

## DISQUINESIAS BILIARES

### Tratamiento Quirúrgico

*Dr. Walter Suiffet*

El cirujano al afrontar el problema de las Disquinesias Biliares, se encuentra con una de las situaciones más arduas y difíciles de su práctica quirúrgica.

Desde hace medio siglo, se conocen síndromes dolorosos intensos en los cuales la exploración quirúrgica no mostró la presencia de litiasis, causa reconocida como la más frecuente de dichos síndromes. Krukenberg (84), Borghi (17) y Aschoff (3) reconocieron el hecho clínico y anatómico. Schmieden (169) atribuyó estos trastornos a una anomalía del cístico. Berg (18) sugiere que la estasis biliar crónica sin litiasis podría deberse a una perturbación de la musculatura del esfínter de la ampolla de Vater. Westphal (176) realiza estudios profundos sobre los trastornos de la función canalículo esfinteriano y posteriormente una abundante investigación clínica experimental confirma la importancia del problema. Su complejidad, la intrincación de diversos factores que hacen difícil la determinación diagnóstica y terapéutica, y los riesgos de fracaso, hacen que este problema merezca especial consideración quirúrgica.

Todos los esfuerzos para su precisión se justifican cuando se analizan las cifras de fracasos de la terapéutica quirúrgica de las afecciones de las vías biliares. Ellas ascienden según los distintos autores de 10% a 15% sobre el total de las intervenciones realizadas. (19, 30, 34, 41, 75, 82, 144, 146, 175) y es perfectamente conocido que los malos resultados son mayores en las intervenciones practicadas fuera de la litiasis biliar. Creemos que nuevas estadísticas, con un estudio más correcto de la situación, darán cifras menores, pero indiscutiblemente el hecho tiene importancia, y merece dedicación.

Los conocimientos anatómicos y fisiológicos son los elementos básicos del enfoque del problema. Mucho se ha investigado y han colaborado en ello anatomistas, fisiólogos, patólogos, clínicos, radiólogos y cirujanos. La lesión anatómica y su repercusión fisiopatológica son base del manejo quirúrgico y ello hará comprensiva la labor ímproba que le corresponde al cirujano, el cual podríamos decir, es la meta terminal y decisiva de todas las investigaciones,

pues es a través de su actuación, que se le dará la solución, satisfactoria o no, al problema de cada paciente.

En el aspecto fisiológico cobra importancia la sinergia funcional de un sistema. No es sólo el juego esfinteriano el elemento básico. La función hepato biliar y canalicular están íntimamente ligadas al complejo gastro-duodeno-pancreas y a todos los elementos neuro-endócrinos que los gobiernan. El papel fundamental de la participación de Duodeno II en la función ncanalículo-esfinteriana cobra importancia y el futuro permitirá valorar exactamente su participación en los estados patológicos de la disquinesia.

El cirujano tiene un escollo serio en el exacto diagnóstico clínico de la disquinesia. Con toda la responsabilidad sobre él, es difícil un desempeño eficaz. Consideramos que la solución quirúrgica de este problema resultará de la conjunción de esfuerzos del clínico, del radiólogo, del especializado en sondeo duodenal y radiomanometría, y del cirujano, que deberán llegar a la conclusión diagnóstica pre e intraoperatoria y a un control riguroso inmediato y atejado de los resultados.

La indicación operatoria es compleja porque muy a menudo se aborda el erizado campo de las reintervenciones en cirugía biliar. El acto quirúrgico anterior ha creado modificaciones anatomo-dinámicas que complican la situación. En algunos casos la ausencia de documentos clínicos previos y de la intervención inicial, hacen confuso el conocimiento del estado patológico anterior y de las modificaciones que puede haber creado el acto quirúrgico.

El fracaso completo o relativo de éste ha modificado el estado psíco-somático del paciente, agravado por las terapéuticas sedativas y el concepto de desconfianza que la situación ha creado.

La solución quirúrgica deberá dirigirse al problema de fondo: la Disquinesia Biliar. Pero antes de tomar determinación habrá que discriminar la compleja situación de asociaciones lesionales, — causa, consecuencia o concomitancia —, que complican al extremo la conducta. Cobra así extraordinario valor el diagnóstico operatorio, del resorte exclusivo del cirujano y al cual le cabe la gran responsabilidad de su determinación.

La radiología intra y post-operatoria son de suma importancia y su realización por especialistas avezados es fundamental. Su interpretación deberá ser medida a los diversos factores que pueden incidir (sueño anestésico - medicación - trauma quirúrgico) y considerarla como una parte de los elementos de diagnóstico.

El cirujano se encuentra en seria dificultad en la elección de la táctica quirúrgica. Numerosos procedimientos se han descrito para combatir la misma situación patológica. Es difícil valorar los resultados estadísticos de la literatura, pues en ellos concluyen: el exacto diagnóstico clínico y operatorio; la no unidad de criterio frente a la misma lesión; la diversidad de métodos quirúrgicos aconsejados; la cuidadosa vigilancia post-operatoria y el juicio crítico

variable frente a los resultados. Es difícil establecer experiencia concreta por la gran diversidad de aportes y las frecuentes modificaciones del entusiasmo quirúrgico.

Consideramos que lo fundamental es unificar conceptos, métodos y orientaciones, para poder ofrecer en el futuro una firme experiencia sobre la base de unidad conceptual y quirúrgica. Un equipo médico quirúrgico harán lo más importante sobre la base de esfuerzos asociados.

En este panorama general existen hechos concretos claros y definidos y puntos discutibles donde futuros estudios indicarán su solución.

#### A) SINDROME DE BLOQUEO CISTICO

Este síndrome comprende:

En su naturaleza anatómica:

Obstáculo infundíbulo cístico a la evacuación vesicular.

En su mecanismo de producción:

perturbaciones funcionales puras;

Perturbaciones mixtas, funcional-orgánicas;

Perturbaciones orgánicas puras.

En su repercusión fisiopatológica:

Estasis tónica o hipertónica de la Vesícula Biliar, que traduce la lucha contra el obstáculo de evacuación, con crisis de distensión hipertónica variable y sus consecuencias viscerales.

Estasis hipotónica secundaria, manifestación de agotamiento funcional de lucha frente al obstáculo, con distensión hipotónica de colapso parietal.

Las perturbaciones de naturaleza mecánica pura:

Infundíbulo colo-cisticitis;

Cisticitis y pericisticitis aisladas;

Anomalías constitucionales del cuello y del cístico;

Colesteroles difusa o limitada con cisticitis;

Colecistocisticitis de la litiasis a pequeños cálculos; se se presentan habitualmente como única expresión de la Disquinesia Biliar.

Las perturbaciones funcionales, pueden existir aisladas o formar parte de un conjunto fisiopatológico en donde participan la Vía Biliar principal o todo el complejo Colédoco - Oddi - Duodeno.

El cirujano deberá enfrentar la terapéutica quirúrgica con amplio conocimiento de la situación para poder establecer la terapéutica adecuada. Cuando la ausencia de litiasis, causa más frecuente de sufrimiento, sorprende al cirujano, éste resuelve:

— Buscando otra causa de sufrimientos, imputándosele al apéndice la mayor responsabilidad. Practica apendicectomía sin realizar maniobras sobre la Vía Biliar;

— Explorando la luz vesicular y al no hallar lesiones, practica una colecistostomía;

Realizando empíricamente la colecistectomía. con lo cual puede solucionar muchas veces la situación;

—Explorando manual e instrumentalmente la Vía Biliar principal.

Estas soluciones son ocasionales y pueden dar buenos resultados, pero consideramos que la conducta debe regirse en forma adecuada y con fundamentos. Analizaremos la:

### TACTICA QUIRURGICA

a) *Anestesia General* sin medicación perturbadora de la función esfinteriana;

b) *Incisión Abdominal* exploratoria adecuada. amplia y bien situada;

c) *Radiología* por punción vesicular. sin maniobras previas de exploración ni movilización visceral.

Tiempos operatorios muy cuidadosos para evitar el falseo de los resultados:

— No iniciar la intervención hasta que el anesthesiólogo lo indique;

— Realizar maniobras suaves y delicadas en la celiotomía, especialmente en el tiempo del peritono parietal;

Realizar toma de bilis para estudio de:

Concentración de elementos biliares;

Cultivo y sensibilidad a antibióticos

Interpretación de la radiología: Diagnóstico de bloqueo y de tipo estado anatómico y funcional de la vía biliar principal.

d) *Exploración quirúrgica cuidadosa*

Se dirigirá a conocer:

Probables lesiones que justifiquen el síndrome doloroso fuera de la enfermedad biliar: 1) Gastroduodeno, 2) Páncreas, 3) Hígado, 4) Intestino y apéndice, 5) Aparato genital femenino, 6), Diafragma y hiato esofágico.

Lesiones de la Vía Biliar accesoria principal y

Reconocer: ( Las lesiones anatomopatológicas que pueden ocasionar el bloqueo del cístico.

( Investigar insistentemente la litiasis.

( Investigar la colesterolesis vesicular.

*La patología lesional del síndrome de obstrucción cística orgánica:*

Cuerpo vesicular de apariencia normal: Paredes finas - Color azulado pálido - Vaina peritoneal sin particularidades. En lesiones más avanzadas se puede ver discreto espesamiento parieto vesicular, consecuencia de las crisis repetidas de distensión.

- Dificultad en la evacuación normal de la vesícula.
- Contenido biliar espeso y oscuro.
- Vía Biliar principal normal. Vaina del colédoco sin modificaciones.
- Cístico duro, fibras, con peritoneo adherente a su nivel.
- Ganglio cístico, tumefacto visible y palpable.

Estas lesiones corresponden a la cisticitis, con discreta pericisticitis.

En las lesiones primitivas de pericisticitis hay mayor dificultad en reconocer el cístico en el complejo patológico regional debido a la infiltración inflamatoria. Lesión frecuente en el *ulcus juxtampilórico*.

En las anomalías de constitución puede reconocerse una tumefacción de tamaño variable en el infundíbulo o cuello vesicular.

La liberación del cístico muestra una íntima adherencia a su vaina serosa. En ciertos casos el bucle infundíbulo cístico, aparece fijado por el proceso inflamatorio, pudiendo reconocerse a veces la rienda de la arteria cística que fija firmemente la acodadura canalicular. Liberado el cístico, sorprende a veces la longitud que adquiere, hecho que aún se exagera al seccionar la arteria cística.

*La Litiasis* debe investigarse cuidadosamente aún cuando no exista indicio de su presencia. Cálculos pequeños pueden pasar desapercibidos y producir el bloqueo cístico transitorio.

*La Colesterosis vesicular*, consecuencia o causa del bloqueo, traduce un estado anormal que hay que reconocer.

