

EXPLORACION COLANGIOGRAFICA PEROPERATORIA

Dr. PASCUAL MAGALDI

(Buenos Aires - Rpca. Argentina)

Al felicitar al Dr. José Mautone, por su interesante relato "Exploración operatoria del vientre patológico", queremos aportar nuestra experiencia sobre un aspecto particular de la exploración abdominal operatoria: la relacionada con los procesos patológicos existentes a nivel de las vías biliares.

Las dificultades en el examen manual o instrumental del hepatocolédoco en toda su extensión, llevaron a crear al profesor Pablo Mirizzi, de Córdoba, su método: "Colangiografía operatoria", que ha puesto en manos de los cirujanos de hoy día un auxiliar de positivo valor en el estudio y comprobación de las lesiones existentes a cualquier altura del tractus biliar.

Esta experiencia se basa en 700 clisés que llevamos realizados hasta la fecha en nuestro Servicio del Hospital Italiano de Buenos Aires y en la práctica privada y creemos hallarnos en la actualidad en condiciones suficientes como para aconsejarlo, sin dejar por ello de reconocer que en los innumerables Servicios donde se practica y la experiencia que su autor posee sobre sus resultados, son un fiel documento de su eficacia.

Para sintetizar señalaremos que seguimos la técnica del profesor Mirizzi empleando su instrumental y haciendo uso del Lipiodol entibiado al 25 % en cantidades que varían de 3 a 8 c.c.

Tomamos dos placas de control en la misma posición con un minuto de intervalo y en los casos necesarios una tercera en lateral derecho para evitar la superposición de imágenes con la columna.

Todas las veces que aplicamos un tubo en T en el colédoco antes del cierre del abdomen, realizamos una nueva colangiografía de control.

Desde el instante en que comienza la inyección de Lipiodol hasta la obtención del segundo clisé revelado, transcurren de 10 a 12 minutos, o como máximo 15 minutos.

Este tiempo, que no es en ningún momento excesivo, está bien empleado si se piensa que nos concede la tranquilidad de

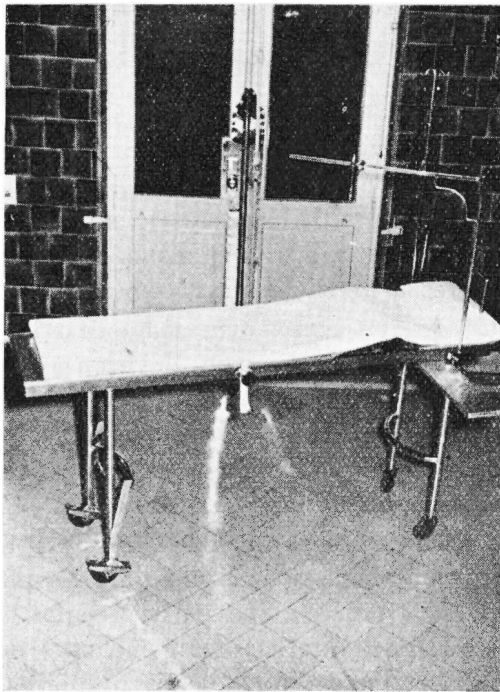


Fig. 1.

“ver” una vía biliar normal, un esfínter permeable o la seguridad de que la intervención realizada es completa; por otra parte nos permite también reconocer las distintas lesiones existentes en las vías biliares intra y extrahepáticas.

Desde hace dos años, hemos construido una mesa quirúrgica muy sencilla para facilitar el uso en todos los casos necesarios

de permeabilidad a los rayos durante el acto quirúrgico: colangiografías, fistulografías, flebografías, portografías, cuerpos extraños, etc., la cual nos permite, ubicando la ampolla radiante bajo el plano operatorio, el buen centrado de la imagen y el cambio de chasis en el menor tiempo posible, práctica que abrevia singularmente el procedimiento utilizado (ver figs. 1 a 4).



Fig. 2.

Es conveniente para mayor eficacia, la formación de un equipo compuesto por el cirujano, el radiólogo y el anestesista que trabajen en colaboración.

