REINTERVENCIONES POR HERIDAS RECIENTES DE VIAS BILIARES

Dr. EDUARDO C. PALMA

Las heridas de vías biliares constituyen una complicación grave que necesita ser tratada con urgencia, en cuanto las condiciones generales lo permitan.

Las heridas operatorias se producen fundamentalmente en las operaciones sobre las vías biliares, especialmente la colecistectomía. Las principales causas de herida accidental son: mala exposición del campo operatorio, hemorragia, errores en la zona de conjunción cístico-hepatobiliar, grandes adherencias inflamatorias, anomalías de la vía biliar accesoria, anomalías vasculares arteriales y la existencia de canales biliares accesorios que desaguan en la vía biliar colateral (canal hepático accesorio conectado con la vesícula biliar, canal biliar doble derecho desaguando en el cístico o en el hepático).

Las lesiones pueden ser debidas a maniobras intempestivas, como tironeo excesivo de la vesícula, con acodamiento del colédoco y pinzamiento conjunto del cístico y de la vía biliar principal, produciéndose magulladuras, heridas o escaras, que originan una peritonitis biliar o su estenosis.

Menos frecuentemente se originan complicaciones traumáticas de las vías biliares en las coledocotomías, por coledocolitiasis, y en las impropias colocaciones de tubos de Kehr. También pueden producirse lesiones graves del colédoco en las gastrectomías, con grandes adherencias o perforaciones en el páncreas.

Desde el punto de vista anatomopatológico las lesiones pueden ser por pinzamiento lateral, ligadura lateral o pérdida de sustancia parcial o total. Todas ellas generan una serie de complicaciones serias, siendo la peritonitis biliar la inicialmente más grave. Pero es muy importante la estasis biliar por ligadura o pinzamiento del colédoco, produciendo ictericia aguda. Todo paciente que en el postoperatorio inmediato haga una complicación ictérica debe ser cuidadosamente examinado, efectuándose

un examen funcional hepático de urgencia y pesquisándose si no ha habido en el acto operatorio una incidencia que explique la agravación del cuadro ictérico. En caso de duda debe reintervenirse de inmediato.

El tratamiento quirúrgico de las lesiones de la vía biliar principal ha sido motivo de numerosos trabajos científicos, siendo de señalar especialmente por su gran experiencia los de Cattell y Braasch (7, 8), Walters (38, 39, 40, 41), Hepp (20, 21), D'Allaines (13), Velazco Suárez (36, 37), Negri (28), Maingot (26), Mallet-Guy (27), etc.

En nuestro país, varios autores se han ocupado de las afecciones de las vías biliares y su tratamiento quirúrgico, Ruvertoni (34), Prat (33), Stajano (35), Larghero (24), Del Campo, Cossio (11), Cendán (9), Cosco Montaldo (10), Castiglioni (6), Palma (29, 30, 31), Giuria (18), Praderi, Parodi y Delgado (32), Goller (19).

El procedimiento de reconstrucción de la vía biliar principal utilizado habitualmente es la plastia tipo Heineke-Mikulicz, efectuando la sección vertical de la zona estenótica para luego suturarla transversalmente. Lahey y Puestow han obtenido con este procedimiento buenos resultados.

El método que ha dado mejores resultados estadísticos hasta el momento, es la sutura cabo a cabo con puntos sueltos, realizada en uno o dos planos, y con la ayuda de un tubo de drenaje de Kehr, que se saca por una contraabertura y sirve de tutor a la anastomosis.

Lahey y Cattell (23) han obtenido excelentes resultados efectuando la movilización intrapancreática del colédoco, previamente a la sutura cabo a cabo de los extremos, y dejando luego un drenaje intrabiliar muy prolongado. Walters, Nixon y Hodgins (40), Elliot (16), etc., han obtenido también buenos resultados con la sutura cabo a cabo.

Dragstedt (15) ha publicado una técnica en que utiliza también la porción intrapancreática del colédoco, pero realizando duodenostomía, exposición de la ampolla de Vater y cateterización retrógrada del colédoco.

A pesar de emplear técnicas perfeccionadas y grandes cuidados postoperatorios, con drenajes intrabiliares muy prolongados, etc., la sutura cabo a cabo del colédoco origina un porcentaje importante de complicaciones, aun en manos de los mejores cirujanos. La complicación más temible y frecuente es la estenosis cicatrizal tardía del colédoco, al nivel de la zona de sutura.

