

CIRUGIA DE LA VIA BILIAR PRINCIPAL

Discusión

Dr. LOPEZ (Buenos Aires).—En primer lugar, a las autoridades del Congreso, mis felicitaciones por el acierto del tema. Todos hemos visto, en muchísimas oportunidades, que este mismo tema se discutió en congresos, en jornadas y en simposios, y a pesar de ello, la reunión donde se discute, suele ser de las más concurridas de todos los congresos; lo mismo ha pasado hoy. Quiere decir que todos hemos tenido y seguimos teniendo inquietud por el tema, y muchos no estamos satisfechos por el conocimiento del mismo.

El primer relator, me parece que ha estado muy bien, y se ve que ha vivido los problemas; en más de un momento hemos pensado que estamos viviendo nuestra propia experiencia. El ha dicho que la cirugía de la vía biliar no es fácil, y como aquí venimos a adquirir experiencia, yo digo que la cirugía biliar es muy difícil; todo cirujano que quiera tener dolores de cabeza e insomnio, que se dedique a la cirugía biliar. Voy a aprovechar la oportunidad para hacer un reproche, especialmente, con todo el respeto posible, a los que son nuestros maestros, y que fueron nuestros jefes; así como en las reuniones de familia, los chicos en la sobremesa nos dicen algo que no nos gusta, a veces nosotros decimos a nuestros superiores jerárquicos, alguna cosa que parece irrespetuosa. Siendo la cirugía biliar muy difícil, no puede un cirujano, en sus primeras tentativas quirúrgicas, estar solo.

Todos hemos pasado por dos etapas —que yo he clasificado en otro trabajo—; hemos sido antes, cirujanos “infraumbilicales”, y un buen día, nos hicimos cirujanos “supraumbilicales”; el primer “pichuleo” quirúrgico por encima del ombligo fue primero una vesícula, con todo el entusiasmo hemos ido a operar una vesícula, y mi primer experiencia fue, desgraciadamente, que a los tres días mi enfermo tuvo una ictericia, y al poco tiempo murió. Quiero pensar que alguna excusa debo tener por mi inexperiencia, mi juventud, pero es algo menos disculpable la actitud del jefe que me puso frente a un enfermo difícil, sin tener cerca quien me dirigiera. No es un reproche, pero creo que debieran escucharme, porque no se puede ver la alternativa con un historial en la mano, que tiene un doble hijo, sin tener quien lo dirija y quien lo ayude.

El Dr. Zubiaurre, como siempre muy prolijo, muy sensato, haciendo honor a su prestigio de gran señor de la radiología rioplatense, debo decirle que no creo que la biligrafina vaya a sustituir la colangiografía; yo fui el primero que hizo la biligrafina en Buenos Aires: tuve muchas dificultades en la interpretación, visualicé mucho el colédoco; creo que la colangiografía peroperatoria y la biligrafina se complementan y no se excluyen. ;Qué se busca en la co-

langiografía? Dos cosas: el estado anatómico y funcional de la vía biliar y las anomalías que pueda tener. Además, la litiasis coledociana única, es excepcional, casi siempre es múltiple, y hay que estar seguros de que se ha explorado todo el colédoco; eso sólo se puede hacer con la radiografía. ¿Por qué no se hace tanta radiología en la mesa de operaciones? ¿Por qué la colangiografía, que lleva ya veintiocho años, no se hace en todos los casos? Yo creo que es por rutina. He visto en Chile y en Uruguay cirujanos que les digo "¿Por qué no lo hacen?" Y me contestaron: "Sí, lo voy a hacer; no he tenido la oportunidad...". Podrá discutirse de la colangiografía operatoria que no es un método que nos dé el 100 % de seguridad, no creo que haya nadie; un radiólogo dice duodeno normal y otro que es anormal; es cuestión de experiencia, de hacer mucho, de tener dos mil, entonces se va a tener más control diagnóstico que teniendo cincuenta o cien.

Resumiendo: la colangiografía operatoria no da el 100 %; no es un método difícil de hacer y está al alcance de cualquier cirujano con un discreto Servicio de radiología; se necesita mucha experiencia, y a medida que aumente la experiencia, el éxito será mayor. Podrá discutirse un muñón del colédoco, que haya fibras musculares, pero lo que nadie puede discutir es que la colangiografía operatoria es el mejor y máximo método de exploración de las vías biliares y en ella tiene Mirizzi el más firme pedestal.

