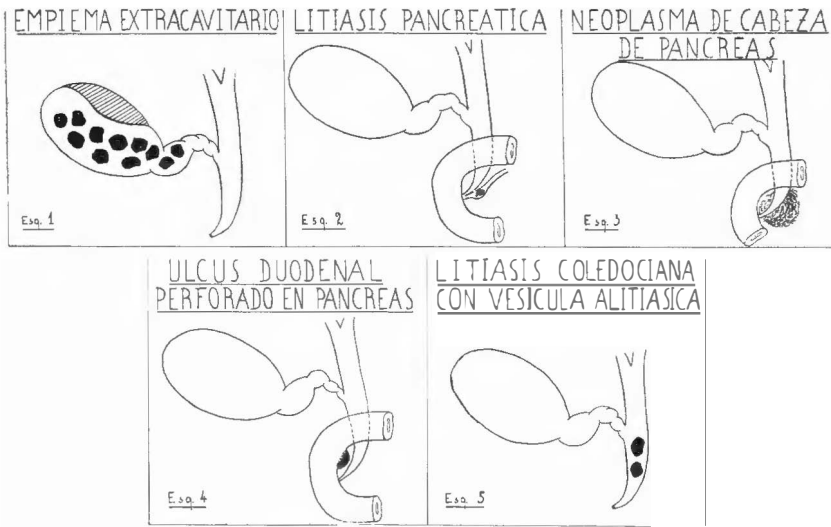


Fig. 1. — Tipos etiológicos de colecistopatías agudas (excluyendo la litiasis vesicular)

mientras que en los no litiásicos la identificación de la causa escapa con frecuencia, dando motivo a graves errores.

Dentro de las *vesículas litiásicas* insistiré en un solo tipo: el de *vesícula tabicada con empiema extracavitario asociado a litiasis vesicular* que interesa porque su desconocimiento lleva a tratar la litiasis y dejar un absceso en evolución. El esquema 1 de la figura 1, es el dibujo de la pieza que extirpé en el caso.

Referente a las colecistopatías con *vesículas alitiásicas*, estas son las que dejan perplejo al cirujano y las que motivan diagnósticos incorrectos.

Entre ellas deseo llamar la atención sobre 4 tipos etiológicos:

a) **Colecistitis agudas por cálculo del páncreas.** — La litiasis pancreática puede originar cólicos intensos semejantes al cólico hepático y acompañarse de ictericia. Su identificación escapa si no se palpa la cabeza del páncreas previa la maniobra del decolamiento duodeno-pancreático. El esquema 2 de la figura 1 es el dibujo del caso, en el cual, por duodenotomía y papilotomía extirpé un cálculo del Wirsung del tamaño de un pequeño maíz en una enferma de 19 años con colecistitis aguda.

b) **Colecistitis aguda por neo de páncreas.** — En 8 al 10 % de los neos de páncreas la colecistitis aguda constituye la manifestación inicial (figura 1, esquema 3). El error reside en tratar la colecistitis aguda alitiásica y desconocer el neo por falta de exploración. (Casos).

c) **Colecistitis aguda por ulcus gastro-duodenal perforado en páncreas** (figura 1, esquema 4). — El ulcus gastro-duodenal, al adherirse al páncreas puede provocar pancreatitis agudas y crónicas. Esta pancreatitis repercute sobre el colédoco inferior y Vater, a quienes rodea, provocando dolores en el cuadrante superior derecho en forma de crisis intensas de dolor que simulan el cólico hepático, configurando un síndrome de *colecistitis pseudo-litiásico*.

La ignorancia de este tipo etiológico de colecistitis conduce a errores fatales como lo asesora el *ilustrativo ejemplo* que presento, de una enferma que fué operada 3 veces como vesicular y coledociana y presentaba un ulcus perforado en páncreas, descubierto recién en la 4ª operación, pero demasiado tarde para evitar la muerte por copiosas melenas y hematemesis.

d) **Colecistitis aguda por litiasis coledociana sin litiasis vesicular**, en los cuales el cirujano puede desconocer la existencia del cálculo de la vía principal, sino examina y palpa el colédoco correctamente (figura 1, esquema 5). Una vesícula alitiásica en paciente con cólicos hepáticos recidivados constituye una indicación de exploración del colédoco. En estos casos se observa con frecuencia una pancreatitis cefálica reaccional lo que puede inducir a un falso diagnóstico de neo de páncreas (casos).

**Síntesis.** — El cirujano que abre un vientre de colecistitis aguda observa las lesiones y debe formarse (*primer problema*), un juicio sobre si el estado local séptico y adherencial le permite

practicar maniobras de exploración extrínseca de las vías biliares principales; frente a la vesícula (*segundo problema*) reconocer si es litiásica o no, recordando que existen tipos etiológicos de colecistitis agudas que lo pueden inducir a errores diagnósticos y terapéuticos como: las colecistitis agudas litiásicas con empiema extracavitario, colecistitis alitiásicas por neo de páncreas, o por cálculo de páncreas, o por ulcus gastro-duodenal perforado en páncreas, o por litiasis coledociana sin litiasis vesicular.