Esta estenosis secundaria del colédoco es considerada por algunos autores debida no solamente a la esclerosis y retracción del tejido conjuntivo, sino también a la retracción de las fibrillas musculares parietales del colédoco. La existencia de fibras

musculares en la pared del colédoco, negadas durante largo tiempo, son aceptadas hoy por muchos autores, Lang y Ruhl, Benoit, Schwartz, Salambier, Guy Albot [citados por Mirizzi (22)], Bargman (4), Bloom y Fawcett (5), Bailey (3).

La técnica de reconstrucción de la vía biliar principal que hemos descrito (31), tiene por finalidad no sólo restablecer su continuidad, sino a la vez obtener un amplio calibre del hepatocolédoco. Esto es esencial para su buen funcionamiento; evita no sólo la estrechez primaria de la zona de sutura, sino muy especialmente previene la estenosis tardía del área anastomótica.

El procedimiento está basado en dos maniobras esenciales, la sutura laterolateroterminal del hepatocolédoco y la movilización total del duodenopáncreas.

La sutura laterolateral tiene dos ventajas:

1º) Determina un gran calibre en la boca anastomótica, casi el doble de lo normal. Esto permite realizar la sutura hermética y firme de los cabos cortados del hepatocolédoco, sin temor a una estrechez. Pero, sobre todo, su gran calibre evita la producción de la estenosis secundaria del anillo, temible y frecuente complicación de las suturas cabo a cabo, causada por la retracción conjuntiva y muscular cicatrizal.

2º) Por lo expuesto se hace innecesario dejar en permanencia durante 12 a 18 meses tubos de drenaje con el fin de evitar la estenosis. Este hecho es de gran importancia: los tubos de sostén se tapan o desplazan con frecuencia, ocasionando estenosis y haciendo necesaria una reintervención. Nosotros dejamos únicamente un pequeño tubo de Kehr, que sale por encima o por debajo de la anastomosis, y cumple con la doble finalidad de evitar la hipertensión biliar (que ocasionaría filtraciones biliares) y servir para colangiografías de control. Se le retira entre los 15 y 20 días.

Pero esta sutura laterolateroterminal de los cabos cortados de la vía biliar principal, no es viable si no se realiza simultáneamente la movilización total del duodenopáncreas, para permitir el cómodo afrontamiento de los cabos del colédoco, su cabalgamiento y su sutura sin tensión longitudinal.

La tensión de los cabos del hepatocolédoco es una de las causas de dehiscencia de las suturas terminoterminales y favorece la producción de estenosis cicatrizales tardías. A la vez, la tensión longitudinal exagerada, tiende a disminuir el calibre y

la funcionalidad del resto de la vía biliar extrahepática, por encima y por debajo de la anastomosis. Esta tensión longitudinal se produce en los casos de sección simple del hepatocolédoco, pero es aún mayor y más difícil de reducir cuando hay pérdida de sustancia de la vía biliar principal.

La movilización derecha del duodeno, mediante el decolamiento retroduodenopancreático de Kocher, es una maniobra que permite levantar un poco estos órganos y movilizarlos algunos centímetros para facilitar la sutura del colédoco.

También es útil la liberación y movilización del colédoco intrapancreático, según técnica de Lahey y Cattel (23), maniobra que permite ganar algunos centímetros más, para el afrontamiento y sutura de los cabos cortados del colédoco. Esta movilización del colédoco se ha facilitado grandemente con el conocimiento del espacio clivable de abordaje posterior del colédoco, descrito por Chlyvitch y Kosintsev (12), que ha permitido a R. Finochietto (17) describir su abordaje y aislamiento, sin necesidad de atravesar tejido pancreático. Lasala y Uriburu (25) han insistido en la utilidad de este abordaje y Degni (14) ha descrito en detalle y perfeccionado esta maniobra operatoria.

En la cirugía gastroduodenal, Albanese (1, 2) ha señalado la importancia de completar la maniobra de Kocher, de movilización derecha del duodenopáncreas, mediante la sección de la lámina de fijación del duodeno que él llama lámina duodenorretromesenterocólica derecha. Esto le permite movilizar más ampliamente el duodenopáncreas derecho y efectuar en mucho mejores condiciones la gastrectomía, con gastroduodenoanastomosis a la Billroth I, preconizada por él y sus maestros: E y R. Finochietto. Kremenchusky, Mantovani y Sznaider señalan la importancia de la maniobra de Albanese para facilitar la anastomosis Billroth I.

