

CONTRIBUCION.

PARTICIPACION PANCREATICA EN LA COLEDOCOLITIASIS

Dr. CARLOS MIRIZZI

Las operaciones extrabiliares pueden perturbar la función pancreática, pero dados los nexos anatomofuncionales estrechos de la glándula con la vía excretoria biliar, su repercusión es evidente en ciertos casos, tanto en el curso evolutivo de la enfermedad litiásica, como en las intervenciones quirúrgicas practicadas sea en la vesícula como a lo largo del hepatocolédoco.

1) PARTICIPACION PANCREATICA EN EL CURSO DE LAS OPERACIONES

A raíz de imputársele a la colangiografía operatoria complicaciones pancreáticas postoperatorias, presenté ante el 3er. Congreso Interamericano de Cirugía, de 1946, que con tanta competencia presidió mi eminente amigo el Prof. Dr. Domingo Prat, un estudio sobre 143 operados, de los cuales 104 de las vías biliares y 39 de afecciones diversas. La investigación de fermentos se efectuó durante una semana consecutiva, y se corroboró en las pílorogastrectomías por ulcus un aumento pasajero de la diastasia en todos los enfermos; en las otras afecciones el porcentaje cayó por debajo del 50 %. Cabe significar que este aumento discreto de los fermentos era la expresión de un disturbio glandular pasajero, sin ninguna manifestación clínica.

En lo que respecta a las intervenciones biliares, afectadas con el control de la C. O., de los 104 casos, en uno solo se observó la cifra de 512 U. y estuvo exento de síntomas clínicos de pancreatitis.

En suma, el método exploratorio *según nuestra técnica*, no ocasiona prácticamente ningún disturbio pancreático. Ahora bien, si ellos se presentaren cabe imputarlos a las maniobras operatorias, particularmente aquellas efectuadas en el sector distal de la vía excretoria biliar, o sea en la parte en que el páncreas está expuesto a traumatismos. Otro género de complicaciones, como ser los abscesos abdominales parietales graves y la ruptura tardía del colédoco, tienen sin duda relación estrecha con disturbios del páncreas.

a) *Abscesos parietales disecantes*.— En los tres casos personales se trataba de pacientes debilitados, con meiopragia, intervenidos en período avanzado de la litiasis. La participación de los fermentos pancreáticos era evidente; ellos salían en abundancia por el drenaje.

Primera observación. Se trataba de una fístula en Y colédocogastroduodenal y colédocolitiasis. Reflujo wirsungiano. Drenaje de Kehr.

Segunda observación. Pancreatitis estenosante, moniliforme. Gran dilatación del sistema del hepático. Drenaje de Kehr.

Tercera observación. Concreción fija en el colédoco distal (seudodivertículo). Remoción penosa. Drenaje de Kehr.

Cabe pensar que si estos pacientes hubiesen pertenecido al período antibiótico, los resultados tal vez hubieran sido favorables, máxime si se modificara la táctica del drenaje: avenamiento interno, drenaje subhepático, con aspiración continua.

Después de estos tres fracasos, no he tenido oportunidad de observar casos análogos.

b) *Ruptura postoperatoria tardía del colédoco*.— La ruptura postoperatoria tardía del colédoco es consecutiva a la coledocotomía supraduodenal, seguida de avenamiento de Kehr. Su consecuencia es el coleperitoneo. La literatura médica argentina consigna un solo ejemplo, personal, de este accidente.

Se trataba de una paciente de 48 años, afectada de colecistitis esclerorretráctil calculosa, colédocolitiasis y disturbios funcionales del tercio distal del conducto, con reflujo hacia un con-

ducto de Wirsung dilatado y flexuoso. A los 20 días de avenamiento de Kehr, se efectuó la fistulografía, que demostró la persistencia del reflujo wirsungniano. Se retiró el tubo en T; la fístula biliar persistió durante los veinte días consecutivos.

Dos meses después, a raíz de un esfuerzo violento, en aparente buena salud, hizo un cuadro agudo dolcrosó, que impuso el diagnóstico de pancreatitis: la intervención reveló la dehiscencia del ojal de coledocotomía y un abundante coleperitoneo.

Como comentario de este caso singular, sin desestimar la opinión foránea sostenedora del aumento de presión intracanalicular e infección, en presencia de una vía biliar principal contráctil, activa, de paredes delgadas, en la cual la antigua cicatriz de coledocotomía cede, deben tenerse muy en cuenta los disturbios del esfínter de Oddi persistentes no obstante el avenamiento, los cuales se asocian a trastornos pancreáticos relacionados con el reflujo wirsungniano.