Confirmando el diagnóstico de Síndrome de Bloqueo del Cístico, se debe abordar su tratamiento quirúrgico.

Se han propuesto las siguientes:

e) *TACTICA QUIRURGICA*

I) INTERVENCIONES DIRECTAS SOBRE VIAS BILIARES.

A) *Derivación externa temporaria:*  
Colecistostomía.

B) *Derivación interna permanente:*  
Colecisto gastrostomía;  
" duodenostomía;  
" coledocostomía:  
laterolateral;  
terminolateral.

C) *Excerésis:*  
Colecistectomía:  
( Aislada;  
( Asociada:

Derivación externa temporaria por:  
Coledocostomía diercta;  
Coledocostomía transcística.

## II) INTERVENCIONES INDIRECTAS SOBRE LAS VIAS BILIARES.

### A) *Neurotomías:* Vagotomías.

---

## I) INTERVENCIONES DIRECTAS SOBRE LAS VIAS BILIARES.

### A) *Derivación externa temporaria:*

La Colectostomía no puede dar solución definitiva al problema.

Permite:

Aliviar la crisis de distensión aguda cuando se interviene en esa etapa.

Aliviar estados discretos de cisticitis o de hipertoniá.

— Evitar nuevas crisis mientras dura la derivación.

— Realizar la radiomanometría post-operatoria.

Pero esta intervención:

— No hace desaparecer la causa del sufrimiento;

— Crea procesos de fijación coleciso visceral y colecisto-parietal que modifican la dinámica vesicular y agravan los transtornos de evacuación.

— Puede agregar la infección a la estasis crónica, con lo cual se constituye una situación extraordinariamente propicia a la extensión de la colecistitis y a la producción de la litiasis. La colecistostomía. rápida y simple, puede ser realizada en ciertas situaciones, pero no es la solución de la enfermedad.

### B) *Derivación interna permanente:*

La derivación Interna permanente produce un cortocircuito dirigido a aliviar la estasis biliar crónica y las crisis de distensión. Combate las consecuencias de la enfermedad pero no a la misma.

— *Colecisto gastrostomía - Colecisto duodenostomía.*

Estas intervenciones alivian la estasis pero agregan indiscutiblemente un riesgo de infección que hace que su indicación sea remota.

— *Colecisto coledocostomía.* (Pribram (155), Bergeret (2)).

Pribram ha preconizado las intervenciones conservadoras de la Vesícula Biliar. Su concepto se basa en que:

— Existen transtornos post-colecistectomías que son debidos a la pérdida de la función de la Vesícula Biliar;

— No es posible comparar colecistectomía y exclusión funcional de la Vesícula Biliar. Aún patológica la vesícula colabora en la conservación de la armonía de la función canalicular esfinteriana;

— Que muchos transtornos disquinéticos se agravan con la colecistectomía;

— Que pueden aparecer fenómenos hepato-canaliculares debido al aumento de la presión ductal, al faltar los mecanismos regulares de la tensión biliar por la brusca desaparición de la vesícula.

¶ Pribram (155) indica la colecisto-coledocostomía laterolateral, entre el bacinete y el colédoco. por debajo de la unión cístico hepático.

Sus ventajas son:

No hay posibilidades de infección;

No hay riesgos de agravación pos-operatoria de la disquinesia.

Pribram, la indica especialmente en personas jóvenes, con inestabilidad vegetativa, tendencia al espasmo, hiperacidez o estreñimiento, por ser estas situaciones las que más se agravan con la colecistectomía.

Ha extendido su indicación hasta la litiasis vesicular a pequeños cálculos con poca lesión parietal.

Bergeret (22), realiza la neoimplantación de la vesícula resecaando el cístico enfermo y practicando una colecisto-coledocostomía término - terminal entre el cuello vesicular y colédoco.

Champeau (40), ha realizado también esta intervención pero no se muestra satisfecho de ello, pues considera que:

La intervención es técnicamente compleja;

La vía biliar principal sana es por lo general de paredes finas;

Puede producirse estenosis en la cicatriz.

En términos generales no aparece esta intervención como una solución quirúrgica definitiva.

### C) *Excéresis - Coleccistectomía:*

La colecistectomía es uno de los métodos más clásicos para la solución de esta situación. Su objetivo es:

— Hacer desaparecer el obstáculo que impide la buena evacuación vesicular;

— Extirpar el órgano que sufre directamente las consecuencias nocivas del factor mecánico obstructivo.

Realizada con criterio sistemático puede dar un porcentaje grande de resultados favorables.

Es necesario realizar ciertas puntualizaciones:

— Se debe realizar la colecistectomía previo diagnóstico exacto de síndrome de bloqueo cístico;

— Se debe conocer el estado anátomo funcional de la Vía Biliar principal, para conocer la función del sector canalicular esfinteriano;

— Se debe disecar cuidadosamente el cístico despojándolo de los elementos nerviosos que lo rodean y practicar su ligadura aislada. El englobamiento de ramas nerviosas en la ligadura puede producir alteraciones que agraven o produzcan perturbaciones funcionales (Womack y Col.) (175).

— Es aconsejable completar la excéresis con la inturbación transcística del colédoco, lo que permitirá la radiomanometría operatoria si así se desea y fundamentalmente la post-operatoria, para certificar el estado en que queda la Vía Biliar principal.

Los mejores resultados se obtienen en los bloqueos císticos que tienen como mecanismo de producción un obstáculo mecánico (cisticitis, anomalías, pericisticitis).

## II) INTERVENCIONES INDIRECTAS SOBRE LAS VIAS BILIARES.

### A) *Neurotomías:*

Es necesario distinguir:

a) Las perturbaciones del esfínter de Lutkens de tipo funcional puro;

b) Los obstáculos funcionales mecánicos (fibrosis del esfínter) o mecánicos (cisticitis, pericisticitis o malformaciones).

Las intervenciones nerviosas sólo pueden discutirse en la primera situación.

Frente a la disquinesia del esfínter de Lütkens, sin alteraciones orgánicas puede considerarse la *Vagotomía*.

Realizada en el tórax o en el abdomen sobre ambos vagos, produce consecuencias que desbordan el objetivo buscado y por tanto puede ser inconveniente por su repercusión biliar y digestiva general.

Salembier (165), aconseja la Vagotomía realizada en la pequeña curva gástrica, previo test de infiltración vagal para reconocer la funcionalidad del obstáculo. Esta Vagotomía más limitada sería efectiva y no tendría repercusión sobre otros territorios digestivos.

Se ha indicado la denervación del cístico, intervención compleja y de resultados muy inciertos.

El inconveniente de las neurotomías vagales en el síndrome del bloqueo del cístico, es que ellas pueden repercutir sobre la Vía Biliar accesoria o sobre todo el árbol biliar produciendo hipotonía y dar consecuencias nocivas.

*En síntesis:* La solución terapéutica quirúrgica la constituye la *Colecistectomía - Derivación Transcística Coledociana*, realizada previo diagnóstico operatorio radiológico exacto de Síndrome de *Bloqueo*

*Cístico*, acompañado del estudio de la Vía Biliar principal realizada al través del cateter transcístico por *Colangiografía* operatoria o *Radiomanometría* post-operatoria seriada.

## SITUACIONES QUIRURGICAS DEL BLOQUEO CISTICO

El síndrome de estasis hipertónica de la vesícula biliar puede observarse aislado o asociado a otros procesos patológicos:

### *Bloqueo Cístico y Colesterosis Vesicular.*

La Colesterosis produce, coincide o es la consecuencia del síndrome cístico, pues su asociación es muy frecuente. La colesterosis puede ser difusa o localizarse en el infundíbulo vesicular. La Colesterosis puede observarse con litiasis a pequeños cálculos colesterínicos o mixtos. La interrelación de síndrome cístico - colesterosis y litiasis merecerá nuevos estudios.

El acto quirúrgico realizado por síndrome doloroso sin diagnóstico previo de bloqueo cístico, permite reconocer en ciertas oportunidades la colesterosis. Esta situación deberá ser considerada como asociada con mucha frecuencia al bloqueo cístico y solucionarla quirúrgicamente como lo hemos indicado.

### *Bloqueo cístico post-colecistostomía sin litiasis:*

Antecedentes biliares cargados; exploración operatoria anterior sin litiasis, colecistostomía; persistencia de los sufrimientos. Esta situación quirúrgica corresponde por lo general a un bloqueo cístico agravado por la colecistostomía. No es infrecuente reconocer la litiasis en el momento del estudio clínico u operatorio, litiasis que puede haberse gestado luego de la primera intervención.

La solución quirúrgica es la indicada.

### *Bloqueo cístico post colecistostomía por litiasis:*

Es frecuente observar el sufrimiento de los colecistostomizados por litiasis. El bloqueo cístico primitivo o secundario es la causa y puede alcanzar hasta la instalación de una fistula mucosa.

### *Bloqueo cístico y ulcus yuxta pilórico.*

### *Bloqueo cístico de los gastrectomizados por ulcus.*

El ulcus yuxta-pilórico repercute por diversas maneras sobre la función biliar. Su mecanismo es discutido (Mallet - Guy) (112), Albot (5). Su aspecto es importante a considerar. La linfangitis pedicular piloro hepática puede conducir a un bloqueo cístico por pericistitis primitiva. La intrincación dispéptica puede hacer sospechar la situación patológica y el estudio biliar correcto de los ulcerosos lo demuestra.

Al realizar la cirugía del ulcus el máximo de garantías lo ofrecerá:

— El tratamiento de la lesión gastro-duodenal;

— El reconocimiento operatorio del bloqueo cístico y su tratamiento adecuado de acuerdo a lo expresado.

Como intervención de transición se puede recurrir a la derivación externa. La radiomanometría post-operatoria podrá mostrar mejorías en los casos de hipertonías reflejas o de linfangitis pedicular, luego de extirpada la lesión ulcerosa. Es necesario recordar que la derivación externa puede dejar en pie la situación y obligar a una intervención de excéresis en el futuro.

El bloqueo cístico de los ulcerosos podrá desconocerse en el primer acto quirúrgico:

Porque no hay antecedentes clínicos;

Porque no hay alteraciones radiológicas;

Porque los datos del sondeo pueden estar falseados por el ulcus.

El post-operatorio gástrico mostrará en plazos variables a veces muy cercanos, las dificultades de la evacuación vesicular. La situación puede ser compleja porque el sondeo es impracticable y la radiología se encontrará aislada en el diagnóstico. Descartadas por la investigación otras causas de sufrimiento post-gastrectomía, la intervención deberá guiarse por la Vía Biliar con la misma orientación ya indicada.