Pero habitualmente, ni la maniobra de Kocher, ni la de Lahey, aun usadas conjuntamente, determinan una movilización suficiente para que pueda efectuarse la sutura cabo a cabo sin tensión, en los casos de grandes pérdidas de sustancia del colédoco; tampoco permiten efectuar el cabalgamiento de los cabos y la anastomosis laterolateroterminal que preconizamos. Además, la movilización del duodeno limitada a su parte derecha, deja en su sitio a las porciones tercera y cuarta de este órgano, con todos sus medios de fijación, lo que limita grandemente los beneficios de la movilización de la parte derecha del duodeno. Este es un órgano músculo elástico con su propia tensión longitudinal, a la vez que con gran capacidad contráctil y peristáltica. Debe recordarse que la parte más firmemente fijada del duodeno es su terminación, el ángulo duodenoyeyunal, anclado por el músculo ligamento de Treitz, que lo fija al pilar izquier-

do del diafragma. A la vez, la tercera porcion del duodeno se encuentra encajada en el ángulo arterial mesentérico aórtico. Ambas cosas contribuyen a la inmovilización del duodeno y dificultan su deslizamiento hacia arriba.

Para poder efectuar la anastomosis laterolateroterminal del hepatocolédoco que preconizamos, es fundamental la maniobra de movilización total del duodenopáncreas, es decir, liberar al duodeno en su segunda, tercera y cuarta porción y en el ángulo duodenoyeyunal.

Los medios de fijación del duodenopáncreas son algunos fáciles de seccionar por el cirujano; otros no pueden ser liberados, si se quiere conservar la víscera. Entre estos últimos se halla la arteria mesentérica superior y sus ramas arteriales, y los filetes del plexo solar correspondientes, todos los cuales fijan firmemente el cuello y la zona vecina de la cabeza del páncreas. En cambio, la parte inicial del duodeno y su zona terminal, el ángulo duodenoyeyunal, pueden ser liberadas fácilmente. La primera porción del duodeno puede ser descendida, liberándola del tejido conjuntivo del pedículo hepático, lo que facilita la disección del colédoco intrapancreático, de acuerdo a la técnica de Lahey (23). Pero es sobre todo el ángulo duodenoyeyunal, el que puede ser fácil y ampliamente movilizado mediante la sección del músculo de Treitz (30), lo que permite el descenso de varios centímetros de dicho ángulo y de la cuarta porción del duodeno. Además la sección del músculo de Treitz constituye una maniobra inicial fundamental que facilita la movilización del duodeno en sus porciones izquierdas e inferior, y la sección quirúrgica de las láminas paraduodenales de fijación.

Aparte de las clásicas láminas de acolamiento de Toldt y de Treitz, el duodeno tiene en toda su periferia una lámina conjuntivocelular que se implanta en la convexidad del órgano y luego va a adherir a distancia al tejido conjuntivo preaórtico, a la pared de las logias renales y al subperitoneo. Estas láminas paraduodenales de fijación se desdoblan junto al duodeno, implantándose una laminilla en la vertiente anterior y otra en la vertiente posterior del borde periférico convexo del órgano. De esta manera, a la vez que lo fijan, permiten cierta movilidad y adaptación a los cambios de volumen y movimientos peristálticos del órgano. La sección de estas láminas, tanto en su parte derecha (segunda porción del duodeno), como en la parte izquierda (cuarta porción del duodeno), constituyen tiempos fundamentales de la movilización del duodeno. Su liberación es tan importante para la movilización de este órgano como lo es la sección del peritoneo, el decolamiento de la lámina de Treitz y el descenso del mesocolon.

TECNICA

1º) *Movilización total del duodenopáncreas*

Luego que se hubo logrado buena exposición de toda el área operatoria mediante una laparotomía amplia y el uso de los separadores autoestáticos gigantes, se procede sucesivamente a efectuar la movilización derecha e izquierda del duodenopáncreas. Mientras que la primera se realiza en la región supramesocólica, la segunda se efectúa por debajo del colon y del mesocolon transversos.

