

## COLEDOCOTOMIA

### Sus indicaciones y nuestros resultados

Dres. PASCUAL MAGALDI y RENATO INTERGUGLIELMO  
(Hospital Italiano - Buenos Aires)

Se decide realizar la exploración quirúrgica del colédoco, cuando la historia clínica del enfermo o los datos del laboratorio sugieren la posibilidad de una ictericia obstructiva; a pesar de ello, *“todos los pacientes de colecistitis calculosa debieran ser preparados para su exploración, si así se creyere conveniente”*.

La cirugía del colédoco correctamente practicada, no agrega morbilidad al postoperatorio de una colecistitis calculosa; en cambio, evita la posibilidad de reintervenciones o evoluciones complicadas.

Existen seis indicaciones formales de coledocotomía, en enfermos en quienes se ha realizado una colecistectomía.

- 1º) Colecistitis calculosa, con cálculo palpable en colédoco.
- 2º) Colecistitis calculosa, con colédoco de paredes finas y dilatado más de 1 cm. de diámetro, o ante una vesícula de paredes engrosadas o esclerosas.
- 3º) Colecistitis calculosa con cálculos pequeños o friables y con un cístico dilatado, aunque se halle obstruido.
- 4º) En ausencia de colelitiasis, pero ante un páncreas aumentado de tamaño, edematoso e indurado o ante la evidencia de otra patología pancreática.
- 5º) Síntomas de obstrucción coledociana (antecedentes de ictericia con o sin fiebre), aun sin colecistitis calculosa.

- 6º) Ante cualquier anomalía del árbol biliar, en sus proximidades, o si coexiste un padecimiento pancreático crónico, o ante la presencia de bilis turbia.

### EXPLORACION NO QUIRURGICA DEL COLEDOCO

La exploración del colédoco puede ser hecha a través del cístico:

- 1) por palpación manual;
- 2) por palpación sobre sonda que previamente se haya introducido;
- 3) por coledoclisia a través del cístico;
- 4) por colangiografía operatoria.

Desde el punto de vista anatómico se observa que:

- En un tercio de los casos, el colédoco se hace intrapancreático en unos 2 a 4 cms. y no resulta ni visible.
- En otro tercio, el colédoco se ubica entre el páncreas y el duodeno. Este, en estos casos que puede palpase mediante la maniobra de Vautrin Kocher, teniendo cuidado de controlar la hemostasis al seccionar las venas retropancreáticas.
- En un último tercio se hace completamente retroduodenal y es fácilmente visible y accesible.

Otra posibilidad de exploración consiste en introducir un catéter por el cístico y practicar la duodenostomía.

### EXPLORACION QUIRURGICA DEL COLEDOCO: COLEDOCOTOMIA

Esta maniobra consiste en practicar una incisión de 1 ó 2 centímetros en sentido longitudinal o transversal y que puede extenderse hacia el hepático o ser realizada en este conducto, suponiendo que estamos ante un colédoco con "inserción baja del cístico".

Es posible explorar el conducto colédoco mediante la introducción de una sonda ureteral, beniqué o tubo plástico, semejante a nuestra "ventosa del colédoco".

Igualmente se inyectan sueros con el fin de lavar o controlar la presión intracoledociana o de la papila.

Se obtienen mayores datos si previamente se ha introducido la sonda nasal hasta el duodeno y por ella se inyectan: sulfato de magnesio, aceite de oliva, etc.

En sentido inverso pueden inyectarse líquidos coloreados por la coledocotomía y se recogen previa aspiración por la sonda nasal (colangioperfusomanometría).

Los resultados de un solo método, no pueden ser concluyentes; es preferible sacar conclusiones de los distintos métodos para dilucidar el diagnóstico. Esto es, valorar los resultados de la palpación, la colangiografía y la exploración instrumental sin olvidar los factores de error que cada uno de estos métodos presenta.

Pequeños cálculos pueden pasar inadvertidos a la palpación o a la colangiografía y la inyección de líquidos pueden suponer estrechez donde sólo hay espasmo.

La duda puede existir sobre la integridad de un colédoco en el curso de una intervención, a pesar de la palpación, exploración colangiográfica y perfusión. Tal ocurre en los siguientes casos: la existencia de pequeños cálculos, la dificultad de pasaje a duodeno de los líquidos, la deformidad en la última porción del colédoco, la presión de divertículos vecinos a la papila, la existencia de un úlcus duodenal vecino al Oddi, las lesiones del duodeno, páncreas o de la papila, que no alcanza a definirse.

En todos estos casos es cuando debe practicarse la duodenotomía y exploración de la papila transduodenal, conducta que no aumenta la morbilidad postoperatoria y que, conjuntamente con la coledocotomía nos solucionará definitivamente el problema.

Creemos oportuno realizar la coledocotomía cuando existe:

- 1) Apariencia de un colédoco anormal, por ejemplo, mayor de 1 cm. de diámetro con adelgazamiento o transparencia de sus paredes, aspecto indurado o palpación de un cálculo en su interior.

