

## DRENAJE BILIAR EXTERNO \*

### Nuestra experiencia

Dres. PASCUAL M. A. R. MAGALDI, ARNALDO PATARO,  
HECTOR MARCHITELLI y JOSE MUSSINI

En nuestro Servicio de Cirugía del Hospital Italiano, en el Departamento de Hígado, Vías Biliares y Páncreas a mi cargo, hemos realizado en los últimos diez años, 1.300 intervenciones en pacientes con patología vesicular o coledociana. De este total, en 446 casos debimos concluir la intervención, dejando "in situ" un drenaje biliar externo.

Las razones que obligaron a este procedimiento están avalladas por el cuadro que presentamos a continuación, y que corresponde a la enumeración de las diversas patologías que justificaron esta conducta.

#### PATOLOGIA QUE MOTIVO EL DRENAJE BILIAR EXTERNO

1) Litiasis de colédoco .....	183 casos
2) Litiasis residual .....	54 "
3) Odditis esclerorretráctil .....	13 "
4) Odditis secundaria .....	47 "
5) Pancreatitis crónica .....	22 "
6) Neoplasias de vías biliares .....	21 "
7) Estrecheces postquirúrgicas .....	6 "
8) Cuerpos extraños (Nélaton) .....	1 caso
9) Parasitosis endocoledocianas .....	2 casos
10) Exploradoras (vías biliares dilatadas) .....	65 "
11) Empiemas con ostomías .....	32 "

Como puede observarse, la exploración coledociana que se practicó en el 34,2% de los casos (en los últimos cinco años llega al 40%), según nuestro criterio, va seguida rutinariamente

Trabajo del Servicio de Cirugía "B". Hospital Italiano, Buenos Aires.

de la colocación de un tubo de Kehr de ramas cortas recortadas en “canaletas” como mostramos en el siguiente slide.

Este proceder lo creemos justificado, ya que en toda coledocotomía, sea cual fuere la razón por la cual se la ha realizado, resulta conveniente una nueva exploración de control del árbol biliar, posterior al acto operatorio.

Esto es factible mediante procedimientos simples, que permiten explorar y documentar la permeabilidad de las vías biliares, ya sea en la coledocotomía exploradora, en la coledocotomía como primer paso a la remoción de cálculos o a una papiloesfinterotomía; y también cuando dicha exploración va seguida de una anastomosis biliodigestiva.

Entendemos, y nuestra experiencia práctica lo ha confirmado, que esta conducta está justificada:

*Primero:* Porque brinda la posibilidad de un nuevo estudio colangiográfico.

*Segundo:* Porque en el postoperatorio inmediato nos asegura la fácil descompresión, ante un episodio de hipertensión biliar; y

*Tercero:* Como coadyuvante en el tratamiento de las odditis secundarias.

No creemos que el cierre “per primam” del colédoco, sea aconsejable en todos los casos y en todas las manos.

No hemos observado morbilidad con esta táctica, y mucho menos mortalidad.

Estas consideraciones y nuestra experiencia conjuntamente a la de numerosas escuelas quirúrgicas de todo el mundo, que hemos consultado en ocasión de nuestra encuesta internacional, sobre 30.000 enfermos intervenidos, confirman que el 66% de los cirujanos consultados, han afirmado que el tubo de Kehr resulta de inestimable valor, y su uso es irremplazable en toda exploración coledociana.

Analizando el cuadro de las patologías observadas, existen cinco circunstancias en las cuales resulta evidente que no es prudente ni de buena técnica, prescindir de él.

En la *litiasis del colédoco*, nunca puede asegurarse que la vía biliar quede completamente expedita, a pesar del estudio colangiográfico previo, por lo tanto, al dejar un tubo de Kehr, éste nos permitirá confirmar si el tratamiento instituido ha sido o no completo.

En la *litiasis residual del colédoco*, resulta interesante comprobar la ausencia de las lesiones asociadas que puedan complicar el postoperatorio.

En la *odditis esclerorretráctil*, tratada por *papiloesfinterotomía*, según nuestro proceder, nos permite documentar la evolución inmediata de esta conducta terapéutica.

En la *odditis secundaria*, inflamación reversible del esfínter, como consecuencia de una colecistopatía, en drenaje de Kehr tiene su indicación específica.

En aquellos casos en que un proceso pancreático estenosa el tercio medio e inferior del colédoco y se ha practicado una *coledocoduodenostomía* como operación derivativa, un pequeño tubo de Kehr supraanastomótico, nos asegurará durante los primeros días el eficaz drenaje de la hipertensión biliar, permitiendo que el proceso plástico de cicatrización se cumpla sin mayor inconveniente.

Diremos dos palabras referentes a cómo nos manejamos con este drenaje:

En las primeras 24 horas dejamos que fluya libremente la bilis; ya en el segundo día, levantamos el frasco al plano colodociano, impidiendo de esta manera un drenaje excesivo, temperamento a tener en cuenta en los ancianos, en los cuales el desequilibrio hidroelectrolítico es de suma gravedad.

A partir del cuarto día vamos cerrando progresivamente el tubo de Kehr, y en octavo día practicamos la colangiografía de control. Si ésta nos informa que existe una vía biliar expedita, resolvemos retirarlo; en caso contrario, completamos esta información colangiográfica, con una medición manométrica que aportará mayores datos a la evolución del proceso oddiano.

Cuando las cifras manométricas sean superiores a 15 cm. de agua, dejamos el tubo colocado durante ocho días más y completamos el tratamiento con coledoclisís antiinflamatoria. Para ello utilizamos la solución de García Díaz, compuesta de:

Rifocina .....	5 cm <sup>3</sup>
Novocaína al 1% .....	1 cm <sup>3</sup>
Decadrón .....	1 cm <sup>3</sup>
Solución isotónica .....	500 cm <sup>3</sup>

Este tratamiento se aplica diariamente para realizar un nuevo control manométrico a los ocho días. Si se tratase de un proceso inflamatorio reversible (*odditis secundaria*), las cifras deberán ceder evidentemente, en caso contrario, nuestro proceder quirúrgico ha sido incompleto, ya que hemos menospreciado una patología orgánica distal.

Nuestra conducta ante estos casos consiste en retirar el tubo de Kehr, y considerar la posible reintervención del enfermo.

Hemos utilizado en distintas oportunidades (12 casos) el drenaje transpapilar tipo Cattell o Champeau; a causa de la evolución desgraciada de 2 casos por presentar una pancreatitis aguda, hemos desistido de su uso.

En otros casos fuimos tentados a dejar drenajes transcísticos, pero casi siempre obtuvimos una incompleta derivación biliar o bien dificultades en su extracción.

### CONSIDERACIONES

La cirugía de las vías biliares ha evolucionado y sigue evolucionando con procederes y técnicas nuevas en los últimos veinte y treinta años, pero el valor del drenaje biliar externo mediante un tubo de Kehr, ha resistido todas las críticas y todas las épocas.

Nuestra experiencia, sumada a los conceptos de Colcock y Hess, nos permite ser categóricos en la indicación de su uso como el mejor drenaje a toda vía biliar explorada y como complemento de las intervenciones coledocianas.