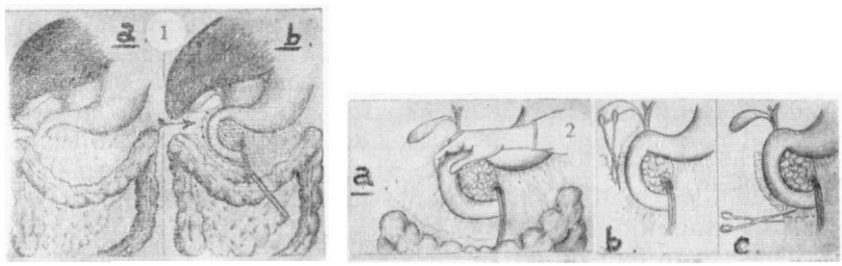

Fig. 1: a) La línea de puntos marca la incisión preduodenopancreática donde se incinde el peritoneo, en la raíz del mesocolon, para descenderlo. b) Se ha efectuado el decolamiento de la fascia de Fredet, descendiendo el mesocolon y haciendo que todo el duodenopáncreas derecho se vuelva supramesocólico. La nueva línea de puntos marca la incisión del peritoneo y de la lámina paraduodenal derecha, necesarias para realizar el decolamiento del duodenopáncreas. **Fig. 2:** a) La movilización derecha del duodenopáncreas se inicia en la parte alta, donde la simple presión de los dedos puede desgarrar el peritoneo y la lámina paraduodenal, que son débiles a este nivel. b) Sección descendente del peritoneo y de la lámina paraduodenal derecha. c) Sección de la parte paraduodenal inferior, hasta llegar detrás de los vasos mesentéricos.

a) *Movilización derecha del duodenopáncreas.*— Se comienza la movilización descendiendo el mesocolon transverso, con lo que se logra que el duodenopáncreas derecho se haga enteramente supramesocólico (fig. 1). Para ello se incinde el peritoneo posterior a lo largo de la raíz del mesocolon transverso y se decola la fascia de Fredet hacia abajo, descendiendo el mesocolon y dejando expuestas la segunda y tercera porción del duodeno, hasta su cruzamiento con los vasos mesentéricos.

Se incinde luego el peritoneo verticalmente por fuera a lo largo de la segunda porción del duodeno y se procede a efectuar

el decolamiento retroduodenopancreático. Para ello debe cortarse la lámina paraduodenal derecha de fijación, que es subperitoneal y muy débil en su parte alta [desgarrándose fácilmente con el dedo (fig. 2 a)], pero que se hace más fuerte hacia abajo y necesita ser seccionada (fig. 2 b).

Se continúa luego liberando la tercera porción del duodeno, seccionando su lámina paraduodenal inferior, hasta llegar detrás de los vasos mesentéricos superiores (fig. 2 c).

b) *Movilización izquierda del duodenopáncreas.*— La *parte izquierda* del duodenopáncreas es enteramente inframesocólica. Se comienza reclinando hacia arriba el colon y el mesocolon, a la vez que se descienden las primeras asas yeyunales. Se

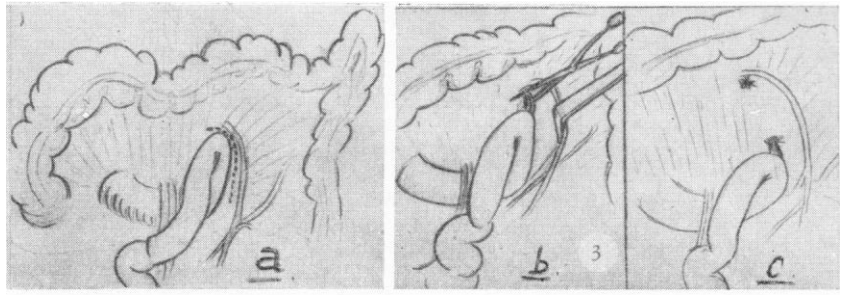

Fig. 3.— Movilización izquierda del duodenopáncreas: a) Luego de levantado el mesocolon transverso, se incinde el peritoneo por fuera de la cuarta porción del duodeno y por encima del ángulo duodenoyeyunal, reclinando hacia la izquierda la vena mesentérica inferior. b) Sección del músculo de Treitz. c) El ángulo duodenoyeyunal ha descendido varios centímetros.

expone así ampliamente la cuarta porción del duodeno y el ángulo yeyunal.

Se comienza la liberación duodenopancreática, incindiendo el peritoneo posterior por fuera de la cuarta porción del duodeno y por encima del ángulo duodenoyeyunal, junto a la raíz del mesocolon (fig. 3 a). Esta sección del peritoneo se inicia generalmente utilizando las fosetas periduodenales. La vena mesentérica inferior es conservada y reclinada hacia la izquierda y arriba.

Se aisla el músculo de Treitz que es fácil de reconocer, pues la tracción del ángulo duodenoyeyunal lo pone tenso y permite su liberación mediante la disección roma. Se corta el músculo de Treitz entre dos ligaduras (fig. 3 b) lo que determina el

inmediato descenso de varios centímetros del ángulo duodeno-yeyunal (fig. 3 c).

Se efectúa luego el decolamiento retroduodenopancreático izquierdo, por detrás de la cuarta porción del duodeno. Se aisla así la lámina de fijación paraduodenal izquierda y se la secciona con tijeras (fig. 4 a).