#### *Bloqueo cístico e ictericia:*

La crisis de distensión vesicular se puede acompañar de ictericia. Estos antecedentes harán agotar al máximo el estudio de la Vía Biliar principal. Aclarada su situación la solución quirúrgica la constituirá la colecistectomía y la derivación transcística.

## II) SINDROME DE DISQUINESIA UDODENO - ODDI.

### A) *Espasmo - Hipertonía - Esclerosis*

Este síndrome comprende:

En su naturaleza anatómica:

Obstáculo al flujo biliar.

En su mecanismo de producción:

Perturbaciones funcionales puras;

Perturbaciones mixtas órgano funcionales:

Perturbaciones orgánicas.

— En su repercusión fisiopatológica:

Estasis biliar crónica hipertonía o hipotonía;

Repercusión canalicular hepática y pancreática;

Infección biliar contingente.

Oddi (149), Rost (160), indicaron con precisión las modificaciones funcionales esfinterianas en distintas situaciones patológicas

y luego de la colecistectomía. Puestow (51), Westphall (176), Ivy (79), Judd y Mann (81), Bergh (9), Lueth (86), profundizaron estos estudios y llevaron a concretar un conocimiento fisiopatológico más profundo.

En el estudio de las Disquinesias Oddi - Duodenales, hay muy diversas etapas y estados patológicos en cuya intimidad evolutiva es muy difícil de penetrar. Esto crea dificultades quirúrgicas que deberán ser sorteadas:

- Con absoluto conocimiento del problema;
- Con asistencia de equipo médico, radiológico y quirúrgico;
- Con criterio quirúrgico cuidadoso y respetuoso, dado que intervenciones sumadas en cirugía biliar conducen a situaciones cada vez más complejas y de difícil solución.

El cirujano se encuentra prácticamente frente a dos grupos de pacientes:

- Antecedentes cargados de sufrimientos biliares;
- Síndrome doloroso luego de intervenciones anteriores: colecistostomía; colecistectomía o coledocostomía.

En el primer grupo de pacientes lo fundamental es la indicación quirúrgica y la conducción del acto operatorio. Es importantísimo agotar clínicamente y por los medios especializados del diagnóstico, cuál es la situación. La presencia de síndromes dolorosos sin evidencia de litiasis harán ser muy cauteloso al cirujano al plantear la indicación operatoria. Ella será analizada a la luz de los datos del sondeo duodenal especializado, de la radiología, de los resultados de un estudio clínico completo del paciente y de la terapéutica médica. Esta reserva es fundamental, pues una intervención mal indicada puede ser inconveniente y nociva.

La colecistectomía está lejos de ser la solución del problema, pudiendo aún agravar la situación cuando existen alteraciones disquinéticas de la Vía Biliar principal, porque:

— La vesícula biliar sana por sus funciones, es un elemento de alivio de la estasis biliar crónica. El almacenamiento de concentración permite compensar las dificultades del flujo canalicular y evita la repercusión canalicular y hepática;

— La vesícula biliar juega un papel discutido en la función canalículo - esfinteriana y su extirpación puede perturbar dicha función.

Se ha demostrado:

Judd y Mann (81), Ivy (78 - 79 - 80) Berg (9), que esa modificación se debe a la acción esfinteriana. Rost (160) Westphall (176) Puestow (151), han hecho notar que luego de la colecistectomía es esfinter pierde tono y permanece abierto, pero luego se recupera pudiendo hacerse hipertónico. Se supone que ello es debido a la pérdida de las funciones vesiculares y a la excéresis de la zona del esfinter de Lutkens (90).

Malle - Guy (114), opina que:

— La dilatación de las vías biliares post colecistectomía no es un hecho constante;

— Las perturbaciones esfinterianas son persistentes;

— La hipertonia corre riesgo de agravarse con la colecistectomía.

Los hechos demuestran que en la gran mayoría de casos se observan luego de la colecistectomía y sobre todo con mayor frecuencia en intervenciones fuera de la litiasis. En el acto quirúrgico anterior:

— Se ha extirpado la vesícula patológica con litiasis o colesterosis;

— Se ha extirpado la vesícula de un síndrome cístico; habiéndose atribuido a estos procesos patológicos todo el sufrimiento clínico.

— Se ha extirpado una vesícula sana sin reconocer la causa de los trastornos.

La situación clínica persiste luego de la colecistectomía o aún se agrava después de ella, exagerándose toda la situación,

— Por el desequilibrio psíquico que el síndrome doloroso provoca;

— Por la terapéutica sedativa continuada;

— Por la desconfianza del paciente frente al fracaso quirúrgico;

— Por la inseguridad del cirujano de encontrar la solución definitiva.

Los sufrimientos post colecistectomía deberán ser intervenidos previo un estudio exhaustivo.

Analizaremos la:

### *TACTICA QUIRURGICA GENERAL*

- a) *Anestesia general* con las premisas establecidas;
- b) *Incisión abdominal* exploradora adecuada y amplia;
- c) *Exposición visceral completa*, previa liberación total del proceso adherencial residual si ya ha habido otra intervención;
- d) Si se trata de la primera intervención la conducta es la indicada en el capítulo de Síndrome Cístico.

Si se trata de una reintervención, se puede proceder a:

1) Exposición de la Vía Biliar principal - Inspección - Palpación;

2) Exposición del muñón cístico. La colangiografía endovenosa ha permitido tener idea de su topografía, volumen y patología. Investigar la litiasis residual o de neoformación del cístico;

3) Apertura y cateterismo del cístico y radiografía o

3) Coledocostomía y radiografía.

Si no se utiliza la radiografía se puede realizar desde el comienzo los tiempos que continúan, pero consideramos fundamental *la práctica de la colangiografía*.

e) *Exploración quirúrgica cuidadosa:*

Estado del hepato-colédoco, Volumen, Paredes, Contenido, Toma de bilis, Investigación de gérmenes y sensibilidad antibióticos; — Decolamiento duodeno pancreático. Palpación y reconocimiento de la zona ampular y peri-ampular;

Estado del hígado - Biopsia hepática.

f) *Exploración instrumental endocoledociana:*

Se deberá realizar la exploración por vía endocoledociana, no siendo aconsejable la vía transcística que no es tan fiel y puede conducir a errores de apreciación.

El estado canalículo esfinteriano será reconocido por medios instrumentales utilizando los Cateteres de Bakes o los de Benique. Las precauciones deben ser llevadas al máximo para evitar lesiones canaliculares.

El esfínter puede ser normotónico, atónico o hipertónico. La semiología de este tiempo es fundamental. La práctica quirúrgica le permitirá al cirujano reconocer el estado de la zona esfinteriana y le proporcionará datos para elegir la conducta quirúrgica.

g) *Diagnóstico:*

Es uno de los puntos básicos y más difíciles. La exploración operatoria deberá en primer término eliminar toda causa de sufrimiento doloroso investigando: 1) Litiasis coledociana o del cístico; 2) Colangitis; 3) Pancreatitis; 4) Ulcus gastroduodenal; 5) Fístulas bilio-digestivas; 6) Cáncer de la zona ampular; 7) Hernia diafragmática; 8) Lesiones hepáticas.

El diagnóstico de obstáculo en la zona esfinteriana surgirá luego de eliminados los factores antedichos, por la conjunción de los hechos clínicos — de la exploración radiológica — de la exploración instrumental de las vías biliares; siendo fundamental la *exploración instrumental quirúrgica* dentro de todo el conjunto de elementos de que se dispone para el diagnóstico.

Reconocida la dificultad en el tránsito canalículo esfinteriano, habrá que abocarse a su tratamiento quirúrgico.

Analizaremos:

h) *Táctica quirúrgica.*

I) INTERVENCIONES DIRECTAS SOBRE VIAS BILIARES.

A) *Ataque directo zona esfinteriana*

- a) Dilatación progresiva;
- b) Esfinterotomía:

Endocoledociana  
Transduodenal.

Tiempos Quirúrgicos complementarios:

- a) Cierre de la Coledocotomía sin Derivación;

- b) Cierre de la Coledocotomía con Derivación Externa. Temporaria Indirecta Transcística:
  - c) Derivación Externa Temporaria — Coledocostomía Directa;
  - d) Incubación Transpapilar:
    - Tubo perdido y cierre Coledocotomía.
    - Tubo de Rama larga y Derivación Externa.
- Temporaria — Coledocostomía Directa.

B) *Derivación Interna Permanente*

- a) Colecisto — Duodenostomía;
- b) Cístico — Duodenostomía;
- c) Colédoco — Duodenostomía
  - Interna;
  - Externa.
- d) Colédoco — Yeyunostomía.

C) *Eliminación Factores Asociados*

- a) Muñón cístico residual;
  - b) Neo Vesícula:
- Con o sin litiasis residual o de neoformación.

II) INTERVENCIONES INDIRECTAS SOBRE VIAS BILIARES.

A) *Neurotomías*

- Suprafrénica;
- a) Vagotomía: Subfrénica;
- Yuxtapástrica.
- b) Denervación del Colédoco.

I) INTERVENCIONES DIRECTAS SOBRE LAS VIAS BILIARES

A) *ATAQUE DIRECTO DE LA ZONA ESFINTERIANA*

a) *Dilatación Progresiva*

La dilatación o divulsión cuidadosa y progresiva de la zona esfinteriana puede llevar la situación a la normalidad. El caterismo y dilatación ha sido realizado con diversos instrumentos. Utilizamos los dilatadores de Benique y los catéteres de Bakes (10).

Bakes (10) ha defendido calurosamente el método usando sus bujías calibradas. Allen y Wallace (1) consideran que la dilatación cuidadosa es un procedimiento sin peligro y de aplicación útil en cirugía biliar. Lahey (87) la preconiza y Cattell (38) llega a la conclusión que la mayoría de los casos mejoran con dilatación con catéteres de Bakes.

La maniobra debe ser cuidadosa. Se debe rectificar el trayecto coledociano y evitar sus dilataciones saculares que pueden dar falsa sensación de franqueo esfinteriano o propiciar la creación de una falsa ruta coledociana o colédoco duodenal.

Si la dilatación presenta dificultades se debe recurrir a la *Duodenotomía* con la técnica que indicaremos. La exploración combinada endocoleociana y transduodenal permitirán reconocer correctamente las posibilidades y la marcha de la dilatación. Ella deberá ser moderada y no pueden establecerse normas fijas en el calibre máximo de los catéteres usados. Se le deberá llevar progresivamente hasta un diámetro menor al del colédoco.

Se le han atribuido al procedimiento los siguientes riesgos:

- Error de interpretación;
- Falsa ruta coledociana o colédocoduodenal;
- Reflujo duodeno - coledociano, Davies (53), Walters (177);  
Pancreatitis aguda post-operatoria;
- Fibrosis cicatrizal (Branch y Col.) (12), Zollinger (183).

