

DISQUINESIAS BILIARES

Dr. B. Varela Fuentes. (Introducción).

Este moderno capítulo de la patología biliar, abarca estrictamente los *trastornos de la función motora del árbol biliar extrahepático*.

Actualmente se tiende a asignar gran importancia a esta función motora, para mantener una circulación biliar correcta, desde el hígado al duodeno. Se está así en una posición diferente del concepto primitivo, según el cual la vía biliar extrahepática tenía una función poco menos que pasiva en lo referente a la circulación biliar, admitiendo que ésta se realizaba predominantemente por el mecanismo del “vis a tergo”, dentro de tubos simplemente elásticos. Cuando hace no más de 30 años, se admitía todavía por numerosos autores, que la propia vesícula estaba desprovista de túnica muscular y que funcionaba así como un simple receptáculo elástico, pasivo, sólo se podía asegurar que las fibras musculares lisas existían únicamente a nivel del esfínter de Oddi. Desde luego se negó hasta hace muy poco que el hepático y el colédoco contuvieran en su pared fibras musculares lisas.

Los datos anatómicos actuales son bien diferentes. Además de la estructura muscular clásica que constituye el Oddi, es indiscutible que existen abundantes fibras musculares a lo largo de una buena porción del cístico, constituyendo el esfínter de Lütkens, y que en la pared de la vesícula hay también túnica muscular lisa. Pero además recientemente han venido a sumarse dos importantes comprobaciones:

- 1) Que también hay fibras musculares lisas en la pared del hepático-colédoco, descritas en el hombre por LANG recién en 1946. Estas fibras forman un haz que se extiende a lo largo de la vía biliar principal, adoptando una disposición en espiral. A nivel del hepático común las espiras son cerradas y adoptan una disposición casi circular configurando así un nuevo esfínter biliar; el esfínter cuya función de tal fue descrita primeramente por MIRIZZI, antes de que esta estructura fuera conocida desde el punto de vista anatómico. Por debajo del confluente cístico-colédoco, las aspiras formadas por este mismo haz se abren, siguiendo un trayecto que se

acerca al longitudinal. Es decir, que la contracción de estas fibras en vez de cerrar el colédoco, tienden a acortarlo y ensanchar su luz (1).

2) Que la propia musculatura lisa, circular, del duodeno, de la porción media de D 11, interviene activamente en el mecanismo de cierre y de apertura del esfínter de Oddi, cuando la papila de Vater está colocada en el área de esta zona esfínteriana duodenal, lo que ocurre en 36 % de los casos. Por consiguiente las fibras circulares lisas de la vía biliar son así reforzadas en el área de la ampolla de Vater, por el poderoso anillo de fibras circulares de esta zona duodenal.

Se podría aducir, para restar importancia funcional a estas fibras musculares lisas de la pared de la vía biliar extrahepática, el hecho de que aparezcan siempre formando haces muy ténues. Pero no debe olvidarse que la circulación normal de la bilis de estos canales se realiza a presiones muy bajas; basta una presión de 10 a 15 cms. de agua, para que cedan las zonas esfínterianas al pasaje biliar. Y si la presión sube a más de 50 cms. de agua, se suprime la propia excreción biliar intrahepática. Es decir, que el desarrollo de la túnica muscular lisa de los diferentes segmentos del árbol biliar, aparece como perfectamente adecuada a la función que estas fibras deben llenar, tanto en la pared de la vesícula como en las zonas esfínterianas.

En resumen, en la vía biliar extrahepática existen tres esfínteres: el Oddi, el Lütkens y el Mirizzi. Y además están las fibras de la pared vesicular; las de la pared del colédoco supra e intrapancreático; y el refuerzo del Oddi por las fibras circulares de la zona media de D 11.

Del juego armónico de todo este aparato muscular liso, depende la correcta circulación biliar en las 3 direcciones habituales: hepato-vesicular; hepato-duodenal; y colecisto-duodenal.

El funcionamiento normal de las 3 zonas esfínterianas y de la túnica muscular de la vesícula, puede ser perturbado. Ya sea en el sentido de una disminución del tono de base y de la contracción muscular: *hipotonía* o *atonía*; o en el sentido contrario, de la *hipertonía*. Son justamente estas perturbaciones motoras las que constituyen las "*disquinesias biliares*".

Ahora bien, se plantea aquí una discusión de gran interés práctico: ¿qué trascendencia tienen en la patología hepato-biliar, estas perturbaciones funcionales, en más o en menos, del músculo liso de la pared de la vía biliar extrahepática?

Sobre este punto se han emitido opiniones muy dispares. Pero antes de hacer un análisis crítico de las mismas, es necesario po-

(1) El hecho inexplicable de que hasta 1946 se desconociera la existencia de estas fibras musculares lisas en la pared del hepático-colédoco humano, se debe a que se alteran post-mortem con rapidez. Sólo en piezas estudiadas a lo sumo 4 horas después de la muerte, pueden ser bien reconocidas.

biliar. En cambio, la *colangiografía trans-hepato-parietal* de Kapandji (utilizable exclusivamente en los casos en que hay una vesícula funcionante, con colecistograma positivo), que se realiza inyectando el líquido radio-opaco en la vesícula a través de la pared torácica y del hígado, permite estudiar muy finas alteraciones motoras del árbol biliar. Hasta ahora este método, más que para el uso de la clínica, ha servido para analizar detalladamente muchos aspectos de la función motora — normal o anormal — de la vía biliar, sobre todo de la vesícula-cístico, que tienen verdadera trascendencia en la discusión del significado real de dichas perturbaciones motoras. Por este motivo la técnica de Kapandji ha adquirido un extraordinario valor para el progreso de los conocimientos acerca de las disquinesias del árbol biliar.