2) REFLUJO WIRSUNGNIANO .

El reflujo hacia el conducto de Wirsung como exponente de un disturbio del esfínter de Oddi, es un fenómeno *activo*.

Se ha dicho y se sostiene que el reflujo wirsungniano es frecuente y carente de significación patológica. En un buen número de ocasiones el fenómeno es puramente mecánico, debido al aumento brusco de la presión del hepatocolédoco, la cual facilita la inyección del árbol pancreático siempre que ambos conductos, colédoco y Wirsung, confluyan hacia la ampolla de Vater.

Los cirujanos escandinavos, que no dan importancia alguna a los disturbios funcionales, emplean una técnica particular de colangiografía operatoria: inyectan repetidas dosis, de 10 c.c. cada una, de solución iodada acuosa, a gran presión. El árbol biliar se hace visible en su totalidad hasta las más finas ramificaciones, un tanto dilatado por la cantidad de líquido inyectado, y en un 50 % de los casos se ve el conducto de Wirsung, las más de las veces en todo su trayecto.

La escuela lionesa, que asocia sistemáticamente a la C O. la manometría con técnica de aumento brusco de la presión intracoledociana, observa en un porcentaje aproximado al de los autores nórdicos, el reflujo wirsungniano, y al fenómeno lo identifican como hipotcnia del esfínter de Oddi. En otras palabras,

basado en el informe radiomanométrico, se reconoce un disturbio funcional que debe tratarse con neurotomía vegetativa. La escuela del Hospital San Antonio de París no asigna a la susodicha hipotonía valor alguno, por considerarla un fenómeno pasajero consecutivo a la premedicación y a las maniobras operatorias. Por lo visto, en este punto sólo el correr del tiempo y el aporte de infcrmes fisiopatológicos podrán discriminar lo artificial y efímero de lo real y estable.

La técnica personal empleada en la C. O. reduce los fenómenos provocados al mínimo: es una instilación de pequeña cantidad, las más de las veces a través de un conducto cístico muido de sus válvulas de Heister, de una substancia que según las experiencias no perturba la fisiología del árbol biliar. Esta es *una de las razones* que apoyan la hipótesis del carácter activo y patológico del reflujo wirsungniano. La *otra razón* es el aspecto morfológico del árbol pancreático: habitualmente se ve un conducto de Wirsung elongado, flexuoso, aumentado de diámetro, cuyo segmento próximo a su desembocadura es fusiforme. Todos estos caracteres, precisados por la morfología radiológica, reafirman la preexistencia del reflujo con respecto al acto operatorio, amén de comprobar en un buen número de los casos crisis dolorosas con visos pancreáticos y reacción de Wolhgemuth positiva.

Una tercera razón, que no debe desestimarse y que demuestra la actividad del fenómeno, es la observación del reflujo como fase consecutiva a la contracción del mecanismo esfinteriano, sea el común del colédoco, sea el propio de la ampolla de Vater descrito por Boyden.

Una cuarta razón la proporcionan los disturbios esfinterianos asociados. Todos sabemos que la perturbación dinámica en un punto determinado predispone naturalmente, sea por vía refleja o por contragolpe, a perturbaciones a lo largo del trayecto. Me refiero a la coexistencia, ya de la contractura simple del conducto hepático, ya del síndrome anatomofuncional, con el reflujo wirsungniano. La iconografía radiológica ofrece algunos pocos ejemplos de los primeros. En lo que respecta a la asociación del síndrome anatomofuncional del conducto hepático y al reflujo hacia el Wirsung, ha sido posible ponerlo de manifiesto durante el acto operatorio con la ayuda de la instilación duodenal de una solución de sulfato de Mg al 30 %.

Citaré de paso el reflujo provocado por el *avenamiento transvateriano*. El recurso fue inspirado por la escuela de Eiselsberg, y luego fue abandonado. El Prof. Duval lo preconizó alrededor de 1925, a los fines de limitar o suprimir el drenaje de Kehr. Personalmente, en esa época lo instituí en algunos casos, después de remover las concreciones del colédoco, pero lo abandoné a causa de algunos inconvenientes: ictericia, dolores, reabsorción de fermentos, dehiscencia de la colédocorrafia y bilirragia externa. Este cuadro postoperatorio hacía justamente pensar en el efecto ulterior asociado debido al traumatismo pancreático y la acción mecánica del dren transpapilar a nivel de la ampolla de Vater, o sea en la confluencia colédoco-wirsungniana.

En la actualidad, en el curso de la colédocolitiasis, practico excepcionalmente el drenaje transvateriano. La literatura de los últimos tiempos ha dado el grito de alarma sobre las frecuentes complicaciones pancreáticas que acarrea su empleo "larga manu".