La frecuencia con que se encuentran cálculos del colédoco, y se diagnostican estos diferentes tipos etiológicos de colecistitis depende directamente de la frecuencia con que se exploran las vías biliares, el páncreas y el duodeno, lo que nos lleva a la maniobra del Decolamiento Retro - duodeno - pancreático.

## 2º CAPITULO

### **Oportunidad operatoria en las colecistopatías agudas (cuando se opera)**

En el momento actual dos tendencias se disputan la primacía: los partidarios de la intervención sistemática en *agudo* (*precoz*) y los de la *intervención en frío* (*retardada*).

*Los primeros* operan toda colecistitis aguda como la apendicitis, dentro de las 72 hs. o 96 hs. con la finalidad de ponerse a cubierto de las graves consecuencias del empiema, gangrena y perforación con peritonitis que se presentan en el 15 % de los casos y que la clínica no siempre puede descubrir; pasando dicho término se enfría y se interviene transcurridas varias semanas de tratamiento médico. Del 4º al 10º día se debe evitar toda operación. Pero operación precoz no significa operación inmediata, sino después de una preparación prudencial, de 6 a 24 hs.

*Los segundos*, enfrían sistemáticamente toda colecistitis aguda.

En nuestro medio, los cirujanos en general, adoptan una conducta intermedia ya que, si bien prefieren enfriar, intervienen precozmente las *colecistitis graves de comienzo* y operan, sin tener en cuenta el horario, *las colecistitis agudas intensas que se mantienen* y las *colecistitis agudas que se agravan*. La experiencia de los intervencionistas en agudo ha traído como consecuencia

que se vigilen con mayor rigidez la evolución de las colecistopatías agudas; que se deciden *mayor número de intervenciones* precoces cuando el comienzo es grave, cuando el cuadro agudo se mantiene o se agrava y que se operan con *más frecuencia colecistitis en agudo*, exigiéndose menos gravedad inicial.

Personalmente estoy convencido de que toda colecistopatía aguda debe ser intervenida precozmente dentro de los 3 primeros días de la crisis, prefiriendo el 2º al 3er. día y el primer día al segundo, habiendo sufrido el menor número de crisis. Esta afirmación lleva analizados dos elementos: el de la crisis y el de la repetición de las crisis, estableciéndose el máximo de precocidad dentro del horario de las crisis (operación más fácil, campo menos contaminado, menos edemas, menos complicaciones) y máxima precocidad en el número de crisis, sin esperar repeticiones, operando en una enfermedad lo menos antigua posible (los resultados son mejores cuanto más joven es la enfermedad y el enfermo, porque las sucesivas crisis lesionan progresivamente la glándula hepática).

Sintetizando este enfoque, el ideal debe constituir *operar el enfermo en el primer o segundo día de sus primeras crisis de colecistitis aguda*.

El análisis de las muertes de los enfermos biliares operados en la Clínica Quirúrgica del Prof. Larghero Ybarz y en el Servicio del Dr. Nin y Silva, revelan que los decesos acontecen en dos tipos precisos de enfermos: 1) en los pacientes con *larga historia* de cólicos hepáticos que en repetidas oportunidades se han negado a ser intervenidos y que el cirujano se ha visto obligado a operar en el curso de la última crisis, dada la intensa gravedad; a la edad del enfermo se une la edad de la enfermedad y las lesiones avanzadas biliares y hepáticas. 2) En los pacientes que por diversos motivos se operan entre el 4º y 10º día del comienzo de su crisis. En ambos, la colecistostomía, operación mínima obligada ofrece la paradoja de conducir al mayor número de fallecimientos.

Dado que la mayoría son litiásicos, la colecistostomía de necesidad (operación mínima) se verá definitivamente suplantada por la colecistectomía con o sin coledocotomía (operación máxima).

Y entonces, 0 a 1 % *de mortalidad en operaciones máximas*

*con curación definitiva y sin reintervenciones será el resultado de la operación precoz dentro del 1º al 2º día de sus primeras crisis de colecistitis aguda.*

### 3er. CAPITULO

#### **Tipo de intervención a realizar (cómo operar). Valor del estado general y local y de las vías biliares principales.**

Este capítulo es fundamental discutir por la discordancia de los criterios, y por la ausencia de líneas generales de orientación.

En el curso de su estudio expondré conceptos directrices.

Los diferentes autores buscan solución a este capítulo declarándose partidarios, unos, de la colecistectomía y otros, de la colecistostomía, en base al estado general del enfermo, a las lesiones vesiculares y perivesiculares y a las dificultades locales, de manera que, cuanto más grave es el caso, más indicada se plantea la colecistostomía. En general se prefiere la colecistectomía si es técnicamente posible y si la resistencia del enfermo lo permite, aun cuando algunos cirujanos practican la colecistostomía sistemática.

Se llega por lo tanto a la conclusión de que se practicará la colecistectomía siempre que ella sea realizable, lo que es posible en el 90 % de los casos, de tal manera que la *colecistectomía es el procedimiento de elección y la colecistostomía el de necesidad* que surge de las contraindicaciones de la colecistectomía.