Dr. PEREYRA (Buenos Aires).— Yo felicito al relator por la brillante exposición; quiero referirme muy rápidamente a dos o tres puntos.

Primero, la colangiografía transparietohepática que creo que no se puede proibir; muy discutida, como todo en la Argentina, el uso de la colangiografía transparietohepática, creo que tiene su indicación en casos precisos que no voy a detallar.

Otra cosa que quería decir, que se ha tocado, es el de las anastomosis biliodigestivas. Yo creo que en la panlitiasis se debe hacer la duodenocolédocotomía; nosotros la hacemos desde hace tiempo y estamos muy satisfechos de ella; tenemos ya enfermos operados con este procedimiento hace muchos años y que han marchado perfectamente bien. Hemos usado también en otros casos, la císticoduodenotomía, que la aprendimos a hacer con el Dr. Mirizzi; la hicimos muchos años y la hemos usado en casos de pancreatitis, como una derivación complementaria, cuando no hemos tenido un síndrome coledociano.

Otra cosa es la importancia del muñón cístico largo en el síndrome postcolecistectomía. Yo creo que insistir demasiado en no dejar un muñón cístico largo, en ciertos ambientes no especializados, puede influir en una mayor incidencia de lesiones de las vías biliares. Creo que es excepcional; nosotros, realmente casi no la hemos visto; en el año 1955, contando con la colangiografía operatoria, estudiamos las placas, citamos los enfermos, y ninguno presentaba ninguna patología, ningún síndrome postcolecistectomía. Creo que indudablemente no se puede negar que una litiasis residual en el muñón cístico, no se puede negar el granuloma del muñón cístico; pero eso puede suceder en un cístico que tenga 1 cm., como en uno que tenga 3 cms. El cístico tiene una longitud completamente distinta; me he preocupado de no dejar muñón cístico y en la colangiografía operatoria he visto que el muñón aparece de 1,5 y 2 cms.

cuando uno cree no haber dejado; lo mismo en las colecistostomías, pero vemos que contamos con císticos sumamente largos, de 3 y 4 cms.; de manera que creo que en los centros no especializados, el no querer dejar muñón cístico puede influir en un mayor porcentaje de lesión de las vías biliares.

Dr. VARELA.— Me uno a las felicitaciones y quisiera hacer nada más que algunas puntualizaciones sobre algunos temas que se han tocado. En primer lugar, me llama la atención, que en los problemas del colédoco, en los sufrimientos del colédoco postcolecistectomía, se le haya dado poca importancia a la infección residual. Una vez hicimos un trabajo sobre la frecuencia con la cual la infección residual sin litiasis es la causa del sufrimiento, a tal punto que, para nosotros, en cierto momento, era un hecho obsesivo la idea de la infección residual en el tratamiento postoperatorio para evitar esos sufrimientos. Todos saben que, en general, el problema se resuelve sin necesidad de nueva cirugía cuando ha sido dejada una infección residual: los sondeos duodenales prolongados suficientemente resuelven la casi totalidad de los casos sin necesidad de una nueva cirugía; pero es necesario tener paciencia con el sondeo duodenal, porque hay casos que se resuelven en tiempo relativamente largo. Además, el tratamiento debe ser reglado no por la clínica, sino por los datos que da el mismo sondeo duodenal; lo habitual es que la clínica desaparezca, que el enfermo esté aparentemente sano cuando todavía existe infección residual, y si se suspende el tratamiento se va a obtener una recidiva que es variable, a veces es corto el tiempo y otros, largos meses.

El segundo aspecto que quería tratar, es el problema del sondeo duodenal. Si bien en ciertos puntos coincido con el Dr. Martínez Prado, hay otros donde tengo alguna discrepancia. En primer lugar, yo creo que en estos casos, en que los relatos tienen que ser hechos preparando técnicas, no se puede hacer un verdadero balance de lo que es el examen de un enfermo, en este caso del enfermo biliar. Nunca se puede estudiar ni valorizar lo que da una técnica aisladamente, son todas las técnicas y el balance de todas frente a cada enfermo concreto, lo que da el valor de cada una de ellas; por otra parte, como decía el Prof. Mirizzi, cada técnica tiene su valor, y no hay que abandonarlas, lo que hay que hacer, es enriquecer la experiencia. Lo que decía hoy el doctor Zubiaurre, al hablar de la colangiografía operatoria, lo tengo que repetir para el sondeo duodenal. Como Jefe de la Policlínica de Sondeos, debo decir que en el Hospital de Clínicas —es el defecto un poco general que se extiende a todos los Servicios centralizados—, en la Policlínica de Sondeos no se trabaja en condiciones ideales ni mucho menos. De manera que extraer conclusiones de exámenes al barrer, hechos en el Hospital de Clínicas, lleva a conclusiones que no son exactamente las que deben hacerse. Yo he hecho muchos sondeos duodenales —muchos miles—, pero tal vez, lo que he aprendido no ha sido en los miles, sino en los cientos, en aquellos que he vivido de cerca, antes, durante y después del acto quirúrgico; en esa forma, he tenido la suerte de trabajar íntimamente ligado a los cirujanos del Servicio del Prof. Nario, del Prof. Piquinela, del Prof. Stajano; y en esa forma nosotros sabíamos, cómo los datos que obteníamos en el sondeo duodenal, eran de enorme valor para la conducta quirúrgica y para la conducta postquirúrgica, y cómo se podían

