

10º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

SESION PLENARIA

Jueves 10 de diciembre

RELATO:

CIRUGIA DE LA VIA BILIAR PRINCIPAL

RELATOR:

Dr. VALENTIN COSSIO

CORRELATOS:

“Métodos de estudio radiológico de la vía biliar principal”: *Dres. L. Zubiaurre y E. Capandeguy.*

“Contribución del laboratorio a la cirugía de la vía biliar principal”: *Dres. G. Martínez Prado, C. Gómez del Valle, Pte. L. A. Martínez Prado, Quím. Farm. B. Martínez Prado de Negrón, Pte. G. Rodríguez de Pereda, Dres. R. Nin Sacarelo y H. Pacheco Virriél.*

CONTRIBUCIONES:

“Las anastomosis biliodigestivas en el tratamiento de la litiasis de la vía biliar principal”: *Dr. J. A. Piquinela.*

“La vía biliar principal en la colecistitis obstructiva”: *Dra. D. Castiglioni*”.

“Anastomosis biliodigestiva. Indicaciones y técnica”: *Dr. A. R. Lanza Seré.*

“Participación pancreática en la colédocolitiasis”: *Dr. C. Mirizzi.*

“Colédocotomía. Sus indicaciones y nuestros resultados”: *Dres. P. Magaldi y R. Interguglielmo.*

“Consideraciones clínicoquirúrgicas en la cirugía biliar”: *Dr. R. E. M. Pataro.*

DISCUSION:

*Dres. López, Pereyra, Varela, Cossio, Mirizzi, Zubiaurre
y Cosco Montaldo*

RELATO.

CIRUGIA DE LA VIA BILIAR PRINCIPAL

Dr. VALENTIN COSSIO

En primer término, debo agradecer a las autoridades de la Sociedad de Cirugía y Cirujanos del Interior, la honrosa misión de confiarme este relato, muy lejos, por cierto, de mi capacidad y merecimientos; al Prof. Abel Chifflet, quien no sólo puso la bibliografía del tema a nuestra disposición sino, también, nos orientó con sus consejos de amigo y maestro; al doctor Suárez Meléndez, que nos facilitó material de estudio y valiosas indicaciones; a los Dres. Leandro Zubiaurre y Gilberto Martínez Prado, quienes han tomado a su cargo la parte de estudios relativa a radiología y de laboratorio, permitiendo, con su valiosa colaboración e indiscutida capacidad, que yo centrara mi exposición, exclusivamente a la parte quirúrgica de la vía biliar principal.

En segundo término, quiero recordarles que nuestra formación quirúrgica es deficiente e incompleta; hemos actuado siempre en una ciudad de nuestra campaña, donde la labor quirúrgica hospitalaria absorbe casi la totalidad de nuestro tiempo, haciendo difícil la concurrencia a los grandes centros quirúrgicos que funcionan en Montevideo. Somos, pues, más que nada, un hombre práctico, con cierta experiencia quirúrgica, pero, también, con muchos vacíos científicos.

No pretendemos poner el tema al día, haciendo un estudio exhaustivo de la cirugía de la vía biliar principal, pero sí, aspiramos a que nuestra exposición provoque la discusión entre los distinguidos maestros y cirujanos que nos escuchan, de donde han de surgir conclusiones que sé, serán mucho más valiosas e importantes que lo que pueda decir yo en este relato.

ALGUNOS DATOS DE LA ANATOMIA Y FISILOGIA DE LA VIA BILIAR PRINCIPAL

El Prof. Pablo Mirizzi, en su libro sobre la *Litiasis de la vía biliar principal* (año 1957), hace las siguientes puntualizaciones:

“La vía biliar principal la forman el colédoco y el sistema del hepático. El canal colédoco, desde la terminación del cístico hasta la ampolla de Vater, mide en términos medios de 10 a 11 cms., teniendo una dirección descendente a derecha y adelante. Es natural que en el curso de los procesos patológicos que lo afecten, sufra variadas modificaciones, tanto en su dirección, longitud, diámetro y estructura.

”El canal colédoco en su parte inferior está en contacto con dos órganos: el páncreas y el duodeno, teniendo en su punto terminal, relación íntima con tres elementos anatómicos muy importantes: la ampolla de Vater, el esfínter de Oddi y la terminación del canal de Wirsung. El colédoco, en su travesía de la pared duodenal, se une, a veces, al canal de Wirsung, presentando una dilatación que se llama divertículo duodenal de Vater.

“El esfínter de Oddi tiene dos porciones: superior e inferior. El esfínter propio del colédoco (Schwegler y Boyden), está formado por el tercio superior de las fibras musculares oblicuas (Westfahl y Mann) que forman un anillo contráctil, bajo el control del neumogástrico, siendo responsable, según Westfahl, de la estasis de hipertonia.

”Por debajo está el esfínter propio de la ampolla de Vater (Schwegler y Boyden), formado por un anillo más débil que rodea en 8 la terminación del colédoco y el Wirsung, estando bajo el control del simpático y sería el responsable de la estasis de hipotonía. El canal de Wirsung es la vía de excreción pancreática, aunque a veces esta función está desempeñada por el canal de Santorini. Esto sucede más raramente en la mujer que en el hombre. El canal de Wirsung, para algunos, mide al terminar 3 a 4 milímetros; para otros, 2 milímetros.”

Mirizzi hace notar que este canal es muy rico en fibras elásticas en su porción terminal, lo que le permite plegarse en acordeón, de donde la facultad de expulsión cuando el Oddi se abre o relaja. Cuando esta red elástica se destruye, el canal se dilata en su terminación.

SISTEMA DEL HEPATICO

Siempre seguimos a Mirizzi en esta descripción. El sistema del hepático está formado por este canal y sus ramas de división intrahepáticas. Comprendemos que no se trata de un sistema independiente; simplemente, nos proponemos resaltar su importancia anatómica, funcional y patológica. Los elementos musculares que forman parte de sus paredes, al contraerse, desempeñan una función importante como barrera fisiológica en la excreción normal de la bilis, lo mismo que oponen resistencia a que su contenido ascienda al hígado, función importante, por ejemplo, en los casos de anastomosis o fístula interna del colédoco con el duodeno. La presencia de este mecanismo contráctil que desempeña su función como un esfínter fisiológico, da al canal hepático una real importancia.

También se ha descrito un síndrome anatomofuncional del hepático. Por otra parte, los investigadores franceses han demostrado la existencia de un síndrome funcional puro del canal hepático. Estos hechos han sido puestos en evidencia gracias a los progresos de la colangiografía operatoria, así como también, la existencia de una litiasis alta de la vía excretora. El canal hepático mide unos 3 cms. de longitud desde el cístico hasta su división en dos ramas. Mirizzi hace notar que la colangiografía ha demostrado la presencia de una rama posterior y que hasta puede ser el sitio de una litiasis, muy difícil de tratar.

ALGO DE FISIOLOGIA

Dice Mirizzi: "Hecho insólito, rigurosamente exacto hasta el año 1924, se atribuía a la vía biliar principal una función pasiva".

Se admitía que en el intervalo de las digestiones la bilis se acumulaba allí, impedida de pasar al intestino por la tonicidad del esfínter de Oddi. Cuando la dilatación del canal había llegado a cierto grado, la bilis pasaba a la vesícula donde se concentraba, para —durante el acto digestivo— volver al colédoco, de donde pasaba al duodeno.

Fueron los estudios realizados en Córdoba por medio de la *colangiografía operatoria* (año 1931), que llamaron la atención sobre la función *activa*, tanto de la vía biliar extrahepática, como la intrahepática.

Se demostró que este dinamismo se traducía por movimientos *peristálticos* del colédoco y por la “contracción del canal hepático”.

El peristaltismo del hepático, apreciado por la colangiografía, operatoria, se exterioriza por modificaciones en su longitud, diámetro y contornos y coinciden con la evacuación de la parte superior de la vía biliar y el pasaje de la sustancia opaca al duodeno. En cuanto a la *contracción del canal hepático*, la colangiografía operatoria lo evidencia por modificaciones del diámetro en su extremo distal.

Este hecho es el que ha llevado a sostener la existencia de un mecanismo contráctil que funcionaría a la manera de un esfínter fisiológico a ese nivel. Estos hechos dice Mirizzi que no los ha observado más que en ciertos estados patológicos, en los cuales el fenómeno contráctil podía estar exagerado o mismo asociado a un factor anatómico anormal; por eso lo ha denominado con el nombre de *síndrome anatomofuncional del hepático*. De la misma manera, parecería que las ramificaciones intrahepáticas también están dotadas de movimientos contráctiles, provocando así la progresión activa de la bilis, fenómeno que Mirizzi compara con el de la “pera de Richardson”, que no es más que una sístole del sistema, por oposición a diástole, que corresponde al momento de relajación.

Es un hecho aceptado que la sección del esfínter de Oddi, no sólo impide la repleción de la vesícula sino, también, su evacuación, a menos que se dé una comida.

De acuerdo a la teoría de las contracciones del sistema hepático y el peristaltismo del colédoco, en el intervalo de las comidas, la bilis que se acumula en el colédoco debido a las contracciones del hepático y la toxicidad del esfínter de Oddi, pasa a la vesícula.

Ahora bien, durante el acto digestivo, la bilis concentrada en la vesícula, vuelve al colédoco y de allí pasa al duodeno, para mezclarse con el quimo, porque mientras el esfínter de Oddi se relaja, el hepático, por acción sinérgica, se contrae, e impide que la bilis refluya al hígado. La fisiología experimental, como también la colangiografía, prueban que los hechos suceden como acabamos de mencionarlo.

ALGUNOS HECHOS PATOLOGICOS CORRELACIONADOS ENTRE SI

Generalmente la litiasis de la vía biliar principal, es precedida por fenómenos de colecistitis; muy frecuentemente, durante el acto quirúrgico, nos encontramos con una vesícula atrófica y perforada en el intestino. Son corrientes los trastornos funcionales del Oddi y fenómenos pancreáticos durante la litiasis vesicular que, por otra parte, favorecen la litiasis coledociana, lo mismo que la presencia de cálculos en el hepatocolédoco, favorecen la estrechez del tercio inferior del colédoco, como también la acción del microbismo. Estos trastornos dinámicos del Oddi, provocan modificaciones de la vía biliar principal: aumento del diámetro en más en unos y, en otros, su alargamiento.

Mirizzi hace notar que todos estos trastornos funcionales desaparecen, casi siempre, después de la colecistectomía, o extracción de cálculos, lo que nos lleva a pensar que obran como verdadera causa desencadenante de dichos trastornos. Se ha demostrado, también, la existencia de precipitados lipoides en el colédoco y la vesícula "fresa" (Hermann). Este hecho es importante, porque dichas alteraciones en las paredes del colédoco, serían responsables de los trastornos funcionales del esfínter de Oddi, en el postoperatorio (Mirizzi).

Generalmente, en la litiasis biliar, el páncreas presenta una serie de alteraciones, ya sea bajo forma de edema o de esclerosis. También, se ha descrito un síndrome icterico, producido por cálculos del canal de Wirsung (Edelman y Perring).

Todos estos hechos nos llevan a admitir que los procesos de la vía biliar principal, son parte integrante de afecciones que interesan un conjunto visceral anatómico y fisiológico conexo: parénquima hepático, vía biliar intrahepática, vesícula, páncreas, duodeno, etc. Por eso, la cirugía de la vía biliar principal, puede surgir de afecciones en que el proceso radica en ella o por un proceso de otras vísceras; por ejemplo, drenar una angiocolitis, derivar el curso de la bilis en un neoplasma pancreático.

La indicación de actuar quirúrgicamente sobre la vía biliar principal puede presentarse en tres circunstancias:

- A) Antes de toda intervención.
- B) En el curso de una intervención.
- C) Después de una intervención.

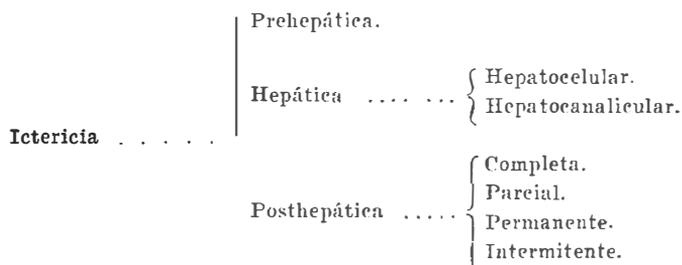
A) ANTES DE TODA INTERVENCION

¿Cuáles son los procesos que se localizan en la vía biliar principal? La contestación a esta pregunta nos lleva al estudio del “*síndrome coledociano*”.

“Se entiende universalmente por síndrome coledociano, el cuadro determinado por la obstrucción de la V. B. P. cualquiera sea la localización y naturaleza del proceso que lo produce, y que exterioriza su existencia por una sintomatología y signología características, siendo la ictericia el elemento central en torno al cual gira el cuadro clínico” (Dr. Marcos Meeroff: *Revista de Gastroenterología Argentina*).

Tiene importancia saber qué tipo de ictericia es la responsable del síndrome coledociano. Siendo la ictericia el principal elemento que exterioriza el cuadro clínico del síndrome coledociano, y siendo este síndrome eminentemente quirúrgico, lógico es que estudiemos, aunque sea someramente, las ictericias, porque, como bien lo sabemos, no todas las ictericias entran en la esfera quirúrgica.

Ducci ha clasificado las ictericias en: prehepática, hepática y posthepática, con las variantes que resumimos en el siguiente cuadro:



El síndrome coledociano es el que produce las ictericias post-hepáticas con sus variedades, también llamadas ictericias quirúrgicas, mientras que las otras, integran el grupo de las llamadas ictericias médicas.

Interesa también, mencionar, que la forma hepatocanicular da un síndrome icterico que, humoralmente, es casi igual a la ictericia posthepática, mientras que, clínicamente, corresponde a la forma hepática. El síndrome coledociano es producido por diversos y variados tipos de afecciones, enumeradas por Spellberg y completada la lista por Meeroff.

He aquí dicha clasificación, desde el punto de vista etiológico:

- 1º) **Cálculos:**
 - Biliares.
 - Pancreáticos.
- 2º) **Tumores: adenomas, quistes, sarcomas, carcinomas:**
 - Vesícula.
 - Cístico.
 - Colédoco.
 - Hepático.
 - Ampolla de Vater.
 - Duodeno.
 - Páncreas.
 - Hígado.
- 3º) **Infartos ganglionares:**
 - Carcinoma metastásico.
 - Enfermedad de Hodgkin.
 - Linfosarcoma.
 - Leucemia.
 - Tuberculosis.
 - Sífilis.
- 4º) **Lesiones inflamatorias de las vías biliares:**
 - Edemas.
 - Abscesos.
- 5º) **Cicatrices:**
 - Extrínsecas o intrínsecas.
 - Por inflamación.
 - Postoperatoria.
 - Otros traumas.
- 6º) **Pancreatitis crónica.**
- 7º) **Obstrucción congénita de las vías biliares.**
- 8º) **Parásitos:**
 - Equinoseriosis.
 - Ascariidiosis.
 - Distomatosis hepática.
 - Estrongilidiosis.

De toda esta mención que hemos hecho, las causas más frecuentes que encontramos como productos de síndrome coledociano, son: la litiasis, el neoplasma de cabeza de páncreas, quiste hidático abierto en la vía biliar, o de la cara inferior del hígado, capaz de comprimir el hilio. Luego, la cicatriz o fibrosis postoperatoria o los traumatismos del hígado, como veremos más adelante, al relatar la historia de una enferma que recientemente hemos operado.

MEDIOS DEL DIAGNOSTICO DEL SINDROME COLEDOCIANO

Su estudio comprende:

- a) Examen clínico.
- b) Estudio radiológico.
- c) Pruebas de laboratorio y sondeo duodenal.

Dejaremos de lado el estudio radiológico, de laboratorio y sondeo duodenal; ellos son motivo de dos correlatos que ya hemos mencionado; nos limitaremos, pues, al examen clínico.

a) **EXAMEN CLÍNICO.**— El Dr. Segall (simposium de Gastroenterología Argentina) ha hecho el estudio clínico del síndrome coledociano, y a quien seguiremos en esta descripción.

Pese a los avances de técnica y a la gran cantidad de pruebas funcionales y de laboratorio, así como los adelantos en el campo de la radiología, elementos de gran importancia para un diagnóstico correcto, una historia clínica completa, será siempre el pilar fundamental de la clave del diagnóstico. Este aserto está fundamentado en el hecho de que no siempre cuenta el cirujano con un servicio completo de rayos X (me refiero a los que actuamos en el interior del país), ni laboratorios bien equipados, así como también, personal técnicamente capacitado. Estamos habituados a actuar con medios precarios de ayuda; quizás por eso damos gran importancia al sentido o criterio clínico y creemos que un interrogatorio bien llevado y un estudio semiológico completo, pueden conducirnos a un diagnóstico exacto en un gran porcentaje.

Por otra parte, como muy bien lo hace notar Segall, “todas las pruebas de laboratorio y rayos X —sin pretender restarles importancia—, deben ser interpretadas a través del tamiz de la clínica”.

Más difícil es llegar al diagnóstico causal y ello se explica fácilmente, si pensamos en la gran cantidad de factores etiológicos, capaces de engendrar un síndrome coledociano, y que un factor etiológico determinado, por ejemplo: una litiasis, es capaz de provocar o favorecer la aparición de una “neoplasia”.

De acuerdo al plan que hemos trazado, estudiaremos sucesivamente: antecedentes, formas de comienzo, dolor, fiebre, ictericia, edad del enfermo y síntomas depresivos, pasando luego a los síntomas o signos recogidos por un cuidadoso examen físico.

Antecedentes.— Es de gran valor recoger en la historia, referencias de trastornos dispépticos, sin olvidar la presencia o ausencia de fenómenos dolorosos, bajo la forma de cólico o no, que puedan orientarnos hacia una litiasis.