La experiencia ha demostrado que la dilatación moderada y progresiva no produce consecuencias nocivas inmediatas ni tardías. Es un procedimiento que utilizado con indicación y corrección quirúrgica, da provechosos resultados.

#### b) *Papilotomía — Esfinterotomía*

Cuando la exploración quirúrgica instrumental por vía endocoleociana; o endocoleociana y transduodenal combinadas muestran dificultad en el franqueo de la zona esfinteriana o cuando la dilatación es dificultosa y da sensación de fibrosis, se debe realizar el ataque directo del esfínter por medio de su sección quirúrgica por:

- La vía endocoleociana (Colp y Doubillet) (27-28-30).
- La vía transduodenal (Del Valle) (49).

*La Vía Endocoleociana* se utiliza introduciendo un esfínteroto al través de la coledocotomía y seccionando la zona papilo-esfinteriana. Numerosos modelos de instrumentos se han utilizado. Luego de realizada la sección se practica coledocostomía de Kehr. El procedimiento ha dado resultados favorables (Colp) (30), Christman (44 - 45), no habiéndose observado reflujo, infección ni estasis alejadas.

*La Vía Transduodenal* abordando directamente la zona patológica permite un mejor gobierno quirúrgico de la lesión. Fué utilizada por Del Valle (49) y luego numerosos autores la han preconizado.

El abordaje transduodenal de la papila fué realizado por Mac Burney (91): Ampulo-coledocotomía transduodenal, para extraer los cálculos impactados en la ampolla. Con la misma técnica y variantes se realiza la Papilo-ampulo-coledocotomía transduodenal. Esta expresión indica que de acuerdo a la extensión de la zona seccionada, la operación va de una simple *Papilotomía* a una auténtica *Coledocoduodenostomía interna*. Como secciona la zona esfinteriana, se le puede llamar: *Esfinterotomía*.

Su técnica comprende:

- Movilización pancreático duodenal amplia;
- En necesidad, descenso de la raíz secundaria de acolamiento del mesocolon transversal derecho y ángulo derecho;

— Duodenotomía. Puede ser amplia o mínima, vertical o transversal. La Duodenotomía transversal de tamaño mediano puede permitir buena exploración y buen cierre si se la sitúa correctamente. Cuando se desea mayor exposición se realizará la duodenotomía vertical. La Duodenotomía deberá practicarse frente a la papila y para ello hay que contar:

- Con la palpación del vértice del catéter levantando la papila;
- Con el signo de Waltzel;
- Con los datos proporcionados por la colangiografía operatoria, recordando que cuando no se posee la experiencia suficiente la duodenotomía se realiza más alta de lo necesario y luego hay dificultades en el manejo de la papila.

— Semiología de la papila. Del Valle (49) ha descrito los siguientes tipos anatómo-patológicos macroscópicos: a) Papilitis hipertrófica simple; b) Papilitis atrófica; c) Papilitis exulcerativa; d) Papilitis fagedénica; e) Papilitis clitoriforme; f) Papilitis colesterólica; g) Papilitis fungosa; h) Papilitis en pesón senil.

Puede existir dificultades para reconocer la papila en la mucosa del duodeno. Ello depende de sus caracteres anatómicos y de su patología. El catéter colocado por la coledocotomía levantando la zona esfinteriana, o la instalación de suero o sustancias coloreadas inócuas orientarán sobre la topografía papilar.

— Papilotomía - Ampulotomía - Coledocotomía terminal.

La sección puede hacerse sobre catéter de distintos tipos, Lahey (88), Mahorner (92 - 93), Del Valle (49), Cole (32), Doubillet (59) directamente seccionando con tijera (Reynolds) (161) o con tijera y estilete, Christmann (45 - 46).

Realizada la sección inicial de la papila puede completarse la apertura con dilatación instrumental o seccionar hasta obtener la abertura mayor. Cuando la incisión canalicular es muy amplia, la intervención se transforma en una duodeno-colodocostomía transduodenal. Cuando la incisión es pequeña puede quedar sin suturar. Cuando es más amplia, 2 o 3 puntos guías con material reabsorbible entre ambas mucosas, guiarán la correcta cicatrización.

Los riesgos de esta intervención, son:

- Falla del cierre duodenal;
- Reflejo duodeno coledociano e infección biliar.

Esta complicación no se produciría por la acción del esfínter

propio del colédoco (Mallet - Guy), (103 - 119), por la acción del anillo duodenal (Doubillet) (59).

- Pancreatitis aguda;
- Estenosis de la zona de sección.

*La divulsión* o la *sección quirúrgica* pueden completarse con:

— Cierre quirúrgico del colédoco sin derivación (Bakes) (10), (Mallet - Gug) (119).

— Cierre de la coledocotomía con derivación externa temporaria indirecta transcística.

— Derivación Externa Temporaria - Coledocostomía de Kehr: La Derivación Externa Temporaria (Coledocostomía de Kehr), es uno de los métodos más eficaces luego de realizada la divulsión o sección del esfínter. Las ventajas son manifiestas pues permiten: el reposo de la función canalicular, la coledococlisis; el control bacteriológico; la administración del antibiótico de elección; la radiomanometría seriada post-operatoria y el alivio de la hipertensión biliar y sus consecuencias viscerales.

La extracción del tubo no debe estar regida por plazos fijos. La guiará el estado bacteriológico biliar y el estado funcional esfinteriano comprobado por la radiomanometría.

Se le ha reprochado:

Desperdicio biliar, que sólo es posible cuando hay lesiones orgánicas irreversibles; L

Trauma del canal biliar, posibilidad que la enorme experiencia clínica acumulada se ha encargado de descartar.

La derivación puede realizarse por vía indirecta transcística, con cierre del primitivo del colédoco aunque esta táctica tiene como riesgo:

- La posibilidad de falla de la sutura coledociana;
- El menor gobierno de la sonda transcística, pues ella no proporciona, luego de un tiempo de post-operatorio, la seguridad que da el tubo de Kehr para su manejo;
- El menor calibre del catéter que puede falsear los datos de la radiomanometría.

Consideramos que la Derivación Externa Temporaria de la Vía Biliar principal es un tiempo básico del tratamiento quirúrgico.

— Intubación transpapilar.

Con cierre del coledocostomía y tubo perdido (Duval) (51).

Con tubo de rama larga y derivación externa. Coledocostomía (Cattell) (37), (Champeau) (39).

Si se ha realizado duodenotomía el catéter se pasa directamente. Si no se ha abierto el duodeno se puede utilizar un conductor (Champeau) (39), (Hepp) (77) y dirigir el tubo a través de la papila.

La intubación papilar tiene por objeto:

- Mantener la permeabilidad esfinteriana;
- Favorecer y orientar la cicatrización.

Se le ha responsabilizado de las siguientes complicaciones:

— Pancreatitis aguda (Smith (171), Strohl (172), Mulholland (95), debido posiblemente a la obstrucción del canal pancreático. Reynolds (161), no aconseja su empleo y Mahorner (92 - 93) utiliza un tubo con orificio en rama larga para evitar la complicación. Champeau (39), Hepp (78), Cattell (37), lo utilizan sin haber visto complicaciones de este tipo.

— Reflujo duodeno pancreático coledociano;

— Dificultades de extracción.

El tiempo de permanencia del drenaje transpapilar es discutido. Cattell (37), indica que su permanencia está relacionada a los hallazgos operatorios y lo mantiene de 4 a 12 y 18 meses. Otros autores lo mantienen durante 8 semanas sin riesgo en su utilización ni extracción. Mahorner (92). Champeau (39), Hepp (77).

### C) *DERIVACION INTERNA PERMANENTE*

El objetivo de esta intervención es crear un corto-circuito de derivación, dirigido a cortar las dificultades del flujo biliar.

No se ataca directamente al proceso patológico, sino se trata de compensar sus resultancias fisiopatológicas.

#### a) *Colecistogastro o duodenostomía*

Con vesícula sana, sin litiasis ni alteraciones patológicas, se puede realizar su unión al duodeno o estómago. Se conserva así la vesícula y sus funciones.

El riesgo de esta intervención es la posibilidad de infección y de enfermedad futura de ella, con lo cual su autenticidad terapéutica disminuye frente a la nueva alteración que se puede crear.

#### b) *Cístico duodenostomía*

La derivación puede realizarse entre cístico y duodeno practicándose:

Colecistectomía conservando el cístico y parte de bacinete y cístico duodenostomía terminolateral;

O directamente entre el muñón cístico residual dilatado, en los casos ya colecistectomizados.

Realizada por Fiedrich (65) y Bernhard (26), ha sido reconocida por Mirizzi (130 - 131).

Fundamentos conceptuales de su indicación (Mirizzi):

— Conserva intacto el sistema esfinteriano del hepato colédoco (Mirizzi) (138). No se produce reflujo duodeno biliar y sólo tránsito bilio duodenal. Se evita así la infección;

— Conserva la zona discutiblemente reflexógena del esfínter de Lützens (90) cuya extirpación ha sido responsabilizada de la agravación de la Disquinesia;

— La anastomosis actúa como válvula de seguridad, permi-

tiendo el pasaje de la bilis al duodeno durante las crisis de hipertensión;

— No hay riesgos de cierre espontáneo, pues el pasaje biliar la mantiene permeable;

— Está justificada por el hecho de la dilatación espontánea del cístico luego de los colecistectomías en disquinesias.

Mirizzi (140), luego de haber utilizado esta intervención en forma muy frecuente en base a sus conceptos fisiopatológicos, considera que sus indicaciones han disminuído considerablemente.

### c) *Colédoco duodenostomía*

Colédoco duodenostomía transduodenal interna (Kocher) (85).

Colédoco duodenostomía supraduodenal externa (Sasse) (164), (Finsterer) (61 - 62).

Colédoco duodenostomía transduodenal interna superior (Moskowicz) (142), (Mirizzi) (141).

Kocher (85) realizó la primera Colédoco-duodenostomía transduodenal interna dirigida a la extirpación de cálculos del colédoco terminal.

Sus riesgos fueron la hemorragia y el trauma pancreático.

Sarre (164) y luego Finsterer (61 - 62), realizan la coledoco-duodenostomía externa supraduodenal, intervención aceptada por numerosos autores (Floercken (60), Petermann (150). Kjaegahrd (82) y realizada con discretas variantes de técnica.

Moskowicz (162), preconiza la coledocoduodenostomía transduodenal utilizando la vía transcoledociana. Mirizzi (141) la realiza a la altura de la 1ª porción del duodeno y la llama Coledocoduodenostomía transduodenal interna superior.