La observación post-operatoria de los colecistectomizados me ha obligado a considerar inadecuado este planteamiento y a proponer otras directrices para el enfoque de la táctica quirúrgica a seguir, fundamentándolas en la importancia del *conocimiento de la vía biliar principal*.

En efecto, considero importante establecer las 2 premisas siguientes:

**1ª premisa)** Frente a una *colecistitis el cirujano debe considerar al enfermo como un coledociano hasta que no demuestre lo contrario*. Esto le evitará de llevar a cabo una intervención sin lógica ni sentido y con riesgo para el enfermo;

**2ª premisa)** La *colecistectomía simple sólo está indicada cuando el colédoco está libre*.

En apoyo de estas premisas presento dos casos demostrativos:

El caso de C. B. de O. Fué operada el 27 de agosto de 1946 con diagnóstico de colecistitis aguda con subictericia, practicándose una colecistectomía por comprobársele una colecistitis litiásica. No se visualizó ni palpó el colédoco a pesar de que el estado general y local lo permitía. Desde entonces la enferma entra en períodos de sufrimiento. En el post-operatorio el pulso alcanza a 120 y la temp. 39, con orinas colúricas al 3er. día. A los 5 días dolor epigástrico y vómitos. Reingresa a los 25 días de operada por trastornos epigástricos. Mejora y alta. De nuevo reingresa a los 40 días con intensos dolores epigástricos y en H. I. que mejoran. A los 48 días de operada, nuevamente dolores y reingresa al hospital. Mejora y alta a los dos días. A los dos años cólicos hepáticos. Estos cólicos se repiten con más frecuencia hasta que a los 2 años y 9 meses (mayo 26/49) una crisis dolorosa de colédoco-pancreatitis la obliga a reingresar, por lo cual se reopera en junio 23/49, es decir, a los dos años y 10 meses, extrayéndose del colédoco un cálculo del tamaño de un garbanzo.

**En síntesis:** Esta enferma fué operada por una colecistitis aguda, efectuándose una colecistectomía por litiasis vesicular sin examinar las vías principales, por cuyo motivo sufrió durante cerca de 3 años, de cólicos hepáticos y colédoco-pancreatitis que obliga a 4 reingresos hasta que finalmente se reopera, extrayéndose un cálculo residual del colédoco.

Y como esta observación una serie de la cual muestro sintéticamente los esquemas.

Más demostrativo es aún el caso de R. O. T. Colecistectomizado en agudo el 18 de octubre de 1947 sin exploración del colédoco; a los 8 días, por la hipertensión biliar provocada por un cálculo residual del colédoco, falla la sutura del cístico y aparece una fístula biliar externa. A los dos meses se reopera por la persistencia del síndrome coledociano e ictericia extrayéndose un cálculo del colédoco. Una fístula duodenal se establece con gran desnutrición del enfermo que obliga a una yeyunostomía a la Witzel a los dos meses y medio (3ª operación). Se constituye una fístula cólica e ingresa al Servicio con una triple fístula bilio-duodeno-cólica, para lo cual, a los 7 meses se reopera (4ª

operación), suturando el colon, apendicostomía de válvula, coledocotomía y Kehr. La colangiografía revela otro cálculo residual.

La fístula cólica reaparece y para tratarla se reopera a los 11 meses, suturando el colon, y llevándolo a la línea media. Finalmente el enfermo cura.

La colangiografía revela que una providencial fístula interna biliar colédoco-duodenal ha excluído el colédoco terminal con el cálculo residual.

**En síntesis:** Una mala indicación de colecistectomía en agudo, realizada sin explorar previamente el estado de permeabilidad de la vía biliar principal, es la causante de las 4 operaciones siguientes, curando el enfermo gracias a una providencial fistula colédoco-duodenal.

Todos estos casos constituyen una experiencia clínica bien demostrativa que apoyan las premisas que expuse anteriormente de que *todo enfermo con colecistitis debe ser considerado como un coledociano y de que no se debe practicar una colecistectomía simple sin un colédoco libre.*

Sobre esta orientación debe girar el criterio del plan quirúrgico.

### **Consecuencias de estas premisas fundamentales sobre el tipo de intervención que adoptará el cirujano**

El cirujano se verá indefectiblemente frente a dos casos:

- 1) cuando *no puede explorar* extrínsecamente el colédoco y
- 2) cuando *puede explorar* el colédoco, es decir, verlo y palparlo.

1er. CASO. — *Colédoco no explorable.* Cuando por diversas causas, edad avanzada, grave estado general, obesidad, estado séptico local, peritonitis generalizada o localizada supurada, adherencias que exponen a perforación cólica o duodenal (casos De L. y D.) anestesia insuficiente, shock operatorio, el cirujano no puede formarse un criterio sobre el estado del colédoco, pierde el derecho de practicar una colecistectomía simple, entendiendo por tal, la colecistectomía sin drenaje de la vía principal.

