

LA HERIDA QUIRURGICA REGLADA DEL CISTICO, COLEDOCO Y PAPILA

Dr. BONIFACIO URIOSTE LOPEZ

En las intervenciones de vías biliares hacemos preferentemente la incisión subcostal de Kocher, exposición de la región lograda por la valva y rollos de García Capurro, taponamiento con mecha al hiatus de Winslow y fosa hepatorenal, con lo que logramos pulcritud, aislamiento y protección de la región, disponiendo además de iluminación e instrumental adecuado.

El triángulo de Calot (hepático, bacinete-cístico e hilio), es ~~la zona~~ donde el cirujano usará táctica y estrategia para realizar cirugía reglada. Cuando esta zona se encuentra alterada, en condiciones patológicas, si no se consigue individualizar sus elementos constitutivos pueden ellos lesionarse, o los canales biliares accesorios, o la hepática derecha y el cístico, o la rama derecha de la porta.

Practíquese la colecistectomía directa o la retrógrada, exponer el cístico implica su exacta identificación, como también la del hepatocolédoco y la cística.

En la cirugía de vías biliares es factor fundamental la preservación del hepatocolédoco; su reconstrucción y normalización inmediata si se lesiona, con la seguridad de su tránsito libre y funcional hasta la luz duodenal.

Expuesto, se secciona junto al bacinete, se extraen los cálculos que contenga, cuidando no empujarlos al colédoco; se prepara su luz para la colangiografía y se inicia su disección con tijera de Metzenbaum, hasta su abocamiento coledociano. El denso plexo nervioso, los pequeños vasos sangrantes, la fibrosis por el proceso inflamatorio, el acolamiento en caño de escopeta, los císticos tortuosos y contorneantes de la vía biliar principal, pueden hacer laborioso y peligroso este propósito.

Al destacar la importancia que podría tener el muñón cístico residual en los síndromes postcolecistectomía, se insistió en la exéresis completa del cístico. Creemos que las lesiones traumáticas que esta exigencia pueda provocar en especial al hepatocolédoco, o quedar un cístico con pequeños desgarros inadvertidos,

y pesando por otra parte la relativa frecuencia del síndrome postcolecistectomía, por muñón cístico residual, aconsejamos no insistir en disecciones difíciles y completas del cístico, pues queriendo evitar futuras complicaciones las podemos provocar, y graves, de inmediato.

Pinzas largas de punta fina, rectas y curvas (tipo Nissen o similares), y juego de dilatadores de cístico, servirán para dilatarlo y transitarlo (de sus dos partes, pars espiralis y glabra, la primera es la más difícil por tortuosa y valvulada), practicando la colangiografía, exploraciones, o avenamientos.

Cuando el cístico es corto y desemboca en el hepático derecho, o éste muy largo, aparenta ser el propio hepático, el hepático derecho puede ser seccionado al tomarse como cístico. La colangiografía, la colecistectomía directa, y la identificación de los elementos evitarán la lesión.

Hay quien sostiene que cuando el colédoco terminal es anatomofuncionalmente normal, si se produce un desgarramiento cístico no localizable, el dejar sin suturar esta herida no tiene consecuencias. No habiendo tenido esta emergencia, pensamos que esta conducta se tomará ante la imposibilidad de una firme sutura o avenamiento, colocando sí, en la fosa subhepática, un buen drenaje aspirativo.

Si se entreevee la posibilidad de una lesión del hepatocolédoco, debe preservarse la irrigación del cístico y bacinete para realizar con ellos una plastia del canal principal.

Para explorar o levantar obstáculos del colédoco terminal a través del cístico, puede ampliarse la incisión longitudinal del cístico hasta el colédoco. Cuando el diámetro del cístico permite pasar cucharillas o pinzas de cálculos, éstos pueden ser extraídos del colédoco terminal sin realizar coledocotomía. El control colangiográfico se impone para completar la exploración y seguridad de las maniobras.

Desde el cístico un explorador puede pasar al colédoco, indicarnos el espolón hepatocístico y sitio de la coledocotomía. Drenar a través del cístico con tubo de Kehr, cuando se puede, después de la coledocotomía, da las ventajas de la coledocotomía ideal (con cierre completo), la seguridad de la clásica y permite colangiografía postoperatoria.

Después de una colecistectomía, cuando condiciones patológicas exploratorias o de táctica quirúrgica, por seguridad y por control postoperatorio, indican la colangiografía, dejamos un drenaje transcístico con sonda Nélaton 5-6 ó de polivinilo. No contamos con tubos de Champeau, que ofrecen más seguridad en su fijeza. El drenaje transcístico no pasará del colédoco y debe ser seguro y fijo; al peritonizar el pedículo y lecho vesicular aprovechamos para dejarlo subperitoneal.

Habitualmente ocluimos el munon cístico con ligaduras de catgut, peritonizando pedículo y lecho vesicular. Si el cístico es muy amplio, o el enclavamiento del cálculo inició una brecha sobre el hepático, se hace ligadura por transfixión o dos o tres puntos de sutura con catgut crómico 00 o lino fino.

Entre las complicaciones de la herida quirúrgica cística señalamos:

- Dehiscencia cística por ligadura insegura: nudo en falso o cístico traumatizado y debilitado por la disección.
- En la liberación se seccionan canales biliares accesorios dando una bilirragia que cesa habitualmente dentro de las 72 horas siguientes. En un caso observamos las colangiografías operatorias y vimos un diminuto canalículo biliar terminando en el hepático por encima del cístico que pasó desapercibido.
- Puede lesionarse el espolón hepatocístico sin ello ser advertido.

