

LAS ANASTOMOSIS BILIODIGESTIVAS  
EN EL TRATAMIENTO DE LA LITIASIS  
DE LA VIA BILIAR PRINCIPAL

*Dr. JOSE A. PIQUINELA*

La litiasis de la vía biliar principal (V. B. P.) presenta en el momento de la intervención, una anatomía patológica muy variable, tanto en lo que se refiere a número, tamaño, aspecto, disposición y topografía de los cálculos, como en lo que tiene relación con las lesiones canaliculares y viscerales vecinas (vesícula, hígado y páncreas, especialmente) que han precedido, acompañado y seguido a la litiasis, muchas de ellas seguramente determinadas o agravadas por la propia litiasis.

Parece razonable admitir que a una diversidad anatómica tan grande debe corresponder, también, un gran eclecticismo en la elección de los métodos terapéuticos, siendo un hecho importante el establecer qué modo de tratamiento conviene a cada caso en particular, a lo que cabe agregar que debe pesar, también, en la elección, el estado general, tan diferente de un paciente a otro.

Uno de los problemas de táctica y técnica es el que se refiere a las indicaciones de las anastomosis biliodigestivas (A. B. D.) sobre las que tienen gran experiencia muchos cirujanos europeos. En nuestro medio no hay casi ninguna experiencia al respecto, ya que sólo parece aceptárselas como operación de necesidad, en las obstrucciones neoplásicas, por ejemplo.

Creemos, en base a lo precedentemente expuesto, que no pueden ser rechazadas "a priori" y que cabe analizar sus posibilidades cuando se plantean adecuadamente sus indicaciones, y la técnica se ajusta a una serie de principios bien establecidos por Finsterer y Valdoni, entre muchos otros.

El tratamiento quirúrgico de la litiasis de la V. B. P. consiste en: 1) extraer todos los cálculos asentados en las vías biliares; 2) controlar la vacuidad —ausencia de cálculos— y permeabilidad —ausencia de estenosis intrínsecas o extrínsecas— de la V. B. P.; 3) asegurar el restablecimiento del curso de la bilis lo más normal que sea posible, evitando en la medida también de lo posible, la aparición de trastornos ulteriores o la persistencia de secuelas.

Con ligeras variantes de técnica, la unanimidad existe acerca del primer punto; tal vez puede decirse lo mismo del segundo, aunque aquí con grandes diferencias de técnica de un cirujano a otro. La colangiografía peroperatoria —que practicamos siempre que nos es posible— y la radiomanometría, constituyen en la verificación de la vacuidad y permeabilidad de la V. B. P., un real e indiscutible progreso, pero no impiden siempre el pequeño cálculo residual ni aseguran que una lesión inflamatoria baja, aun no estenosante, evoluciona hacia la fibrosis y estrechez consecutiva en los meses que siguen. La realización del tercer principio levanta vivas discusiones entre los partidarios de la coledocotomía llamada ideal, el drenaje externo y la A. B. D. o drenaje interno.

El hecho indiscutible es que la litiasis de la V. B. P. continúa siendo el gran problema de la cirugía biliar, como queda evidenciado por el número elevado de reintervenciones por recidivas verdaderas o falsas, al que no escapa ninguna estadística, aun las que pertenecen a los cirujanos de mayor experiencia en la materia. Esas reintervenciones son graves, sea en base a dificultades técnicas, a menudo encontradas, sea en función de un estado general con frecuencia precario. Dicha gravedad queda atestiguada por el porcentaje de mortalidad: 10 a 12 % son las cifras más bajas señaladas.

La profilaxis de la litiasis llamada residual, de las condiciones que puedan originar una nueva litiasis y de los sufrimientos por lesiones canaliculares o viscerales coexistentes, muchas de ellas con potencial evolutivo no extinguido en el momento de la intervención, constituye la gran preocupación en cirugía biliar.

Por razones de tiempo y espacio nos limitamos a resumir a continuación las circunstancias en las cuales una A. B. D. puede

discutirse o indicarse en la litiasis de la V. B. P., no como operación de necesidad, sino como operación de elección; teniendo en cuenta sus ventajas: supresión de toda pérdida de bilis, recuperación rápida del estado general, postoperatorio más simple, hospitalización más corta y posible retroceso rápido de las lesiones inflamatorias de las regiones oddiana, coledociana baja y pancreática.

La A. B. D. será, en la mayoría de los casos, una colédocoduodenostomía (C. D.) por razones que no podemos analizar aquí.