En nuestro medio, tendremos siempre presente el quiste hidático abierto en las vías biliares, y sin llegar a ello, los trastornos que el parásito en su desarrollo puede producir, tanto en el hígado como en las vías de excreción, lo que ha llevado al Profesor Chifflet a la concepción de que la hidatidosis del hígado es una *afección hepatobiliar*.

Otro elemento a tener en cuenta, son las intervenciones quirúrgicas anteriores, especialmente la colecistectomía, con o sin exploración de la vía biliar principal, capaz de producir ulteriormente un síndrome coledociano, por estenosis del colédoco, reaccional o traumático; la ligadura o sección o pinzamiento del hepático y colédoco y, también, la frecuencia de la litiasis residual.

Schiff y Wipple han citado casos de colangitis esclerosantes después de una colecistectomía, en que la estenosis era provocada por tejido conjuntivo cicatricial.

Segall, insiste en el hecho, para él importante, y es que todos estos enfermos operados han recibido transfusiones de sangre o de plasma, de donde resulta que ictericia que aparezca hasta seis meses después de una intervención, evoca inmediatamente el recuerdo de las hepatitis a suero —homólogo—, hecho éste a tener muy en cuenta, sobre todo en casos de reintervención.

No dejaremos de investigar en los antecedentes, el alcoholismo y todos los hechos vinculados a una posible ictericia virósica.

También la ingestión de drogas que, por su toxicidad, son capaces de producir una hepatitis (ictericia hepática), en las que mencionaremos el tetracloruro de carbono, o etileno, los arsenicales, fósforo, atofán, clorpromazina, metiltestosterona, etc. Debemos, también, tener presente, el tinte amarillo que ciertas sustancias son capaces de transmitir a la piel y orinas y nada tienen que ver con una ictericia. Esto sucede cuando se ingiere en forma exagerada algunos vegetales ricos en caroteno. Lo mismo pasa con el ácido pícrico, tripaflavina y algunos antiparasitarios, como la atebrina.

Es fácil, examinando a la luz natural la orina fresca, diferenciar el amarillo provocado por estas sustancias, del tinte comunicado a la orina por una ictericia.

Comienzo.— Comienzo brusco, con chuchos de frío, dolor y fiebre, nos inducen a pensar en la litiasis; lo mismo que comienzo insidioso y sin dolor, pero con anorexia y adelgazamiento, nos lleva a pensar en el cáncer localizado en la cabeza del páncreas o en la propia vía biliar.

Es claro que esto no es absoluto, y que una litiasis coledociana, puede tener un comienzo silencioso, con poca sintomatología, pero haciendo sentir su repercusión en el estado general que se agrava lentamente. Contrariamente, el neoplasma del páncreas puede iniciarse bruscamente, como una litiasis con dolores y trastornos hepatodigestivos, en el que la ictericia ha tenido un principio rápido. Por otra parte, cuando un síndrome coledociano se instala en una mujer con más de 50 años y un pasado de sufrimientos vesiculares, podemos pensar en el carcinoma de la vesícula; si es un hombre y su aparición ha sido lenta, pero progresiva y casi indolora, nos lleva a sospechar un carcinoma de la vía biliar principal o del cístico, teniendo también presente que un carcinoma del tubo digestivo puede dar metástasis ganglionares en ese nivel, lo mismo que la leucemia y la enfermedad de Hodgkin, como también la tuberculosis.

Todas estas afecciones que hemos mencionado como posibles causas de un síndrome coledociano, nos explican lo difícil que es, a veces, llegar al diagnóstico etiológico verdadero.

Dolor.— El dolor en la litiasis coledociana, puede ser permanente y fijo en la región hepática; otras veces, es paroxístico, con intermitencias y se localiza en el epigastrio con irradiación a la región precordial.

Este dolor suele ser de larga duración y, cuando calma, no desaparece totalmente.

No debemos olvidar, como ya lo dijimos, que el dolor suele estar ausente en la litiasis del colédoco.

Digno de mención es, también, la ausencia de dolor en el neoplasma de la cabeza del páncreas, llamado cáncer de Bard y Pic y que da lugar al síndrome pancreaticobiliar de Dieulafoy. Todo lo contrario sucede cuando el cáncer se localiza en el cuerpo del páncreas, realizando el síndrome pancreáticosolar de Chauffard, en el cual el dolor es intenso y dramático.

Al principio, el dolor que siempre precede a la ictericia, se localiza en el hipocondrio izquierdo y hemitórax izquierdo. Más tarde se hace mediano en barra supraumbilical y de intermitente y paroxístico se hace permanente y constrictivo o con exacerbaciones.

El carcinoma primitivo del hígado suele manifestarse al principio por dolores atenuados que se exageran con los movimientos, localizado en el hipocondrio derecho e irradiados a la región dorsal.

Fiebre.—La fiebre casi siempre está presente en la litiasis en grados variables; a veces brusco, acceso febril intermitente, semejando al paludismo. Otras veces, el cuadro febril es moderado, persistente, con exacerbaciones para bajar nuevamente a su estado inicial, sin desaparecer o llegar a lo normal; es a lo que se llama fiebre bilioséptica de Chauffard, y denuncia una angio-colitis.

También la fiebre suele faltar en la litiasis cuando la colangitis está ausente o es mínima.

Accesos febriles, suelen acompañar al carcinoma de la ampolla de Vater; en cambio, el carcinoma de la vesícula va acompañado de una febrícula moderada y continua en un tercio de los casos (Segall).

El carcinoma primitivo o metastásico de hígado, suele acompañarse de un cuadro febril tipo séptico, con remisiones y, mismo, apirexia y dolores tipo reumático de intensidad variable.

En la actualidad, con el advenimiento de los antibióticos, los tipos febriles que hemos mencionado han perdido los caracteres que los identificaban.

En cuanto al *prurito*, está presente en todas las ictericias cuando llegan a cierto grado. No obstante, Schiff menciona que suele estar ausente en las ictericias por hepatitis infecciosa, y algunos autores señalan que es precoz e intenso en el cáncer.

Lo que se puede afirmar prácticamente, es que no hay paralelismo entre la intensidad de una ictericia y la intensidad o magnitud del prurito.

Ictericia.—Es el síntoma que más llama la atención y no olvidemos que debe ser observado siempre a la luz natural.

En la obstrucción de la vía biliar principal, es progresiva pero lenta en su acentuación, en la litiasis del colédoco, como también, en el carcinoma de la ampolla de Vater, tiene remisiones que, a veces, llevan al aclaramiento de la piel; en cambio, se dice que en el cáncer de la cabeza del páncreas siempre es progresiva y continua.

Este concepto de la progresividad y continuidad de la ictericia en el carcinoma de la cabeza del páncreas, dice Segall, debe ser modificado; y cita el caso de una enferma con síndrome coledociano de aparición brusca, con vesícula palpable, que a las dos semanas aclaró casi completamente, desapareciendo, también, el tumor vesicular. Todo hacía pensar en una litiasis, cuando reaparece nuevamente el síndrome coledociano: se interviene a la enferma, encontrándose un blastoma de la cabeza del páncreas. Hay, además, casos semejantes, relatados por muchos cirujanos.

Edad.—La edad del enfermo tiene un valor de orientación, lo mismo que el sexo; a este respecto sólo mencionaremos que en los jóvenes es más frecuente la ictericia por hepatitis virósica; en los viejos es más frecuente el cáncer y litiasis y, en las personas de edad media, la litiasis.

Un niño de meses con un síndrome coledociano, debe llevarnos a pensar que estamos en presencia de una obstrucción congénita o atresia de la vía biliar.

En relación al sexo diremos: en la mujer, predomina la litiasis del colédoco y el cáncer de la vesícula y, en el hombre, predomina el cáncer del páncreas y el cáncer primitivo del hígado.

Síntomas depresivos.—Han sido observados y descritos por Yaskin; el carcinoma del páncreas a veces es precedido por un

síndrome síquico caracterizado por depresión, ansiedad, insomnio, simulando una sicosis depresiva durante un tiempo, al final del cual, aparecen los síntomas propios del cáncer pancreático.

Además, se han descrito flebitis migratorias en el carcinoma del páncreas, antes de la aparición de todo otro síntoma y se atribuyen a trastornos producidos en los factores que intervienen en la coagulación de la sangre.

Examen físico.— Para que tenga valor, debe ser meticoloso y realizado con mucha paciencia, lo que impone una observación diaria del enfermo para poder apreciar los cambios que impone la evolución de la enfermedad.

La inspección nos enseñará sobre la ictericia, angiomas estelares, que habitualmente acompañan a la cirrosis del hígado.

Los sitios más frecuentes de aparición son: el cuello, cara, frente y en la parte superior del tronco. Raramente se observan en personas sanas y casi nunca en el síndrome coledociano debido a cáncer o litiasis.

La circulación colateral y la ascitis, también son signos reveladores de cirrosis, aunque en el carcinoma primitivo de hígado o metastásico, como en tumores múltiples del peritóneo, cuando hay obstrucción o compresión portal, la ascitis es importante.

Otras veces, veremos una tumoración del hipocondrio derecho que sigue los movimientos respiratorios y que corresponde a la vesícula biliar.

La palpación, como bien lo dice Segall, debe ser “suave, cuidadosa y prolija”; palpar no es “estrujar” el abdomen, que provoca la contractura muscular.

Si fuera posible, este examen debe ser realizado en una camilla o cama dura, con las rodillas flexionadas y la cabeza ligeramente levantada. La palpación nos informará sobre el tamaño, consistencia, movilidad, sensibilidad y forma del órgano que se palpa.

En el síndrome coledociano, cuando es provocado por litiasis, el hígado, según Ramond, está aumentado de tamaño. No por sabido dejamos de recordar que Brulé ha descrito una ingurgitación del hígado que coincide con las crisis dolorosas; es el hígado en acordeón por ingurgitación biliar, con sensibilidad dolorosa en ciertos puntos, liso y de consistencia firme (Fiessinger). La palpación nos enseñará también sobre la sensibilidad en los

puntos clásicos: punto vesicular, punto de Desjardins, o zona coledociana en la línea umbílicoaxilar, zona pancreáticocoledociana de Chauffard y Rivet. En el síndrome coledociano por carcinoma de la vía biliar principal o del páncreas, hay hepatomegalia, de superficie lisa, no dolorosa y que llega a varios traveses de dedo por debajo del reborde costal.

Dice Schiff, que toda ictericia que se prolonga varias semanas y no da hígado grande, descarta la etiología neoplásica de un síndrome coledociano.

También la cirrosis del hígado, en su período hipertrófico, da hepatomegalia con hígado de consistencia dura y superficie irregular.

Una gran hepatomegalia, de consistencia dura, de superficie irregular y sembrada de nódulos de distinto tamaño, es índice de carcinoma hepático, no olvidando que el carcinoma difuso primitivo del hígado, no da nódulos y la superficie es lisa.

Cuando el aumento de tamaño se hace a expensas del lóbulo izquierdo, casi siempre indica metástasis de un neoplasma del estómago o colon.

Tumoraciones con deformación del hígado, se observan también en el quiste hidático, neo de la vesícula, goma, absceso hepático, etc. Cuando el hígado está disminuido de tamaño, estamos en presencia de una cirrosis atrófica o en período atrófico, o de la atrofia amarilla aguda.

La vesícula biliar, en estado normal, no se palpa; cuando se hace patológica, por causas variables, o retiene bilis, puede entonces ser accesible a la palpación. Vesícula grande, tensa, piriforme, poco dolorosa y que es posible desplazar en el sentido lateral, es la vesícula que Bard y Pic han descrito como características del cáncer de la cabeza de páncreas y que Segall extiende a los carcinomas de la vía biliar.

Cuando en un síndrome coledociano, no se palpa la vesícula, indica litiasis; es la ley de Curvoisier-Terrier, que no siempre se cumple, pues hay autores que sostienen que la litiasis del colédoco puede dar una vesícula palpable. El cáncer de vesícula se presenta como una masa tumoral (50 %) con el hígado muy a menudo de consistencia dura, poco doloroso y bastante regular. En cuanto al bazo, puede darse por sentado que en las ictericias

quirúrgicas, casi nunca hay esplenomegalia. Sin embargo, cuando una litiasis biliar se acompaña de infecciones serias y prolongadas, así como en el absceso del hígado, puede existir esplenomegalia.

Frente a una ictericia, con bazo grande, debemos pensar, primero, en las ictericias hemolíticas, hepatitis o ictericia infecciosa, cirrosis biliar y portal.

Este examen clínico, debe completarse con el estudio de los otros órganos que forman los sistemas de la economía, para tener una información completa del enfermo y, sobre todo, tiene importancia la observación de la orina y las heces.

La crina.—Debe observarse todos los días la cantidad eliminada y coloración. Debe adoptarse como norma en todo icterico, recoger en un tubo de ensayo, una muestra de la orina emitida en 24 horas. Estos tubos los numeramos empezando por el 1, indicando también la fecha. Comparándolos entre sí, nos sirve para apreciar a simple vista, los cambios en la intensidad de la coloración, que puede ser progresiva hasta hacerse casi negra o sufrir variaciones en menos, cuando la ictericia mejora o tiene remisión, en las ictericias intermitentes o parciales. El color puede ser semejante al té cargado (casos de urobilina intensa), o amarillo rojizo y mismo marrón oscuro, en caso de contener bilirrubina.

Las heces.—También, como la orina, tiene importancia su observación diaria. Materias decoloradas, blancas, como masilla, indican obstrucción total; en cambio, cuando hay variaciones y ciertas porciones aparecen más teñidas, nos hablan de obstrucción parcial o incompleta. Cuando las materias fecales, además de ser decoloradas son grasosas y fétidas, nos indican que el *Wirsung* está comprometido.

La existencia de sangre, visible, bajo forma de melena, u oculta, nos hace pensar en un cáncer de la ampolla de Vater o del tubo digestivo, cuyas metástasis en los ganglios de la región, o mismo del hígado, son las responsables del síndrome coledociano.

El estudio y conocimiento del enfermo no estará completo sin los exámenes y pruebas de laboratorio y de rayos X, que no nos corresponde y sólo mencionamos.

La actitud del cirujano que va a operar un enfermo de vías biliares debe de ser variable; según las posibilidades que considere de una participación coledociana y tiene importancia para la elección de la anestesia, la incisión a emplear y los ayudantes.

La anestesia.— El principio fundamental que se exige es emplear un anestésico que con el mínimo riesgo tóxico para el hígado, produzca una buena relajación de los músculos abdominales. No existe ningún anestésico específico, como tampoco en lo referente a técnica de la anestesia. Recordaremos que el cloroformo y tricloroetileno no deben emplearse por sus propiedades hepatotóxicas. No debemos olvidar que la anoxia o la hipoxia pueden acarrear trastornos más graves que cualquier anestésico. El tricloroetileno, también, es un anestésico muy débil.

El anestésico y el método de administración, lo determinan: el estado y la edad del enfermo y el tipo y duración de la operación que vamos a practicar.

También debe tenerse en cuenta la experiencia y habilidad del anestesista.

En el departamento de Treinta y Tres, contamos con un anestesista diestro y experiente.

Vamos a referirnos a la anestesia que empleamos en quiste hidático del hígado, vesícula y en colédoco. La noche antes de la intervención, 1 cápsula de Seconal, nembutal o luminal, más fenergán intramuscular. Si hay dolor, calmarlo con pequeñas dosis de morfina. Con esto logramos un buen reposo nocturno. En la mañana, media, a una hora antes de la intervención, según la vía usada, como medicación preoperatoria inmediata, empleamos Demerol, Petidina o morfina más atropina y, a veces, escopolamina, según el estado y edad del enfermo.

INDUCCIÓN.— Kemitol o pentotal al 2 ½ ó 5 %. *Mantenimiento:* éter + ciclopropano + oxígeno + Flaxedil, siguiendo la técnica más usada, que es la de Waters-Smith. Los relajantes musculares más empleados son los curares sintéticos: Flaxedil y la Succinilcolina (Taqui-flaxin). Generalmente, usamos la succinilcolina en goteo, a dosis de 500 a 750 mg. en 500 c.c. de suero glucosado, en operaciones laboriosas acelerando el goteo cuando se requiere un buen silencio abdominal. En enfermos con ictericia, en buen estado general, la misma técnica, pero siendo par-

cos en el uso de los relajantes musculares. Enfermos con ictericia, con toques graves de su estado general, pancreatitis, caquexia, etc., empleamos anestesia mixta: local en combinación con éter gota a gota + oxígeno, o local solamente.

INCISIÓN.— La incisión vertical, mediana o paramediana derecha, oblicua subcostal derecha o transversa, se dividen las preferencias de los cirujanos.

Nosotros empleamos la vertical y la *subcostal*.

Incisión vertical: Empezar lo más alto posible, en el ángulo del apéndice xifoide con el último cartílago costal derecho, seguir ligeramente oblicuo hacia abajo y afuera, pasando unos 4 ó 5 cms. del ombligo y rebasándolo hacia abajo otro tanto. Cortada la hoja anterior del recto, algunos lo reclinan hacia afuera, otros lo cortan cerca de su borde interno, sin que por esto se debilite la cicatriz y facilita el cierre. Esta incisión da un buen acceso y excelente exposición de las vías biliares, permite, incluso, extraer el apéndice y facilita la exploración del resto del abdomen.

Incisión subcostal derecha: Empieza en el apéndice xifoides o lo rebasa a la izquierda; sigue paralelo y a pocos centímetros del reborde costal derecho, cortando los músculos abdominales y el recto o reclinando este músculo hacia la línea media. Esta incisión es buena para una colecistectomía y da también buen acceso a las vías biliares. La empleamos corrientemente. Tiene la desventaja de dar eventraciones, sobre todo cuando hay infección; y de no permitir una exploración abdominal.

