

INDICACIONES Y TECNICA DE LA PAPILOTOMIA SEGUN NUESTRA EXPERIENCIA

Dr. Federico Christmann

En los últimos 8 años, desde diciembre de 1948 hasta octubre de 1956, hemos realizado 961 operaciones sobre vía sbiliares, poniendo especial atención en la patología del colédoco distal y efectuamos 171 papilotomías con diversas técnicas y resultados. Es con base que deseo hacer algunos reflexiones sobre los hechos observados.

La patología del colédoco distal pertenece en primer término a trastornos en el pasaje que conducen lentamente a la obstrucción e infección consecutivas. Observando en detalle la patología del pasaje en el colédoco distal y en particular en la papila se pueden diferenciar alteraciones orgánicas o anatómicas constituídas por hipertrofia del esfínter de Oddi, inflamaciones de la papila y procesos cicatriciales de la misma, que evidentemente son la secuela obligada de reiterados procesos inflamatorios resueltos. Estas alteraciones orgánicas se observan nítidamente con la vista al efectuar duododenostomías a nivel de la 2ª porción; al estudiar instrumentalmente la permeabilidad de la papila y al seccionar el esfínter de Oddi conjuntamente con la papila para obtener una biopsia o simplemente para efectuar una papilotomía.

Mucho más difíciles de observar y diagnosticar son las alteraciones funcionales puras del colédoco distal y del esfínter de Oddi, que constituyen lo que con evidente acierto se designan como disquinesias biliares, constituídas por la hipertomía y los espasmos. Fácil sería agregar, teóricamente, la atonía del esfínter de Oddi, pero si ella existe, es indudable que no tienen traducción clínica como no lo tienen tampoco los enfermos en quienes se efectuó una correcta papilotomía o una derivación bilio digestiva.

Al considerar la patología del colédoco distal tanto funcional como anatómica se confunden con demasiada frecuencia el llamado síndrome postcolecistectomía y sin mayor ajuste en los términos se vinculan los síntomas que presente el enfermo con las posibles causas patogénicas. Se debe distinguir fundamentalmente y en primer término los trastornos primarios o preoperatorios, es decir, aquellos que presentaba la enferma antes de la operación, de aquellos

que se presentan después de la colecistectomía. Si son los mismos, si persisten los síntomas, no se puede hablar de síndrome postcolecistectomía, puesto que ya existían antes. Se debe decir simplemente *recaida o persistencia de síntomas o de enfermedad causal*. Me recuerda a lo ocurrido con la llamada úlcera péptica postoperatoria. La nueva úlcera no se debe a la operación, se debe a la persistencia de la enfermedad que la produjo, que la operación no logró curar.

El diagnóstico de las disquinesias biliares verdaderas o funcionales y también, aunque en menor escala, el de las alteraciones orgánicas del tránsito a nivel de la papilo, es a nuestro juicio un problema no resuelto satisfactoriamente pese a la innumerable cantidad de exámenes, análisis y métodos propuestos. En los últimos años durante los cuales hemos visto desfilar y realizado todos los conocidos, hemos asistido también al descrédito de cada uno de ellos. En la actualidad, y como siempre, *es del conjunto de la impresión clínica* que surge el diagnóstico. basándonos muy especialmente en los antecedentes neurógeno asociados o no a la litiasis biliar, pero con cuadros dolorosos epigástricos espasmódicos, vinculados a estados emocionales y provocados por la morfina. La *colangiografía endovenosa* con biligrafina estudiando la plenificación seriada de las vías biliares y su respuesta a la morfina, tiene para nosotros actualmente el mayor valor.

Hasta hace poco tiempo creíamos mucho en el sondeo duodenal, en particular terminando el tiempo de Oddi prolongado, pero su extrema variabilidad nos llevó al descrédito del método a cuyo golpe de gracia asistimos con la lectura del trabajo de Royer. Pérez y Schraier publicado en abril de 1956 en Archivos Argentinos de enfermedades del aparato digestivo, pág. 14.