Y entonces se le ofrecen las siguientes conductas:

- a) Colecistostomía o conducta de elección.
- b) Colecistectomía o conducta de necesidad.



a) *Colecistostomía o conducta de elección.* — Existen casos extremos, de grave estado general y septicidad local en que el cirujano está obligado a proceder rápidamente y a practicar maniobras sencillas, conformándose con una simple colecistostomía sin preocuparse si el drenaje es efectivo o no. (Fig. 2, esq. 1).

Pero en casos menos graves, lo que se trata de conseguir es la colecistostomía efectiva, es decir, la que drene bilis. Si no afluye bilis es porque existe un *cálculo* enclavado en el bacinete

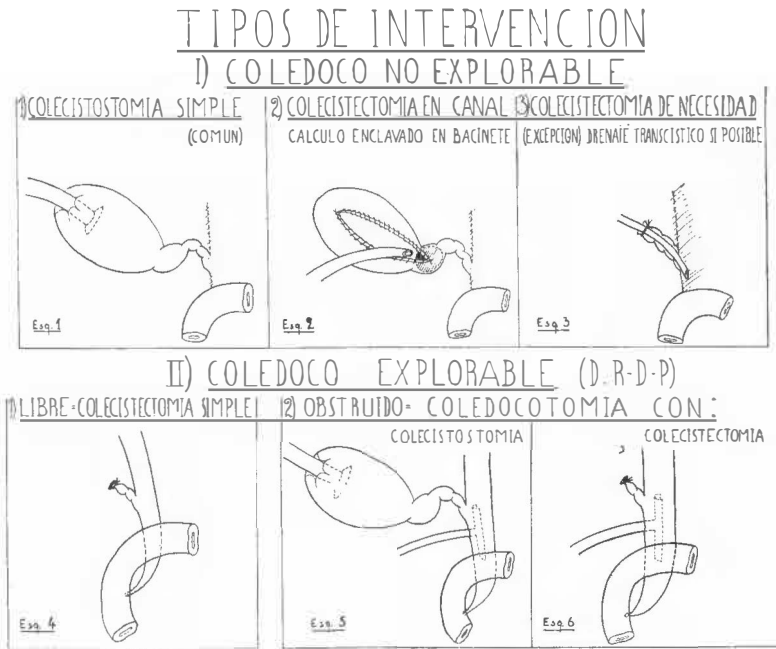


Fig. 2

o porque el *edema inflamatorio* de las paredes del cístico ha obstruido su luz o porque una *estenosis* definitiva del cístico se ha establecido. En el primer caso, desenclavar el cálculo que puede obligarlo a una *colecistectomía en canal* (fig. 2, esq. 2). En el segundo caso, la experiencia demuestra que a los pocos días del post-operatorio la bilis comienza a drenar porque retrocede el edema inflamatorio. En el tercer caso, el menos frecuente, la vesícula está condenada y la colecistostomía será inefectiva como drenaje de la vía principal. En estos dos últimos casos en que

no afluye bilis por edema o estenosis del cístico, el cirujano puede correr el riesgo de mayor probabilidad y practicar la colecistostomía sabiendo que en la mayoría de los casos está en juego el edema y que el drenaje se establecerá.

b) *Colecistectomía o conducta de necesidad.* — Ejecutará una colecistectomía de necesidad a mano forzada, si el estado de friabilidad de las paredes vesiculares lo exigen; pero tratará de drenar el colédoco cuyo estado ignora y que en principio debe considerar obstruído (fig. 2, esq. 3).

2º CASO. — *Colédoco explorable.* Cuando se puede explorar (ver y palpar) el colédoco, del examen practicado de acuerdo a las reglas que se expresarán en el 4º capítulo de este trabajo, el cirujano podrá concluir si el colédoco está *libre* u *obstruído*.

a) *colédoco libre: colecistectomía simple.* Con colédoco libre la colecistectomía está permitida porque no se presentarán problemas post-operatorios (fig. 2, esq. 4).

b) *colédoco obstruído* (cálculo, pancreatitis): *coledocotomía* asociada a colecistostomía (fig. 2, esq. 5) o a colecistectomía (fig. 2, esq. 6), terminándose con drenaje externo o drenaje interno por duodeno-coledocostomía. En este caso, como vemos, la preocupación fundamental del cirujano debe dirigirse a resolver la obstrucción coledociana, por medio de una coledocotomía.

Con respecto a la coledocotomía dos soluciones se plantean:

a) operación *mínima*: simple coledocotomía y drenaje sin extracción de cálculos; b) operación *máxima*: coledocotomía, extracción de cálculos, exploración instrumental y drenaje de colédoco (drenaje externo con Kehr o drenaje interno con colédocoduodenostomía).

Muchos cirujanos adoptan la actitud conservadora, prefiriendo la operación mínima de simple coledocotomía, aun frente a casos sin dificultades de abordaje de la vía principal; llegan al colédoco, lo observan francamente dilatado, palpan los cálculos y se conforman con drenarlo, como si la extracción de cálculos constituyera una maniobra de real agravación para el enfermo.

Yo no comparto ese criterio:

—porque si bien la extracción de cálculos es una maniobra grave en manos inhábiles, realizada por un cirujano correcto,

que se ayuda con el decolamiento retro - duodeno - pancreático se convierte en un tiempo operatorio rápido, sencillo y atraumático.