Señalaremos que de nuestras 700 placas, el 10 % debieron ser inutilizadas por diversos motivos, pues algunas resultaron veladas, otras presentaban poca exposición y unas cuantas con faltas de relleno o movidas, todas ellas corresponden a nuestros pri-

meros clisés; el 15 % de las restantes pertenecen a radiografías de control realizadas a través del tubo de Kehr, una vez practicada la coledocotomía y antes del cierre del abdomen.

Nuestras observaciones las hemos realizado en base al siguiente planteo, haciendo notar que en cierto número de pacientes donde sabíamos de antemano que debíamos explorar el colédoco, practicamos previamente la C. O., lo que nos ha permitido obtener mayor experiencia y acrecentar nuestra interpretación: colangiográfica.

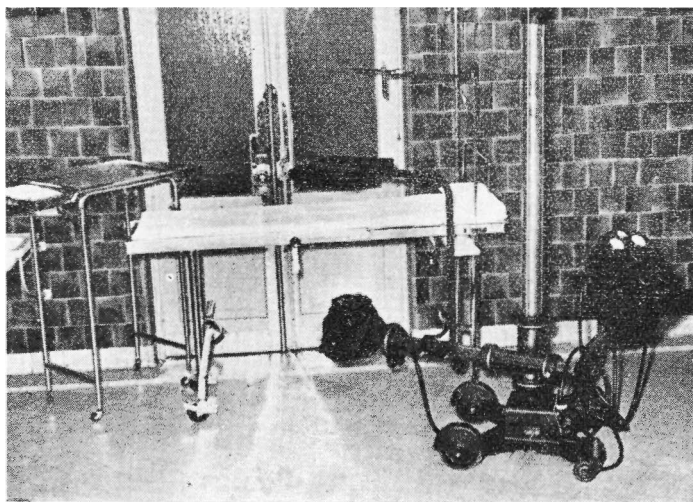


Fig. 3.

El estudio de los enfermos y de las placas correspondientes se ha dividido en cuatro grupos, con el fin de ser más claros en la exposición:

Primer grupo: Casos en los cuales el cuadro clínico del enfermo y la observación de las vías biliares no justificaban una exploración y donde el estudio colangiográfico confirmó que no era necesario.

Segundo grupo: Enfermos en los cuales el cuadro clínico y la observación no justificaban una exploración y la C. O. indicó que era necesaria.

Tercer grupo: Enfermos en los cuales el cuadro clínico y la observación justificaban una exploración y la C. O. confirmó que era necesaria.

Cuarto grupo: Enfermos en los cuales el cuadro clínico y la observación justificaban una exploración y la C. O. no indicaba que era necesaria.



Fig. 4.

En esta última serie, fue practicada igualmente la coledocotomía exploradora a pesar que las placas eran de apariencia normal, hallando necesaria esta exploración, pues los diez clisés correspondieron a colédocos sin obstrucción y de tamaño normal, que de su interior se extrajeron pequeños calculillos o barro biliar.

Hecho este planteo observamos que sobre 630 placas, diez nos inducen a error, lo que equivale a 1,5 % como falla de método; además, observamos que del total de 700 placas, 72 resul-

taron no utilizables por distintas causas, constituyendo el 10 % en nuestra primitiva experiencia, pequeñas cifras que debemos abonar como aprendizaje.

COMENTARIO

El estudio de las imágenes colangiográficas operatorias, el control radiográfico periódico a través del tubo de Kehr, la observación manométrica en determinados casos y la evolución de los enfermos en relación a lo visualizado en los clisés colangiográficos, nos ha permitido adquirir conceptos interpretativos de suma utilidad para el diagnóstico y tratamiento de las lesiones halladas durante el acto operatorio.

Actualmente con la mesa que utilizamos resultan rápidas las maniobras y es corriente observar con claridad todo el trayecto del árbol biliar sumado a la imagen duodenal.

En un número muy limitado de casos es posible observar el conducto del Wirsung visible en mayor o menor extensión; hecho al cual no le damos ningún significado patológico, interpretándolo como debido a una disposición anatómica particular de la papila y a factores dependientes de la cantidad o presión del líquido inyectado (700 placas, 15 Wirsung visibles 2,1 %).