Se continúa liberando la tercera porción del duodeno. El peritoneo es seccionado por debajo del duodeno, junto con la lámina paraduodenal inferior, hasta llegar por detrás de los vasos mesentéricos (fig. 4 b). Finalmente, mediante disección roma, se cliva por detrás de los vasos mesentéricos superiores, separándolos de la tercera porción del duodeno y del pequeño páncreas de Winslow.

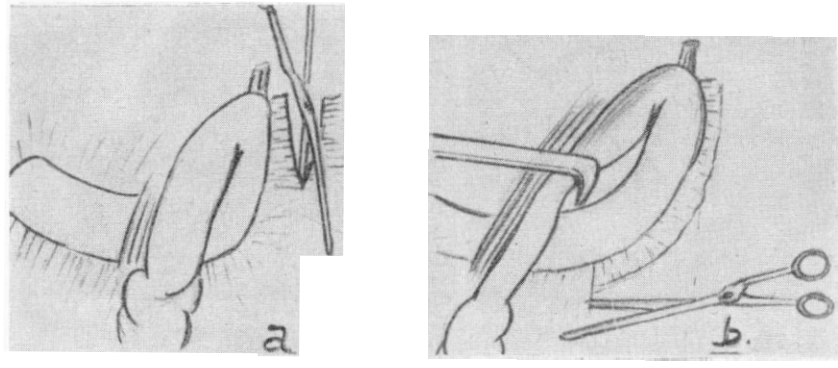

Fig. 4.— Movilización izquierda del duodenopáncreas: a) Sección de la lámina paraduodenal izquierda. b) Sección del peritoneo y de la lámina paraduodenal inferior, hasta llegar por detrás de los vasos mesentéricos.

Completadas todas estas maniobras el duodenopáncreas está enteramente liberado, quedando fijado solamente por el tronco de la arteria mesentérica superior y sus ramas, y por las ramas nerviosas del plexo solar. La tercera y cuarta porción del duodeno, están móviles, descendidas y pueden ser deslizadas hacia la derecha, por detrás de los vasos mesentéricos (fig. 5).

La segunda porción del duodeno y la zona vecina de la cabeza del páncreas, están móviles y pueden ser llevadas hacia arriba, girando alrededor del cuello del páncreas [que permanece fijado por la arteria mesentérica superior y sus ramas (fig. 5)].

Esta movilización permite aproximar y cabalgar los cabos cortados del hepatocolédoco y realizar su sutura lateralmente de manera laxa y sin tensión longitudinal.

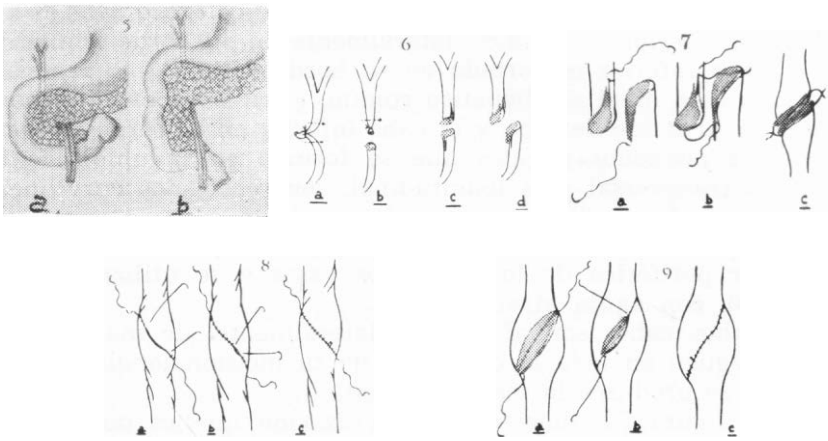

Fig. 5: Esquemas que muestran la diferencia topográfica entre la posición normal del duodenopáncreas (a) y luego de su movilización derecha e izquierda (b). Esto da gran laxitud y permite que el ángulo duodenoyeyunal pueda desplazarse abajo y a la derecha, hasta detrás de los vasos mesentéricos; a su vez, el duodenopáncreas derecho puede ascender fácilmente, lo mismo que el pedículo hepático. **Fig. 6**: a y b) Resección de la zona estenótica con regularización transversal de los cabos cortados. c) Incisión vertical lateral de ambos cabos de la vía biliar principal, en sus bordes laterales opuestos (derecho e izquierdo, respectivamente). d) Sección curvilínea de los pequeños ángulos, en las zonas de unión de la sección transversal e incisión longitudinal. **Fig. 7**: Comienzo de la anastomosis laterolateroterminal: a) Puntadas iniciales angulares, en cada uno de los extremos de las dos incisiones longitudniales. b) Los puntos son pasados en la parte media de la sección transversal del otro cabo. c) Se anudan los puntos, afrontando las paredes del colédoco, sin que se interponga la mucosa. **Fig. 8**: Se ha hecho girar 180° ambos segmentos. Se efectúa la sutura posterior, de manera hermética, con puntos corridos e invirtiendo la mucosa dentro de la luz del colédoco. **Fig. 9**: Se ha vuelto el hepatocolédoco a su posición normal. Sutura hermética anterior con puntos corridos. La zona anastomótica tiene gran calibre, casi el doble de lo normal.