—porque la desobstrucción del colédoco permite al enfermo una recuperación más rápida e integral.

—porque la reintegración de la bilis al duodeno por la vía normal evita los síndromes a menudo fatales de deshidratación aguda post-operatoria, síndromes poco conocidos en general, que aparecen a pesar de asistirse el enfermo en clínicas bien informadas, sorprendiendo con su instalación rápida y grave, que, para dominarlos, exige una terapéutica masiva a base de plasma, transfusión y sueros que no todos los medios están en condiciones de proporcionar con la celeridad e intensidad necesaria. La importancia de estas observaciones es lo que nos lleva cada vez más a la vía del drenaje interno por colédoco-duodenostomía.

—porque, aunque la vigilancia del drenaje coledociano se lleve al extremo, no dejarán de ser relativamente frecuentes los casos en que el drenaje se sale del colédoco, traccionado por enfermo o enfermeros y la situación inmediatamente adquiere un carácter de gran riesgo, si recordamos que la litiasis permanece en la vía principal.

—porque se normalizan los defectos de absorción vitamínica y se elimina la éstasis, factor fundamental de distensión biliar e infección ascendente.

—porque la simple coledocotomía condena al enfermo a una segunda intervención que es a menudo peligrosa y difícil, habiendo observado operaciones incompletas, apertura del estómago, del duodeno, del colon, infección de la pared, eventraciones. Esta segunda operación, además, muchas veces tiene lugar en circunstancias locales y generales más graves que en la primera intervención. La operación máxima en un tiempo tiene tendencia a imponerse sobre la operación en dos etapas. El objetivo actual de la cirugía biliar debe ser la de evitar reintervenciones y me suscribo a él preconizando la operación máxima.

—porque la operación máxima constituye la terapéutica más adecuada de la coledocitis, colangitis y pancreatitis secundaria.

—porque la era antibiótica actual, combinada a la terapéutica antigangrenosa, las transfusiones operatorias y el adelanto de la

anestesia nos permiten combatir la infección, evitar el shock y realizar estas intervenciones con un riesgo cada vez menor.

Todas estas consideraciones me permiten adoptar el criterio favorable a la *operación máxima*.

### Conclusiones sintéticas sobre el 3er. capítulo referente a tipos de intervención a realizar

#### A) Reglas

- 1) frente a una colecistitis el cirujano debe considerar al enfermo como un coledociano hasta que no demuestre lo contrario.
- 2) la colecistectomía simple sólo está indicada cuando el colédoco está libre.

#### B) Tipos de intervención a realizar.

Se basa en dos elementos orientadores fundamentales: a) el estado local y general del enfermo que permite o no explorar extrínsecamente las vías biliares principales y practicar o no una operación prolongada; b) en el estado de permeabilidad de las vías principales.

#### 1er. caso

Colédoco no explorable  
(considerarlo obstruido);

- Colecistostomía de elección
- Colecistectomía de necesidad y si es posible drenaje del colédoco (transcístico o por coledocotomía)

#### 2º caso

Colédoco explorable

- Libre: colecistectomía simple
- Obstruido: coledocotomía y drenaje  
+  
colecistectomía o colecistostomía.  
Se prefiere la operación *máxima* con extracción de cálculos, a la operación *mínima* sin extracción de cálculos.

#### 4º CAPITULO

##### **Exploración del colédoco y duodeno-páncreas. Valor del Decolamiento Duodeno - Pancreático**

Como surge de lo expuesto, en la determinación del tipo de operación a realizar, adquiere importancia capital el conocimiento del estado de la vía principal y del duodeno-páncreas. Siempre que sea posible su exploración extrínseca debe llevarse a cabo. Para realizar la exploración de manera correcta, es decir, ver y palpar el colédoco, y palpar el duodeno-páncreas, considero que es indispensable e insustituible la maniobra del Decolamiento Retro - Duodeno - Pancreático que practico con orientación sistemática en la cirugía de las vías biliares.

Es una maniobra rápida y sencilla en zona excepcionalmente invadida por la infección y cuyas estructuras se muestran con las características normales. Ofrece las siguientes ventajas:

1) *Permite la palpación fácil y rigurosa del hepato-colédoco y de la ampolla de Vater, descubriendo cálculos tan pequeños como un grano de uva* (casos 103, 81, 39), y permitiendo obtener datos con mayor exactitud y rapidez que la colangiografía. Del estudio riguroso de 396 placas colangiográficas realizadas por mí o bajo mi dirección he podido concluir que la colangiografía es un método de exploración sujeto a múltiples errores de interpretación, y que da imágenes típicas litiásicas cuando el cirujano no las necesita, es decir, cuando los cálculos son del tamaño de un garbanzo o más grandes y que no pueden pasar inadvertidos a una correcta palpación.

Por eso afirmo que “la verdadera colangiografía es la que obtiene el cirujano con la exploración extrínseca previo Decolamiento Retro - Duodeno - Pancreático”.