Observaciones ulteriores, mediante la fístulografía postoperatoria, efectuada por el drenaje transcístico, permiten observar que el pico de la sonda al progresar espontáneamente hacia el duodeno favorece el reflujo wirsungniano.

Estas observaciones nos comprueban los inconvenientes que acarrea todo cuerpo extraño en contacto íntimo con la papila de Vater. De ahí que no se justifica tratar los cálculos encajados en la ampolla de Vater, con la derivación interna permanente, verbigracia, la colédocoduodenostomía externa. Todo cuerpo extraño debe extraerse con el mínimo de traumatismo regional. Esta premisa advierte sobre los inconvenientes que puede acarrear la papiloplastia como tratamiento de fondo de la colédocolitiasis, tanto para la remoción de cálculos, como para la profilaxis de la litiasis residual.

3) IMPORTANCIA DE LA COLANGIOGRAFIA PARA EL DIAGNOSTICO DE LA PARTICIPACION PANCREATICA

La participación pancreática en el curso de la litiasis biliar fue advertida por los clásicos, quienes le asignaban un término medio de un 30 % de frecuencia. Ahora bien, debemos convenir en la existencia de dos hechos indiscutibles: 1º) Los dis-

turbios y las lesiones pancreáticas son más pronunciados y frecuentes en la fase canalicular de la litiasis biliar, particularmente en la colédocolitiasis. 2º) La colangiografía operatoria sólo denuncia un número limitado de ejemplos: ya sea por la presencia del reflujo wirsungniano, por un defecto de calibre o por un "stop" parcial o total situado en el colédoco terminal.

4) PANCREOPATIA AGUDA Y COLECISTITIS

Permítaseme considerar previamente conceptos vertidos en una fecha reciente a propósito del problema de la colecistitis crónica alitiásica tóxica (Sotgiu y Labó).

La flogosis aséptica vesicular es la consecuencia del reflujo pancreático hacia la vesícula. Las *investigaciones experimentales* demuestran que la presencia del jugo pancreático en la cavidad vesicular provoca una gama de lesiones que van hasta la necrosis del órgano.

La presencia de fermentos pancreáticos en la vesícula afectada de colecistitis alitiásica tóxica varía del 10 al 50 %. Por lo visto, son cifras imprecisas. Cabe al respecto consignar las investigaciones recientes de la clínica médica de Bologna (Sotgiu y Labó), que dan un 31 % de fermentos en las colecistitis alitiásicas clasificadas como tóxicas, que se acuerda con el 30 % de las colecistitis calculosas, y concluyen los autores "que en el mayor número de los casos de este tipo de colecistitis alitiásica coexiste una colostasis por distonía espástica del esfínter de Oddi, y a veces con reflujo hacia el conducto de Wirsung, evidenciado por la colecistocolangiografía bloqueada" (Sotgiu y Labó).

Todo lo dicho es de capital importancia como preámbulo de lo que sigue.

La tesis del Prof. Pedro Larghero Ybarz, atrajo mi atención sobre una variedad de lesión vesicular designada por el autor con el nombre de colecistitis disecante y exfoliativa. En nuestros operados de vías biliares presentóse un solo caso, que fue relatado en la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires, en 1938, en colaboración con el Prof. Dr. Luis V. Ferraris, anatomopatólogo. El franco reflujo wirsungniano revelado por la C. O. y el carácter de las lesiones histológicas no dejaron duda sobre la parti-

cipación de los fermentos pancreáticos en el proceso vesicular. Pese a las profundas lesiones existentes en el saco necrótico extirpado, las alteraciones de la trama conjuntivoelástica dejan reconocer la arquitectura general de las tunicas vesiculares. Este hecho concuerda con la acción de los fermentos digestivos y no con un simple proceso gangrenoso o purulento que lleva, por lo general, a la desintegración de las distintas estructuras, hasta hacerlas irreconocibles.

En la serie personal de más de 3.500 casos operados de litiasis biliar, se observa en un 15 % de las colecistitis perforadas, incluyendo las fístulas internas, la hipertonia del esfínter de Oddi con frecuente reflujo hacia el conducto de Wirsung. La susodicha cifra es intermedia entre el 10 % de los disturbios dinámicos observados en la litiasis biliar y el 30 % correspondiente al grupo afectado de colecistitis sine concremento, incluyendo la "vesícula fresa".