La Coledocostomía ha sido muy debatida. Su discusión ha ocupado a los cirujanos y hay escuelas que la preconizan. Ha sufrido las siguientes críticas:

— Riesgos de infección. El pasaje del contenido alimenticio a la vía biliar principal puede producir o mantener la infección. Esta posibilidad ha sido rechazada por Finsterer (61 - 62) y su escuela;

— Persiste un receso entre la anastomosis y el esfínter que tendrá lógicamente una mala evacuación y podrá agravar los procesos inflamatorios del colédoco terminal;

— Hay posibilidades de cierre espontáneo. Finsterer (61-62) modifica la técnica original de Sasse para que haya menos posibilidades de cierre. Marion (162), opina que se cierran espontáneamente 1 cada 2 Coledocoduodenostomías;

— No es posible realizarla en colédocostomías de paredes delgadas;

— Hay riesgos de falla de sutura;

— No permite el estudio alejado colangiográfico o radiométrico.

Consideramos que la coledocoduodenostomía sólo podrá realizarse en casos en que se encuentre:

Colédoco relativamente dilatado;

Colédoco de paredes engrosadas;

siendo la mejor situación las hipertonías secundarias asociadas a la litiasis múltiples con angiolitiasis de mediana entidad.

#### d) *Colédoco yeyunostomía*

La derivación interna permanente y total puede realizarse por medio de colédoco o hepático yeyunostomía, con anastomosis en Y de Roux. Esta derivación ha sido preconizada por Bowers (23-24-25) en el tratamiento de las pancreatitis crónicas residivantes y utilizada por otros autores para la misma situación (Greenfield (70). Palma (157).

Al respecto (Reynolds (161). indica que esta intervención es un procedimiento extenso y que sus riesgos son mayores que los de la esfinterotomía aislada. Esta intervención puede tener indicación en las estasis del colédoco intrapancreático pero es difícil aceptar su aplicación a las disquinesias o fibrosis limitada a la zona intramural, que pueden ser solucionadas por medios quirúrgicos más simples.

### D) *ELIMINACION DE FACTORES ASOCIADOS*

Los sufrimientos post-colecistectomía han sido atribuidos a la persistencia de un muñón cístico voluminoso (11 - 67 - 76 - 68 - 74 - 152 - 175 - 145).

Su presencia es debido a:

— Haberse realizado una colecistectomía sin extirpación completa del cístico;

— Haberse producido dilatación del cístico remanente con motivo de la disquinesia;

El papel patológico del cístico residual ha sido atribuido a:

— Procesos inflamatorios del muñón;

— Neuromas en los filetes nerviosos pericísticos englobados en la ligadura del canal (Womack y Crider (175);

— Litiasis residual o neoformación del cístico.

Garlock (68), ha notado más frecuencia de muñones císticos patológicos desde que se practica la colecistectomía en agudo.

Los neuromas de los filetes nerviosos pericísticos, al igual que un neuroma de amputación, podrán ser responsables de las hipertonías esfinterianas, lo que justificaría su excéresis. Ello implica también la liberación cuidadosa del canal cístico al realizar la colecistectomía.

Los resultados favorables que se atribuyen a la extirpación del muñón cístico son a considerar, pues en el análisis de la literatura,

aparece realizándose otras maniobras quirúrgicas además de su excéresis (coledocostomía - dilatación papilar) con lo cual es difícil establecer concretamente su real papel.

Mallet - Guy (114) considera que el cístico no parece ser un elemento de importancia en el determinismo de la disquinesia, pues según sus estudios ésta persistiría a la colecistectomía en un 30 % de los casos en que se observa.

El muñón cístico debe considerarse como factor que puede colaborar en el determinismo de los trastornos y se deberá proceder a su excéresis siempre que los riesgos quirúrgicos no se agraven por esta intervención, pero consideramos que deberá ser solamente un tiempo asociado a la exploración correcta del árbol biliar.

## II) INTERVENCIONES INDIRECTAS SOBRE LAS VIAS BILIARES.

### *NEUROTOMIAS*

Las investigaciones de Guillet (69) han demostrado el papel respectivo del vago y los espláncnicos en la inervación de las vías biliares. Los resultados de su experimentación no están de acuerdo a los de Doyon (52) y Westphall (176), pero se asimilan a las leyes universales de inervación de las vísceras huecas abdominales.

*El Vago* es el nervio excito motor de las vías biliares. Malletguy y Guillet (100) han demostrado experimentalmente que su sección produce la caída tensional biliar con dilatación vesicular y coledociana. La acción es idéntica en la vía biliar y el duodeno, siendo su función similar a la que tiene en todo el tubo digestivo.

El Vago derecho abdominal sería, según Poilleux (154), el auténtico nervio excitado de la motricidad de las vías biliares, no teniendo el izquierdo ninguna función sobre ellas.

*El Simpático* (espláncnico), es el nervio inhibidor del tono de las vías biliares. Su infiltración o sección producen disminución del volumen vesicular y canalicular con aumento de la presión biliar. La excitación del espláncnico derecho produce desaparición de ondas contráctiles, agrandamiento de la imagen vesicular y Coledociana y descenso ligero de la presión.

Guillet (69) considera que no hay inervación contraria en el árbol biliar y solamente la misma fisiología que en las vías digestivas.

En los estados de hipertonia del aparato canaliculo-esfinteriano biliar se han indicado la *Vagotomía*. Mallet - Guy (111 - 119), Coleman (34), Salembier (165), Crile (36).

La sección vagal puede actuar en alteraciones funcionales puras o con discretas lesiones orgánicas. Las lesiones de esclerosis irreversibles no serán modificadas por la vagotomía.

La sección de ambos vagos por encima o debajo del diafragma es indiscutiblemente muy eficaz pero a riesgo de complicaciones sobre el tránsito gastro-duodeno-yeyunal. La sección del vago derecho da menos repercusión sobre el tránsito digestivo pero los

resultados no son tan favorables para el estado patológico (Crile (36).

Un punto fundamental es la distinción del estado de perturbación funcional o de lesión orgánica irreversible. Mallet-Guy (110), aconseja el bloqueo vagal con novocaína al nivel de la pequeña curva gástrica, analizando la imagen radiomanométrica pre y post bloqueo. Si el Test es favorable se practica la sección de los vagos en el pedículo de la pequeña curva. Esta conducta le ha proporcionado un 86 % de resultados favorables.

Las neurotomías pueden realizarse también en pleno pedículo hepático, atacando directamente los filetes nerviosos que se dirigen a la zona esfinteriana, Reich (162) ha descrito un filete ramo del plexo hepático que inerva el colédoco terminal y la zona esfinteriana.

La sección produciría una parálisis del esfínter. La denervación del colédoco con la técnica de Reich ha sido indicada en las disquinesias. Lagerlöff (89) ha observado que su acción es transitoria y en 15 casos operados el alivio de los sufrimientos duró sólo algunas semanas o meses. lo cual en su opinión le quita valor a esta intervención.

---

De esta revisión de procedimientos quirúrgicos concluimos que:

—Es muy difícil fijar normas quirúrgicas en este complejo capítulo, en donde la experiencia de cada escuela expresa el concepto y la orientación que sobre él se tiene;

— La exploración operatoria manual e instrumental son fundamentales y junto a la colangiografía operatoria darán noción del estado lesional;

— La elección de la táctica depende de diversos factores;

— La mayor parte de los casos de obstáculo al flujo biliar pueden ser solucionados por la dilatación progresiva y moderada de la zona esfinteriana, sin o con duodenotomía. de acuerdo a las dificultades del cateterismo;

— Las lesiones orgánicas con obstáculo de difícil franqueo, deberán ser tratadas por sección directa del esfínter por vía transduodenal;

— Es prácticamente imposible expresar en qué momento se debe de dejar la dilatación para recurrir a la sección quirúrgica. Las situaciones extremas se conciben sin dificultad: Obstáculo fácilmente franqueable y Obstáculo prácticamente infranqueable.

Las situaciones intermedias hacen una frontera amplia y quedará al criterio personal de cada cirujano, considerando que las dificultades de caterismo no deben ser vencidas con violencia. sino que lo serán con la delicadeza de la sección quirúrgica.

— La derivación externa temporaria es a nuestro criterio un método táctico quirúrgico de incalculable valor, porque permite:

Reposo de la función canalicular;

— Colédoco clisis y prueba de perfusión;

— Reconocimiento de la bacteriología biliar y su sensibilidad a antibióticos;

— Mejoría de la infección;

— Radiomanometría seriada post-operatoria, en situaciones ideales;

— Elección del momento oportuno para la extracción del tubo, de acuerdo al estado de la bacteriología y de la función esfinteriana;

— Alivio de las consecuencias de la hipertensión sobre el hígado y el páncreas.

El reproche del desperdicio biliar no tiene firmeza, pues éste no se produce salvo casos de obstáculo orgánico permanente, el flujo biliar puede ser controlada por maniobras sencillas.

— La colédoco-duodenostomía puede tener indicaciones de excepción en colédocos dilatados y de paredes firmes, aunque creemos conveniente mantener la normalidad canalicular de la vía biliar principal;

— La coledocoyeyunostomía es una intervención desmedida para los obstáculos limitados al colédoco intramural y zona esfinteriana;

— Ambas intervenciones pueden tener indicaciones aceptables en otras situaciones fuera de la que consideramos;

— Las neurtomías son de difícil aceptación por la dificultad de una sección electiva o por la extensión a otros sectores de las consecuencias de ellas.

## B) SINDROMES DE HIPOTONIA BILIAR.

Comprende:

— Estasis hipotónica primitiva de la Vesícula Biliar - Colecistoatonia de Chiray y Pavel (47 - 48).

— Estasis hipotónica de la Vesícula Biliar secundaria al bloqueo cístico;

— Estasis hipotónica generalizada de las Vías Biliares.

## INTERVENCIONES DIRECTAS SOBRE LAS VIAS BILIARES

### a) *Derivación Externa de la Vesícula Biliar*

La Colecistostomía sólo oactúa mientras dura la derivación. Al suprimirla reaparecen los transtornos, frecuentemente agravados por la infección y el trauma del drenado.

### b) *Derivación Interna Permanente*

Cualquier tipo de derivación propicia la infección y agrava la circunstancia patológica.

### c) *Excéresis — Colecistectomía*

La atonía vesicular primitiva o la atonía de toda la Vía Biliar no puede solucionarse con la excéresis vesicular.