2) *Permite la palpación de la cabeza del páncreas* cuyo estado es fundamental establecer para el correcto tratamiento de las afecciones biliares. A menudo cuando es necesario más precisión, se completa el Decolamiento R.D.P. con el *decolamiento inter-colo-epiploico derecho*, abriendo una pequeña brecha en retrocavidad, quedando el Vater y la cabeza del páncreas aprisionada en la pinza de la mano izq. del cirujano, entre el pulgar adelante y el índice atrás. Se descubre así, el *neo* (que da colecis-

titis aguda en el 8 %), la *pancreatitis* (casos) y hasta *pequeños cálculos pancreáticos* (casos).

Esta exploración que estimo sobremanera y que realizo casi sistemáticamente, ha contribuído a que estableciera una identidad lesional: la *pancreatitis cefálica perivirsungiana en moneda*. Esta se caracteriza por su frecuente asociación con las afecciones biliares, por su localización a izq. de la ampolla de Vater, englobando la desembocadura del Wirsung, por alcanzar un tamaño variable de un garbanzo al de una ciruela y por extenderse en superficie más que en profundidad, de donde el nombre que le asigno de pancreatitis en moneda (casos).

La palpación hepato - colédoco - pancreática - vateriana, bien realizada, es de alto valor. Su ejecución de orientación sistemática surge de:

- a) la frecuencia de la *litiasis coledociana en la litiasis vesicular*, 20 a 25 %.
- b) la *existencia de cálculos coledocianos sin ictericia* (20 % casos 26, 39, 47, 1, 53, 79, 102, 105, 113, 118).
- c) la *litiasis coledociana con colecistitis alitiásica* (5 %) (casos 10, 25, 29, 41, 51, 31, 30, 61, 69, 77, 95, 88).
- d) la frecuencia de la *litiasis coledociana residual* (casos 54, 21, 14, 25, 23, 70, 60, 17, 75, 78, 79, 109, 15).
- e) la existencia de *pancreatitis crónica con estenosis del colédoco terminal y ampolla de Vater* (llamada Odditis esclero-retráctil de Delfor del Valle). (Casos: T.M. R.S., F. de B.).

3) *Permite palpar la primera porción del duodeno y encontrar la existencia de las colecistitis por úlcera duodenal perforada en el páncreas*, evitando operaciones ineficaces sobre las vías biliares como expuse en el capítulo de las etiologías.

4) *Permite exteriorizar el colédoco*, es decir, traerlo a la brecha operatoria, a la superficie y con ello reducir de manera notable las dificultades de su abordaje y exploración.

Aun cuando el único mérito del decolamiento R. D. P. consistiera en acercar el colédoco y la ampolla de Vater al cirujano, convirtiendo su difícil situación profunda en elemento superficial de fácil abordaje, esta maniobra estaría ampliamente justificada.

5) Obliga a *visualizar* el colédoco y apreciar su calibre, dato de importancia, ya que, del análisis de los diferentes casos se desprende la premisa de que: “todo colédoco dilatado, debe ser en principio *explorado intrínsecamente y drenado*”.

En efecto, con el colédoco superficializado en la herida operatoria por medio de la mano izquierda que hace tracción sobre el duodeno-páncreas, una torunda manejada suavemente con la mano derecha libera de la cara anterior del colédoco el pequeño epiplón muy vascularizado que lo recubre. Si alguna hemorragia acontece, lo que es frecuente porque los pequeños vasos del pequeño epiplón no tienen trama de sostén perivascular, la ligadura se transforma en un gesto fácil en lugar de maniobra oscura y azarosa como se observa en general.

6) Permite el Decolamiento R. D. P., que una valva de Diver, enganche el duodeno-páncreas movilizado, lo traccione hacia la izquierda y abajo, ponga tenso el colédoco y visualice con *claridad llamativa el pedículo cístico*, que se abordará con facilidad y precisión. Se evitará así, el *pinzamiento, sección o ligadura del hepático D., de la arteria hepática y del colédoco*, en el curso de la colecistectomía, de los cuales varios casos se conocen en nuestro ambiente.

La exposición así facilitada del pedículo cístico permite cumplir con la premisa de “*proceder a la ligadura o pinzamiento previo del cístico en toda colecistitis multilitiásica*”, cuya vesícula se desea extirpar en block o sobre cuyo colédoco es necesario practicar una coledocotomía, con la finalidad de *impedir el pasaje de cálculos vesiculares al colédoco a través del cístico*.

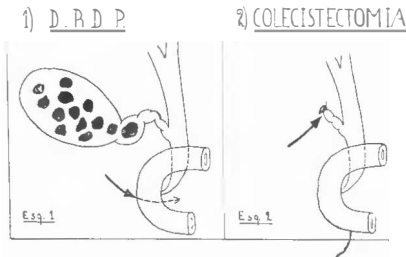
Procediendo de esta manera no veremos más al cirujano extraer afanosamente por el colédoco cantidad interminable de cálculos que corresponden al progresivo vaciamiento vesicular, error en el que se incurre por no ocluir previamente el cístico. (Casos H. de V., 36).