En cuanto a la incisión transversa no la hemos empleado nunca; da un mal acceso a la vesícula y las vías biliares, ya que queda muy por debajo de estos órganos.

Ayudantes.— Dos ayudantes y un instrumentista. El cirujano se coloca a la derecha del enfermo, teniendo a su frente al primer ayudante. El segundo ayudante se colocará a la izquierda del primero o a la izquierda del cirujano, según las necesidades. El instrumentista a la izquierda del primer ayudante.

Material. Exploración.— Jeringa con aguja para aspiración. Pinza de Judd-Allis, para tomar el colédoco sin lesionarlo. Pinza curva de Pean, que sirva para disecar los conductos y vasos; pinzarlos y, mismo, explorar el colédoco. Sondas y cucharillas maleables, que permitan explorar la vía biliar principal, cuidadosa-

mente, sin lesionarla, comprobando la existencia de cuerpos extraños y permeabilidad de la ampolla. Esta exploración debe ser meticulosa, evitando cualquier desgarro o lesión que sería seguida de cicatriz y estenosis. También, pinzas para cálculos biliares y renales y tubos de goma y vidrio para aspiración.

Se agrupan en este primer capítulo en que hemos dividido este relato, vale decir, antes de toda intervención, 18 operaciones en que hemos ido a actuar directamente sobre la V. B. P. por ser evidente y estar justificada la participación primaria del colédoco.

Estos 18 casos los agrupamos en el siguiente cuadro:

Litiasis del colédoco. Cálculo único	3
Litiasis del colédoco. Cálculos varios	5
Cálculo enclavado ampolla Vater	3
Quiste hidático abierto en vías biliares	4
Neo de la cabeza del páncreas	3

La litiasis única o múltiple del colédoco la hemos tratado con coledocotomía y drenaje de Kehr, con colecistostomía o colecistectomía, según estado, funcionalidad y contenido de la vesícula.

El cálculo enclavado en la ampolla de Vater, en uno de los casos fue posible extraerlo por la incisión coledociana y, en los otros dos, fue necesario ir a la papilotomía transduodenal anterior, sin decolamiento y, desde luego, drenaje con tubo de Kehr. Los quistes hidáticos abiertos en V. B. fueron tratados por coledocostomía y drenaje con Kehr o Petzer, haciendo al mismo tiempo el tratamiento correspondiente del quiste.

En un caso practicamos, también, colecistectomía, por estar comprometida la vesícula, participando del proceso hidático del colédoco y sus paredes alteradas.

En todos estos casos los enfermos curaron, habiendo uno que aún está en observación por ser reciente, pero el enfermo ya está reintegrado a su trabajo.

En el síndrome coledociano por neo de la cabeza del páncreas, en un caso practicamos *colecistogastrostomía* y, en los otros dos, *colecistoduodenostomía*; en todos funcionantes, permitiendo una mejoría general breve, pero libró al enfermo de la ictericia y el molesto prurito, terminando su vida sin estas molestias.

COLEDOCOSTOMIA

Sus indicaciones y técnica

En la segunda parte nos ocuparemos de los distintos métodos y formas de explorar la V. B. P. Ahora, sólo nos concretamos a las indicaciones y técnica de la coledocostomía.

Las indicaciones de la coledocostomía previas al acto operatorio, surgen del estudio clínico, del sondeo duodenal y la radiología (Chifflet). La clínica nos informará sobre la existencia de cólicos o la presencia en los antecedentes de una ictericia y sobre trastornos de la V. B. P.

Olvidar que hay procesos coledocianos, a veces importantes, silenciosos, que son sorpresas del acto operatorio o de la colangiografía preoperatoria.

El sondeo duodenal, bien interpretado, da información precisa sobre el estado del colédoco y de la bilis, así como también, denuncia la presencia de elementos litiásicos, infecciosos y parasitarios. La colangiografía, sobre cuya importancia tanto insiste Mirizzi, en la Argentina; entre nosotros, Zubiaurre y Capandeguy han puesto de manifiesto —y volverá a hacerlo dentro de un momento el Dr. Zubiaurre— su valor para poner en evidencia procesos orgánicos o funcionales de la V. B. P.

Si este estudio que acabamos de mencionar nos pone en presencia de un colédoco enfermo, éste debe ser abierto para su examen y tratamiento correcto.

Técnica de la coledocostomía.— Esta operación puede practicarse en cualquiera de las partes en que se divide el colédoco. La más frecuente, podríamos decir, la clásica, es la supraduodenal; excepcionales son —dice Mirizzi— la retroduodenal, la retropancreática, o la interpancreaticoduodenal, cada una de las cuales tiene sus indicaciones precisas. La coledocostomía supraduodenal, es la más fácil, por ser esta porción del colédoco la más accesible y a la cual se llega sin ningún decolamiento. Requiere, sí, una buena exposición de la región, cuidando no dañar la arteria hepática, el mismo colédoco o la vena porta por las consecuencias de futuro. La sección del epiplón gastrohepático permite una buena visualización de la confluencia del cístico, hepático y colédoco. La abertura del colédoco se puede realizar de dos maneras: a) por una incisión transversal; b) incisión longitudinal

a su eje. La coledocostomía transversal tiene, para Mirizzi, la ventaja de respetar la integridad del colédoco proximal, donde la estructura es la misma que la del canal hepático y en la cual las fibras musculares lisas tienen una disposición en espiral. Además, la incisión transversal, es más apropiada para una anastomosis con el duodeno en los casos que la colédocoduodenostomía externa esté indicada.

La *incisión longitudinal* sobre la cara anterior es la más usada; nosotros la hemos empleado casi siempre.

Antes de abrir hay que asegurarse que lo que tenemos a la vista es el colédoco, puncionando con una aguja fina y aspirando un poco de bilis. A veces es difícil su reconocimiento y hay que tener siempre presente las transposiciones que sufren los elementos del hilio, debido a procesos patológicos subhepáticos, de naturaleza esclerorretráctil. Siempre evitamos, en lo posible, la disección del colédoco, lo mismo que las maniobras bruscas e intempestivas. Otra precaución a tener en cuenta y que señala Mirizzi, es la posibilidad de la disposición en echarpe del cístico, pasando ya sea por delante o por detrás de la vía biliar principal.

Una vez que hemos localizado el colédoco, hacemos la incisión, que debe comenzar inmediatamente por encima del borde superior del duodeno. Esta incisión debe tener una longitud tal, que permita la exploración completa de los canales hepáticos y hacia abajo hasta la ampolla de Vater. Nunca hemos empleado la apertura del cístico para la exploración coledociana, que si bien permite ir hacia abajo, no permite una buena exploración de los hepáticos, dada la angulación del cístico al desembocar en el colédoco.

Por otra parte, expone a accidentes que pueden ser graves, como es la sección de un vaso importante o del hepatocolédoco. Una variante es la *coledocostomía mínima*, empleada por Mirizzi, en los casos poco frecuentes en que hay la posibilidad de extraer un cálculo único a través del muñón cístico y para no provocar el desgarramiento de éste, luego de inmovilizar el cálculo, se practica una pequeña incisión a ese nivel sobre el colédoco, una vez extraído el cálculo y se termina por un drenaje "transcístico".

Durante la coledocostomía debemos mantener cerca el extremo de la cánula del aspirador, para mantener libre de bilis el campo operatorio, lo mismo que colocamos compresas en el hiato

de Winslow, evitando que la bilis o sangre vayan a la retroca-
vidad de los epiplones. Tomadas estas precauciones, se mantie-
nen separados los labios de la incisión por medio de hilos finos o
por pinzas de Allis, a las que se les han quitado los dientes. Se
procede entonces a explorar los conductos hepáticos derecho e
izquierdo, primero con una sonda para informarnos de su luz;
luego empleamos cucharillas o pinzas para extraer los cálculos y
los detritus que pueda contener el colédoco. Una vez que se ha
limpiado y lavado el canal y se ha comprobado la permeabilidad
del Oddi, con perfusión de suero, si ésta no es satisfactoria, po-
demos intentar la dilatación del Oddi por medio de dilatadores
de Baker, hasta llegar a un diámetro algo menor del colédoco. Si
resta alguna duda después de una exploración correcta (Chifflet)
se recurre a la colangiografía operatoria.

Nunca cerramos un colédoco sin drenaje, empleando para
ello un tubo de Kehr o en T, como le llaman los americanos.
Se cierra la incisión del conducto con catgut fino, ajustando el
tubo. Al cabo del 6º ó 7º día se comienza a pinzar durante una
hora o más, tiempo que se va alargando diariamente.

Luego comenzamos a hacer colangioclisis, y si todo va bien
quitamos el tubo entre los 15 y 20 días; siempre antes es con-
veniente hacer una colangiografía para descubrir algún cálculo
que pasara desapercibido o se deslizara de los canales intrahepá-
ticos.

Bantley, Colcak, Castell, de la Clínica de Lahey, en caso de
fibrosis y estenosis de la ampolla, emplean un tubo en T largo,
con una de las ramas introducida dentro del duodeno y mismo
el yeyuno, a fin de mantener dilatada la ampolla hasta que pase
el peligro de una estenosis secundaria. Estos tubos en T largos
se dejan hasta seis y nueve meses en su lugar.

Nuestra casuística, que se refiere a 90 coledocostomías prac-
ticadas por diversas causas, nos habla de los resultados favora-
bles del drenaje; no hemos tenido colorragias en el postoperato-
rio, ni fístulas u otras complicaciones, luego de remover el tubo
de Kehr.

En algún caso, la fístula continuó drenando la bilis por al-
gunos meses, sin consecuencias. Estas son las razones por las
cuales nos mantenemos dentro de los preceptos clásicos que in-
dican drenar todo colédoco que se abre.

Sin embargo, hay entre nosotros distinguidos profesores que en ciertos casos, practican la coledocotomía ideal; vale decir, luego de explorado, y asegurarse la integridad de sus paredes y permeabilidad de su luz, hacen la colédocorrafia, colocando un drenaje subhepático.

Creo que uno de los primeros que la realizó con éxito fue el Prof. del Campo y, más tarde, en el año 1952, el Prof. Palma presentó a la Sociedad de Cirugía, los resultados favorables de 15 coledocotomías sin drenaje. Mirizzi, que hace años —inspirado en los trabajos de Eisleberg, Walzel y Dubard y ayudado de la práctica de colangiografía operatoria— la realizó en 27 enfermos afectados de litiasis de la vía biliar principal, de los cuales 3 fallecieron por coleperitoneo, a pesar de haber elegido los casos y tomado todas las precauciones.

Esto demuestra —dice el maestro argentino— que el drenaje externo de la vía biliar principal es *esencial* después de la coledocotomía. Hace notar Mirizzi, que es imposible de prever, a pesar de la colangiografía operatoria, la producción de espasmos y modificaciones de calibre después del acto quirúrgico, como también el aumento de la presión de la bilis debido a espasmos del Oddi, ni otros factores que ponen obstáculo a la excreción de la bilis y favorecen así, la dehiscencia de la sutura del colédoco. Por otra parte, la ausencia de un drenaje externo del hepatoclédoco, se opone a la verificación postoperatoria de la vía principal.

Por todas estas razones, la *coledocotomía ideal*, mismo seguida de un drenaje subhepático, debe ser *proscripta*.

Coledocostomía retroduodenal.— Requiere el decolamiento del duodeno, incindiendo el peritoneo a lo largo de su borde derecho y haciendo girar el duodeno a la izquierda; es una zona peligrosa y expone a lesionar vasos, principalmente de la pancreática duodenal.

Se localiza con el dedo el cálculo y se incinde longitudinalmente el colédoco en una extensión que depende del volumen de éste. Comprobada la permeabilidad de la ampolla, se cierra la incisión y se coloca Kehr en la parte supraduodenal del colédoco.

Coledocostomía retropancreática.— Está indicada cuando hay un cálculo enclavado en la porción retropancreática del duodeno. Requiere previamente el decolamiento pancreático duodenal.

Frecuentemente el cálculo está alojado en un *falso divertículo* que se ha producido al deformar los contornos del colédoco el proceso de pancreatitis crónica que lo acompaña.

En estas condiciones es imposible su extracción por la vía alta, porque expone a lesionar la vía biliar, y lo que es más grave, producir una falsa ruta.

Hay que estar prevenido para no confundir un núcleo duro de pancreatitis crónica, mismo calcificaciones pancreáticas o una litiasis pancreática con un cálculo del colédoco a ese nivel. Cuando el cálculo está separado por una delgada lámina de tejido no hay problemas; éstos existen cuando se debe atravesar parte del tejido pancreático. Entonces se corre el riesgo de provocar una hemorragia y mismo necrosis de esta glándula. Mirizzi relata que ha practicado dos veces con una muerte por hemorragia postoperatoria.

Coledocostomía interduodenal pancreática.— Se practica para extraer un cálculo enclavado en la porción supravateriana del colédoco, inmediatamente antes de penetrar el colédoco en la pared duodenal.

También requiere la movilización duodenal pancreática de Kocher. Se puede usar la pinza de Gentile para papilotomía; con ella se reduce el campo operatorio, a la pequeña zona del cálculo. Siempre hay hemorragia de las ramas de la arteria pancreático-duodenal, que hay que ligar bien y desprender cuidadosamente el páncreas del duodeno, antes de abrir el colédoco. La operación se termina con sutura y drenaje supraduodenal del colédoco con tubo en T, haciendo que la rama inferior sobrepase el sitio de la incisión interpancreaticoduodenal del colédoco.

PAPILOSTOMIA TRANSDUODENAL

Está indicada cuando hay un cálculo enclavado en la ampolla o papila de Vater. Generalmente se descubre al hacer la exploración coledociana, ya con el vientre abierto. Mirizzi da como signo de probable enclavamiento, el que proporciona la colangiografía operatoria, donde la obstrucción de la papila es casi total, permitiendo muy poco pasaje de la sustancia opaca al duo-

deno y, al mismo tiempo, muestra una gran actividad contráctil del colédoco suprayacente. La papilotomía transduodenal se puede practicar de dos maneras: la clásica y la mínima, de Mirizzi.

La *papilotomía transduodenal* clásica requiere, casi siempre, la movilización duodenopancreática y una incisión mayor del duodeno.

Tiene, entre otros inconvenientes, exponer a la fístula duodenal postoperatoria y, además, de aumentar el trauma quirúrgico por el decolamiento que exige.

Abierto el duodeno, se localiza en la cara posterior la terminación de la ampolla y sobre el cálculo se efectúa la incisión en la cara anterior de la misma.

Se cierra transversalmente la incisión duodenal, primero con catgut, sutura continua y, segundo, con lino y algodón. Si requiere, se hace un tercer plano o se recubre con una protección del epiplón para mayor seguridad.

La *papilotomía transduodenal mínima* de Mirizzi, tiene la ventaja de no requerir la movilización duodenal y realizarse con una pequeña incisión en el duodeno, permitiendo un cierre perfecto del duodeno sin exponer a la fístula postoperatoria.

Su ejecución correcta exige el empleo de la pinza de aro oral, tipo Gentile, que ya hemos mencionado. Esta pinza hace una presa no traumática por ser elástica y, además, es hemostática e impide la salida del contenido duodenal y limita el campo operatorio. En un primer tiempo se coloca la pinza de manera que el cálculo quede en la luz del anillo. En un segundo tiempo se hace la duodenostomía sobre la pared anterior, paralela al eje, cuya extensión máxima puede llegar a 2 cms. Visible la papila, se incide sobre el cálculo y se extrae. En tercer tiempo, se sutura la pared duodenal transversalmente con catgut y algodón, empleando aguja fina para no traumatizar.

Esta técnica de Mirizzi es la que empleamos en las tres papilotomías que hemos ejecutado y los resultados han sido completamente satisfactorios y sin incidencias.

Para terminar, debemos recordar que toda papilotomía debe ser sometida a “*verificación*” de la vía biliar principal para no desconocer cálculos, cuya presencia no ha sido evidenciada por la palpación.

B) EN EL CURSO DE UNA INTERVENCION

Durante una operación abdominal, cuando ya tenemos vientre abierto, las posibilidades de tener que decidir una intervención sobre la V. B. P. son muchas.

Puede tratarse de una intervención sobre la propia glándula hepática, en la vesícula o sobre los órganos vecinos de la logia subhepática. Es necesario recordar, como se ha dicho: que las afecciones de la V. B. P. son parte integrante de procesos que interesan un conjunto visceral anatómico y fisiológico conexo: parénquima hepático, vías biliares intrahepáticas, vesícula, páncreas, duodeno y mismo estómago (región pilórica).

Es ya un *axioma en cirugía, que en toda intervención sobre cualquiera de estos órganos, la vía biliar principal debe ser explorada cuidadosamente*. Otras veces es en cirugía de urgencia, por heridas de arma blanca, o de fuego, que asientan en el abdomen superior, luego de la laparotomía, encontramos la V. B. P. lesionada.

EXPLORACION OPERATORIA DE LA V. B. P.

En la primera parte de este relato hemos expuesto la técnica y los diversos tipos de coledocostomía, así como también, la exploración instrumental. Corresponde ahora examinar los distintos medios de exploración de la V. B. P. de que dispone el cirujano durante el acto quirúrgico. Nos referimos a la *exploración operatoria*.

El Prof. Abel Chifflet, en una comunicación a la Sociedad de Cirugía, en el año 1955, expuso los métodos fundamentales que deben regir esta exploración. La exploración puede hacerse:

- A) Con el colédoco cerrado.
- B) Con el colédoco abierto.

A) EXPLORACION CON EL COLEDOCO CERRADO

- 1º) Exploración visual (inspección):
 - sin disección en el pedículo hepático,
 - con disección en el pedículo hepático.

- 2º) Examen directo del interior:
 - colangiografía precoledocostomía,
 - manometría.
- 3º) Palpación:
 - sin decolamiento duodenopancreático,
 - con decolamiento duodenopancreático.