2º) *La sutura*

La sutura de los cabos cortados del hepatocolédoco se efectúa mediante anastomosis laterolateroterminal.

Si existe una zona de estenosis se la secciona (fig. 6 a-b) y luego se continúa liberando varios centímetros de los cabos superior e inferior del conducto, y conservando su vaina conjuntiva pericoledociana. Si fuese necesario se efectúa la liberación intrapancreática del colédoco a la manera de Lahey.

Los extremos son regularizados transversalmente y luego se hiende longitudinalmente una de sus caras laterales, en una extensión igual o superior al calibre del conducto. La sección longitudinal lateral se efectúa en zonas opuestas para cada uno de

los cabos. Si la anastomosis es a nivel del colédoco (fig. 6 c), el cabo superior es hendido lateralmente en su borde izquierdo y el cabo inferior es cortado en su borde derecho. Si la anastomosis es a nivel del hepático común, el cabo superior es hendido en su borde derecho y el cabo inferior en el borde izquierdo. Los pequeños ángulos que se forman en la unión de la sección transversal y la longitudinal, son recortados curvilíneamente (ver fig. 6 d).

La técnica de sutura es similar a la empleada en cirugía vascular periférica de los pequeños vasos y se utiliza hilo de seda 5-0, con aguja atraumática.

Ambos cabos son afrontados lateralmente, de manera que se cabalguen en toda la extensión de su incisión longitudinal y sin que se produzca la menor tensión.

La figura 7 a muestra la movilización que es posible obtener y que es la que permite que se puedan afrontar y cabalgar los bordes sin tensión.

Se colocan inicialmente los puntos laterales angulares de la sutura (fig. 7 a) y se anudan de manera que afronten las paredes del colédoco sin que se interponga la mucosa, la que queda invertida hacia la luz del conducto. Las puntadas iniciales laterales, unen el ángulo de comienzo de la incisión lateral de cada uno de los cabos, a la parte media de la sección transversal del otro cabo. Así el punto colocado en el ángulo superior de la incisión lateral del cabo proximal, pasa luego por la parte media de la sección transversal del cabo inferior; viceversa, el punto colocado en el ángulo inferior de la incisión lateral del cabo distal, pasa luego por la parte media de la sección transversal del cabo superior (ver fig. 7 b).

Se hacen girar ambos segmentos 180 de izquierda a derecha, de manera de volver anteriores sus caras posteriores, y se procede a suturar los labios posteriores de ambos segmentos, bien firmes, y teniendo cuidado de invertir la mucosa hacia la luz del conducto (fig. 8).

Se vuelve luego el hepatocolédoco a su posición normal (fig. 9) y se procede a colocar un pequeño tubo de drenaje a través del cístico. Si esto no fuera posible, se coloca un pequeño tubo en T de Kehr, a través de un orificio efectuado en la cara anterior del cabo inferior del colédoco. Sólo en caso de que el cabo inferior del colédoco fuera muy corto, se colocará el tubo de Kehr en el cabo superior.

Se efectúa luego la sutura anterior de ambos cabos, con puntos corridos, bien tensos e invirtiendo la mucosa, de manera que la anastomosis sea perfecta (fig. 9).

Terminada la sutura, el calibre de la vía biliar principal, en la zona anastomótica, es casi el doble de lo que correspondería a cada uno de los cabos.

Se deja un pequeño tubo de drenaje peritoneal de seguridad frente a la zona anastomótica.

La movilización total del duodenopáncreas, derecha e izquierda, es una maniobra de fácil realización, que no origina hemorragia, no es shockante para el paciente, y se realiza en pocos minutos. Ella permite elevar ampliamente las primeras porciones del duodenopáncreas y, por tanto, llevar laxamente el cabo inferior del colédoco, no sólo en contacto con el cabo superior, sino a la vez permitiendo su cabalgamiento sin tensión longitudinal.