prevenir muchos sufrimientos después de la colecistectomía, conocer de antemano una hiperreactividad del complejo oddiano, una duodenitis, una serie de cosas que son parabiliares pero que van a condicionar el sufrimiento después de la operación.

Con respecto a los estudios sobre el gasto biliar, no hay nada más complejo que la interpretación del gasto biliar en el sondeo duodenal y eso se puede entender muy bien a través de la maravillosa exposición que ha hecho hoy Cosco Montaldo y sus colaboradores. El escurrimiento biliar a través de la sonda, es un escurrimiento que está influido, no sólo por el esfínter de Oddi, sino por el duodeno; y el conocimiento de la causa real de los trastornos del escurrimiento, es una de las cosas más difíciles y más finas del sondeo duodenal. En las lesiones orgánicas ya hemos dicho una cosa, ya lo dijimos hace tres años, que es verdad que paradójicamente las lesiones orgánicas de la vía biliar principal, cuando no son totalmente estenosantes, dan escurrimiento biliar no normal, sino por encima de lo normal, porque está eliminado el esfínter de Oddi; pero en esos casos, siempre en el sondeo duodenal, hay otros elementos de gran valor, la hipereconcentración biliar, los elementos de infección, el bilirrubinógeno. Eso es todo.

Dr. VALENTIN COSSIO.— Yo lamento tener que decirles a los colegas, que una lesión al oído, me ha impedido oírlos; he oído, en parte, las comunicaciones y los correlatos, pero no he tenido la satisfacción de oír a los colegas que han hecho uso de la palabra en esta discusión. No he tenido el gran placer de oír al Dr. Mirizzi, he sido yo el que ha perdido y he perdido de recibir en esta casa una gran lección, la lección que podían darme todos ustedes, porque tengo la seguridad que tanto las comunicaciones como los correlatos, han sido más importantes de lo que yo dije en mi relato.

Dr. MIRIZZI.— Si algo lamento, es no haber estado presente en el relato del Dr. Cossio; pero he oído comentarios; de manera que me tomo la libertad de felicitarlo. He escuchado las contribuciones. Yo diré, en primera línea, que felicito a estos jóvenes que hicieron el estudio fisiológico de gran envergadura en las vías biliares; el Dr. Cosco Montaldo y sus colaboradores, que creo que está en el camino bueno, porque llegando a una fisiología más ajustada de la vía biliar, vamos a llegar a tener un conocimiento más profundo de la interpretación justa y exacta de ciertos datos de patología que se nos escapan; posiblemente llegaremos poco a poco a estrechar aún más las dificultades para poder efectuar la táctica quirúrgica que conviene, porque hay todavía muchas lagunas en la cirugía de la vía biliar principal.

He escuchado a los otros relatores y veo que en general hay un asentimiento sobre la colédocoduodenostomía externa, que tiene su franca indicación en la litiasis múltiple del colédoco, máxime si existe un defecto de calibre; no es nada más que reeditar el concepto de Finsterer, que hacía sistemáticamente la colédocoduodenostomía externa en toda litiasis del colédoco, pero creo que "larga manu", sea un tanto exagerado; hay algunos casos de litiasis del colédoco que se pueden resolver con un simple drenaje o en casos que técnicamente no

se puede hacer una colédocoduodenostomía externa. Pero en los casos de defecto de calibre, si hay una litiasis supraestrictural, la duodenocolédocostomía tiene su indicación.