El fenómeno tiene un componente fisiopatológico que desborda la enfermedad local y al practicar la colecistectomía no se le da solución al problema. Solamente está indicada en las hipotonías secundarias del síndrome cístico, situación que no debe ser considerada dentro de las hipotonías primitivas de las Vías Biliares.

d) *Derivación Externa Temporal de la Vía Biliar Principal*

La Derivación de la Vía Biliar Principal por Coledocostomía podrá tener su indicación en complicaciones de la hipotonía (colangitis) o asociaciones lesionales (litiasis) pero no es el síndrome de hipotonía primitiva y aislada. Aún así hay que establecer reservas, pues la hipotonía propicia al reflujo duodeno Coledociano, favorecido por el ileo post-operatorio, pudiendo conducir al paciente a situaciones similares a las de la fistula duodenal.

La Hipotonía de la Vía Biliar puede ser considerada como una contraindicación de la Coledocostomía.

## INTERVENCIONES INDIRECTAS SOBRE VIAS BILIARES

a) *NEUROTOMIA*

Mallet - Guy (99 - 123), preconiza la Esplancnicectomía para el síndrome de Hipotonía de la Vía Biliar accesoria (Colecistoatonia) luego de haber comprobado los efectos favorables (Colecistografía) del bloqueo de las esplánicas.

La Esplancnicectomía derecha ha sido indicada por Mallet - Guy en la Colecistoatonia, en la Insuficiencia del Esfínter de Oddi y en las dilataciones coledocianas.

Considera el autor que la esplancnicectomía derecha devuelve el tono a la vía biliar, mejora los sufrimientos y la imagen colecistográfica.

La intervención se puede realizar por vía subperitoneal o por vía endotorácica.

Salembier (165) confirma los resultados que presenta el preconizador del método.

## BIBLIOGRAFIA

1. ALLEN, A. W. and WALLACE, R. H. — Technique of Operation en common bile duct, with special reference to instrumental dilatation of papilla of Vater. Am. J. Surg. 28: 533, 1935.
2. ALBOT, G., POILLEUX, F., OLIVIER, C. L. et LIBAUDE, H. — Hypertonies, hypotonies et hyperestesies biliaires observés por la radiomanometrie biliaires. Rev. Foie. 4: 65, 1945.
3. ASCHOFF, L. y BACMEISTER, A. — Die Cholelithiasis 1909, G. Fischer, Gena.
4. ALBOT, G. et POILLEUX, F. — La Stase hypertonique de la vesicule biliare. In Les voies biliaires. (5) Pág. 55. Paris 1953, Masson Cie.
5. ALBOT, G. et POILLEUX, E. — Les Voies Biliares. Paris 1953, Masson et Cie.

6. BOYDEN, E. A. — The sphincter of Oddi in man and certain representative manna als. *Surgery*, 1: 25, 1937.
7. BOYDEN, E. A. and SCHWEGLER, R. A. (Jr.). — The sphincter of Oddi en the dog. *Am. J. Physiol.* 116: 14, 1936.
8. BUTSCH, W. L., MCGOWAN, S. M. and WALTERS, W. — Clinical studies en the influence of certain drugs in relation to biliary pain and variations in intrabiliary pressure. *Sur., Gynec. and Obst.* 63: 451, 1936.
9. BERGH, G. S., SANDBLOM, P. and IVY, A. C. — Effects of removal of the functioning gallblader. *Surg., Gynec. and Obst.* 62: 811, 1936.
10. BAKES, S. — Zur drainagelosen gallenchirurgie under methodischen dilatation der papilles. *Zentralbl. f. chir.* 55: 1858, 1928.
11. BEYE, H. L. — Conditions necessitating surgery following cholecistectomy. *Surg., Gynec. and Obst.* 62: 191, 1936.
12. BRANCH, Ch. D., BAILEY, O. and ZOLLINGER, R. — Consequences of instrumental dilatation of the papila de Vater. *Arch. Surg.* 38: 358, 1939.
13. BROQ, P., ALBOT, G., POILLEUX, F. et LIBAUDE, H. — L'hypertonie biliaire reflexe. *Presse Med.* 23: 97, 1944.
14. BEST, R. R. and HICKEN, F. — Biliary dyssynestia. Physiological obstruction of the common bile duct. *Surg., Gynec. and Obst.* 61: 721, 1935.
15. BENSON, R. W. — Dilatation of bile ducts and its relations to distress after cholecystectomy. *Am. J. Digest Dis.* 7: 1, 1940.
16. BOLLER. — Secuelas pos-operatorias vesiculares y su tratamiento. *Rev. Esp. Enf. Ap. Dig. y Nutr.* 10: 402, 1951.
17. BORGHI, loc. cit., SCHMIEDEN, V. y NIESSEN, H. — Die Erkrankungen der steinfrein extra hepatischen gallenwege. *Verhandl. d. deutsch. gesellsch. f. innere. Med.*, 44: 302, 1932. (Citado por Strode (167)).
18. BERG, J. — Studien über die funktion der Gallenwege unter normalen und gewissen abnormen. Verhältnissen. *Acta Chir. Scandin. Suppl.* 2: 1, 1922.
19. BETTMAN, R. B. and LICHTENSTEIN, A. — End result following cholecistectomy. *Am. J. Med. Sci.* 194: 788, 1937.
20. BERGH, G. S. — The sphincter mecanism of the common bile duct in human subjects. *Surg.* 11: 299, 1942.
21. BENGOLEA, A. J. et NEGRI, A. — Les dyiscinesies biliaires et plus particulierement les perturbation; anaotomico founctioelles du sphincter de Oddi. 50 *Congres. Francais de Chirurgie.* 486, 1947.
22. BERGERET. — Citado por Campeau, M. (40).
23. BOWERS, R. F., and GREENFIEL, J. — Coledocoyeyunostomia. Su acción en el tratamiento de la Pancreatitis crónica. *An. Cir.* 10: 1170, 1951.
24. BOWERS, R. F. — Choledochoyeyunostomy. Its ability to control chronic recurring pancreatitis. *Ann. Surg.* 142: 682, 1955.
25. BOWERS, R. F. — Surgical therapy for chronic pancreatitis. *Surgery.* 30: 116, 1951.
26. BERNHARD. — Citado por Mallet-Guy y Col. (125).
27. COLP, R., DOUBILET, H. and GERBER, I. E. — Endocholeochal section of the sphincter of Oddi. *Arch. Surg.* 33: 696, 1936.
28. COLP, R. and DOUBILET, H. — Endocholeochal sphinterotomy. *Surg. Gynec. Obst.* 66: 882, 1938.
29. COLP, R. — The post-cholecystectomy syndrome and its treatmen. *Bull. New York Acad. Med.*, 20: 203, 1944.
30. COLP, R. — The treatment of postoperative biliary dyskinesia. *Gastroenterology*, 7: 414, 1946.
31. COLE, W. H. — Relation of gastric content to physiology of common duct sphincter. *Am. J. Physiol.* 72: 39, 1925.
32. COLE, W. H. — Recent trends in gallblader surgery. *J.A.M.A.* 150: 631, 1952.

33. COLE, W. H. y GROVE, W. J. — Persistencia de síntomas después de la colecistectomía con especial referencia a las anomalías de la Ampolla de Vater. *An. Cir.* 11: 81, 1952.
34. COLEMAN, E. P. et BENNETT, D. A. — Postcholecystectomy syndrome treated by vagotomy. *J. of Intern. Coll. Surg.*, 17: 865, 1952.
35. CAROLI, J. — La radiomanometrie biliaire. *Sem. Hop.*, 22° 1985, 1946.
36. CRILE, G. et MILLER, D. W. — Vagotomy in the treatment of biliary dyskinesia. *Arch. Surg.*, 63: 687, 1951.
37. CATTELL, R. B. — The use of a long T-tube in surgery of the biliary tract. *Surg. Clin. North Am.* 28: 659, 1948.
38. CATTELL, R. B. y COLCOCK, B. T. — Fibrosis del esfínter de Oddi. *An. Cir.* 12: 947, 1953.
39. CHAMPEAU, M. — Le drenage transpapillaire. *Mem. Acad. Chir.* 77: 1037, 1951.
40. CHAMPEAU, M. — Des derivations et implantations cholecysto-choledociennes dans la stase hypertonique de la vesicule biliaire. In *Les Vies Biliaires* (5) Pág. 87.
41. CARTER, F. and MARAFINO, B. — *N. Y. State J. Med.*, 40: 1648, 1940.
42. COSCO MONTALDO, H. — Cirugía del colédoco. Estudio dinámico y funcional del esfínter de Oddi. *Bol. Soc. Cir. del Urug.* 23: 237, 1952.
43. COSCO MONTALDO, H. — Cirugía del colédoco. Oddi infranqueable. *Bol. Soc. Cir. del Urug.* 23: 202, 1952.
44. CHRISTMANN, F. E. — Papilotomía interna. *Bol. Trab. Acad. Arg. de Cirug.* 33: 293, 1949.
45. CHRISTMANN, F. E. y DESCHAMPS, J. — Resultados alejados de la papilotomía. *Bol. y Trab. de la Acad. Arg. de Cir.* 35: 209, 1951.
46. CHRISTMANN, F. E. — Comunicación personal. 1956.
47. CHIRAY, M., et PAVEL, I. — *La vesicule biliare.* Masson y Co. 1936. Paris.
48. CHIRAY, M. — *La Colecystoatonie de Chiroz y Pavel.* in *Les Voies Biliaires* (5).
49. DEL VALLE, D. — *Patología y cirugía de esfínter de Oddi. colédoco Odditis escleroretráctil.* El Ateneo, 1939. Buenos Aires.
50. DEL VALLE, D., SANCHEZ, J. y EGUIA, O. — *Colédoco Odditis escleroretráctil.* *An. Cir.* 10: 492, 1951.
51. DUVAL, M. — *Bull. et Memoires Soc. Nat. de Chir.* 1: 755, 1924.
52. DOYON, M. — *Mouvements spontanés des voies biliaires; caracteres de la contraction de la vesicule et du canal colédoque.* *Arch. Physiol. Norm. et Path.* 5: 710, 1893. (Citado por Guillet) (69).
53. DAVIS, L. — *Reflux of duodenal contents through the bile duct.* *New England, J.M.*, 200: 313, 1929.
54. DE TAKATS, G. and WARTER, R. L. — *The treatment of pancreatic pain by splanic nerve section.* *Surg., Gynec. and Obst.* 85: 742, 1947.
55. DOUBILET, H., and COLP, R. — *Resistance of the sphincter of Oddi in human.* *Surg., Gynec. and Obst.* 64: 622, 1937.
56. DOUBILET, H. and MULHOLLAND, J. H. — *Recurrent acute pancreatitis. Observation en etiology and surgical treatment.* *Am. Surg.* 128: 609, 1948.
57. DOUBILET, H., and MULHOLLAND, H. — *The Surgical Treatment of Pancreatitis.* *S. Clin. North America.* 29: 339, 1949.
58. DOUBILET, H. — *A new instrument to facilitate transduodenal sphincterotomy.* *Surg., Gynec. and Obst.* 98: 634, 1954.
59. DOUBILET, H. — *Section of sphincter of Oddi.* *The Surg. Clin. North America.* 36: 865, 1956.
60. FLOËRCKEN, H. — *Über rück fällige Schmerzen und Beschwerden nach operationen an der gallenwegen mit besonderer berücksichtigun der anastomose zwischen gallengang und zwölffingendarme.* *Deutsche Ztschr. f. Chir.* 194: 181, 1925/6.
61. FINSTERER, H. — *Des anastomoses bilis digestives (surtout la choledoche duodenostomie).* *Mem. Acad. de Chir.* 64: 1252, 1938.