B) EXPLORACION CON EL COLEDOCO ABIERTO

- 1º) Instrumental.
- 2º) Colangiografía.
- 3º) Perfusión a presión.
- 4º) Palpación sobre instrumento.
- 5º) Extracción del contenido para estudio.
- 6º) Colelitofonía (según Mirizzi, es inútil para el diagnóstico de la litiasis de la V. B. P.).
- 7º) *Endoscopia* (ha dado sólo fracasos en los Servicios Quirúrgicos Argentinos).
- 8º) Punción de una zona indurada, pudiendo hacerse antes o después de abrir el colédoco.
- 9º) Examen directo de la terminación del colédoco (duodenostomía).

Para no alargar este relato, no entraremos a discutir el valor práctico y las ventajas de cada uno de estos medios de exploración; saber interpretarlos criteriosamente exige, más que nada, experiencia en esta clase de cirugía, que conceptuamos una de las más difíciles, dentro de la cirugía general.

Este estudio y examen que acabamos de realizar, nos dará una información completa del estado anatómico y funcional de la V. B. P. Recordemos que nos estamos refiriendo a un enfermo que tenemos en la mesa de operaciones, y ya con el vientre abierto, de quien podemos tener o no información preoperatoria de su V. B. P.

Si la tenemos, agregaremos aquellos datos a los que hemos recogido en este momento y escalonando hechos, analizándolos a la luz que nuestros conocimientos de la anatomía y la fisiología nos ofrecen, tendremos un conocimiento cabal del enfermo, estando entonces en condiciones de aplicar la terapéutica que el

mal requiere, evitándonos muchas veces, practicar una operación que puede resultar más perjudicial para el paciente, que la enfermedad que intentamos suprimir.

CASUÍSTICA

Entran en este capítulo en que hemos dividido este relato, las coledocostomías que hemos tenido que realizar, para *completar* una intervención abdominal, y en la que la V. B. P. no figuraba en el primer plano de la operación. Resumiendo nuestra casuística, encontramos que en 357 colecistectomías, o colecistostomías, la mayoría por litiasis, hemos realizado 72 coledocostomías que agrupamos en el siguiente cuadro:

Colecistectomías		Coledocostomías	
1º) Litiasis vesicular y coledociana concomitante.		{	Cálculos grandes del colédoco 7
			Cálculos chicos del colédoco ... 17
2º) Litiasis vesicular sin participación del colédoco.		{	Colédoco dilatado a contenido oscuro 10
			Colédoco dilatado con bilis clara 16
3º) Litiasis del cístico	4		4
4º) Vesícula fresa	20		6
5º) Cáncer de vesícula y litiasis	2		2
6º) Vesícula fistulizada al duodeno sin atrofia y sin cálculos	2		2
7º) Vesícula fistulizada al duodeno con cálculos	1		1
8º) Vesícula fistulizada al colon	1	1
9º) Herida abdominal por arma blanca y lesión del colédoco	1		1
10º) Traumatismo de hígado datando de veinte años, con fibrosis de hígado-vesícula	1	V. B. P. acodada por tironamiento del cístico con hepático dilatado y colédoco delgado	1
11º) Colecistostomías	9	Coledocostomías	4

En todos los casos hemos practicado coledocostomía y luego de tratada y explorada la V. B. P. terminamos con drenaje de tubo en T, realizando, cuando hemos podido, colangiografía postoperatoria, antes de remover el tubo.

En cuanto a los resultados postoperatorios, tenemos 2 fallecidos por síndrome hepatorenal, las 2 mujeres: una, de 70 años y, la otra, de 38 años. Otra enferma falleció de shock. Las enfermas de cáncer de vesícula, una vive, lleva dos años de operada y no tiene ninguna molestia. La otra falleció a los dos meses de operada.

El enfermo con lesión del colédoco por arma blanca, falleció a las 24 horas de operado. Se trataba de un hombre que recibió dos puñaladas, una en la línea media y la otra en el hipocóndrio izquierdo. Tenía, además, lesión del estómago, páncreas y duodeno; el colédoco fue alcanzado en su porción duodenal.

Los resultados postoperatorios, fuera de estos casos, han sido satisfactorios.

Para terminar con este capítulo, diremos que los cirujanos brasileños Plinio Bove, Mario Ramos de Oliveira, Miguel Bove Neto y Sergio Goulart Faría, han puesto de manifiesto la existencia de procesos inflamatorios agudos, subagudos o crónicos, que comprometen la integridad de los tejidos que forman la confluencia colédoco-pancreático-duodenal, y muy especialmente la región de la ampolla de Vater.

Para estos procesos, según los cirujanos mencionados, el mejor tratamiento es la papilotomía, que realizan según una técnica especial.

C) DESPUES DE UNA INTERVENCION

Los progresos de la técnica quirúrgica, un mejor y más completo conocimiento de la fisiología, los nuevos métodos de exploración hepática, una preparación mejor en el preoperatorio, los modernos procedimientos anestésicos, y la presencia de los antibióticos, han hecho descender la mortalidad operatoria a índices muy bajos.

Este hecho ha inducido a muchos cirujanos, a considerar la cirugía del hígado y de sus vías de excreción, como cosa fácil, llegando muchas veces a compararla con una apendicectomía de

rutina. Sin embargo, no es así, y a medida que la experiencia aumenta y, sobre todo, si se ha tenido oportunidad de tener que reintervenir para reparar una "injuría" producida en la V. B. P. durante el acto quirúrgico o para extraer un cálculo olvidado o desconocido, comprendemos entonces las dificultades de que está erizada la cirugía biliar, los riesgos a que exponen al enfermo manos inexpertas y la responsabilidad en que incurre el cirujano al considerar fácil este tipo de operaciones. Ya lo hemos dicho: que consideramos las intervenciones de la vía biliar, dentro de la alta cirugía abdominal, y los hechos que exponemos a continuación nos eximen de toda otra argumentación.

La V. B. P. puede ser lesionada en el curso de una operación, ya sea que ésta se realice sobre el hígado o su vía de excreción, lo más frecuente, o sobre cualquiera de los órganos del lecho subhepático, cuyas relaciones anatomofuncionales ya hemos mencionado.

A manera de ejemplo, diremos que las posibilidades de lesionar el colédoco en el curso de una gastrectomía existen, sobre todo, cuando hay procesos inflamatorios alrededor de la primera parte del duodeno, que dificultan la identificación del píloro. Mientras se realiza la disección puede lesionarse la V. B. P. También hay el peligro de incluirla parcial o totalmente en la sutura, al cerrar el muñón duodenal. Pero la intervención que más expone a lesionar la V. B. P. es la *colecistectomía*, quizás por ser la intervención más frecuente en cirugía hepática, luego la *coledocostomía* y la *colecistostomía*. La consecuencia lamentable de esta lesión, es la aparición de una estrechez postoperatoria de la V. B. P. que obliga a intervenir en un operado, para restablecer el curso de la bilis hacia el intestino.

Para evitar la lesión de los elementos del hilio hepático durante la *colecistectomía*, Lahey insiste en la importancia de una buena exposición de la región, que ejecuta con la siguiente maniobra: separar el duodeno y el colon transversal hacia la izquierda del enfermo y llevar el hígado hacia arriba y a la derecha.

De esta manera queda expuesto el hiatus de Winslow y el borde derecho del pedículo hepático. Un campo operatorio seco, buena iluminación y reconocimiento anatómico del colédoco hepático, arteria hepática, vena porta, cístico y arteria cística, pre-

vio a toda ligadura y seccion. Otro elemento que juega papel importante en la prevención de accidentes, es el empleo de una buena anestesia, a fin de obtener una relajación muscular perfecta. A esto hay que agregar un conocimiento anatómico completo de la región, sin olvidar las anomalías vasculares o canaliculares que modifican las relaciones normales de los elementos, en tal grado, que ha llevado a decir que en esta región la anatomía normal no existe, pero que obliga al cirujano a estar “familiarizado” con ellos (Cale, Reynolds e Irineus). También, para evitar estas molestas complicaciones, a veces, es necesario eludir las colecistectomías difíciles, prefiriendo enfriar, o practicar una colecistostomía, en espera de que desaparezcan los fenómenos inflamatorios. Devernejoul y Oevin, aconsejan en estos casos, ir a la colecistectomía directa, “método de prudencia” que permite ir de lo conocido a lo desconocido. También señalan estos autores el peligro de las colecistectomías fáciles, que pueden ser brillantes y muy rápidas y que son seguidas de una estenosis biliar.

Resumiendo, diremos, que para evitar las estenosis postoperatorias de la V. B. P. es preciso observar durante la colecistectomía las reglas clásicas de la cirugía visceral difícil que hemos expuesto. Según Schwartz y Huard, la lesión de la V. B. P. reconoce, por causa, tres orígenes:

- a) Una hemorragia de la cística y de la hepática.
- b) Una confusión anatómica al nivel del hilio.
- c) Una anomalía vascular o canalicular, modificando las relaciones normales de los elementos.

Si se tiene presente la brevedad de la arteria cística y su proximidad al canal hepático, en el triángulo de Budd, nos daremos cuenta de los peligros y dificultades que tiene su hemostasis, cuando ha sido arrancada o lesionada.

En estos casos, evitar colocar pinzas a ciegas, empleando el índice izquierdo colocado en el hiatus que permite pinzar entre este dedo y el pulgar, por delante, la arteria hepática, mientras se aspira la sangre para poder ver y hacer una buena hemostasis. También, recordaremos de paso, las posibilidades de aplastar, seccionar o ligar la V. B. P. debido a una confusión anató-

mica. Debemos tener presente los peligros que puede traer, tirar de la vesícula mientras se liga el cístico, permitiendo al acodar la V. B. P. que ésta sea incluida en la ligadura, y mismo, cortada.

A los mismos riesgos expone la pinza que aplasta a la vez el cístico y la V. B. P.

Las anomalías de los canales biliares, pueden dificultar la identificación de los elementos: canal hepático derecho doble, cístico que desemboca en el canal hepático derecho, cístico acolado hasta muy abajo del colédoco, canales hepáticos desembocando en la vesícula biliar. A veces, las lesiones de las vías biliares de disposición anormal son asociadas a lesiones y ligaduras arteriales, también en posición anormal. Es opinión de todos los cirujanos, que la reparación de toda herida de la V. B. P. debe ser inmediata, por ser la manera más segura de evitar la estenosis.

La posibilidad de tener que intervenir sobre la vía biliar en un operado puede presentarse:

- a) Inmediatamente, dentro de las 24 horas de la intervención.
- b) Tardíamente, a veces meses y aún años, después de una intervención.

a) *Inmediatamente (dentro de las 24 horas).*— En general, se trata de una lesión que pasó desapercibida durante el acto quirúrgico o falla de una ligadura. Si es un vaso lesionado la consecuencia será hemorragia en peritoneo libre; si es canal biliar, la bilirragia.

El Dr. Clivio Nario, en su relato sobre “Complicaciones de la cirugía de las vías biliares” (3er. Congreso Interamericano de Cirugía, 1946) señala como causas de bilirragia las siguientes:

- 1) Herida accidental.
- 2) Necrosis parietal.
- 3) Falsa ruta.
- 4) Falla de sutura o ligadura.
- 5) Necrosis por pinzamiento incorrecto.
- 6) Sección de canales aberrantes.
- 7) Bilirragia por lecho cruento de una colecistectomía.

El tratamiento debe ser precoz y tenderá a suprimir la causa de ésta. De no ser posible, bloquear el lecho subhepático, derivando el derrame biliar al exterior, con drenaje del Douglas. En nuestra casuística, que es muy corta —9 casos— encontramos (Obs. N^o 1) una enferma que fue reoperada antes de las 24 horas por bilirragia, por lesión del colédoco, a quien practicamos una anastomosis biliodigestiva, salvando la vida a la paciente. Si se trata de una hemorragia, ya sea arterial o venosa, casi siempre se debe a falla de la ligadura de la cística, o un vaso aberrante que no fue ligado a una lesión de otro vaso que pasó desapercibido.

No olvidemos que la causa de esta complicación puede deberse a tratamiento incorrecto de la superficie cruenta de una colecistectomía. El tratamiento debe tender: 1^o) a suprimir la causa de la hemorragia ligando el vaso que sangra; 2^o) reponer el volumen de sangre perdida y, 3^o) tratar las otras complicaciones resultantes de esta pérdida.

b) *Tardíamente, después de una intervención.*— La persistencia de un sufrimiento después de una colecistectomía es un problema que tiene que enfrentar el cirujano con suma frecuencia.

Este sufrimiento que, generalmente obedece a múltiples causas, ha sido descrito con el nombre de síndrome residual o síndrome postcolecistectomía.

Nos parece más adecuada esta última denominación, siempre que se aplique a los síntomas postoperatorios originados en la vía biliar por una lesión de ésta, durante el acto operatorio. Las causas de este sufrimiento, como ya lo mencionamos, son muchas; es opinión general que la causa más frecuente, es una disquinesia funcional del mecanismo esfinteriano del colédoco, que puede obedecer a causas reflejas, como cálculos residuales, conducto cístico residual, estrechez del colédoco, colangitis pancreáticas y reflujo biliar, en caso de abertura común de los conductos pancreáticos y biliares.

Se admite, en general, que son causa de síntomas recurrentes una conducta quirúrgica inadecuada, por información incompleta precolecistectomía y los errores de diagnóstico. Creemos que la medida preventiva más eficaz, es no practicar colecistec-

tomías en enfermos que no muestren indicios de lesiones orgánicas de su vesícula porque la extirpación de la vesícula puede agravar todos los sufrimientos.

Dentro de los límites de este relato, sólo cabe tratar los trastornos que obedecen a una causa orgánica, tal como los cálculos residuales, conducto cístico residual y las estenosis de la V. B. P.

1º) *Cálculo residual*.— Con una exploración minuciosa operatoria de la V. B. P. cuya técnica y métodos ya enumeramos, con el valioso aporte de la colangiografía operatoria parece que fuera imposible pasar desapercibido un cálculo; sin embargo, no es así; aunque también es cierto que cada vez son menos los casos que se presentan, aún no es raro tener que reintervenir para extraer un cálculo del colédoco o de la ampolla de Vater que quedó desconocido durante la colecistectomía.

Pueden quedar cálculos en el hepático aún después de una cuidadosa exploración, perdidos en uno de los conductos intrahepáticos, sobre todo si son pequeños, que más tarde emigran al colédoco y a la ampolla.

Si no se explora el muñón del cístico, el cirujano puede dejar allí un cálculo. También hay que tener presente que los cálculos de bilirrubina, o de calcio cristalino pueden formarse en el colédoco después de la extirpación de la vesícula (Russell, Twis y Oppenheim). Algunos de estos pacientes sufren varias intervenciones para extraerles los cálculos pigmentarios neoformados. En general, los síntomas más salientes son: escalofríos, fiebre, ictericia, dolor a tipo cólico, hepático, localizado en el hipocondrio derecho o en el epigastrio.

Hemos tenido oportunidad de reintervenir una enferma operada en una clínica de Montevideo por litiasis vesicular y coleodociana, en la cual el síndrome postcolecistectomía, hizo su aparición al poco tiempo de la intervención.

Como se pensara en trastornos de orden funcional, ya que el colédoco había sido cuidadosamente explorado, se pasó a la enferma a un internista, hasta que después de nueve años de sufrimiento, llegó a nuestro Servicio con un síndrome coledociano intermitente y cólicos que se repetían cada pocos meses.

En la intervención encontramos un cálculo grande, del tamaño de una nuez, enclavado en el colédoco supraduodenal.

La enferma curó, desapareciendo todos esos trastornos (observación N^o 2).

2^o) *Conducto císticorresidual*.— El muñón del cístico debe ser disecado y explorado, de lo contrario se corre el riesgo de dejar un muñón muy largo en su interior.

Los cirujanos han tenido oportunidad de comprobar, en enfermos con síndrome postcolecistectomía, un conducto cístico residual, que muchas veces está infectado o contiene cálculos. Esto corrobora que la disección del cístico fue incompleta durante la colecistectomía. El muñón del cístico puede agrandarse debido a los aumentos de presión intracanalicular provocados por espasmos del Oddi. Este agrandamiento puede llegar a simular una vesícula neoformada. Después de la extirpación del muñón residual y drenaje del colédoco los síntomas residuales desaparecen.

Es probable que esta extirpación tenga como consecuencia la supresión del control nervioso sobre el Oddi.

3^o) *Estrechamiento postoperatorio de la V. B. P.*.— Son estrechamientos postoperatorios de la V. B. P. todas las estenosis que aparecen después de una operación en esa región y que afectan el segmento de la V. B. P. comprendido desde el origen del hepático, hasta la entrada del colédoco en el páncreas, pudiendo conducir a una verdadera destrucción de las vías biliares extrahepáticas (R. Vernejoul y R. Dewin). Esta definición deja de lado los estrechamientos postoperatorios del colédoco en su terminación, como la estenosis vateriana de del Valle, cuya fisiopatología y tratamiento son muy particulares.

Nos referiremos en nuestro trabajo a los estrechamientos postoperatorios de la V. B. P. en su parte más vulnerable; vale decir, la que está comprendida en el pedículo hepático. Estos estrechamientos son conocidos desde mucho tiempo.

El primer trabajo a este respecto data de 1908, publicado por Paul Mathieu. Desde entonces a la fecha son innumerables los trabajos a este respecto y, desde muchos años, se solía tratar estas lesiones por anastomosis biliodigestivas, o por restauración de las lesiones del propio colédoco.