1) *El estado general deficitario.*— De elección en estos casos para la escuela alemana, en general: evita grandes exploraciones que serían peligrosas e impide la pérdida biliar inevitable con el drenaje externo, que no se toleraría o se soportaría muy mal; además, un cálculo residual siempre posible o una recidiva verdadera de la litiasis amenazaría gravemente la vida del enfermo al imponer una reintervención. La experiencia ha mostrado que la operación es notablemente soportada con rápida y llamativa recuperación del paciente, y el estado general precario es indicación de C. D., mismo para cirujanos poco partidarios, en principio, de la A. B. D. en la litiasis de la V. B. P.

2) *La dilatación del colédoco.*— Se trata de un hecho frecuente y constituye habitualmente un fenómeno irreversible; su persistencia es factor de estancamiento biliar, de infección, de coledocitis, de nuevos cálculos. Enfermos reoperados por sufrimientos que simulan una recidiva litiásica —dos de nuestros casos— y en los que sólo se encuentra una gran dilatación del colédoco, han visto desaparecer totalmente sus trastornos con una C. D. Algunos autores distinguen dos situaciones: colédoco dilatado con estenosis del sector distal y colédoco dilatado con permeabilidad normal del canal en su parte baja; la C. D., lógica en el primer caso, les parece innecesaria en el último. Una enferma nuestra, con grandes sufrimientos, en la que la reintervención evidenció una gran dilatación coledociana con canal absolutamente permeable, ha visto desaparecer todos sus sufrimientos con una C. D. Pensamos que la dilatación del colédoco es una de las firmes indicaciones de C. D., a lo que cabe añadir que un colédoco dilatado favorece netamente la técnica de la anastomosis.

3) *La litiasis múltiple*, especialmente con cálculos pequeños en los hepáticos o en la V. B. intrahepática. La C. D. aparece indicada aquí como consecuencia de la imposibilidad frecuente de sacar todos los cálculos, permitiendo su pasaje al duodeno junto con la arenilla, el barro biliar y posibles nuevos cálculos.

4) *La infección grave de la V. B. P.*— Es indicación de C. D. para algunos cirujanos, especialmente en pacientes de edad o con mal estado general por insuficiencia hepática e infección seria del árbol biliar. Otros ven en esos casos una indicación del drenaje externo, sea para asegurar la evacuación al exterior de la bilis infectada, sea por el riesgo de falla de la sutura. Mirizzi encuentra indicación precisa de la C. D. en el síndrome coledociano grave, que es habitualmente una colédocolitiasis encima de una estenosis vateriana o una pancreatitis concomitante.

5) *Los cálculos enclavados en el colédoco bajo o en la ampolla de Vater*, constituyen una indicación muy discutida de C. D.; quizás, en parte, porque las dificultades de extracción y las lesiones residuales no son siempre comparables a su magnitud y sus posibilidades evolutivas son diferentes. La extirpación sistemática sostenida firmemente por unos a pesar de un estado general deficiente y de un trauma quirúrgico importante, seguida o no de C. D., sería demasiado chocante en muchos casos, lo que lleva a algunos cirujanos a prescindir de ella y a terminar la operación por una C. D. frente a un sujeto con malas resistencias, estado cardiovascular precario y funcionalidad hepática deficiente.

6) *La pancreatitis crónica postlitiásica, la coledocitis estenosante del canal en su parte baja*, constituyen una indicación menos discutida de C. D. Aun cuando las opiniones divergen en cuanto a la evolución ulterior de una pancreatitis importante o de una estrechez acentuada del colédoco y que algunos cirujanos creen que extraídos los cálculos y mantenido suficiente tiempo un drenaje adecuado, los resultados ulteriores son favorables, la impresión general no corresponde a esos hechos. Tanto la lesión parietal canalicular como la extrínseca pancreática, son en buena parte irreversibles en el momento de la intervención

y con un potencial no agotado hacia la acentuación ulterior de la esclerosis. Creemos que estos casos constituyen una de las mejores indicaciones de la C. D.

7) *La odditis esclerosa.*— Las opiniones están divididas entre los partidarios de la esfinterotomía con o sin resección parcial del Oddi y de la A. B. D. Para algunos cirujanos ella sería una de las mejores indicaciones de C. D. que permite resolver en forma estable un obstáculo definitivo a la circulación biliar, susceptible de recidivar frente a todas las maniobras dirigidas a atacarlo directamente.

8) *Las reintervenciones.*— Como cuestión de hecho, en un medio como el nuestro, donde el drenaje externo es la manera habitual de terminar una operación por litiasis de la V. B. P., el porcentaje de reintervenciones por nuevos sufrimientos es elevado. Creemos que aquí tiene la C. D. numerosas indicaciones, aun cuando debe señalarse el hecho bien conocido de que es en estas condiciones en que su técnica puede ofrecer mayores dificultades. La anastomosis deberá plantearse en situaciones que resumen las enumeradas precedentemente: litiasis múltiple a cálculos pequeños, residual o neoformada; dilatación coledociana; infección de la V. B. P.; estenosis del colédoco bajo; pancreatitis cefálica; esclerosis del Oddi; estado general precario que hace temible una operación ulterior o una pérdida biliar importante.