La sutura laterolateroterminal de los cabos cortados puede realizarse con puntos corridos, en vez de puntos sueltos como se efectúa habitualmente en las suturas cabo a cabo, para no producir una estenosis operatoria del conducto. Esto tiene la ventaja de originar una sutura hermética, sin bilirragia operatoria, ni postoperatoria. Además, se obtiene una anastomosis de gran calibre, de ambos cabos, más del doble del que se obtiene con la sutura cabo a cabo.

El drenaje con tubo de Kehr se retira de los 15 a los 20 días sin ningún inconveniente.

Los pacientes han podido ser observados en períodos de uno y medio, cinco y dos años respectivamente. Ninguno de los pacientes ha tenido sufrimiento de sus vías biliares.

La sección lateral longitudinal de las paredes de ambos cabos del colédoco, interrumpiendo la continuidad de las fibras circulares, conjuntivas y musculares, de las paredes del colédoco, contribuye grandemente a evitar la estenosis tardía cicatrizal de la zona anastomótica. A ello se suma el gran calibre que brinda a ese nivel la anastomosis laterolateroterminal.

La funcionalidad digestiva ha sido normal en nuestros pacientes, a pesar del cambio de posición y la falta de fijación del duodenopáncreas.

La sección del músculo de Treitz y de las láminas de fijación paraduodenales hacen que la tonicidad y las contracciones peristálticas del duodeno en los períodos digestivos, no puedan efectuar mayores tracciones sobre el pedículo hepático, acortado por la sutura del colédoco con cabalgamiento de sus cabos.

La sección del músculo de Treitz al suprimir el ángulo duodenoyeyunal, favorece además grandemente la fácil y rápida evacuación del duodeno, lo que coadyuva al buen drenaje de la vía biliar principal [Palma y Goller (30), Palma y Revetria (31)].

La mayor facilidad y perfección operatoria de esta técnica y los excelentes resultados evolutivos obtenidos, en relación a nuestras observaciones anteriores, con sutura cabo a cabo, hacen que la consideremos preferible.

CONCLUSIONES

1º) Preconizamos la anastomosis laterolateroterminal de los cabos cortados de la vía biliar principal, realizándola con sutura continua en un plano.

2º) Efectuamos previamente la movilización total del duodenopáncreas derecho e izquierdo, que es fundamental para poder efectuar el cabalgamiento de los cabos cortados del colédoco y su sutura sin tensión.

3º) La técnica utilizada ha permitido retirar los tubos de drenaje del colédoco entre el 15º y 18º día, sin inconveniente.

BIBLIOGRAFIA

1. ALBANESE, A. Lámina duodeno-retro-mesenterocólica derecha. "Arch. Arg. de Enf. del Ap. Digestivo", 1: 17; 1960.
   ALBANESE, A. Decolamiento del páncreas del duodeno ulceroso. Extirpación de la úlcera duodenal y anastomosis Billroth I. "Prensa Médica Argentina", 48: 2861; 1961.
3. BAILEY, F. "Histología". Ed. López Libreros. 1960.
4. BARGMAN, W. "Histología y anatomía microscópica humana". Ed. Labor, 1961.
5. BLOOM y FAWCETT.— "Histología". Ed. Interamericana, 1963.
6. CASTIGLIONI, D. "La vía biliar principal en las colecistitis obstructivas". Tesis (Facultad de Medicina, Montevideo), 1963.
7. CATTELL and BRAASCH.— General consideration in the management of benignes strictures of the bile ducts. "New Engl. J. Med.", 261: 929: 1959.
8. CATTELL and BRAASCH. Primary repair of benign strictures of the bileduct s. "Surg. Gyn. & Obst.", 109: 531; 1959.
9. CENDAN ALFONZO, J. E. Anastomosis biliodigestivas. Indicaciones y directivas técnicas. "XXXII Congr. Arg. de Cir.", fasc. II, 109: 1961.
10. COSCO MONTALDO, H.— Anomalías de la vesícula biliar, retroposición: vesícula retrohepática y presuprarrenal ascendente. "Bol. Soc. de Cir. del Uruguay", XXIV: 265; 1953.
11. COSSIO, V. Cirugía de la vía biliar principal. "X Congreso Urug. de Cir.", II: 37;1959 .
12. CHLYVITCH, B. et KOSINTZEV.— Plan de clivage pancreatique comme voie d'abord vers la segment dit intra-glandulaire du cholédoque. "Ann. d'Anat. Pathol.", 14: 505; 1937.
13. D'ALLAINES, C. "Restauration de la voie biliare principale". Thése de Paris, 1952.
14. DEGNI, M. Nova técnica para via de acceso ao segmento pancreático do ducto colédoco e porção juxta duodenal do ducto pancreático de Wirsung. "Rev. Paul. de Med.", 23: 283; 1943.