Los trabajos de Cornil y Carnot, sobre *regeneracion* de las vías biliares, llevaron a Sullivan y Wilms a ensayar un método de reconstitución de la V. B. P. sobre tubos de prótesis. En los últimos años fueron los trabajos de los cirujanos americanos, quienes mostraron su experiencia basada en importantes estadísticas (Lahey, Waltmann Walters, Coles, Reynolds, Irineos, Carter, etc.). Los cirujanos franceses R. Vernejoul y R. Devin, también han aportado su experiencia sobre el tema, publicada en 1953. Ultimamente, Mirizzi, en su libro sobre la *Litiasis de la V. B. P.* (año 1957), dedica un capítulo a la restauración del curso de la bilis por anastomosis biliodigestiva con técnica personal.

De todos estos aportes se pueden deducir tres hechos:

1) Desde las primeras intervenciones para reparar la estenosis biliar se investigó para encontrar un material de fabricación de drenajes y tubos, que no fueran causa de recidiva por esclerosis.

Los progresos de la química de síntesis en estos últimos años, han permitido fabricar tubos de prótesis de sustancias inertes, tales como el polietileno, vitalio, acrylic, silicones, etc. Aunque fue un progreso, las esperanzas fundadas en su beneficio han caído, porque la experiencia ha demostrado todos los inconvenientes de las prótesis perdidas.

2) Se ha demostrado que los resultados alejados de las intervenciones por estenosis de la V. B. P. tienen graves inconvenientes que no se previeron en los primeros momentos. Son las angiocolitis en las anastomosis biliodigestivas, que oscurecen el pronóstico. Se empezó por discutir el valor de cada una de estas operaciones, dándose preferencia por las que no se acompañan de reflujo digestivo, como la operación en Y de Roux.

Por otra parte, la observación ha demostrado que las intervenciones que restauran la continuidad de la V. B. P. dan los mejores resultados, ya que mantienen la barrera del esfínter de Oddi. Estas operaciones reconstituyen a la vez la anatomía y la función, por eso se les llama fisiológicas y son seguidas de buenos resultados (Vernegoul y Devin).

3) Los nuevos anestésicos y el perfeccionamiento de las técnicas de administración, que permiten practicar operaciones lar-

gas y laboriosas en pacientes ictericos y desnutridos y casi sin defensa, y en quienes los antibióticos hacen su valiosa contribución. Son operaciones que se practican como único recurso, cuando hay una pérdida total de los tejidos de la V. B. P. y no hay otro medio de asegurar la corriente de la bilis al intestino. Tal la operación de *Longmire, Dogliotti, Nubaer*.

Estenosis sin lesión de la V. B. P.— Se ha señalado la existencia de estenosis postoperatoria de la V. B. P. sin lesión previa de ésta.

Lériche y Baver han señalado en 1932 la posibilidad de lesión espontánea del colédoco.

Watmann Walters la menciona en un 6 % de las estenosis después de una colecistectomía. Lahey también menciona 7 casos en sus estadísticas. Numerosos cirujanos citan casos similares, en favor de esta patogenia. Hay casos de estenosis donde no se puede invocar ni siquiera falta de técnica. Bange ha dado la siguiente explicación: “El estrechamiento no puede aparecer si no hay alteración del epitelio del canal biliar, sea directo (traumatismo o inflamatorio), sea indirecto (inflamación de vecindad extendido por vía transparietal al epitelio canalicular)”.

Los tres elementos: biliar, arterial y venoso, han sido señalados en esta patogenia (Vernejoul y Devin). La estenosis biliar puede tener por punto de partida un elemento venoso, una periflebitis portal, dando esplenomegalia, hemorragias, ictericia y peritonitis plástica intensa. Puede ser causa un elemento biliar, una angiocolitis crónica retráctil, fibrosa. Según Cole, Reynolds e Irineos, estos procesos son facilitados por una colección de bilis o un absceso alrededor de la vía biliar, favorecidos todavía por la presencia del material de ligaduras. Bangé menciona un elemento arterial, lo mismo que Douglas y Cutter.

Se ha demostrado que la parte media del colédoco está irrigada por una arteriola, rama de la hepática, pero que a veces nace de la cística. La ligadura de esta arteriola, durante la colecistectomía, puede traer alteraciones del epitelio y ser motivo de estenosis secundaria. Nosotros creemos poder mencionar dos casos de estenosis postcolecistectomía, cuya producción no encuentra otra explicación (Obs. N^o 3 y 4). Antes de ir al tratamiento de estas estenosis, vamos a decir dos palabras de:

- A) Anatomía patológica.
- B) Análisis clínico.
- C) Diagnóstico.
- D) Pronóstico.
- E) Tratamiento.

A) ANATOMIA PATOLOGICA

Ya hemos dicho que la parte más expuesta a la lesión de la V. B. P. está comprendida desde su emergencia en el hígado hasta la entrada en el páncreas; eso explica que la mayoría de las estenosis tengan asiento de su porción.

En cuanto a la estenosis en sí, se pueden observar los siguientes tipos:

- 1º) Estenosis bien limitadas, fáciles de reparar sin pérdida de tejidos.
- 2º) Estenosis localizadas pero con pérdida de tejidos, de tratamiento más complicado.
- 3º) Estenosis con desaparición completa de la V. B. P. extrahepática, que plantea problemas muy serios de reparación.
- 4º) Tcdos los tipos intermedios a los que acabamos de mencionar, con o sin pérdida de los tejidos.

Jamás podremos saber, antes de abrir el vientre, cuál es la extensión de la estenosis, pero se puede establecer, con Lahey, que cuanto más operaciones haya sufrido el paciente antes, más probabilidades tiene de tener una estenosis grande.

El panorama que ofrece un vientre con estenosis, es desolador y desconcertante para el cirujano, sobre todo, si está poco familiarizado con este tipo de operaciones. La estenosis está en la profundidad de la región subhepática, completamente alterada, donde ningún elemento es reconocido, sino con sumo trabajo, más si ya ha sufrido otras tentativas de reparación.

El colédoco, con paredes alteradas, alteraciones que dependen mucho del grado de infección de la bilis y de la esclerosis pericoledociana.

Por todos lados son adherencias: el hígado fuertemente pegado a la pared abdominal, el colon y duodeno, a veces, al estó-

mago y epiplón, adhieren íntimamente a su cara inferior, tanto que parece imposible penetrar en la cavidad peritoneal. Por eso, estas intervenciones son tan dificultosas. Hay más todavía: como estos enfermos no tienen vesícula, estamos privados de esta preciosa referencia y, el cirujano, que en todos lados encuentra obstáculos, a veces termina por realizar una intervención incompleta, a menudo peligrosa por la agravación que traerá de las lesiones existentes. Lahey cita el caso de enfermos que han sufrido hasta siete intervenciones antes de su curación.

Otro hecho digno de mención, es la creación o formación espontánea de fístulas biliodigestivas, que muchas veces llega a curar al enfermo, sin ningún acto quirúrgico.

Las fístulas biliodigestivas así formadas, a veces no curan al enfermo definitivamente, porque, como lo hace notar Lahey, tienen tendencia a cerrarse espontáneamente o a estrecharse debido a infecciones y la poca presión del flujo biliar.

Una grave consecuencia de las estenosis, es la estasis biliar que repercute sobre el hígado, evolucionando lenta pero progresivamente hacia el hígado de *colastosis* y la *cirrosis* biliar apareciendo claramente los signos de insuficiencia hepática.

Queda algo más que decir, y es que la angiocolitis es un fenómeno que siempre está presente en estas fístulas biliodigestivas evolucionando con frecuencia a la formación de abscesos hepáticos.

B) ANALISIS CLINICO

En presencia de un enfermo con estrechez de la V. B. P., lo más importante es munirse del mayor número de datos de la intervención primitiva, su evolución y posibles complicaciones. Si se consigue el protocolo de esta intervención, tendremos una información completa, porque nos enterará de si la V. B. P. ha sido lesionada, si han habido o no hemorragias de la cística, si se han dejado pinzas en permanencia, y de todas las dificultades por menorizadas de la intervención inicial.

La V. B. P. puede ser seccionada sin que el cirujano se dé cuenta; en este caso, a las pocas horas aparecerá un corrimiento biliar, ostensible en la curación y si se hace en peritoneo, por los signos peritoneales que aparecerán prontamente.

Otras veces, el cirujano se apercibe de la lesión biliar y la repara; cosa que no siempre es posible realizar, sobre todo cuando el colédoco está dilatado y con paredes débiles y papiráceas.

Tenemos un caso personal, de lesión de este tipo, en el cual los puntos cedieron, a pesar de haberse reparado en tubo en T. Esta enferma hizo inmediatamente una peritonitis biliar, siendo reintervenida a las 24 horas.

Como era imposible la reparación del colédoco, se hizo una colédocoduodenostomía en dos planos, con buen resultado hasta la fecha —en setiembre hizo cinco años—. Sólo suele tener empujes de urticaria, una o dos veces al año, debido quizás a que la enferma no observa ningún régimen alimenticio (Obs. N^o 5).

Cuando el colédoco es incluido en una ligadura puede haber un período libre entre la intervención y la aparición de los síntomas, que suele ser largo.

Mallet-Guy ha dado la explicación de este hecho: la ligadura puede ser tolerada si es aseptica, cierto tiempo, pero es la manometría experimental la que ha demostrado que la presión sube lentamente y de a poco en el hepático, por el freno que opone la elasticidad de sus paredes a su elevación.

Cuando la presión llega a 30 cm. de H₂O, la secreción se invierte y entonces recién aparece la ictericia. Cuando la estenosis se ha formado, los enfermos presentan, ya sea ictericia, sea una fístula o la asociación de fístula e ictericia.

Otras veces, son los empujes de angiocolitis los que llevan a consultar al cirujano.

La ictericia que es del tipo posthepático, se acompaña de crinas colúricas y materias decoloradas, con frecuencia hay escafofríos y dolor, cosas importantes para el diagnóstico. La fístula suele tener un comienzo variable: en general se hace por el orificio de salida del drenaje de la operación primitiva.

Lahey ha señalado el hecho importante a tener en cuenta: que los enfermos con ictericia y sin fístula, presentan estado general malo y estado local bueno; mientras que los enfermos con fístula presentan condiciones generales buenas, pero las locales son malas. Este hecho tiene su explicación porque el organismo tolera mejor la pérdida biliar por una fístula, que la retención de la bilis. La presencia de una fístula multiplica las adherencias, por eso las condiciones locales siempre son malas.

C) DIAGNOSTICO

El problema del diagnóstico es distinto, según que los trastornos aparezcan precoz o tardíamente. El trastorno precoz más frecuente, después de una colecistectomía, es la ictericia. Casi siempre se trata de un cálculo olvidado en el colédoco, de una lesión durante el acto operatorio en la V. B. P. u otra lesión que pasó desapercibida. En todos los casos, es necesario intervenir rápidamente.

Cuando los síntomas aparecen tardíamente, es más problemático asignar los trastornos de obstrucción a una estenosis postoperatoria de la V. B.

Devernejoul y Devin, dicen que antes de imputar los trastornos a la primera operación, es necesario eliminar la litiasis secundaria, la neovesícula después de una ligadura incorrecta del cístico, la pancreatitis crónica, la hipertonía del Oddi y la hepatitis infecciosa.

Resumiendo, diremos: el diagnóstico de estenosis postoperatoria es frecuentemente fácil, cuando los síntomas son precoces; es más difícil si hay un largo intervalo libre.

D) PRONOSTICO

En general, lo que más ensombrece el pronóstico son las complicaciones. Estas complicaciones van haciendo su aparición a medida que transcurre más tiempo de la operación primitiva y que la enfermedad sigue su evolución.

Las complicaciones más frecuentes son:

- a) La cirrosis biliar.
- b) Las fístulas internas.
- c) La litiasis secundaria.

a) *La cirrosis biliar* es consecuencia de la estasis y de la infección.

Plantea un pronóstico de gravedad operatoria por la insuficiencia hepática y los trastornos de la coagulación. Esta cirrosis biliar, según Devernejoul y Devin, puede ir hacia la hipertensión portal, con hemorragias por ruptura de várices esofágicas.

Nosotros podemos referir un caso personal de cirrosis biliar. Se trataba de una enferma de 60 años de edad, con un viejo su-

frimiento hepático y episodios repetidos de cólico hepático, con orines colúricos y varias veces ictericia, con escalofríos y fiebre. Cuando llegó a nuestro Servicio, ya tenía un hígado palpable y duro. En la colecistectomía, nos encontramos con una hepatomegalia de hígado duro de aspecto cirrótico. La vesícula llena de cálculos facetales grandes, del colédoco se extraen varios. Papila permeable. Entre la vesícula y el hígado, dos abscesos enquistados, malolientes, etc. Se coloca tubo de Kehr durante 30 días. Alta en buenas condiciones; desapareciendo la ictericia, los dolores, etc.; por unos meses seguimos vigilando la enferma. El hígado siempre palpable y duro, hasta que pasado un año comienza a instalarse una ictericia progresiva. Cuando vimos la enferma, presentaba un hígado que desbordaba la línea umbilical, duro e indoloro. Pensando en un cálculo residual, luego de su preparación, fue intervenida. Nuestra sorpresa fue que la V. B. P. si bien estaba reducida de calibre, era permeable, lo mismo que la papila. En los hepáticos, la exploración fue negativa. El hígado tenía evidentes lesiones de cirrosis, ya mucho más avanzadas que en la operación anterior. Se hace coledocostomía drenando muy poca bilis (ver Obs. N^o 6). Se coloca tubo de Kehr durante 30 días. La cirrosis siguió su evolución con ascitis e hipertensión portal. Fallece.

b) *Las fístulas biliares internas.*— Estas fístulas pueden ser *biliodigestivas* o *broncobiliares*.

Las fístulas biliodigestivas, como lo hacen resaltar Hepp y Lahey, casi siempre se hacen hacia el duodeno, dado la vecindad de esta porción del tubo digestivo.

Hacen el oficio de una válvula biliar de seguridad, que funciona con más o menos eficacia de acuerdo a su intermitencia. Estas fístulas nos dan la explicación de la larga tolerancia de ciertas estenosis, con períodos de empujes ictéricos, fiebre y dolor, que se observan a veces. Esta tendencia a la anastomosis interna espontánea de las estenosis biliares, ha sido aprovechada por Waltmann Walters, para crear fístulas biliares externas por hepatocostomía sobre drenaje, en la esperanza de que la presión del drenaje sobre el duodeno, favorezca la anastomosis.

Las fístulas *broncobiliares*, se hacen en un bronquio del lóbulo inferior derecho. Es una eventualidad rara, pero tanto La-

hey como Helpp las han comprobado. El síntoma característico es la vómica biliar, que trae la remisión de la ictericia y las otras molestias.

c) *La litiasis secundaria.*— La litiasis secundaria de Hepp, se caracteriza por pequeñísimos cálculcs, o barro biliar en el hepático; siempre debe tenerse presente en las estenosis de la V. B. P. Su desconocimiento es causa de no liberar o limpiar de cálculos el extremo superior de la V. B. P. y entonces cuando se realiza la anastomosis al emigrar hacia abajo, producen las alteraciones secundarias de éste.

En realidad la litiasis secundaria, no es más que una litiasis que pasó desapercibida en la primera intervención.

E) TRATAMIENTO

El tratamiento comprende:

- a) Preoperatorio.
- b) La intervención quirúrgica.

a) *Preoperatorio.*— La preparación de estos enfermos para el acto quirúrgico es capital; lo primero es hacer un balance general de su estado, precisando muy bien el de su hígado por los tests ya clásicos.

Estudio completo sanguíneo, tasa de protrombina, dosaje de prótidos, etc. Funcionalidad de los emuntorios, aparato circulatorio y respiratorio. Este estudio es capital, porque de él depende el éxito de la operación.

El uso de los antibióticos, las vitaminas K y C, los extractos hepáticos concentrados, complejo B y vitamina B₁₂, los hidrolizados proteicos, las transfusiones de sangre, etc., mejorarán enormemente el pronóstico.

b) *La intervención o acto operatorio.*— No podemos mencionar en este trabajo, todas las numerosas y complejas técnicas propuestas para reparar la V. B. P.

Devernejoul y Devin, hacen notar que esto es debido a la poca experiencia que hasta hace unos años tenían los cirujanos; hasta el año 1953, las estadísticas de más de 6 casos eran muy raras en Francia.

Nuestra casuística se reduce a 6 casos. Por otra parte, hay gran confusión de términos en estos métodos de reparación; por ejemplo: mientras que para unos cirujanos la *colédocoplastia* no es más que la sección longitudinal, seguida de sutura transversal del estrechamiento; para otros, corresponde a los diversos procedimientos para restablecer la vía biliar, valiéndonos de la ayuda de los tejidos vecinos.

Antes de entrar a los fundamentos, indicaciones y descripción de las distintas técnicas operatorias propuestas y empleadas para reparar la V. B. P., mencionaremos nuevamente el primer problema que tendrá que afrontar un cirujano; me refiero a las adherencias. ¿Cómo entrar al vientre?

Podemos seguir la vía de la operación anterior, con resección de la cicatriz cutánea, o por una nueva incisión; lo que interesa es poder entrar en la cavidad peritoneal en una zona libre.

Lo primero es librar las adherencias parietales, desecando con cuidado para no lesionar el hígado que siempre está pegado a la pared. Si hay una fístula, basta seguir su trayecto para llegar a la V. B. P. Lahey insiste en los tiempos que deben regir esta disección y que le ha dado excelentes resultados, aun en enfermos que han sufrido cinco y más intervenciones.

Lo primero en librar, es el colon transverso de la cara inferior del hígado; en seguida, buscar y referir el duodeno, siempre con adherencias a la región del hilio y muy a menudo fistulizado espontáneamente.