62. FINSTERER, H. — Resultats immediats et succes definitifs de la choledoche duodenastomie externe. Bull et Mem. de la Soc. de Chirurgie de Marseille. 9: 1935.
63. FINSTERER, H. — Peut-on recommander la choledoche-duodenostomie pour le traitement des maladies des voies biliaires. Mem. Acad. Chir. Paris. 78: 499, 1952.
64. FRUCHAUD, H., ARIS, C., HALLAC, I. et MEGARBANE, A. — Chirurgie directe du las choledoque. Arch. Mal. App. Digest. 44: 905, 1955.
65. FRIEDRICH, . — Citado por Mallet-Guy y col. (125).
66. GRAY, H. K. and SHARPE, W. S. — Biliary dyskinesia. Arch. Surg. 46: 564, 1943.
67. GRAY, H. K. and SHARPE, W. S. — Biliary dyskinesia; Role played by Remnant of cystic duct. Proc. Staff. Met. Mayo Clinic. 19: 164, 1944.
68. GARLOCK, J. H. and HURWITT, E. S. — Cystic duct stump syndrome. Surgery. 29: 833, 1951.
69. GUILLET, R. — Innervation des veies biliaires et chirurgie. La splanchnicectomia droite dans le traitement des vesicules de stase. Thèse de Lyon, 1942.
70. GREENFIELD, J. — Surgical treatment of chronic pancreatitis. Memphis, M. J. 24: 119, 1949.
71. GUANI, J. — La participación duodenal en las hipertónias del esfínter de Oddi. El Día Méd. Urug. 23: 1107, 1956.
72. GONZALEZ BUENO, C. — Base e indicaciones de la cirugía funcional en las disquinesias del árbol biliar. Rev. Esp. de Enf. del Ap. Digestivo y Nutr. 9: 347, 1950.
73. GOÑ MORENO, I. y RUSSO, A. G. — Cirugía del Oddi. Esclero Odditis retráctil e hipertonia. Bol. y Trab. de la Acad. Arg. de Cirugía. 33: 412, 1949.
74. GLENN, F. — Cystic duct remnant, a sequela of incomplete colecystectomy. Surg., Gynec. and Obst. 101: 331, 1955.
75. HILL, A. A. — Functional disorders of the extrahepatic biliary sistem Biliary dyskinesia. Radiology. 29: 261, 1937.
76. HICKEN, N. F., WHITE, L. B. and CORAY, B. B. — Incomplete removal of the cystic duct as a factor in producing post-cholecystectomy complications. Surg. 21: 309, 1947.
77. HEPP, J. — Le drainage transpapillaire en chirurgie biliaire. Mem. Acad. Chirurg. Paris. 77: 1030, 1951.
78. IVY, A. C. — The physiology of common bili duct. J.A.M.A. 100: 1319, 1933.
79. IVY, A. C. — Physiology of gallblader. Physiol. Rev. 14: 1, 1934.
80. IVY, A. C. and SANDBLOM, P. — Biliary dyskinesia. Ann. Int. Med. 8: 115, 1934.
81. JUDD, E. S. and MANN, F. C. — The effect of removal of the gallblader. Surg., Gynec. and Obst. 24: 437, 1917.
82. KJAERGAARD, S. — Choledoche-duodenostomy in postoperative dyskinesia. Acta Chir. Scand. 104: 87, 1952.
83. KAPANFJI, M. — Disquinesie duodeno biliaire. Arch. de Maladies de l' App. Digest. et Nutrit. 44: 1955.
84. KRUKENBERG, H. — Uber gallenblasenkoliken ohne gallensteine. Berl. Klin. Wchschr., 40: 660, 1903. (Citado por Strode, J. E.) (167).
85. KOCHER, T. H. — Corresp. Bl. für Schweiz. Aerste, 25: 193, 1895. (Citado por Robineau, M. et Stern, W.) Tactique Operatoire des Voies Biliaires. G. Doin. Paris. 1929.
86. LUETH, H. C. — Studies on the flow of bile into the duodenum and the existence of a sphincter of Oddi. Am. J. Physiol. 99: 237, 1931.
87. LAHEY, F. H. — The incidence and management of stone in the common and hepatic ducts. Ann. Surg. 98: 644, 1933.

88. LAHEY, F. H. — A split, solide, tube-like catheter to aid in cutting the sphincter of Oddi transduodenally. *Surg., Gynec. and Obst.* 95: 524, 1952.
89. LAGERLÖF, H. O. — Choledochal denervation in biliary dyskinesia. Report. of 15 cases. *Acta Chir. Scand.* 95: 297, 1947.
90. LÜTKENS, M. — Aufbau und funktion der extra-hepatischen gallenwege. Vogel, Leipzig, 1926. (Citado por Westphal, K.) (176).
91. Mac BUENEY, C. — Removal of biliary calculi from the common duct by duodenal route. *Ann. Surg.* 28: 481, 1948.
92. MAHORNER, H. — Combined supra and transduodenal exploration of the common bile duct. *Ann. Surg.* 129: 766, 1949.
93. MAHORNER, H. and BROWNE, E. R. — Results of transduodenal choledoco ampulotomy. *Ann. Surg.* 141: 607, 1955.
94. Mac DONALD, D. — Symptomes following colecystectomy. *Am. J. Surg.* 62: 19, 1943.
95. MULHOLLAND, J. H. — Personal comunicacion in (Reynolds) (161).
96. MANN, F. C. and GIORDANO, A. S. — The sphincter of the choledocus. *Arch. Path. and Exper. Med.*, 4: 943, 1927.
97. MALLET-GUY, P., AUGER, L. and BILLA, M. — Etat bacteriologique des voies biliaires après section experimental du sphincter d'Oddi. *Comp. Rend. Soc. de Biol.* 112: 899, 1933.
98. MALLET-GUY, P. et MARION, P. — Lithiase du choledoque et hypertonie du sphincter d'Oddi après cholecystectomie. *Lyon Chir.* 39: 687, 1944.
99. MALLET-GUY, P. et GUILLET, R. — Splachnicectomie droite four vesicule de stase. *Lyon Chir.* 38: 250, 1943.
100. MALLET-GUY, P. et GUILLET, R. — Innervation des voies biliaires et chirurgie. *Lyon Chir.* 38: 436, 1943.
101. MALLET-GUY, et JEANJEAN, R. — Syndrome d'hypertonie du sphincter d'Oddi. *Lyon Chir.* 39: 501, 1944.
102. MARION, P. — La choledoco-duodenostomie d'indicacion relative. These de Lyon. 1943. R. en *Lyon Chir.* 39: 270, 1944.
103. MALLET-GUY, P., JEANJEAN, R. et FEROLDI, J. — La maladie du sphincter d'Oddi (hypertonie sphincterienne, Oddite stenosante) *Lyon Chir.* 40: 553, 1945.
104. MALLET-GUY, P. et GAUTIER, R. — Etude physiopathologique des recidives après cholecystectomie. *Lyon Chir.* 41: 513, 1946.
105. MALLET-GUY, P., JEANJEAN, R. etc. MARION, P. — La Chirurgie biliaire sous control manometrique et radiologique per-operatoire. Paris, 1947.
106. MALLET-GUY, P., JEANJEAN, R. et FEROLDI, J. — Stases vesiculaires par hypertonie t eventuellement sclerose du sphincter de Lutkens. *Lyon Chir.* 42: 174, 1947.
107. MALLET-GUY, P. et JEANJEAN, R. — Controle fonctionnel de la sphincterotomie pour Maladie du sphincter d'Oddi. *Lyon, Chir.* 42: 297, 1947.
108. MALLET-GUY, P. et JAUBERT, M. — Resultats eloignés de la splachnicectomie unilateral dans le traitement des états d'hypotonie des voies biliaires. *Lyon Chir.* 43: 157, 1948.
109. MALLET-GUY, P., GUILLET, E. et DURAND, L. — Le reflux dans le canal de Wirsun gau cours des cholangiographies. *Lyon Chir.* 43: 653, 1948.
110. MALLET-GUY, P. — Les interventions vagues dans le traitement de la maladie du sphincter d'Oddi. *Acta Chir. Belg.* 48: 128, 1949.
111. MALLET-GUY, P. — Rapport sur un travail de Guillet, R. et Jeanjean, R. Controle opératoire des effets de l'opération de Dragsted sur le tonus des voies biliaires. *Lyon Chir.* 42: 617, 1947.
112. MALLET-GUY, P., BLONDET, P. et MOYSON, M. — Dystonies des voies biliaires et ulcères gastroduodenaux. *Lyon Chir.*, 44: 27, 1949.