El elevado número de trastornos funcionales en las *colecistitis perforadas* nos advierte acerca de la posible relación de causa a efecto entre los disturbios dinámicos del esfínter de Oddi y el accidente perforativo. Es dable observar, con relativa frecuencia, en pacientes operados poco tiempo después de la crisis, signos evidentes de participación pancreática. En el acto operatorio se encuentra: perforación vesicular, las más de las veces "cubierta", acompañada de infiltración edematosa de los tejidos; páncreas aumentado de volumen, y manchas de esteatonecrosis. La colangiografía operatoria revela un reflujo evidente hacia un conducto de Wirsung dilatado.

5) PANCREOPATIA AGUDA Y COLEDOCOLITIASIS

La presencia de cálculos en la vía biliar principal favorece las perturbaciones pancreáticas. El cuerpo extraño es un factor favorecedor de la infección. Si el encaje radica en el colédoco distal, por su acción mecánica obstaculiza seriamente el curso biliar y la excreción pancreática. Un pequeño cálculo encastillado en la ampolla de Vater, además de provocar ictericia y reabsorción de fermentos, da origen a crisis dolorosas subintran-

tres que exigen intervenciones de relativa urgencia, para calmar los sufrimientos, que ordinariamente ceden, por momentos, a la anestesia esplénica.

Estos son ejemplos de formas edematosas de Zoepfel. El cálculo de la ampolla de Vater puede favorecer el accidente de esteatonecrosis, que se traduce por un cuadro agudo depresivo y grave, que hace sumamente peligrosa la intervención quirúrgica de urgencia. Es el caso raro, si se quiere, de forma tumoral manifiesta, que requiere ser tratado mediante operaciones sucesivas, con suma prudencia.

Por supuesto, no es condición indispensable para que se produzcan las lesiones de esteatonecrosis pancreáticas la presencia del cuerpo extraño en el colédoco terminal. Los cálculos pueden situarse en la parte alta, por encima de un desfiladero estrechado —del tercio distal del colédoco—, o sea la parte rodeada por la glándula pancreática aumentada de volumen.

6) PANCREOPATIA ESTENOSANTE CRONICA Y LITIASIS SUPRAELECTRICAL

Nuestra estadística de pancreatitis estenosantes, global, llega a un 11 %, en el curso de la litiasis biliar. Justo es reconocer que la mayoría corresponde a casos de colecistitis calculosas asociadas a un defecto de calibre irregular del tercio distal del colédoco, revelado por la C. O., en que sería difícil distinguir la parte oddiana, de la pancreática. De estos ejemplos se deduce un hecho práctico: el simple avenamiento temporario, después de la colecistectomía, restituye la vía biliar principal a la función normal. En cambio, aunque un tanto raros, hay ejemplos de pancreatitis crónica estenosante, de carácter permanente, acompañados de litiasis múltiple supraelectrual.

Identificados estos ejemplos, la conducta más prudente a seguir después de remover los cálculos, es terminar la operación con la colédocoduodenostomía externa (C. D. E.).

El cirujano debe tener también presente en su mente una rarísima posibilidad: la pancreatitis obstructiva, sine concrements, en la cual sólo la evolución ulterior, seguida durante largo tiempo, permitirá la exclusión del carcinoma pancreático.

7) EL AVENAMIENTO INTERNO EN LAS PANCREOPATIAS AGUDAS O CRONICAS ESTENOSANTES

En el disturbio agudo del páncreas, simple o asociado a la infección, ocupa un primer plano la acción deletérea de los fermentos sobre los tejidos vecinos y la acción tóxica a distancia ejercida en el organismo. El reconocimiento de un obstáculo del tercio distal, factor de estasis biliar y pancreática —si la intervención quirúrgica está indicada— exige del cirujano una táctica operatoria apropiada, que al suprimir la estasis biliar y pancreática ponga a los tejidos circundantes al abrigo de la acción digestiva destructiva de los fermentos. El drenaje externo suprime momentáneamente la estasis, pero expone a la difusión de los fermentos; en cambio, la derivación interna, del tipo de la C. D. E., llena ampliamente ambos cometidos: restituye el libre curso biliar hacia el intestino, y hace profilaxis de la digestión posible de los tejidos circundantes bajo la acción de los fermentos.

La indicación de la C. D. E. es también imperiosa en la colédocolitiasis supraestructural pancreática. En estos casos de litiasis avanzada, en pacientes ictericos a repetición, que sufren de larga data, ya disminuidos en sus defensas naturales, la restitución normal de la circulación biliar es urgente. Además, en estos mismos enfermos, la experiencia enseña que el defecto de calibre del tercio distal del colédoco es “irreversible” y sólo puede subsanar el inconveniente, en forma permanente, la C. D. E.