Realizada la correcta exploración extrínseca del colédoco (ver y palpar) se plantean indicaciones netas de colédocostomía en los casos de: colédoco *dilatado*, colédoco con *cálculos palpables, nódulo pancreático*, indicaciones que se agregarán a las obtenidas por la clínica (ictericia anterior o actual, cálculos en heces), y a las obtenidas por el examen de la vesícula (chuchos repetidos

en litiasis vesicular, vesícula multilitiásica, vesícula alitiásica con cólicos hepáticos, cístico dilatado).

7) Permite el Decolamiento R. D. P., traccionar el duodeno-páncreas con la mano izquierda y *enderezar el colédoco, facilitando el pasaje del explorador a través de la ampolla de Vater*. En efecto, el cateterismo del esfínter de Oddi constituye a veces una maniobra difícil debido a la acodadura hacia la derecha y adelante del colédoco terminal. También es difícil el con-

### COLECISTECTOMIA EN DOS TIEMPOS



### COLEDOCOTOMIA Y COLECISTECTOMIA EN CUATRO TIEMPOS

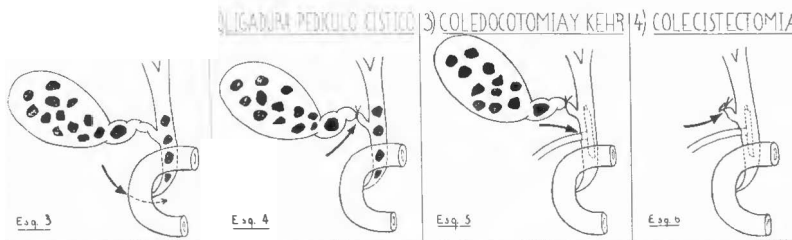


Fig. 3

tralor de esta maniobra porque el explorador a menudo empuja la ampolla de Vater dentro del duodeno, dando la falsa impresión de un exitoso cateterismo.

La mano izquierda en pinza sobre el duodeno páncreas no sólo *tracciona y endereza el colédoco, facilitando el cateterismo*, sino que *fiscaliza la progresión del explorador y su pasaje al duodeno*.

Por último, la pinza digital sobre el Vater, tiene una clara sensación de la dificultad o facilidad del pasaje por la papila, y recoge impresión de valor para el diagnóstico de la *Odditis esclero-retráctil*.



8) Permite ejecutar con rapidez, precisión y éxito el *dragado de los cálculos de la ampolla de Vater*, evitando *inútiles duodenotomías*.

En efecto, frente a un cálculo de la ampolla de Vater que no es posible movilizar, el cirujano soluciona el problema con la colédoco-duodenostomía o con la duodenotomía. Pues bien, el Decolamiento R. D. P. permite practicar la maniobra del dragado biliar, extrayendo el cálculo o proyectándolo en el duodeno, evitando la duodenotomía.

Esta maniobra se practica de la siguiente manera: con la mano izquierda se pinza el duodeno-páncreas, al que se exterioriza enderezando al mismo tiempo el colédoco; con la mano derecha se maneja una cucharilla biliar de Desjardins introducida en el colédoco por la coledocotomía. Una vez en contacto la cucharilla con el cálculo, mientras la cureta es presionada hacia el Vater, los dedos de la mano izquierda presionan el cálculo en sentido contrario y en la mayoría de los casos se logra que el cálculo se anide en el cesto de la cucharilla y se extraiga.

Cuando el cálculo de Vater es parcialmente procedente en el duodeno, la presión digital sobre la ampolla, realizada con precisión gracias al Decolamiento R. D. P., permite el *parto del cálculo en el intestino*, como se comprueba al tamizar las materia fecales. En los dos casos se evita una inútil duodenotomía. (Casos de duodenotomía 38, T. M. R. S. 69, 30, 103, 90, 80; casos de dragado exitoso; caso de parto dudenal, 105).

9) Permite realizar la técnica, que considero ideal, de la *colecistectomía simple en dos tiempos* (fig. 3, esq. 1 y 2).

*1er. tiempo:* Decolamiento R. D. P. y exploración del colédoco, Vater y páncreas.

*2º tiempo:* colecistectomía.

10) Permite realizar la técnica, que considero ideal, de la *colecistectomía* y coledocotomía en 4 tiempos, en los casos de litiasis vesicular y coledociana (fig. 3, esq. 3, 4, 5 y 6).

*1er. tiempo:* Decolamiento R. D. P. con exploración del colédoco, Vater y páncreas.

*2º tiempo:* Ligadura de pedículo cístico que evita pasaje de

cálculos al colédoco y resuelve desde el comienzo el tiempo más difícil de la operación.

*3er. tiempo:* Coledocotomía, extracción de cálculos y Kehr.

*4º tiempo:* Colectectomía.

#### SINTESIS DE LOS 10 ARGUMENTOS EN FAVOR DEL DECOLAMIENTO SISTEMATICO

1) Permite palpación hepato-colédoco y Vater denunciando la presencia de pequeños cálculos con más precisión que la colangiografía.

- a) El 25 % de las litiasis vesiculares presentan litiasis coledociana.
- b) El 20 % de las colédoco-litiasis no presentan ictericia.
- c) El 5 % de los casos de litiasis biliar presentan cálculos solamente en el colédoco.
- d) Descubre la frecuente litiasis coledociana residual (olvidado).