Cuando hemos completado esta liberación, hacemos entonces la exposición de la región, mediante la maniobra de Lahey, y que ya hemos descrito en otra parte de este trabajo. Llegamos ahora a la etapa culminante de la intervención: *localizar* la V. B. P. y tratar la lesión. Como ya lo hemos dicho, la localización de la V. B. se simplifica cuando existe una fístula externa; de lo contrario, buscaremos otras referencias: la vena porta o la arteria hepática, pueden guiarnos.

Cuando el extremo superior de la V. B. está completamente cerrado, se puede identificar por su saliente en el hilio o por su forma en palillo de tambor. Frecuentemente tendremos que valernos de la punción con aguja fina; cuando encontramos bilis, con la aguja en el sitio, hacemos la incisión.

Descubierto el canal, es necesario proceder a su exploración; si el explorador choca hacia abajo, estaremos en presencia del segmento supraestructural y si lo hace hacia arriba, tendremos en nuestras manos el segmento infraestructural. Luego, es necesario evacuar totalmente su contenido, bilis, cálculos o barro biliar, para evitar una nueva obstrucción después de su reparación.

LOS PRINCIPALES METODOS Y TECNICAS PARA CORREGIR LA ESTENOSIS DE LA V. B. P.

Desde el punto de vista práctico, sólo mencionaremos los principales procedimientos que se emplean actualmente y que por haber sido utilizados en muchos casos, podemos sacar conclusiones de su valor. Devernejoul y Devin, con un fin de claridad, dividen estos procedimientos en tres grupos:

- 1º) Las operaciones que reconstruyen la V. B. P.
- 2º) Las operaciones que realizan derivaciones biliodigestivas.
- 3º) Las operaciones que crean fistulizaciones y fistulcanastomosis.

De estos tres grupos, el primero es el más importante, porque cumple con el principio que rige la cirugía visceral: *reconstitución anatómica y funcional*. Pero hay otra razón a su favor y es que *son más fisiológicos y más eficientes para el cirujano*, porque conservan *la barrera del esfínter de Oddi*, cosa de mucha importancia en el futuro de estos enfermos.

Para comodidad de nuestra exposición, mantendremos en el futuro estos tres grupos de operaciones, describiendo las distintas técnicas dentro de cada uno.

1º) LAS OPERACIONES QUE RECONSTITUYEN LA V. B. P.

Lo primero que debemos hacer, una vez que hemos identificado y diseccionado el colédoco, es establecer el estado de la vía biliar por debajo de la obstrucción en el pedículo hepático. Ba-

sados en la existencia o no de un segmento de vía biliar permeable subestructural, permite hacer dos grupos de estas intervenciones:

- A) Las operaciones que se pueden realizar por una acción limitada sobre la estenosis.
- B) Las operaciones que necesitan una movilización duodenopancreática, con búsqueda retrógrada del extremo inferior. Las estudiaremos en este orden.

A) *Operaciones por acción limitada sobre la estenosis.*— El fundamento de estas técnicas, son las observaciones de Cornil y Carnot, sobre el gran poder de *regeneración de las vías biliares*.

La zona estenosada puede ser tratada de la siguiente manera: 1) Dilatación simple. 2) Coledocostomía. 3) Resección de la estenosis.

1) *La dilatación simple* requiere, para ser eficaz, una estenosis *incompleta y poco extensa*, que admita la introducción de los dilatadores o un Beniqué, previa coledocostomía por encima o debajo de la zona estenosada, según comodidad para realizarla.

2) *Coledocostomía*, es la segunda manera de tratar la estenosis y comprende: a) Coledocostomía con tubo perdido y cierre. b) Coledocostomía con tubo de Kehr. c) Colédocoplastia con tejidos vecinos. d) *Colédocoplastia por sutura transversal* de la incisión longitudinal.

De todos estos procedimientos, creemos que la coledocostomía con tubo de Kehr sea la que da mejores resultados y se realiza de la siguiente manera: luego de la coledocostomía, se hace la dilatación de la zona estenosada hasta el grosor del tubo que vamos a utilizar, colocando el tubo de Kehr de modo que sus ramas horizontales queden por encima y debajo de la estenosis; si se prefiere la rama inferior, puede pasar a través de la papila.

3) *Resección de la zona estenosada*: Para reconstruir la continuidad de la vía biliar, luego de la resección tenemos dos procedimientos: a) *Resección seguida de sutura términoterminal o biliobiliar*. b) *Resección y reconstitución plástica sobre tubo y tejidos vecinos*.

a) *Resección y sutura términoterminal o biliobiliar*: Este método requiere una resección tan económica como sea posible de

la zona estenosada, que los extremos sean sanos, no friables y que correspondan en calibre. La sutura de los extremos se realiza con hilo no reabsorbible en puntos separados, sobre tubo de Kehr, colocado por una contraabertura en el extremo inferior, cuidando que el afrontamiento mucomucoso sea perfecto a fin de evitar la recidiva.

b) *Resección y reconstitución plástica*: Cuando después de resecar la zona estenosada no es posible aproximar los extremos de la V.B., se puede reconstruir la continuidad de ésta por medio de una sutura sobre tubo de prótesis, que siempre hay que reforzar con los tejidos vecinos.

B) *Operaciones limitadas a la estenosis con movilización duodenopancreática*.—La reconstitución de la continuidad de la vía biliar puede hacerse: 1) Anastomosis términoterminal en tubo de Kehr, es el método Lahey. 2) Anastomosis términoterminal por duodenostomía y tubo transpapilar, es la variante de *Dragstead*.

El principio en que se funda esta técnica, es el siguiente: la porción intrapancreática de la V.B.P., es la mejor protegida contra traumatismos operatorios, por eso es fácil encontrarla conservada, disecar y movilizar esta porción de la V.B. Además, al extraer el canal biliar de su logia pancreática, se reduce su curvatura, lo que permite su alargamiento entre 2 ½ a 5 c.c.

1) *Anastomosis términoterminal con tubo de Kehr, método de Lahey*: Una vez encontrado el extremo superior de la estenosis, es necesario ir al encuentro del inferior, que se realiza, dice Lahwy, decolando el duodenopáncreas hasta hacer visible la V.B., disecándola hasta su entrada al duodeno.

La disección pancreática de la vía biliar es muy laboriosa por la presencia de numerosos vasos, que requieren hemostasis perfecta.

Antes de realizar la sutura anastomótica, debemos comprobar la integridad de sus paredes y que una vez unidas la tracción no resulte fuerte. La sutura se realiza en dos planos, uno posterior con lino o seda y otro mucomucoso con catgut. Se coloca el tubo de Kehr por una contraincisión hecha más abajo y se terminan los dos planos de sutura anterior. Esta línea de sutura se puede reforzar con tejidos vecinos o con "pelfoan" que es trom-

Duey en gelatina. El tubo de Kehr debe ser dejado en lugar durante doce a catorce meses, a fin de que se haga la epitelización completa. El tubo debe ser lavado una o dos veces al día para impedir que se obstruya, cosa que puede hacer el mismo enfermo.

2) *Anastomosis término-terminal por duodenostomía, variante de Dragstead*: Se hace la movilización duodenopancreática, la búsqueda del extremo inferior se hace por duodenostomía. Localizada la papila se procede a dilatar la ampolla de Vater, hasta que admita una sonda de caucho, mediana. Se expone así el extremo superior del fragmento inferior, se decapita y alarga todo lo posible, luego se hace penetrar la sonda en el extremo inferior decapitado del fragmento superior de la V. B.

En este momento se realiza la anastomosis. Cierre de la duodenostomía; el tubo se hace salir fuera del vientre por contraabertura. El espacio interduodenoparietal, se rellena como epiploplastia complementaria. El tubo debe permanecer en su sitio por lo menos doce meses.

2º) OPERACIONES CON DERIVACIONES BILIODIGESTIVAS

El fundamento de estos métodos, consiste en anastomosar el fragmento de V. B. situado por encima de la estenosis, con un segmento del tubo digestivo, con la finalidad de restablecer el curso normal de la bilis. En realidad, lo que se hace es establecer una fístula biliar interna.

El gran inconveniente de estos métodos, es que no existiendo el esfínter de Oddi, no hay protección del árbol biliar contra el reflujo intestinal, de donde pueden resultar no solamente dolores, sino una angiocolitis que puede conducir a la cirrosis biliar.

Es frecuente que se produzca al nivel de la unión biliodigestiva una nueva estenosis. Generalmente la anastomosis se realiza con tubo o denaje perdido.

Ahora bien; si el tubo se deja mucho tiempo, generalmente se oblitera y, si se saca o elimina muy pronto, se puede provocar la estenosis.

Los diversos tipos de anastomosis biliodigestivas, pueden resumirse así:

- 1) Colecistoyeyunostomía.
- 2) Hepáticogastrostomía.
- 3) Colecistogastrostomía.
- 4) Colédocohepáticoduodenostomía.
- 5) Hepáticoyeyunostomía.
- 6) Colangioyeyunostomía o bilioenterostomía.
- 7) Hepatoenterostomía.
- 8) Ductoenterostomía de Longmire.

1) *La colecistoyeyunostomía.*— Raramente es posible realizar esta operación, porque generalmente los enfermos no tienen vesícula. Se realiza en las estenosis consecutivas o lesiones de vía biliar durante una gastrectomía. Su técnica es muy conocida y su principal inconveniente es la angiolitis.

2) *Hepatogastrostomía.*— Raramente se realiza esta intervención como derivación biliar; tiene serios inconvenientes, que son: a) Las estasis y acidez gástrica favorecen la angiolitis. b) El grosor de la musculatura del estómago tiende a estrechar la anastomosis.

3) *Colecistogastrostomía.*— También raramente se realiza esta intervención en caso de estenosis de la V. B. por las razones que dimos al referirnos a la colecistoyeyunostomía. La hemos practicado en neo de cabeza de páncreas para derivar la bilis y todo el cortejo de la estasis biliar. Resultados buenos en lo poco de vida de estos enfermos.

4) *Colédocohepáticoduodenostomía.*— Denominada así, según que la anastomosis biliodigestiva tenga su asiento en el hepático o el colédoco porque, a veces, al cirujano no le es posible determinar con exactitud qué segmento de la vía biliar es el que tiene a su disposición para realizar la anastomosis.

La anastomosis puede ser: a) directa; b) indirecta con prótesis, pérdida. Método de Wilms.

a) *Anastomosis directas:* Estas anastomosis se realizan en dos planos, uno no reabsorbible y otro mucomucoso con catgut. El afrontamiento mucoso debe ser correcto para evitar la estenosis.

Puede ser *láterolateral*, posible cuando la vía biliar está dilatada y el duodeno es móvil pero, sobre todo, la estenosis debe ser baja y de corta extensión.

Las *anastomosis* términolaterales que se prestan a ser realizadas sobre drenaje perdido.

En nuestra cortísima experiencia en este tipo de cirugía, ya que se refiere a 6 casos, hemos realizado la hepátoduodenostomía con tubo perdido, en una enferma que sufrió una lesión de la V. B. durante el acto operatorio. El resultado inmediato, muy bueno; el tardío, terminó en una estenosis. (Ver observación N^o 6.)

Entre las ventajas de esta intervención, podemos citar con Damel: 1^o) La angiocolitis es mucho menos frecuente que lo que se dice, siempre que la unión se amplía. 2^o) El reflujo duodenal sólo se produce en decúbito lateral derecho y sus molestias son bien soportables. La desventaja que se ha señalado a este procedimiento, es la de persistir una dilatación de la V. B. por encima de la anastomosis.

Esta dilatación tiene la siguiente explicación: al realizar la anastomosis, es imprescindible asegurar un buen corrimiento biliar desde los primeros momentos, lo que obliga a utilizar un drenaje perdido. Si se quiere impedir la estenosis, el drenaje debe permanecer en lugar largo tiempo, cosa que no sucede porque es prontamente eliminado. Por otra parte, el caucho es esclerógeno y factor de estrechamiento y los otros tubos de vitalio, polietileno, etc., tampoco han respondido al optimismo que su uso despertó.

Hay más: si el tubo queda mucho tiempo en lugar, se oblitera por las sales y pigmentos biliares, obligando a reintervenciones. De aquí han surgido variantes y modificaciones con respecto a este drenaje: algunos la hacen pasar a través del píloro al estómago y de allí por gastrostomía al exterior. Otros, completan la anastomosis con una yeyunostomía para alimentar desde los primeros momentos al enfermo, sin que los alimentos lleguen al contacto con la sutura anastomática, para impedir la fístula biliar o duodenal.

Dragstead ha propuesto implantar el tubo de la anastomosis, por un surjet a la Witzel y por duodenostomía sacarlo al exterior; esto permite retirarlo cuando se crea conveniente.

Entre las variantes de la *colédocoduodenostomía*, describiremos la *coledocostomía transversal* de Mirizzi, que el profesor argentino realiza sistemáticamente, en los casos de *litiasis del hepatocolédoco*

La incisión del colédoco se hace transversalmente a la longitud de su eje y la del duodeno orientada paralelamente a aquélla. La anastomosis puede tener hasta 2 cms. de ancho.

La técnica es la siguiente:

Un *primer tiempo*, fija la cara anterior del colédoco al borde superior del duodeno, por debajo de la incisión coledociana, con puntos separados de lino, aguja fina y portaaguja de Kader. Luego se hace la incisión duodenal más o menos de 1 ½ cm. y a escasos milímetros de la línea de sutura serosa colédocoduodenal.

En un *segundo tiempo*, se hace la anastomosis comenzando con puntos de catgut que unen el labio inferior de la incisión del colédoco con el superior del duodeno; con puntos también separados, se une el labio superior del colédoco al inferior de la incisión duodenal. Se completa con puntos de lino seroseroso en la cara anterior del colédoco y duodeno.

Cuando la pared del colédoco es gruesa y la del duodeno normal, se puede hacer otra línea de puntos seroserosos de refuerzo. Se termina con drenaje subhepático que llegue hasta el hiatus de Winslow.

La colédocoduodenostomía transduodenal superior: Esta operación descrita y practicada por Mirizzi, en los casos de gran alteración de la pared del colédoco con rigidez de la misma, no prestándose para anastomosis anterior. Muy a menudo, la primera porción del duodeno también se presenta alterada, sobre todo en los casos de fístula biliar.

También está indicada esta operación cuando fracasa la colédocoduodenostomía externa. La operación se realiza en una zona donde el colédoco y el duodeno no tienen *contacto íntimo*. Por esta razón, Mirizzi emplea una pinza que permite fijar los dos órganos. La pinza, además de una curvatura conveniente a sus fines, lleva en el extremo de cada una de sus ramas una aguja obtusa, móvil a voluntad. Las ramas están unidas cerca de su mango por varilla transversal con un tornillo graduado en milímetros que permite medir exactamente la separación de sus extremos y controlar la dimensión de la boca anastomótica.

La operación se hace en tres tiempos.

Primer tiempo: Dos casos pueden presentarse: 1º) Se ha hecho una colédocolitotomía supraduodenal. 2º) Realizamos la operación para reparar una estenosis o secuela, pero sin cálculo en el colédoco.

En el primer caso, tenemos abierta la brecha coledociana; en el segundo, deberá establecerse en forma transversal, cuyas dimensiones permitirían el pasaje de la pinza que hemos mencionado. Se fija el colédoco por puntos separados de lino fino al borde superior del duodeno. Se introduce la pinza en el colédoco. Debido a la curvatura superior de sus ramas y a la curva de sus extremos dirigidos en sentido contrario, la punta hace relieve en la pared anterior del duodeno. Entonces se hace la duodenostomía anterior, paralela al eje del duodeno de unos 2 cms. de longitud.

Segundo tiempo: El extremo de la pinza que hace saliente en la luz del duodeno, empujando hacia adelante su pared posterior. Se marca en la escala graduada la separación a dar a sus ramas de la pinza, en general 15 milímetros. Es el momento de hacer deslizar las agujas que mantendrán en contacto la pared anterior del colédoco y la posterior del duodeno. Se practica la incisión entre las dos agujas. Luego se hacen cuatro puntos cardinales con catgut cromado y aguja bien curva. De esta manera queda realizada la anastomosis colédocoduodenal.

Tercer tiempo: Se retraen las agujas móviles sin sacar la pinza, cuyos extremos cerrados penetran en el duodeno a través de la boca anastomótica, para tomar una sonda de Pezzer. La ampolla, o parte dilatada de la sonda, queda en el duodeno y el tallo se hace pasar al colédoco. Se fija a los bordes de la anastomosis con catgut cromado. Se hace colédocorrafia y duodenorrafia. La sonda, luego de reabsorbida o digestión del catgut, se elimina por la vía natural.

b) *Las anastomosis indirectas:* Cuando no es posible realizar la sutura directa, se puede realizar la anastomosis colocando el extremo superior de un drenaje perdido en la V. B. y el inferior en el duodeno. El segmento intermedio perdido se cubre con una aproximación de los tejidos vecinos (colédocoplastia). Es el método con prótesis perdida de Wilms-Sullivan. El procedimiento tiene como fundamento, el poder de regeneración de

las vías biliares que ya hemos mencionado anteriormente. Sin embargo, se ha demostrado que la *epitelización* del nuevo canal no es tan buena como después de una sutura directa.

5) *Hepáticoyeyunostomía.*

6) *Colangio o hepatoyeyunostomía.*— Estas dos operaciones son muy similares, por eso las estudiamos juntas; la diferencia entre una y otra, estriba en la altura a que se haga la anastomosis biliodigestiva.

Si la anastomosis se hace en la V. B. P. al nivel del pedículo, se realiza una hepáticoyeyunostomía. Al contrario, cuando la vía biliar extrahepática ha desaparecido, la anastomosis hay que hacerla en un muñón del hepático o sobre sus ramas de origen que, a veces, hay que esculpir en el parénquima hepático; la sutura se sitúa en el hilio del hígado, es la *colangioyeyunostomía*.

Hay dos maneras de realizar la anastomosis sobre el intestino: a) sobre ansa excluída; b) sobre ansa circulante.