Sin atribuirle excesivo valor diagnóstico, realizamos siempre el sondeo duodenal minutado, asociado a la exploración farmacológica, estudiando la respuesta más o menos sensible a la morfina y a la papaverina. Es indudable que en las disquinesias, se observa mayor sensibilidad a estos fármacos.

Si por el conjunto del estudio clínico se puede sostener el diagnóstico de disquinesia biliar pura o auténtica, lo derivamos a Clínica Médica para su tratamiento y observación, repitiendo el examen después de un tiempo prudencial, dos o tres meses por lo general. Si no se ha curado, repetimos los análisis y lo operamos.

Si en cambio la disquinesia va asociada a litiasis biliar o cualquier otra afección quirúrgica del abdomen superior, entonces sin hacer tratamiento médico, la preparamos para la operación oportuna inmediata.

El problema diagnóstica continúa en pie durante la operación porque allí también se han desacreditado considerablemente los medios diagnósticos que se estimaron más eficaces, pero que no resultaron tales. Me refiere a la farmacocolangiografía y a la colangiomanometría.

Ambas fueron observadas desde un comienzo por la influencia de los anestésicos y del trauma operatorio en una región de tan exquisita sensibilidad y por si fuera poco, en un trabajo reciente, Wilks demostró con toda claridad que las presiones intraductales en el colédoco están influenciadas y son similares a las presiones intraduodenales. Un tubo de Kehr-Cattell registra las mismas presiones biliares que un tubo de Kehr original y en ambos casos, por encima como por debajo del esfínter de Oddi, se inscriben presiones similares.

La falacia de los métodos de exploración biliar para determinar el calibre y la función del esfínter de Oddi durante la operación, afecta también a la exploración instrumental, realizada a través de colodotomía. En efecto, si intentamos medir el calibre de la papila mediante un explorador metálico muy grueso es casi seguro que no pasa al duodeno. Si lo reemplazamos por uno muy delgado, el que suponemos ha de corresponder a una esclerosis de la papila, corremos el riesgo casi seguro de perforar la pared del colédoco y del duodeno en su segmento común, que es tan delgado y frágil y provocar una falsa vía. Esta falsa vía felizmente inocua nos dejará la sensación de permeabilidad, que luego al pretender dilatarla aumentaremos el calibre del error y del engaño.

Para hacer el diagnóstico de fibrosis de la papila o de hipertrofia del esfínter de Oddi es absolutamente indispensable ver directamente la papila, por duodenotomía, examinar su pequeño orificio blanquecino y duro que contrasta con el resto de la mucosa duodenal y además en algunos casos es indispensable tentar su cateterismo para observar la elasticidad del ostium o efectuar su biopsia. De otro modo, no es posible aceptar sin reparos el diagnóstico de Odditis esclerocontráctil.

Si el pequeño orificio no se deja distender y obliga el empleo de un estilete para su exploración y además tiene el aspecto conocido del tejido fibroso cicatricial, entonces sí se puede aceptar su existencia. Pero si en cambio el diagnóstico fue hecho sin duodenotomía, por simple colangiografía operatoria o por exploración con bujías, se pueden hacer reparos muy serios y se debe poner en duda su existencia.

Es una lástima que con colangiografía operatoria, exploración instrumental intraductal o exploración manométrica no se pueda hacer el diagnóstico correcto de disquinesia biliar, ni de estenosis orgánica, con suficiente seguridad. Ello nos obliga por ahora a utilizar la duodenotomía y efectuar a través de ella la exploración visual e instrumental de la papila para tener la certeza de su patología morfológica y buena parte de su patología funcional por deducción. Si se encuentra un esfínter de Oddi hipertrofico se tiene derecho a pensar que sea el causante de los espasmos.

La duodenotomía aumenta sin duda la morbilidad, pero este factor se puede atenuar de manera satisfactoria con excelente técnica operatoria en la exposición de la 2ª porción del duodeno, mediante

una perfecta maniobra de Kocher y mediante muy depurada técnica en la sutura de la pared duodenal.