La discusión detallada de estas técnicas radiológicas será realizada por el Dr. L. Zubiaurre.

Durante la intervención quirúrgica sobre las vías biliares, en las clínicas especializadas se recurre ahora de rutina a la exploración radiológica de la vía biliar, con la *colangiografía operatoria*, originalmente propuesta por Mirizzi. Esta técnica suministra fundamentalmente información sobre las alteraciones anatómicas del árbol biliar. Pero completada con la exploración manométrica, tal como fue originalmente propuesta por Caroli, en su técnica de la *radiomanometría biliar pre-operatoria*, y especialmente cuando la operación se realiza con anestesia local, pueden obtenerse datos de la mayor utilidad sobre el estado funcional de las zonas esfinterianas. Esta exploración resulta especialmente decisiva para completar durante el propio acto operatorio, el diagnóstico del síndrome cístico, hasta el punto de permitir afirmar la necesidad de realizar, cuando dicho síndrome es así confirmado, la colecistectomía (con vesícula de aspecto normal), que ha de curar al paciente.

Estos temas de la exploración per-operatoria, manométrica y radiológica, serán discutidos por el Br. J. Varela López.

También este mismo colaborador describirá los resultados de la *radiomanometría postoperatoria*, de Caroli. Los datos suministrados por esta valiosa técnica permiten establecer con precisión, cuando se ha logrado ya obtener en el post-operatorio de una vía biliar drenada al exterior (ya sea por el tubo de Kehr, intracoledociano; o por el tubo de drenaje de una colecistostomía), que dicha vía biliar haya recuperado una normalización suficiente, como para que pueda ser suprimido el tubo de drenaje colocado durante la intervención quirúrgica.

Merece destacarse que este conjunto de técnicas modernas, que han permitido avanzar considerablemente en la interpretación y en el diagnóstico de las disquinesias biliares, ha sido elaborado en parte por las Escuelas de Hepatología Rioplatenses. El *sondeo minutado* se basa en las investigaciones de la Escuela del Hospital Rivadavia, de Buenos Aires, de Bengolea y Velasco Suárez, y en los trabajos de

nuestra Clínica de Nutrición y Gastroenterología de Montevideo, con la activa colaboración de Varela López, de Zubiaurre, y de Martínez Prado. La colangiografía preoperatoria de Royer y la colangiografía operatoria de Mirizzi, representan también un notable aporte de nuevos conocimientos, en el terreno de las disquinesias del árbol biliar.

Finalmente el estado actual de nuestros conocimientos prácticos sobre el *tratamiento médico* de las disquinesias biliares será discutido por el Dr. G. Martínez Prado. Y su *tratamiento quirúrgico* por el Dr. W. Suiffet.

El Profesor de Clínica Quirúrgica de La Plata Dr. F. Christmann, ha accedido a concurrir a este 7º Congreso de Cirugía Nacional. Le solicitamos que interviniera en esta Mesa Redonda, describiéndonos su experiencia en el tratamiento quirúrgico de las alteraciones órgano-funcionales del esfínter de Oddi, basada en la ejecución de 171 papilotomías que ya lleva realizadas personalmente. Agradecemos aquí muy especialmente esta colaboración tan valiosa del Profesor argentino.

DISQUINESIAS DUODENO-BILIARES

Conceptos - Aspectos Clínicos - Terapéutica

Dr. Gilberto Martínez Prado

Conceptos - Aspectos Clínicos.

Entendemos por disquinesias duodeno-biliares a los trastornos motores del árbol biliar y del duodeno que crean inconvenientes en la circulación y eliminación de la bilis al intestino.

Estos trastornos motores predominan en las zonas esfinterianas (Oddi y región infundibulo-colo-cística con el esfínter de Lütken), en la vesícula biliar y en el duodeno. Dejamos de lado el esfínter del hepático de Mirizzi de poco interés en la Clínica.

En los *trastornos esfinterianos* predominan las hipertonías; son raros los trastornos por hipotonía.

En la *evacuación vesicular* predomina el fenómeno de lucha contra el obstáculo de la región colo-cística, fenómeno hipertónico que con el tiempo llega a la hipotonía más o menos marcada. La colecisto-atonía de Chiray y Pavel es muy poco frecuente como afección primitiva y consideramos que en la gran mayoría de los casos la atonía o mejor la hipotonía vesicular es secundaria a una disquinesia cuellocística llamada síndrome cístico.

El simple *espasmo duodenal* (duodeno espasmódico, trastorno funcional) crea problemas en la circulación biliar por impedir la salida de bilis a través del esfínter de Oddi comprendido en el espasmo (síndrome duodeno-oddiano). Puede estar asociado a un síndrome cístico (síndromes mixtos); estos síndromes hipertónicos múltiples son funcionales en un alto porcentaje (2).

El *duodeno hipertónico*, inflamado, con duodenitis, crea con suma frecuencia disquinesias secundarias oddianas y císticas; en estos casos el duodeno es la espina irritativa y las disquinesias secundarias son las responsables de gran parte de la sintomatología. Pero sin disquinesia biliar secundaria, concomitante, tanto el simple espasmo duodenal como el duodeno hipertónico por duodenitis, dan muchas veces dolor en H.D. igual al dolor de las disquinesias biliares. A este factor duodenal le asignamos hoy gran importancia;