15. DRAGSTEDT and WOODWARD.— Transduoden l reconstruction of the bile uets. "Surg. Gyn. & Obst.", 94: 53; 1952.
16. ELLIOT.— Cicatricial strictures of bile ducts. "Trans. Amer. Surg. Assoc.", 51: 195; 1936.
17. FINOCHIETTO, R.— Colédoco: importancia quirúrgica de su porción pancreática. "Rev. Cir.", Buenos Aires, 21: 461; 1942.
18. GIURIA, F.— La utilización de la vía biliar accesoria como canal de derivación y reconstrucción de la vía biliar principal. "Bo Soc. Cir. del Urugnay", XXXIV: 324; 1963.
19. GOLLER, W.—"Bases anatómicas para un procedimiento de movilización del duodenopáncreas, con aplicación en la cirugía esofágica, gástrica, pancreática y yeyunal. Tesis (Facultad Medicina, Montevideo). 1962.
20. HEPP, J.— Repair of injures to the bile ducts. The hepatico-jejunal anastomosis. "The Amer. Dig. Dis.", 6: 676; 1961.
21. HEPP, J.— Teudances actuélles de la chirurgie réparatrice de la voie liare principale. "Bull. de L'Acad. Nat. de Médicine", 145:133; 1961
22. LANG y RUHL.— Citados por Mirizzi, pág. 27 y pág. 5.
23. LAHEY CLINIC. "Práctica quirúrgica en la L. Cl. de Boston". Editori Científica, Buenos Aires, 1954.
24. LARGHERO, P.; NEGRO, R. C.; CURBELO URROZ, J. y VILLAR, H. Atresia congénita de los canales biliares extrahepáticos. "An. Fa de Med.", 41: 67: 1956.
25. LASALA, A. J. y URIBURU, J. B.— Colédoco; Cirugía de la porción pancreática. Técnica de R. Finochietto. "La Prensa Méd. Arg.", 31: 1941-1949; 1944.
26. MAINGOT, R.— "Operaciones abdominales". Edit. Bibliográfica Argentina, 1957.
27. MALLET GUY.— Sur le retrécissement postoperatoire de la voie biliar principale. "Lyon Chir.", 40: 239; 1945.
28. NEGRI, A.— "Lesiones accidentales operatorias de las vías biliares y d los elementos del pedículo". Relato XXI Cougreso Argentino de rugía, 1950.
29. PALMA, E. C.— Coledocitis estenosante intrapancreática. Operación Allen. "Arch. Med. Urug.", 42: 382; 1953.
30. PALMA, E. C.; GOLLER, W.; PERILLO, W. y FERNANDEZ E.— "Cirugía del músculo de Troitz". Presentado a la Soc. de Uruguay, mayo 8 de 1963.
31. PALMA, E. C. y REVETRIA, R.— "Tratamiento de heridas y estenosis de la vía biliar principal". Sociedad de Cirugía del Uruguay. 12-V-1965.
32. PRADERI, R.; PARODI, H. y DELGADO, B.— Tratamiento de las obstrucciones neoplásicas de la vía biliar suprapancreática. "An. Fac. de Med.", 49: 221; 1964.
33. PRAT, D.— "Patología de las vías biliares". Barreiro y R mos. 1945.
34. RUVERTONI.— Prótesis de las vías biliares sobre tubo de caucho perdido. "An. Fac. de Med.", 10: 36: 1925.

35. STAJANO, C. Dilatación congénita del hepato-colédoco-megacolédoco. "Bol. de la Soc. de Cir. del Uruguay", XVII: 261; 1946.

36. VELAZCO SUAREZ.—Alegato en pro de la anastomosis cabo a cabo. "Bol. de la Soc. de Cir. de Buenos Aires", XLV: 151; 1961.

37. VELAZCO SUAREZ.— Lesiones quirúrgicas accidentales de las vías biliares y sus secuelas. "Bol. de la Soc. de Cir. de Buenos Aires", 45: 307, 510, 771, 759, 1961; 46: 10, 109, 1962.

38. WALTERS, W.— Strictures of the common bile duct and hepatic, and their treatment. "S. Clin. North Amer.", 30: 987; 1950.

39. WALTERS, W.; NIXON and HODGINS, R.— From the Mayo Clinic. Strictures of the common and hepatic bile duct. "Arch. Surg.", 78: 908; 1959.

40. WALTERS, W.; NIXON and HODGINS, R.— Strictures of the common bile ducts. "Ann. Sur.", 149: 781; 1959.

41. WALTERS, W.— Strictures and injury of the common bile ducts. "J. A. M. A.", 113: 209; 1939.