Desde ya, diremos que el procedimiento de ansa excluída da mejores resultados.

a) *Anastomosis sobre ansa excluída:* La exclusión del ansa yeyunal se realiza de acuerdo al procedimiento de Y de Roux. Se secciona el yeyuno a unos 40 cms. del ángulo duodenoyeyunal que se libera y pasa a través del mesocolon transversal, es el ansa vertical. Se practica una yeyunoyeyunostomía terminolateral al pie del ansa vertical. La longitud del ansa excluída tiene importancia; según Pearse, esta longitud debe ser entre 30 y 60 cms., el mínimo útil es de 15 cms. porque es a ese nivel que se detiene el reflejo.

Cuando no es posible pasar el ansa vertical a través del mesocolon por las adherencias que formaron barrera en la retrocaudadidad o porque el mesocolon está retraído, se hace entonces una anastomosis precólica. La anastomosis del extremo superior del ansa vertical con la vía biliar, se hace de manera diferente, según que haya parte del canal hepático utilizable, o que no haya nada al nivel del hilio.

Si existe hepático utilizable, se hará la anastomosis biliodigestiva en terminoterminal o terminolateral, cuidando poner las dos mucosas en contacto. A veces la luz intestinal, debe ser redu-

cida de calibre por yeyunorrafia longitudinal a fin de adaptarla al calibre del hepático. Para evitar la tracción se fija el intestino a la cara inferior del hígado. Cole, Reynolds e Irineus han descrito una técnica personal de anastomosis, que consiste en fijar sólidamente al fragmento del hepático un tubo de vitalio que es intubado en el yeyuno y fijado por puntos en la cara inferior del hígado. El tubo de prótesis, plantea un problema que mucho se ha discutido, para unos, entre ellos *Nubaer*, es un material hostil, que irrita el epitelio y favorece la recidiva de la estenosis.

Cuando no existe ningún fragmento de V. B. utilizable, el cirujano debe buscar en el hilio, con la aguja, la V. B. y esculpirla en el parénquima hepático. Luego, para evitar la estenosis, empleamos la técnica de Cole, Reynolds e Irineus, que consiste en reseca un manchón mucoso en la extremidad libre del ansa excluída y aplicarlo contra el cráter que hemos excavado en el hígado, donde emerge la V. B. De esta manera, se realiza una anastomosis epitelizada desde el principio. Esta operación se designa con el nombre de *colangioenterostomía* o *bilioenterostomía*.

Cuando al hacer la disección en el cráter del hilio, encontramos los canales biliares, se puede introducir las dos ramas de un Kehr en estos canales, llevando el drenaje a la luz intestinal, después se saca afuera por un Witzel. Siempre la operación se termina por un drenaje en contacto con la anastomosis.

7) *Hepatoenterostomía* o *hepatogastrostomía*.— Hay casos en que la destrucción de la V. B. P. es total y no es posible encontrar ningún canal de drenaje biliar. La única operación realizable es practicar una *hepatoenterostomía*, para lo cual se hace una pequeña incisión con el fin de abrir canales biliares de drenaje biliar al duodeno. Esta *hepatoenterostomía*, es insuficiente y los pequeños canales terminan obliterándose. El fracaso de esta operación es la regla. Dos modificaciones se han propuesto, por Dogliotti y Congmire, que han dado resultados satisfactorios.

La operación de Dogliotti o *gastrointrahepatoductostomía*, consiste en reseca el lóbulo izquierdo del hígado, con el fin de aislar el colector central, que se anastomosa con el estómago cerca de la pequeña curvatura. Dogliotti la ha realizado tres veces con buen resultado y tiene la ventaja de oponerse a las complicaciones ascendentes.

8) *Operación de Longmire o ductoenterostomía.*— Consiste en aislar al colector central del lóbulo izquierdo del hígado y anastomosarlo en el intestino delgado, de acuerdo con la técnica de Roux.

Se practica una incisión subcostal transversal en forma de V, que permite movilizar el lóbulo izquierdo del hígado, generalmente libre de adherencias. Los canales hepáticos de más calibre se encuentran en la parte inferior del lóbulo izquierdo, a veces muy cerca de la superficie.

Luego se abre por incisión transversal la cara inferior, cerca del tercio medio, hasta llegar a una especie de cuerda fibrosa que no es más que la gruesa rama del sistema biliar intrahepático. Se aísla, cureteando el tejido hepático que lo rodea. Hecho esto, se abre con prudencia, porque está acompañado por una rama de la arteria hepática y otra de la vena porta. Estos vasos se ligan. Luego se introduce un estilete o catéter en su interior, para comprobar su comunicación con el árbol biliar intrahepático, se aspira para que salga bilis. Los pequeños vasos se ligan y la hemorragia en napa se detiene por puntos en U.

La anastomosis se realiza con un ansa yeyunal excluída, según la técnica de Roux. Esta anastomosis es más fácil que la que se hace al nivel del hilio del hígado, porque es más superficial con respecto a la pared abdominal.

Al principio, Longmire hacía la anastomosis por intermedio de un tubo de prótesis, más tarde hizo la anastomosis directamente.

Las ventajas de estas operaciones son muchas. En primer lugar, suprime la disección al nivel del hilio del pedículo hepático, difícil por el cúmulo de adherencias. No hay peligro de lesionar la arteria hepática o la vena porta.

Hay una interrogante y es si el procedimiento es suficiente cuando la destrucción de las V. B. llega a la unión de los canales derecho e izquierdo, vale decir si el drenaje biliar izquierdo basta para drenar toda la bilis del hígado. Parece que después de esta operación el lóbulo derecho va seguido de atrofia con hipertrofia compensadora del izquierdo que es suficiente para *mantener la funcionalidad hepática*.

Resultados.— Las operaciones limitadas a la V. B. P., coledocostomía, colédocoplastia verdadera, dilatación, dan buen éxito,

entre 75 % a 80 %. La resección con colédocoplastia y reconstrucción sobre tubo, dan malos resultados, según las estadísticas, 37 %. La resección seguida de anastomosis término-terminal, da mejores resultados, 68 % (Lahey) y este porcentaje aumenta cuando siguiendo la técnica de Lahey, se hace la anastomosis con decolamiento duodeno-pancreático, 73 %. En resumen, estas intervenciones limitadas, conservan el esfínter de Oddi y, en conjunto, son buenas, según Devernejoul y Dervin.

Las operaciones con derivación biliodigestiva: Las operaciones que se realizan sin tubo de prótesis dan mejores resultados, que cuando se usan estos tubos intermediarios, porque los tubos obstruyen frecuentemente. La *colecistoyeyunostomía*, la *hepáticogastrotomía*, dan malos resultados. La hepáticoduodenostomía, la hepáticoyeyunostomía, la colangioyeyunostomía con cono mucoso y la operación de Longmire; de éstas, da mejores resultados la hepáticoyeyunostomía sobre ansa excluida, por ser más fisiológica y la operación de Longmire da buenos éxitos y es más fácil de realizar que una colangioyeyunostomía.

3º) LAS FISTULIZACIONES O FISTULOANASTOMOSIS

La finalidad de estas operaciones es desviar la bilis al exterior para transformar síndrome de retención que es mal tolerado, en una pérdida exterior de la bilis, mejor tolerada; también se busca implantar una fístula exterior en un segmento del tubo digestivo.

De aquí resultan dos tipos de intervenciones:

- a) *Las intervenciones que crean fístulas al exterior.*
- b) *Las intervenciones que implantan las fístulas exteriores en el tubo digestivo o fistuloanastomosis.*

a) Las derivaciones al exterior de la V. B. se realizan, como una operación de "salvataje" en enfermos muy graves, en espera de que se forme una fístula biliar interna espontánea, favorecida por el frotamiento de un drenaje contra la pared del duodeno, para proceder más tarde a la operación de cura definitiva.

b) *Las intervenciones que implantan las fístulas exteriores. Fistuloanastomosis.*— Se utiliza una fístula externa espontánea o

se provoca en un primer tiempo y, luego, en un segundo tiempo, se implanta en el intestino o estómago. Lahey dice que para que la fístula sea utilizable, es necesario que sea total, ya que la bilis debe correr con cierta presión para favorecer la epitelización del conducto.

Hay que tener presente que la fístula, siendo una neoformación, tiene mala vascularización y sus paredes muchas veces formadas por órganos vecinos; por eso, cuando se va a proceder a la implantación, hacer la menor disección posible queriendo aislar su trayecto.

La implantación, puede ser directa o con tubo intermedio, pudiendo realizarse en el interior del vientre o en el exterior, atrayendo hacia afuera del abdomen el segmento digestivo en que se va a anatomizar la fístula.

Resultados.—Casi siempre malos, porque la fístula biliar externa tiene tendencia a estenosarse y más en estos casos donde no se hace el afrontamiento mucomucoso.

CASUISTICA

RESUMEN DE LAS HISTORIAS CLINICAS

OBSERVACION Nº 1.— F. Z. de G., 41 años, uruguayo, casado. Ingresó: IX-1954. Desde hace varios años dispepsia de tipo hepatovesicular, con cuadros de cólico hepático a repetición. Colecistografía: vesícula con imágenes de cálculos. Enferma en buen estado general.

Intervención: 20-XI-1955. Incisión transversa subcostal. Abierto el peritoneo se encuentra una vesícula calculeosa. Colecistectomía retrógrada. Luego se hace coledocostomía; el colédoco está dilatado, con pericoledocitis y paredes delgadas y muy friables; se extraen varios cálculos, se lava; papila permeable. La exploración de los hepáticos no muestra nada anormal.

Al colocar el tubo de Kehr, el colédoco se desgarró; se sutura con dificultad, dado que los tejidos son muy friables. Drenaje subhepático. Cierre de la pared en tres planos.

Postoperatorio: El tubo de Kehr no drena absolutamente nada; el estado general de agrava; vientre ligeramente distendido con evidentes signos de peritonitis. Se decide reintervenir; lleva 24 horas de operada.

Reintervención: 21-IX-1955. Se quitan los puntos de la incisión anterior: abundante bilis en el peritoneo. El Kehr está fuera del colédoco; éste está desgarrado; se aspira y lava la cavidad peritoneal. Es imposible la sutura término-terminal de los cabos, porque se desgarran a cada punto. Se hace anastomosis del extremo superior del colédoco con el duodeno, tratando de hacer un buen enfrentamiento mucomucoso. Drenaje subhepático. Drenaje del Douglas.

Postoperatorio: Bueno; a las 24 horas comienza a drenar bilis.

25-IX-1955: El drenaje de bilis ha cesado; mueve el vientre y las materias son coloreadas.

26-IX-1955: Se quita el tubo del Douglas.

26-IX-1955: Sigue bien; no drena; se quita el drenaje subhepático y los puntos de la piel; herida cicatrizada. El estado de la enferma es excelente y se le da de alta en observación.

La enferma lleva cuatro años de operada; no hace régimen, sólo suele tener empujes periódicos de urticaria.

OBSERVACION N° 2.—B. B., 54 años, uruguayana, casada. Ingresa: 15-XII-1956. Colecistectomizada hace diez años, con coledocostomía. Pasa bien muy poco tiempo, para seguir sufriendo hasta el momento actual, con cuadros dolorosos del hipocondrio derecho; vómitos, chuchos de frío, fiebre e ictericia; orinas colúricas. Siempre ha estado en tratamiento médico. Estos episodios se repiten casi todos los meses; y a veces, la ictericia, con orinas colúricas, que cambian la intensidad de la coloración en más o menos, durante muchos días.

En este año, los episodios se han hecho más frecuentes y más intensas sus manifestaciones. El último, hace varios días que la obliga a internarse en nuestro Servicio. Al examen, encontramos: estado general discreto, apirética, tinte icterico de piel, mucosas y conjuntiva.

Abdomen: Cicatriz operatoria, transrectal derecha, supraumbilical. Hay dolor a la palpación en el hipocondrio derecho. No se palpa hígado. Pulmonar y cardiovascular: normal.

Intervención: 27-XII-1956. Incisión sobre la cicatriz anterior con resección de ésta. Existe dificultad en penetrar en la cavidad peritoneal; hay adherencias firmes del hígado a la pared; colon transverso y epiplón. Hay adherencias del duodeno y píloro al pedículo hepático. Se liberan con cuidado; se individualiza el colédoco que tiene un diámetro de unos 3 cms. Se punciona con aguja fina; viene bilis clara. Coledocostomía supraduodenal; se aspiran unos 40 c.c. de bilis. Se explora; hay un cálculo detrás del duodeno; se extrae con facilidad; tiene el tamaño de una nuez. La papila está libre, lo mismo el hepático y sus dos canales. Tubo de Kehr; coledorrafia; drenaje subhepático. Cierre de la pared en tres planos.

2-I-1957: Enferma bien; desde el primer momento ha drenado bilis de aspecto normal por el Kehr. Se quitan los puntos de la piel, uno por medio. Se levanta con el tubo pinzado.

22-I-1957: Se comienza a hacer colangioclisis; pasa el suero sin provocar dolor.

4-I-1957: Se quita el resto de los puntos. Se continúa la colangioclisis. Los orines tienen color normal.

16-I-1957: Se retira el tubo de Kehr del colédoco; el color icterico de la piel y mucosas ha desaparecido.

24-I-1957: Herida cicatrizada totalmente. Alta.

Esta enferma la continuamos vigilando durante el primer año, sin haber tenido ningún malestar.

OBSERVACION N° 3.— E. B., 45 años, uruguaya, casada. Ingresa: 30-VII-1957. Desde varios años, dispepsia hepatovesicular; últimamente dolores de tipo cólico hepático, con orinas coléricas y tinte icterico de piel.

Intervención: 6-VIII-1957. Incisión subcostal derecha. Abierto peritoneo se comprueba vesícula distendida con paredes edematosas, sin cálculos; duodeno con adherencias al pedículo hepático. Se disea y aísla el cístico y la cística que se ligan por separado con hilo de lino. Hay una anomalía vascular que está por delante y cubriendo el pedículo. **Colecistectomía retrógrada.** Peritonización. La exploración de la V. B. por palpación y visual, es anormal. Se coloca tubo de drenaje subhepático. Cierre en tres planos.

12-VIII-1957: Enferma bien; se quitau los puntos. Va a domicilio. Pasa bien hasta el 27-III-1958, en que tiene un intenso dolor del hipocondrio derecho, acompañado de vómitos, chuchos de frío y fiebre. A las 24 horas, ictericia con orinas coléricas. El tinte icterico se va acentuando, pese a haber desaparecido el dolor y la fiebre, con materias decoloradas. En este estado ingresa nuevamente al Servicio. Al examen: buen estado general; abdomen móvil, libre. La palpación despierta dolor en el hipocondrio derecho y epigastrio. Durante su permanencia en Sala, la coloración de la orina tiene variaciones, sin llegar a aclarar totalmente; lo mismo el tinte icterico de las mucosas. Se hace diagnóstico de ictericia obstructiva por cálculo residual, teniendo en cuenta que no habíamos hecho coledocostomía para una exploración completa.

Intervención: 24-IV-58. Se reseca la cicatriz anterior. Se penetra dificultosamente a la cavidad peritoneal por el cúmulo de adherencias; duodeno y estómago adhieren a la cara inferior del hígado y especialmente al pedículo. Decolamiento y disección meticulosa; se individualiza el pedículo, se reconoce la V. B. P. porque el sistema del hepático está dilatado, mientras que el colédoco, en toda la extensión visible está transformado en un fino cordón fibroso y ahogado por tejidos de la misma naturaleza. Se secciona; viene bilis abundante por el extremo superior del hepático. Se hace anastomosis biliodigestiva (hepáticooduodenostomía) en dos planos con afrontamiento mucoso. Cierre de la pared en tres planos. Postoperatorio, bueno.

30-IV-1958: Ha desaparecido casi por completo la ictericia: se alimenta bien; se ha levantado desde el día siguiente de la operación.

4-V-1958: Se va de alta, en buenas condiciones. Hasta la fecha ha concurrido al Servicio, todos los meses. Trabaja y está recuperada.

OBSERVACION N° 4.— G. T. de M., 54 años, uruguaya, casada. Ingresa: XII-1949. Operada de colecistitis calculosa en II-1949. Se le practicó colecistectomía. A los tres meses inicia una ictericia con decoloración de materias, que le dura dos meses; al cabo de los cuales, desaparece. Pasa bien un mes y vuelve nuevamente la ictericia con materias decoloradas y orinas coléricas. El hígado desborda el reborde costal y es muy doloroso; hay vómitos, inapetencia y pronunciado adelgazamiento. En esas condiciones, se opera.

Intervención: 4-I-1950. Incisión Spengel, con resección de la cicatriz. Colon transverso, adherido a la cara inferior del hígado y al hilio, de los que se desprende con enorme dificultad. Los elementos del hilio son irreconocibles en medio de un magma inflamatorio. Por punción se localiza el colédoco; se disea;

tiene estrechez en su tercio inferior, localizada, se hace coledocostomía supra-estriectural; viene bilis abundante; dilatación con sonda de Nélaton, pasa hasta el duodeno; no se nota nada anormal en su interior. Se coloca el tubo de Kehr y se cierra la pared en tres planos.

Postoperatorio: Desde los primeros momentos drena más de 1 litro de bilis por día; siempre de aspecto normal. La hepatomegalia retrocede, la ictericia desaparece lentamente y no tiene molestias; la eliminación de bilis por el tubo, va disminuyendo y a los diez días no llega al medio litro. Alta: 15-II. Continúa con el Kehr; la enferma está recuperada con muy buen estado general. El Kehr se mantuvo cuatro meses. Desde entonces, hace nueve años, no ha sentido más molestias; la hemos visto por ser enferma que vive en la ciudad.