2) Permite palpación páncreas.

Encuentra pancreatitis peri-Wirsingianas en moneda y pancreatitis crónicas más extensas que acompañan a la litiasis de colédoco en el 25 % de los casos.

- b) Descubre neo de páncreas. (Colecistitis aguda en neo de páncreas: 8 %). Máscara neoplásica de la pancreatitis crónica.
- c) Diagnostica litiasis pancreática. (Colecistitis por litiasis pancreática).

3) Permite palpación del duodeno y descubre el ulcus duodenal perforado en páncreas (colecistitis por ulcus perforado en páncreas).

4) Permite exteriorizar el colédoco y Vater. Facilita exploración y abordaje.

5) Permite liberar y visualizar el colédoco: todo colédoco dilatado obliga, en principio, a la coledocotomía, exploración y drenaje.

6) Permite traccionar el colédoco y el abordaje fácil del pedículo cístico.

- a) Evita pasaje de cálculos vesiculares al colédoco practicando el pinzamiento o ligadura previa del cístico en toda colecistitis multilitiásica.
- b) Evita lesiones de las vías biliares y de la arteria hepática en las colecistectomías.
- 7) Permite enderezar el colédoco.
  - a) Facilita cateterismo del Oddi y evita los falsos cateterismos.
  - b) Fiscaliza el cateterismo de papila y halla la estenosis del Oddi.
- 8) Permite ejecutar la maniobra del dragado de los cálculos de Vater o el parto duodenal, evitando las duodenotomías innecesarias.
- 9) Permite la técnica de la colecistectomía en dos tiempos.
- 10) Permite ejecutar la técnica de la coledocotomía y colecistectomía en cuatro tiempos.

## S U M A R I O

La presente contribución al relato de colecistopatías agudas, tiene como finalidad:

1) Destacar la existencia de tipos etiológicos de *colecistopatías agudas* tales como las:

- colecistitis agudas litiásicas con *empiema* extracavitario,
- colecistitis agudas por *cálculo* de páncreas,
- colecistitis agudas por *ulcus* gastro-duodenal perforado en páncreas,
- colecistitis agudas por litiasis coledociana sin litiasis vesicular,

cuyo desconocimiento conduce a errores diagnósticos y terapéuticos que se evitan con la correcta exploración duodeno-pancreático-coledociana previa la maniobra del decolamiento duodeno pancreático.

2) Destacar en lo referente a la *oportunidad operatoria de las colecistopatías agudas*, que el ideal es la operación precoz en agudo dentro del 1º al 2º día de las primeras crisis de colecistitis agudas. Se logrará así, con operaciones máximas, una cu-

ración definitiva sin reintervenciones y una mortalidad operatoria entre el 0 y 1 %.

3) Destacar que, en la *determinación del tipo de intervención a realizar*, se ha carecido de orientación claramente establecida. El pleito entablado entre los partidarios de la colecistectomía y la colecistostomía debe modificarse, para regirse la elección del tipo de intervención por el conocimiento del estado del colédoco. Frente al criterio de que la colecistectomía es el procedimiento de elección y la colecistostomía surge de sus contraindicaciones, se exponen dos premisas orientadoras: 1) una colecistopatía aguda debe ser considerada con participación coledociana hasta que no se demuestre lo contrario; 2) la colecistectomía simple sólo está indicada cuando el colédoco está libre. La gravedad del estado general y del estado local al permitir o no la exploración extrínseca del colédoco colocan al cirujano frente a dos casos distintos: 1) si el colédoco no es explorable, debe considerarlo *obstruido* y practicar *colecistostomía de elección*; 2) si el colédoco es explorable y está libre ejecutará una colecistectomía simple, pero si está obstruido realizará con preferencia la *operación máxima*, es decir, *coledocotomía con extracción de cálculos* y drenaje, asociado a la *colecistectomía o colecistostomía*, cumpliendo con el objetivo actual de la cirugía biliar de evitar las reintervenciones.

4) Destacar la importancia del *conocimiento del estado de permeabilidad de las vías principales*, conocimiento que se logra con una maniobra sencilla y de proyecciones fundamentales en la cirugía de las vías biliares: decolamiento retro-duodeno-pancreático.

Este D. R. D. P. debe realizarse con tendencia sistemática en las colecistitis, condicionada al estado local y general. Las ventajas del decolamiento retro-duodeno-pancreático se exponen en el texto a través de 10 argumentos, puntualizándose que esta maniobra permite la correcta palpación del hepato-colédoco, Vater, páncreas y duodeno, permite la exteriorización, visualización, tracción y enderezamiento del colédoco, como también la maniobra del dragado de los cálculos de Vater, la colecistectomía en dos tiempos y la coledocotomía con colecistectomía en cuatro tiempos, descubriendo los cálculos del colédoco, la pancreatitis ce-

fálica peri-wirsungiana en moneda, el neo de páncreas, la litiasis pancreática, el ulcus duodenal perforado en páncreas y facilitando la exploración del colédoco, evitando las lesiones de las vías biliares y fiscalizando el cateterismo de la papila.