113. MALLET-GUY, P. et BEZES, H. — Reinterventions pour recidive après cholecystectomies. *Lyon Chir.*, 44: 417, 1949.
114. MALLET-GUY, P., LACOUR, R., KOPPES, R. et NEFUSSY, J. — Les perturbations fonctionelles du sphincter d'Oddi après Cholecystectomie. *Lyon Chir.* 44: 655, 1949.
115. MALLET-GUY, P., FEROLDI, J. et MICEK, F. — Maladies du sphincter d'Oddi. *Lyon Chir.* 45: 33 et 181, 1950.
116. MALLET-GUY, P. — Traitement chirurgical des dyskinesies biliaires. Rapport an II. Congrès Europeen des Ass. Nat. Gastro-enterologie. Madrid, 1950.
117. MALLET-GUY, P. et DURAND, L. — Les syndromes d'hypertonie des voies biliaires (maladie du cystique, maladie du sphincter d'Oddi). Resultats du traitement chirurgical. *Presse Med.*, 58: 1093, 1950.
118. MALLET-GUY, P., SERMONARD, J. et BERBEN, Y. — Etude experimentales des effets de la resection des ganglions semi-lunaires sur la matricité des voies biliaires. *Lyon Chir.*, 45: 403, 1950.
119. MALLET-GUY, P., FEROLDI, J. et MICEK, F. — Maladie du sphincter d'Oddi. Analyse 70 observations. *Lyon Chir.* 45: 32, 1950.
120. MALLET-GUY, P. et DURAND, L. — Le syndrome d'hypotonie de voies biliaires. Resultat du traitement chirurgicale. *Presse Med.* 58: 974, 1950.
121. MALLET-GUY, P. et FEROLDI, J. — Le facteur neurome d' amputation après cholecystectomie. *Mem. Acad. Chir.* 76: 123, 1950.
122. MALLET-GUY, P. et EICHOLZ, L. — Sympatectomie thoracique elective pour syndrome d'hypotonie des voies biliaires. *Lyon Chir.*, 45: 244, 1950.
123. MALLET-GUY, P. et DURAND, L. — Documents pour la justification de la splachnicectomie droite dans les états d'hypotonie des voies biliaires. *Lyon Chir.* 46: 791, 1951.
124. MALLET-GUY, P., EICHOLZ, L. et LATREILLE, R. — Innervation sympathique des voies biliaires. *Lyon Chir.* 47: 75, 1952.
125. MALLET-GUY, P., EICHOLZ, L. et ALMASQUE, R. — Compressions choledociennes pour pancreatite chronique. *Lyon Chir.*, 47: 277, 1952.
126. MALLET-GUY, P. et DESCOTES, J. — Indications et resultats des operations de vagotomie dans les syndromes d'hypertonie du sphincter d'Oddi. *Lyon Chir.*, 48: 55, 1953.
127. MALLET-GUY, P., DESCOTES, J., AHUALLI, A. et VENTURINI, A. — Analyse experimentale des effets des operations de vagotomie sur le tonics des voies biliaires. *Lyon Chir.*, 48: 685, 1953.
128. MALLET-GUY, P. et EICHOLZ, L. — Controle manometrique et radiographique après cinq d'une sphincterotomie transduodenal pour maladie du sphincter d'Oddi. *Lyon Chir.* 49: 338, 1954.
129. MALLET-GUY, P. et DESCOTES, J. — Enquete sur les resultats eloignées de cent choledoco-duodenostomies. *Lyon Chir.* 50: 658, 1955.
130. MIRIZZI, P. L. — Dyskinesie and Gallenblasenregeneration. *Cystico Duodenostomie. Deutsche. Ztschr. f. Chir.* 245: 156. 1935.
131. MIRIZZI, P. L. — Diagnostic des obstructions incompletes non calculeuses du choledoque. Leur traitement par la cystico-duodenostomie. *Press. Med.* 44: 150, 1936.
132. MIRIZZI, P. L. — Operative Cholangiography. *Surg., Gynec. and Obst.* 65: 702, 1937.
133. MIRIZZI, P. L. — L'infection ascendante dans les anastomoses bilio-digestives. *Mem. Acad. de Chir.* 63: 907, 1937.
134. MIRIZZI, P. L. — Physiologic sphincter of hepatic bile duct. *Arch. Surg.* 41: 1325, 1940.
135. MIRIZZI, P. L. — El sistema del hepático. Su fisiopatología. *La Prensa Méd. Arg.* 28: 58, 1941.
136. MIRIZZI, P. L. — El cólico hepático. Su patogenia. *Día Méd. Arg.* 13: 754, 1941.

137. MIRIZZI, P. L. — Functional disturbances of the choledochus and hepatic bile ducts. *Surg., Gynec. and Obst.* 74: 306, 1942.
138. MIRIZZI, P. L. — Fisiopatología del hepatocolédoco. *La Prensa Méd. Arg.* 33: 1009, 1946.
139. MIRIZZI, P. L. — Syndrome du canal hépatique. *Journ. Int. de Chir.* 8: 731, 1948.
140. MIRIZZI, P. L. — Remarques sur le traitement de troubles fonctionnels de la voie biliaire principale par le drainage externe et les anastomoses. *Mem. Acad. de Chir.* 80: 761, 1954.
141. MIRIZZI, P. L. — La Choledoco duodenostomie transduodenal supérieur. *Mem. Acad. de Chir.* 81: 264, 1955.
142. MOSZKOWICZ, L. — Die Technik der transduodenalen Choledoch-Duodenostomie. *Zentr. F. Chir.* 32: 2015, 1927.
143. MONTEIRO, A. — Un problème de chirurgie biliaire. Canal Cystique résiduel. *Lyon Chir.* 50: 785, 1955.
144. MAINGOT, R. — Abdominal operations. Ed. 2, New York, 1948. Appleton, Century - Crafts Company, Inc.
145. MORTON, C. B. — Post-cholecystectomy symptoms from cystic duct remnants. *Ann. Surg.* 139: 679, 1954.
146. MEYERS, S. G., SANDWEISS, D. J. and SALTZSTEIN, H. C. — End results after gall bladder operations with an analysis of the causes of residual symptoms. *Am. Journ. Digest. Dis.*, 5: 667, 1938.
147. NOZAR, J. — Contribución a la cirugía funcional de las vías biliares. *Publicaciones del Inst. de Clin. Quirúrg. Prof. Nario.* 97: 119, 1953.
148. NEGRI, A. — Patología del colédoco terminal. Estudio de las perturbaciones anatómo funcionales. *La Prensa Médica Arg.* 34: 36, 1947.
149. ODDI, R. — D'une disposition a sphincter spéciale de l'ouverture du canal choledoque. *Arch. Ital. de Biol.* 8: 317, 1887. (Citado por Boyden) (6).
150. PETERMAN, J. — Beiträge sur chirurgie der gallenwege. *Arch. f. Klin.* 143: 403, 1926.
151. PUESTOW, C. B. — The discharge of bile into the duodenum. *Arch. Sur.* 23: 1013, 1931.
152. PETERSON, F. R. — Reformmed gallbladder. Review of 42 cases. *J. Iowa Med. Soc.* 36: 134, 1946.
153. PITTONI, M. — La vagotomia nelle disfunzioni delle vie biliaire (iper-tonia). Effette della enervazione gastrica nelle disfunzioni delle vie biliares. *Minerva Chir.* 5/2: 43, 1950.
154. POILLEUX, F., GOIDIN et NICOLAIDIS. — Dystonies biliaires fonctionnelles role dupneumogastrique droit (étude expérimentale et deductions chirurgicales). *Pres. Med.*, 10: 196, 1952.
155. PRIBRAM, B. O. — Postcholecystectomy syndrome. *J.A.M.A.*, 142: 1962, 1950.
156. PARTINGTON, P. F. — Fibrotic stenosis of the terminal common duct. *Surgery*, 31: 367, 1952.
157. PALMA, E. ZUBIAURRE, L. y VARELA, J. — Pancreatitis recidivante. Tratamiento quirúrgico mediante coledocoyeyunostomía. *Bol. Soc. Cir. Urug.* 23: 332, 1952.
158. PALMA, E. — Coledocotomía sin drenaje. *Bol. Soc. Cir. Urug.* 23: 7, 1952.
159. POILLEUX, F. et GUILLET, R. — Les dystonies biliaires. 50 Congr. Franc. de Chirurgie. 358, 1947.
160. ROST, F. — Die Funktionelle bedebting der gallenblase: Experimentelle und anatomische unteruchungen nach cholecystektomie. *Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* 26: 710, 1913. (Citado por Westphall) (176).
161. REYNOLDS, J. T. and LARY, B. G. — The indications, hazards and contraindications for division of the sphincter of Oddi. *Surg. Clin. North Amer.* 35: 129, 1955.

162. REICH, H. — Choledochal denervation. New procedura for relief of biliary dyskinesia. *Surg. Gynec. and Obst.* 7: 39, 1940.
163. SNELL, A. M., Mc. GOWAN, J. M. and BUTSCH, W. L. — Colics following cholecistectomy; probable mecanism of their production. *Rhode Island M.J.* 19: 113, 1936.
164. SASSE, F. — Choledocoduodenostomy. *Arch. Klin. Chir.* 100: 969, 1913.
165. SALEMBIER, Y. A. — Neurotomies dans les dystonies biliaires. *Lyon Chir.* 47: 595, 1952.
166. SALEMBIER, Y. A. — A propos du drainage transvaterien. *Lyon Chir.* 48: 214, 1953.
167. STRODE, J. E. — La disquinesia biliar desde el punto de vista quirúrgico. *An. Cir.* 2: 173, 1943.
168. STARLINGER, F. — Zur choledochoduodenostomie. *Wien. Klin. Wochenschr.* 65: 1039, 1953.
169. SCHMIEDEN, V. — Über die "Stangsgallenblase" *Zentralbl. f. Chir.* 47: 1257, 1920. (Citado por Strode) (167).
170. STOCK, E. and TINCKLER, L. F. — Choledochoduodenostomy in the treatment of cholangitis. *Surg. Gynec. and Obst.* 101: 599, 1955.
171. SMITH, S. W., BARKER, W. F. and KAPLAN, L. — Acute pancreatitis following transampullary biliary drainage. *Surg.* 30: 695, 1951.
172. STROHL, E. L. — Citado por Reynolds.
173. TROMMALD, J. P. and SEABROOK, B. B. — Beingu fibrosis of the sphincter of Oddi. *West. J. Surg.* 58: 89, 1950.
174. VELAZCO SUAREZ, C. — Cuidados pre y post-operatorios en cirugia hepato biliar. *Relato. VI Congr. Argent. de Cirug.* 141, 1944.
175. WOMACK, N. A. and CRIDER, R. L. — The persistence of simptoms following cholecystectomy. *Ann. Surg.* 126: 31, 1947.
176. WESTPHAL, K., GLEICHMANN, F. and MANN, W. — Gallenwegs funktion und gallens Teinheiten. *Ztschr. f. Klin. Med.* 115: 99, 1930-31.
177. WALTERS, W. and MARSHALL, J. M. — Reflux of pancreatic and duodenal secretion through drainage tube in common bile duct. *Surg., Gynec. and Obst.* 50: 627, 1930.
178. WALTERS, W. — The pathological physiology ot stone in the common bile duct. *Surg., Gynec. and Obst.* 63: 417, 1936.
179. WEIR, J. F. and SNELL, A. M. — Symptoms that persist after cholecystectomy. *J.A.M.A.* 65: 1093, 1935.
180. WOMACK, N. A. — Pathologic changes in chronic cholecystitis and production of simptoms. *Surg.* 4: 847, 1938.
181. WALTERSKIRCHEN, M. — Die choledochoduodenostomie. *Wisner. Klin. Woch.* 51: 966, 1950.
182. WALTERS, W. and SNELL, A. — Enfermedades de la vejiga biliar y los conductos biliares. *Salvat S. A. Barcelona*, 1944.
183. ZOLLINGER, R., BRANCH, C. D. and BAILEY, O. T. — Instrumental delatation of the papilla of Vater. *Surg., Gynec. and Obst.* 66: 100, 1938.