Hemos observado toda clase de grados en la Odditis terminal; sea un primer tipo, es decir, una hipertonia o hipertrofia que retrograda con la exéresis de la vesícula enferma en pocas semanas; segundo, la discreta fibrosis secundaria a una enfermedad vesicular crónica y por último, en tercer grado, la odditis estenosante definitiva (esclerorretráctil de Del Valle), imagen que no se modifica sea cual fuere el tiempo de reposo en que se deje la vía biliar.

Todas ellas han sido controladas periódicamente, habiendo aprendido a reconocerlas en cualquier estado de su evolución; sin pasaje a duodeno, con poco pasaje, con colédoco dilatado o sin él, situaciones todas identificables cuando se procede con la misma técnica.

Es dable comprobar en los casos en que la imagen muestra un "stop" tipo odditis, cual dedo de guante; que al practicar la coledocotomía y explorar el colédoco con un benique el pasaje se realiza sin dificultad del instrumento.

Este detalle que a muchos resulta incomprendible, demuestra una vez más que el factor estenosante es relativo y debe drenarse el colédoco para poner en reposo el Oddi a pesar de la facilidad de la exploración con el instrumental metálico.

Todo proceso vesicular más o menos crónico que llega a la intervención, tendrá obligatoriamente una perturbación del Oddi de mayor o menor grado. Esto es lo que el cirujano debe aclarar y la C. O. lo auxilia, pues de ello depende que el tratamiento sea o no el adecuado.

Las más simples, son las discretas odditis secundarias que a veces se curan solas, otras que necesitan del drenaje de Kehr y las avanzadas obligan a la dilatación, al drenaje traspapilar, o a la papilotomía, estas últimas son las odditis esclerorretráctiles o fibrosas.

La imagen de litiasis coledociana única o múltiple, que permite u obstruye el pasaje a duodeno, acompañada de vía biliar dilatada o normal y conjuntamente con imágenes de calculillos pequeños, son reconocibles con la misma técnica. La colangiografía de control que se realiza previa coledocotomía ya tratada la lesión existente, señala la verificación del buen pasaje, de un drenaje traspapilar o de lesiones residuales, etc.

El espasmo del Oddi lo hemos hallado 5 veces en 700 placas y lo atribuimos a factores ajenos al enfermo y propios de la exploración, razón por la cual no debe inducirnos a seguir una conducta terapéutica.

Las llamadas hipertonías o hipotonía no son sino términos que pretenden intitular a estados circunstanciales correspondientes a una cifra manométrica, que no merecen una nomenclatura particular y menos a una terapéutica distinta.

Sintetizando, observamos tres clases de imágenes:

- a) Vías biliares permeables y normales.
- b) Vías biliares permeables pero con odditis, sea ésta secundaria y reversible o esclerosa y definitiva.
- c) Vías biliares obstruidas por un cálculo o por proceso orgánico.

Cualquiera de estas tres circunstancias pueden ser bien diagnosticadas con la C. O. siendo todo cuanto debemos pedirle al método y ya es bastante.

CONCLUSIONES

La C. O. nos permite: 1º) evitar las lesiones del árbol biliar al observar su anatomía; 2º) poner en evidencia la litiasis inaparente; 3º) en un colédoco anteriormente explorado nos informa de lesiones que no eran posibles conocer a priori.

Del estudio de nuestra serie de 700 colangiografías deducimos, que es un método seguro, fácil de realizar y que no requiere instalaciones costosas. Además, es interesante destacar que su práctica exige solamente una vez entrenados, 15 minutos de demora como máximo; él ha permitido la seguridad en el manejo de las vías biliares y disminuído en forma evidente los casos de reintervención.

“El gran cirujano podrá explorar quirúrgicamente y cerrar el colédoco sin agregar una morbilidad más a su paciente, pero el buen criterio exige que todo procedimiento inocuo, sencillo y eficaz, debe formar parte de la técnica del buen cirujano.”