*Las objeciones a la C. D.* han sido contestadas por los autores alemanes e italianos que son los que tienen mayor experiencia al respecto. *El reflujo duodenobiliar* es prácticamente constante, pero no trae infección ascendente de la V. B. a menos que haya estasis por estenosis de la neoboca. Esta última no se produce si la anastomosis es suficientemente amplia, condición esencial de una técnica correcta.

*El cierre parcial o total de la neoboca,* responsable de casi todos los fracasos señalados, no se produce con una técnica correcta que asegure una anastomosis amplia y bien colocada.

*La acumulación en el colédoco retroduodenal de concreciones y barro biliar* no tiene mayor entidad, según Valdoni; el colédoco bajo a menudo se repermeabiliza. No obstante, creemos

aconsejable colocar la neoboca lo más baja posible con la finalidad de reducir al mínimo el segmento canalicular subanastomótico. Para ello efectuamos la anastomosis de acuerdo a la técnica de Finsterer, pero decolando parcialmente el duodeno como en los procedimientos de Jurasz y de Flörcken. *Los resultados alejados favorables* se mantienen con una anastomosis correctamente ejecutada; tal es la conclusión de los autores de mayor experiencia en ella.

Las anastomosis adquieren su máxima eficacia cuando se las realiza como operación inicial. El porcentaje de éxitos disminuye cuando recién se les plantea a propósito de reintervenciones, luego de uno o más fracasos. En todos los casos tiene una importancia esencial para el buen resultado alejado la realización de una *técnica correcta*, tanto en lo que se refiere al abordaje y exposición de la zona operatoria como en lo que se relaciona con el conocimiento preciso y la ejecución cuidadosa de sus tiempos más importantes.

*Los resultados alejados* son aquí —como lo son siempre en materia de indicación y de táctica y técnica quirúrgicas— un elemento esencial del problema. La confianza de los autores alemanes e italianos y de otros cirujanos, prueba que la C. D. tiene resultados *alejados favorables*: Finsterer, 233 casos; Hartl, 123; Demel, 43; Valdoni, 200; Roux y col., 17 casos. Las crisis dolorosas desaparecen definitivamente; los trastornos dispépticos mejoran notablemente, recomendándose, como es regla tradicional, evitar el decúbito durante el período digestivo; la ictericia no vuelve; la angiocolitis clásicamente considerada como la complicación máxima de la C. D. no se manifiesta en la mayoría de los operados.

Nuestra serie personal, aún muy reducida y relativamente reciente (12 casos con evolución postoperatoria seguida de dos o tres meses a dos años) está de acuerdo en los resultados obtenidos con lo observado por los cirujanos de mayor experiencia en la materia.

En base a lo precedentemente expuesto, creemos que la C. D. tiene indicaciones precisas e indicaciones relativas en la colédocolitiasis y que es éste un método cuyas bondades no pueden subestimarse para el manejo adecuado de situaciones observadas con bastante frecuencia en los pacientes con una litiasis de la V. B. P.

No se justifica, en nuestra opinión, el ostracismo a que ha sido relegado en nuestro medio y pensamos, con Ameline, que en el tratamiento de la litiasis de la V. B. P. "tiene su lugar y no merece ni exceso de honor ni indignidad".

#### ESTADISTICA PERSONAL

##### Primera intervención

Litiasis múltiple a cálculos pequeños; colédoco y hepático; colédoco dilatado ..... 1 caso.

##### Primera reintervención

Estrechez coledociana baja sin cálculos ..... 3 casos.  
 Litiasis residual múltiple ..... 3 casos.  
 (En los 6 casos: gran dilatación de colédoco.)  
 Dilatación coledociana sin cálculos ni estrechez ..... 1 caso.

##### Segunda reintervención: 3 casos

1) Colecistectomía.	Peritonitis biliar. Pancreatitis. Colédoco enorme, lleno de cálculos. Kehr.	Estrechez filiforme de colédoco terminal. C. D.
2) Quiste hidático abierto en vías biliares. Quistotomía; colecistostomía; coledocostomía.	Ictericia. Estrechez coledociana baja. Kehr.	Estrechez coledociana baja. C. D.
3) Colecistostomía.	Colecistectomía.	Gran dilatación coledociana. C. D.

##### Tercera reintervención: 1 caso

Úlcera gástrica sangrante. Litiasis vesicular y coledociana. Gastrectomía. Curetaje vesicular. Extracción de cálculos coledocianos. Kehr.	Litiasis residual. Colungio peroperatoria. Kehr.	Coledocitis. Estrechez coledociana baja. C. D.
---	--	--