El hallazgo de la papila después de efectuada la duodenotomía presenta también algunos problemas técnicos como es su hallazgo entre los pliegues de la mucosa duodenal. Si se ha realizado previamente la coledocotomía, es muy fácil pasar la guía del papilótomo que luego bajo el control de la vista ha de calibrar el ostium terminal mediante sección del esfínter.

Si, en cambio, la duodenotomía se realiza sin coledocotomía, la búsqueda de la papila se facilita abriendo la segunda porción duodenal algo más abajo del punto normal de desembocadura del colédoco y separando cuidadosamente las paredes laterales del duodeno para facilitar el afloramiento de la pared posterior. Hallado el pliegue que cubre la papila y observado el ostium, empleamos la tijera-estilete que sirve tanto para explorar el calibre de la papila como para seccionarla en la medida deseada. En los últimos casos operados le damos evidente preferencia a esta última técnica y la seguridad de exploración es tal que en varios enfermos no colocamos tubo de Kehr, ni sus variantes como avenamiento de la vía biliar, cerrando cuidadosamente el duodeno en sentido transversal.

En la actualidad consideramos que ya no se puede discutir más sobre la conveniencia o la necesidad de seccionar una papila fibrosa. Para nosotros ésto es indiscutible. Queda por resolver cómo hacemos el diagnóstico más preciso de las disquinesias y si es conveniente o no efectuar papilotomías por disquinesias biliares puras, teniendo en cuenta que en el desarrollo patogénico de las fibrosis es frecuente observar antecedentes clínicos que inducen a pensar que las disquinesias puras o funcionales preceden a las alteraciones orgánicas. Uno se siente un poco inclinado a aceptar esta papilotomía por disquinesia, teniendo en cuenta la inocuidad de la sección del esfínter. Nosotros hemos realizado 171 papilotomías por diversas indicaciones y técnicas y en ningún caso hemos observado trastornos imputables a la sección del esfínter. En cambio, alguna vez nos hemos arrepentido por no haberlo seccionado. No vaya a interpretarse esta transitoria posición en que estamos colocados, como una invitación a seccionar cualquier papila que parezca sana. De ninguna manera. Las disquinesias deben estudiar exhaustivamente y tratarse con la mayor convicción y empeño, con medios médicos. Si todo fracasa deben ir a la operación y en esos casos, es recién cuando nos sentimos inclinados a la papilotomía por lesiones puramente funcionales. Entre las 171 papilotomías ya figuran unas pocas realizadas por alteración funcional y de ello informaremos cuando su número sea algo mayor y pasado más tiempo de observación.

OPERACIONES EN VIAS BILIARES, DESDE DICIEMBRE 1948
HASTA OCTUBRE 1956 (8 años)

	Clínica		Hospital		Total	%
	Privada	%		%		
Colecistectomía	139	62,3	402	54	541	56
Colecistectomía y coledocostomía ..	38	17	183	24,7	221	21
Papilotomía con coledocotomía ..	33	14,8	121	16	154	16
Papilotomía sin coledocotomía ..	4	18	11	15	17	1,8
Total papilotomías	37	16,6	132	18	171	18
Otras operaciones	8	3	21	3	28	3
Total operaciones: 961.						

TECNICA DE LA PAPILOTOMIA

	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956
Interna típica	12	17	17	12	6	5	2	1
Interna con duodenotomía ..	—	3	9	6	2	3	4	1
Dilatación o divulsión	—	—	—	—	1	2	2	—
Con bisturí	—	1	1	2	1	8	19	4
Con tijera - estilete	—	1	—	1	2	2	3	8
Total papilotomías	12	22	27	21	12	20	30	14
Total vías biliares	143	150	121	127	94	103	121	87
Por ciento papilotomías	0.83	15.3	19.0	17.3	11.7	20.3	26.3	17.4