- 2) Ante la presencia de síntomas clínicos que supongan una coledocitis crónica (sea por ictericia obstructiva, pancreatitis, tumor).
- 3) Ante cualquier duda que justifique una exploración.

La morbilidad y la mortalidad por la coledocotomía es insignificante ante la posibilidad de una litiasis inaparente del colédoco (25 %) o el tumor de papila insospechado.

Sobre un total de 700 colecistectomizados, en centros autorizados americanos, el colédoco fue explorado en el 35 % de los casos, con una mortalidad del 2 %.

En los pacientes en los cuales solamente se practicó la coledocotomía, sea en la primera o segunda intervención, la mortalidad se elevó al 3,6 %.

De estos datos se deduce que la exploración quirúrgica del colédoco (coledocotomía), en la primitiva intervención disminuye y evita considerablemente las reintervenciones o complicaciones en el postoperatorio alejado.

## PRECAUCIONES

Lo esencial es no herir el pedículo hepático: la falta de cuidado o la mucha confianza, son los culpables de las lesiones accidentales de este pedículo por la ignorancia de las anormalidades o irregularidades de los segmentos.

Con el fin de disminuir al mínimo estas circunstancias, se debe tener presente un conjunto de condiciones que no debe olvidar el cirujano al abordarlo.

- a) Anestesia adecuada con franca relajación de las paredes abdominales.
- b) Exposición amplia de la zona potenciada por el tipo de incisión, número de ayudantes, iluminación focal, separadores desplazables, aspiración continua, intervención sin apuro.
- c) Identificación de todos y de cada uno de los elementos anatómicos: cístico y arteria hepática. Confluente hepatocísticocoledociano, bulbo duodenal y despegamiento del mesoduodeno-páncreas.

- d) Recordar que un 12 % de los pedículos hepáticos son anormales y no se sabe en dónde reside su anomalía.
- e) Asegurarse la delicada ligadura del cístico y la cística. La hemorragia por dilaceración en la ligadura de la cística puede complicar seriamente una intervención y en estas circunstancias una sola medida puede resolver momentáneamente el accidente; ella es, colocando el dedo índice en el hiato de Winslow para comprimir la arteria hepática, entre éste y el pulgar del mismo lado.

Esta táctica detiene la hemorragia en toda el área vesicular.

El campo debe ser aspirado y secado con gasa absorbente; posteriormente se practica el pinzamiento y la ligadura del vaso que sangra, maniobra que debe ser realizada con delicadeza para evitar complicaciones.

Las lesiones del colédoco suelen ser causadas por falta de campo en la visualización del cístico y el hepático. En los casos de pedículos adiposos o cuando la disección roma no se ha practicado como corresponde, puede ligarse el colédoco en flexión, accidente serio que se debe a la tracción sobre el cístico sin la debida disección hasta su nacimiento.

El colédoco resulta así flexionado, estrechado u obstruido.

Este accidente tendrá que solucionarse de inmediato, en cuanto es reconocido; debe retirarse inmediatamente la ligadura y colocar un tubo en T por debajo de la estrechez, con una rama intrahepática, practicando la sutura transversal de la sección o realizando la anastomosis término-terminal de ambos segmentos sobre un tubo de Kehr.

El cirujano puede pinzar la arteria hepática o una de sus ramas inadvertidamente al querer ligar un vaso sangrante; la necrosis hepática que sobreviene, resultará fatal.

Como último detalle señalaremos que, aun cuando para practicar la colecistectomía el cirujano acostumbra a ubicarse a la derecha del paciente, para toda disección minuciosa y delicada del triángulo de Calot, es decir, del confluente císticohepático-coledociano, la ubicación a la izquierda le favorece ampliamente; en ello nos asociamos a la escuela francesa, con Champeau a la cabeza.

## COMENTARIO

Observando nuestra estadística quirúrgica del 5º Servicio de Cirugía del Hospital Italiano de Buenos Aires, comprobamos en la última serie que, sobre 600 colecistitis operadas, hemos practicado 158 coledocotomías, lo que equivale a un 26 % de exploración coledociana.

Esta cifra, similar a la obtenida por los autores americanos, fue indicada por la exploración colangiográfica casi sistemática que realizáramos a nuestros enfermos.

Sobre 600 colecistitis operadas, practicamos 424 exámenes colangiográficos revelando un 70 % de control radiográfico.

Ambas exploraciones, la colangiográfica y la quirúrgica, nos demuestran que en 476 colecistitis calculosas, hallamos 104 litiasis de colédoco, obteniendo por cientos en todo, semejantes a los de autores extranjeros (24 % de litiasis coledociana).

Además, en 54, la colangiografía operatoria indicó practicar coledocotomía; se trataba de: lesiones del tercio distal del colédoco, pancreatitis estenosante, parasitosis, odditis esclerorretráctil, etc.; estas indicaciones figuran en un 12 % más o menos como lesiones no calculosas, que deben ser tratadas, sin dejar de lado las asociadas a la litiasis coledociana.

La mortalidad operatoria total de los casos tratados, con o sin coledocotomía alcanzó al 3 %.