OBSERVACION N° 5.— R. S. de G., 60 años, uruguaya, casada. Desde hace varios años tiene episodios dolorosos de hipocondrio derecho; algunos, con orinas colúricas e ictericia, chuchos de frío y fiebre. Estos episodios se repiten con más frecuencia últimamente, tardando más tiempo la ictericia en desaparecer. Al ingresar presenta buen estado general. La palpación revela una hepatomegalia discreta, con hígado duro, discretamente doloroso. Hay dolor en la zona vesicular.

Intervención: 9-X-1956. Incisión subcostal derecha. Abierto peritoneo la exploración nos revela una vesícula con paredes gruesas, duras y acartonadas; dilatada, con cálculos en su interior y que adhiere fuertemente al colon transverso y epiplón. Se libera primero el epiplón, ligando los vasos que sangran; luego se le separa del colon; se aísla el cístico; el colédoco de calibre algo más grueso que lo normal. Ligadura a sección del cístico y la arteria; se comienza a despegar la vesícula de su lecho; en ese momento se abre un absceso que está enquistado entre la vesícula y el parénquima hepático; el pus es fétido y cremoso. Lavado con suero y aspiración. Es imposible la peritonización del lecho vesicular. Se abre el colédoco, sale bilis clara; la exploración no revela nada anormal en su interior y se traspasa bien la papila. Se coloca tubo de Kehr en el colédoco y mecha de gasa y tubo subhepático. El hígado está aumentado de tamaño uniformemente, tiene consistencia firme. Cierre de la pared en tres planos.

Postoperatorio: Bueno; drena bilis por el Kehr, de aspecto normal. Al quinto día se comienza a pinzar; no produce dolor. Se hace colangioclisis; el suero pasa bien, sin molestias. La enferma se levanta desde las 48 horas de operada. A los dieciséis días se quita el tubo del cilindro. Continúa bien y se va de alta a los diecisiete días de operada.

Reingresa: 18-III-1958. Hace un año y medio colecistectomiza con drenaje del colédoco, habiendo quedado con discreta constipación. Al año de operada nota tinte icterico en la piel y prurito; no tiene dolores ni otros trastornos. Las materias son decoloradas y las orinas colúricas. Discreto adelgazamiento, apetito conservado.

La enferma pasa así cuatro meses hasta que consulta. Se comprueba entonces, además de la ictericia un hígado grande, duro e indoloro que llega has-

ta la línea umbilical; hay discreta circulación colateral en el abdomen. La altura de la macidez hepática está elevada. Se hace diagnóstico de cirrosis biliar por cálculo residual del colédoco.

Intervención: 29-III-1958. Se reseca la cicatriz subcostal. Abierto peritoneo, gran cantidad de adherencias del epiplón al lecho vesicular y a la pared abdominal. También el colon transverso está fijo a la cara inferior del hígado. La exploración revela que el hígado está muy aumentado de tamaño con respecto a la intervención anterior; endurecido, de color parduzco y moteado. El páncreas está edematoso pero blando; se individualiza el colédoco; es de calibre normal. Se hace coledocostomía; viene poca bilis y clara; papila permeable; hepático ídem. Se coloca tubo de Kehr. Se extirpa un ganglio hipertrofiado del hilio para examen histológico. Cierre de la pared por planos.

Postoperatorio: Bueno; drena muy poca bilis; más bien unos 50 grs. de líquido ligeramente teñido de amarillo. La enferma se levantó desde el segundo día.

5-IV-1958: Se quitan los puntos de la piel, pasa al domicilio. A los treinta días se quita el Kehr que no da sino unos centímetros de líquido. La cirrosis sigue su evolución; aparece ascitis. Fallece en IX-1959.

OBSERVACION N° 6.—N. L., 64 años, uruguaya, casada. Ingresó: 24-VIII-1955. Desde muchos años, sufrimientos hepáticos, habiendo tenido varias crisis dolorosas del hipocondrio derecho. El día anterior al ingreso, cólico hepático con fiebre y chuchos.

Intervención: 8-IX-1955. (Cirujano: Dr. Cossio. Ayudantes: Dres. Da Rosa y Fassio. Instrumentista: nurse Lucas.) Incisión subcostal; vesícula distendida con paredes engrosadas endomatosas; sin cálculos. Colédoco dilatado; la punción da bilis de estasis. **Colecistectomía retrógrada.** Coledocostomía. La exploración permite franquear la papila. Coledocostomía con tubo de Kehr. Se pinza con la cástica el hepático deshecho, que se secciona parcialmente. Se intenta anastomosis con el muñón del cístico, no siendo posible; se sutura. Peritonización del lecho vesicular. Drenaje en cigarette subhepático.

Postoperatorio: Desde el día siguiente hay bilirragia que mancha la curación; el Kehr drena abundante bilis.

12-IX-1955: Enferma bien; hay abundante bilirragia; movió el vientre espontáneamente.

16-IX-1955: Sigue la bilirragia; el Kehr drena bien, bilis clara. Al quitar la curación se remueve el tubo de Kehr. Se quitan los puntos.

26-IX-1955: Continúa la bilirragia, materias bien coloreadas; estado general bueno; sigue levantándose.

20-X-1955: La bilirragia es abundante; no obstante, el estado general es bueno.

28-X-1955: La bilirragia es abundante, sin tendencia a disminuir; las materias bien coloreadas. Se comienza a prepararla para reintervenirla.

10-XI-1955: Sigue la bilirragia, se indica la intervención para el día 12.

Intervención: 12-XI-1955. (Cirujano: Dr. Cossio. Ayudantes: Dr. Da Rosa y nurse Lucas.) Incisión subcostal, con resección de la cicatriz anterior. Abierto el peritoneo se sigue el trayecto fistuloso que nos lleva al hilio hepático,

donde hay fuertes adherencias del duodeno; epiplón y píloro se liberan. El trayecto fistuloso nos lleva al orificio superior del hepático derecho por donde sale abundante bilis. El colédoco está aparentemente sano, siendo imposible encontrar el extremo inferior; se procede a cateterizarlo con sonda Nélaton, N° 12; se procede a una anastomosis biliodigestiva; hepático-duodenostomía, con tubo perdido; tubo de drenaje subhepático. Cierre de la pared en dos planos, con lino.

17-XI-1955: Enferma bien; no ha drenado bilis. Se retira el drenaje.

18-XI-1955: Comienza a drenar bilis por la herida.

20-XI-1955: Continúa el drenaje de bilis. La enferma está en buen estado.

28-XI-1955: Aunque continúa la bilirragia, es en menor cantidad. Enferma bien.

4-XII-1955: Desde hace dos días, casi no drena bilis.

6-XII-1955: Desde ayer, no hay bilirragia; la enferma en buen estado; se alimenta bien.

9-XII-1955: Herida cicatrizada; enferma bien; se le da el alta.

Pasa bien nueve meses, al cabo de los cuales comienza con cuadro doloroso de H. D. e ictericia progresiva. Se le envía al Servicio del Dr. Larghero, Hospital Pasteur. Allí se comprueba: ictericia verde oliva; hepatomegalia, regular; esplenomegalia. El protocolo de esta tercera intervención, dice: se deshace la anastomosis con el duodeno, donde hay un núcleo de fibrosis. Duodenostomía para cateterizar el cabo distal del colédoco. Anastomosis término-terminal de los dos cabos del colédoco.

Postoperatorio: Al quinto día hace cuadro de insuficiencia suprarrenal aguda.

Diagnóstico: Ictericia obstructiva, sección del hepático derecho, sección del colédoco. Anastomosis biliodigestiva no funcionando.

Vuelve a Treinta y Tres; al cabo de seis meses, nuevo cuadro de ictericia obstructiva; la enferma no consulta por temor a la reintervención; cuando la vemos, está con un cuadro de cirrosis biliar y con estado general muy malo; tanto, que fallece en la noche de su ingreso al Servicio.

BIBLIOGRAFIA

La mayor parte de la bibliografía nacional, fue preparada por el Servicio de Información y Consulta de la Biblioteca de la Facultad de Medicina.

ALLEN.— Un método de restablecimiento de la continuidad de la vía biliar y tubo digestivo. "Ann. of Surg.", 121; 1945.

AYLETT.— Fístula biliar postoperatoria. Descripción de una nueva intervención reparadora. "Brit. Journ. of Surg.", 36, N° 144, pp. 387-390, 2 figs.; abril 1949.

BANGE.— Sur les sténoses des voies biliaires. "Zentral fur chir.", 74, fase 5, pp. 527-532; 1949.

BAUMGARTNER.— Observación d'obliteración cicatriciel du colédoque. "Acta de chir.", 77, N° 18 et 19; 30 mai 1951.

- MEEROFF, Marcos.—Síndrome coledociano. "Symposium de Gastroenterología". Argentina.
- BELOU, Pedro.—"Anatomía de los conductos biliares y de la arteria cística". Buenos Aires, 1915.
- QUENU, Jean.—"Nouvelle pratique Chirurgicale Illustrée". Fascicule IX.
- BURSELL TWISS, John y OPPENHEIM-ELLIOT.—"Manual práctico de los trastornos del hígado, páncreas y conducto biliar". Editorial Médico-Quirúrgica. Buenos Aires.
- PUESTOW, Charles.—"Cirugía biliar pancreática y esplénica".
- ORIBE-PLINIO; RAMOS DE OLIVEIRA, Mario; BOVE NETO, Miguel y GOULART DE FARIA, Sergio.—"A papilotomía no tratamiento dos processos inflamatorios da parte terminal do colédoco. Bases técnicas é indicações". Centro de Estudos B. Montenegro. Vol. 21, Nº 2, marzo-abril 1956.
- DEVERNEJOUL y DEVIN.—"Estrechez postoperatoria de la V. B. P.". Masson y Cía., 1953.
- MIRIZZI, Pablo L.—"Cirugía de la litiasis biliar", 1941.
- MIRIZZI, Pablo L.—"La colédocostomía sin drenaje. Cholecystectomy ideal". Masson. París, 1953.
- MIRIZZI, Pablo L.—"Fisiopatología del hepatocolédoco". El Ateneo. Buenos Aires, 1939.
- MIRIZZI, Pablo L.—"Litiasis del colédoco. Tratamiento". Guidi-Bufferini. Buenos Aires, 1940.
- MIRIZZI, Pablo L.—"Litiasis de la V. B. P.". Masson. París, 1957.
- MIRIZZI, Pablo L.—El obstáculo espontáneo del conducto hepático benigno. "Prensa Médica Argentina", Vol. XLVI, Nº 22; mayo 1959.
- MIRIZZI, Pablo L.—Complicaciones y secuelas de la cirugía de las vías biliares. "Tercer Congreso Interamericano de Cirugía", tomo I, año 1946.
- RAVINOVICII, Moisés.—Vías biliares. Colédocoterminal. Patología. "Prensa Médica Argentina", Vol. XLVI, Nº 22; 29 de mayo 1959.
- WAREMBOURG, H. y STALNIKIEWICZ, G.—Los moderadores de la secreción biliar. "Prensa Médica Argentina", Vol. XLVI, Nº 22; 29 de mayo 1959.
- SABOGAL, Alberto.—Complicaciones y secuelas de la cirugía de las vías biliares. "Tercer Congreso de Cirugía Interamericano", tomo I; octubre 1946.
- NARIO, Clivio V.—Complicaciones y secuelas de la cirugía de las vías biliares. "Tercer Congreso Interamericano de Cirugía", tomo I; octubre 1946.
- PRAT, Domingo.—"Patología biliar".
- CHIFFLET, Abel.—La exploración del colédoco en la colelitiasis. "Bol. de la Soc. de Cirugía del Urug.", tomo XXVI, Nº 3, págs. 405-412; 1955.
- CHIFFLET, Abel.—La hidatidosis hepática es una afección hepatobiliar. "Bol. de la Soc. de Cirugía del Urug.", tomo XIX, Nº 1, págs. 23-35; 1948.
- CHIFFLET, Abel.—Síndromes vesiculares agudos en la hidatidosis hepática. "2º Congreso Uruguayo de Cirugía", 1952.
- CHIFFLET, Abel y PRADERI, L. Alberto.—Consideraciones sobre cirugía biliar. Análisis de 470 observaciones. "Bol. de la Soc. de Cirugía del Urug.", tomo XXVIII, Nº 6, págs. 454-465; 1957.

- PALMA, Eduardo C.—Coledocotomía sin drenaje. “Bol. de la Soc. de Cirugía del Urug.”, tomo XXIII; 1952.
- CAPURRO, R.—Intervención por estenosis operatoria del colédoco. Drenaje por tubo perdido. “Bol. de la Soc. de Cirugía del Urug.”, 2: 22-27; 1931.
- COSCO MONTALDO, H.—Cirugía del colédoco. Decolamiento retroduodeno-pancreático en la cirugía biliar. “Bol. de la Soc. de Cirugía del Urug.”, 23: 52-67; 1952.
- .—Cirugía del colédoco. Estudio anatómico y funcional del esfínter de Oddi. “Bol. de la Soc. de Cirugía del Urug.”, 23: 237-248; 1952.
- .—Cirugía del colédoco. Oddi infranqueable. “Bol. de la Soc. de Cirugía del Urug.”, 18: 202-209; 1952.
- .—Cirugía del colédoco. Estudio funcional y dinámico del esfínter de Oddi; la sinergia Oddi-duodeno. “Bol. de la Soc. de Cirugía del Urug.”, 23: 345-361; 1952.
- .—Colceistopatías agudas; tratamiento. “2º Congr. Urug. de Cir.”. Montevideo, 124-144; 1951.
- .—Colédoco bloqueado. Primeras investigaciones en el hombre con el tubo en T-balón. “Bol. de la Soc. de Cirugía del Urug.”, 28: 308-321; 1957.
- .—Colédocoyjunostomía de Roux en las pancreatitis recidivantes. “Arch. Urug. Med.”, 43: 327-339; 1953.
- .—Litiasis coledociana sin ictericia. “Arch. Urug. Med.”, 48: 86-108; 1956. “Bol. de la Soc. de Cirugía del Urug.”, 25: 532-554; 1954.
- CLIVIO DURANTE, T.—Cirugía biliar bajo control de la presión biliar. “Bol. de la Soc. de Cirugía del Urug.”, 21: 71-82; 1950.
- LARGHERO, P.; NEGRO, R.; CURBELO URROZ, J. y VILLAR, H.—Atresia congénita de los canales biliares extrahepáticos. “An. Fac. Med. Montevideo”, 41: 67-100; 1956.
- MARELLA, M.—La conducta quirúrgica en la hidatidosis abierta en vías biliares. “4º Cong. Urug. Cir.”. Montevideo, 308-312; 1953.
- .—El tiempo biliar en la intervención por quiste hidático abierto en vías biliares. “Día Méd. Urug.”, 8: 749-758; 1952-1954.
- NARIO, C.—Cáncer total de las vías biliares extrahepáticas. “Arch. Urug. Med.”, 28: 424-528; 1946. “Bol. de la Soc. de Cirugía del Urug.”, 16: 428-432; 1945.
- PALMA, E.—Coledocotomía sin drenaje. “Bol. de la Soc. de Cir. del Uruguay”, 23: 7-35; 1952.
- .—Coledocitis estenosante intrapancreática. Operación de Allen. “Bol. de la Soc. de Cirugía del Urug.”, 23: 286-292; 1952.
- PALMA, E.; ZUBIAURRE, L. y VARELA LOPEZ, J.—Pancreatitis recidivante. Tratamiento quirúrgico mediante colédocoyjunostomía; operación de Allen. “Arch. Urug. Med.”, 43: 64-76; 1953.
- PIQUINELA, J.—Quiste hidático en vías biliares. “Arch. Urug. Med.”, 49: 143-153; 1956. “Bol. de la Soc. de Cirugía del Urug.”, 26: 62-72; 1955.
- PRAT, D. y LOPEZ GUTIERREZ, J.—Nuestra experiencia en la cirugía de la litiasis hepatocoledociana. “Bol. de la Soc. de Cirugía del Urug.”, 10: 445-456; 1939.

- .—Sobre patología y terapéutica biliar. "Bol. de la Soc. de Cirugía del Urug.", 24: 10-26; 1953.
- ; LOUBEJAC, A. y BARBEROUSSE, C.—Consideraciones sobre tres casos de cirugía de las vías biliares. "Bol. de la Soc. de Cirugía del Urug.", 4: 60-72; 1933.
- y LOPEZ GUTIERREZ, J.—Nuestra experiencia en la cirugía de la litiasis hepatocoleociana. Segunda comunicación. "Arch. Urug. Med.", 16: 589-600; 1940.
- VARELA FUENTES, B. y GRAÑA, A.—Colédocolitiasis coexistente con una vesícula biliar de funcionalidad normal. "Arch. Urug. Med.", 28: 46-53; 1946.
- SOTO BLANCO, J.—Neoplasma doble de las vías biliares. "Bol. de la Soc. de Cirugía del Urug.", 5: 290-302; 1934.
- STAJANO, C.—Heridas operatorias de los canales biliares y la vía principal. "Bol. de la Soc. de Cirugía del Urug.", 17: 343-355; 1946.
- SANTOS DUBRA, A.—Quiste hidático del lóbulo izquierdo del hígado abierto en vías biliares, litiasis hidática concomitante. "Bol. de la Soc. de Cirugía del Urug.", 26: 423-432; 1955.
- STAJANO, C.—Dilatación congénita del hepatocolédoco megacolédoco. "Bol. de la Soc. de Cirugía del Urug.", 17: 261-274; 1946.
- VALLS, JIMENEZ DE ARECHAGA y ARRUTTI, C.—Hemorragias masivas por la vía biliar principal. "Bol. de la Soc. de Cirugía del Urug.", 27: 81-93; 1956.
- WALTERSKIRCHIEN, M.—Colédocoduodenostomía en un caso de colangitis por oclusión biliar. "Bol. de la Soc. de Cirugía del Urug.", 27: 468-471; 1956.