Quería terminar estas palabras, aportando una documentación que no hace más que complementar la suya, la acción del sulfato de Mg, en siete casos dudosos. Cuando el cirujano ve el Wirsung inyectado, debe sospechar que hay un pequeño cálculo en la ampolla de Vater, y si tiene dudas, abrir el colédoco.

La acción del $MgSO_4$. En una primer imagen, que es un "stop" que hace pensar en una odditis y pancreatitis, inyectamos el sulfato de magnesio, el paso del lipiodol, nos hace ver un cálculo en la ampolla de Vater; de manera que es un recurso que el cirujano tiene que tener a mano, para interpretar las imágenes; y, ¿qué se deduce? Que hay que sacar todas las placas que sea necesario para obtener con seguridad la imagen del colédoco terminal y sacar el cálculo para evitar las secuelas correspondientes.

Antes de terminar, desco felicitar al Dr. Zubiaurre. Lo he escuchado con íntimo placer, en la última parte de su relato, donde nos hizo un estudio comparativo entre la colangiografía endovenosa y la operatoria, y creo como él, que los dos procedimientos se complementan y no se excluyen; y creo que la colangiografía siempre tendrá un lugar de cierta preferencia en el acto operatorio, por dos razones: primero, porque nos va a informar sobre la topografía y morfología del árbol biliar en forma segura; y, segundo, porque si la litiasis del colédoco es múltiple —en un 70 % de los casos— el problema del cirujano es doble: no solamente de diagnóstico de la litiasis, sino la certeza de que todas las concreciones han sido removidas.

Dr. ZUBIAURRE.— Simplemente para agradecer las expresiones elogiosas de los colegas. Desde luego, no puedo dejar pasar de señalar que el elogio que me acaba de hacer el Prof. Mirizzi es, en realidad, un auténtico estímulo para todos los que estamos apenas entrando en la madurez de los problemas de las vías biliares, y su voz ha de ser un gran incentivo.

Dr. COSCO MONTALDO.— Me uno a las palabras de felicitación al doctor Valentín Cossio y a los enjundiosos correlatos de Zubiaurre y, al mismo tiempo, de Martínez Prado. Agradezco al Dr. Mirizzi sus felicitaciones.

Cuando el Prof. Mirizzi estaba exponiendo su trabajo sobre las reacciones del páncreas en el curso de las afecciones coledocianas de la vía biliar principal, yo estaba pensando que en el tema que pensaba presentar a este Congreso, estaban referidos tales hechos referentes a las conclusiones que podían obtenerse con el estudio de los fermentos pancreáticos en relación con la cirugía de la vía biliar; y ese trabajo no lo pude presentar por falta de tiempo, y en su oportunidad se podrá exhibir. Cuando el Dr. Mirizzi presentaba sus casos, yo veía muchos que estaban expuestos con una sustancia opaca, que indudablemente como él trabaja deben ser todos con lipiodol y, posiblemente, si es con lipiodol, no debe tenerse en ese momento el control manométrico. Quiero decir que, y juzgar por la técnica en sí misma, me daría razón a mi manera de pensar que los reflujos que se obtienen en el páncreas, son en realidad debidos a la presión con que se hace la perfusión en las vías biliares. Yo tengo una:

gran cantidad de comprobaciones de rellenos del Wirsung, en los cuales, preoperatoriamente no tenían ninguna lesión pancreática; pienso que el relleno del Wirsung corresponde a una hipertensión de la sustancia de contraste.

Yo deseaba felicitar los aportes de la Dra. Castiglioni, porque con mucha valentía, expuso la orientación de ir a la vía biliar principal en el curso de las colecistitis agudas. Estoy de acuerdo en ir a la visualización sistemática con exploración externa e interna, pero no estoy de acuerdo en un punto: en lo referente a los problemas que puede crear el decolamiento retroduodeno-pancreático que yo practico sistemáticamente en la cirugía de la vía biliar.

Agradezco al Dr. Varela sus apreciaciones sobre la presentación hecha por nosotros, y piense Dr. Varela, que con el método de registro, con el método de la radiografía seriográfica e inyectando sulfato de Mg, vamos a poder obtener la reacción del Oddi en el curso de la instilación del sulfato de Mg. De ese punto de vista se podrá obtener el valor del cierre del Oddi.

Y al Dr. Mirizzi que expuso su comunicación, puedo decirle que en los registros que he mostrado, nunca he comprobado ninguna modificación en el curso del registro electromanométrico; quiere decir, que yo pienso, que colocando a ese nivel un balón, pormenorizando su búsqueda, podríamos ver si existen o no, las posibilidades del esfínter.