COLEDOCO

Para actuar sobre el colédoco realizamos la maniobra de Kocher-Vautrin y descendemos la implantación del mesocolon cuidando los vasos que van al tronco de Henle, que pueden desgarrarse y sangrar. El mesocolon nos sirve para cubrir el cierre de la duodenotomía si ésta se realiza. La maniobra de Kocher-Vautrin facilita el conocimiento del colédoco terminal, del páncreas, la exploración instrumental y la extracción de cuerpos extraños. Consideramos la posición del cirujano a la izquierda del enfermo como la ideal para operar las vías biliares.

Empleamos casi sistemáticamente la colangiografía operatoria y no doblamos la mesa que está siempre preparada con su chasis. Durante varios años usamos sistemáticamente la colangiografía operatoria. Hoy, por la historia clínica y el aspecto muy normal visual y palpatorio del hepatocolédoco y páncreas, prescindimos en ocasiones: a la menor duda, la hacemos.

Creo que los que usamos colangiografía operatoria hacemos menos exploraciones instrumentales y duodenotomías, lo que hace un acto quirúrgico más rápido con menor morbilidad postoperatoria.

Exponemos el colédoco y descendemos el borde superior duodenal. Pequeñas arterias abordan al colédoco desde abajo y a izquierda, destacándose: un pequeño vaso ascendente de la pancreática duodenal superior derecha, otro del codo y comienzo de la hepática propia, otro a la altura del hepático. El borde y mitad derecha de su cara anterior son los lugares propicios para trabajar, evitando que grandes liberaciones dejen zonas isquémicas.

Somos partidarios de la incisión longitudinal extendida al hepático sólo en lo imprescindible. Debe tener como mínimo un centímetro de longitud para que las maniobras instrumentales y extracción de grandes cálculos no lo desgarran. Si se plantea la posibilidad o indicación de una coledocoduodenostomía, la haremos de acuerdo a la anastomosis. Si el colédoco es de más de ocho milímetros de diámetro puede hacerse una incisión transversal con este propósito. En colédocos finos la incisión longitudinal se transformará en transversal para la ejecución de la unión coledocoduodenal.

Pasamos dos puntos en la cara anterolateral derecha coledociana para incidir entre ellos el colédoco y después los retiramos para que un intempestivo tirón no provoque desgarros. La exposición del campo operatorio y la aspiración van a permitir trabajar prolijamente. Béniqué, juego de exploradores de Bakes, pinzas de Mirizzi, cucharillas de Dejardins y curetas maleables están en nuestra mesa.

La semiología del hepatocolédoco y de la papila la realizamos por la colangiografía en primer lugar. La manometría que realizábamos años atrás la abandonamos.

La colangio nos muestra el aspecto normal o patológico de la vía biliar, sus variedades anatómicas, el sitio y aspecto de las anomalías, y es una guía para nuestro trabajo intraductal.

La Kocher-Vautrin nos permite palpal el duodenopáncreas e introduciendo por la coledocotomía un Béniqué hasta la papila, realizamos junto a él la palpación coledociana, pudiendo notar anomalías o cuerpos extraños.

Aconsejamos realizar todas las maniobras intracoledocianas con suavidad, no forzando jamás un instrumento. Por hacerlo se producen desgarros y falsas rutas que muchas veces se desconocen en la intervención. En colédocos muy dilatados, con diámetro mayor que el dedo meñique, puede hacerse con éste la exploración digital, que prodiga excelente semiología.

Cierre ideal de la coledocotomía? Se indica si se tiene la seguridad anatomofuncional de las vías biliares y de un cierre hermético y no estenosante. Pero debemos grabarnos que cuando se interviene sobre vías biliares el enfermo no debe padecer complicaciones por fallas técnicas. Por ello somos partidarios del avenamiento sistemático después de la coledocotomía.

Cuando hemos normalizado la vía biliar, dejamos un tubo de Kehr de dos a tres milímetros de diámetro útil. Para facilitar su extracción lo cortamos en canaleta frente a la iniciación de la rama larga o en la totalidad de la porción corta, sacándolo por la parte alta de la coledocotomía o transcístico. Si esto no tiene inconveniente, es nuestra preferencia. Cuidamos minuciosamente de la colocación de sus ramas, que no se doblen, convirtiéndose en elemento obstructivo, de la libertad

de su luz y de su permeabilidad fácil. Si al controlar su funcionamiento ésto no nos satisface realizamos colangio, y en caso de duda reabrimos la coledocotomía.

Consideramos al tubo un elemento de seguridad, de control y de posible medicación. Pero en realidad es un cuerpo extraño que debe permanecer el mínimo necesario; como tal favorece la infección y la esclerosis secundaria. Lo retiramos al octavo día, previa colangio de control, salvo contraindicación. Desechamos los Kehr de mayores diámetros, así como los drenajes tipo Catell que pueden dar repercusión pancreática.

Debo referirme al drenaje transcoledociano de Mollowitz: por un conductor que llega al duodeno desde la coledocotomía, y que permite el paso de una sonda de polivinilo de un milímetro de diámetro, se introduce ésta unos 8 a 10 centímetros en la luz duodenal. Se saca desde el colédoco por la misma coledocotomía o el cístico (este sistema es similar al de introducir por trocar un tubo en la cavidad pleural). La indicación del drenaje de Mollowitz es para evitar una expoliación biliar importante (drenaje bipolar en quiste hidático abierto en las vías biliares). La bilis recogida se pasa a través del tubo de polivinilo al duodeno, evitando el desagrado de su ingestión. Dada la tolerancia del polivinilo, su pequeño diámetro y la eficacia que puede tener en el restablecimiento del enfermo, consideramos de interés tenerlo presente.

Las coledocotomías en colédocos de diámetros y contextura normal (4 milímetros de diámetro, paredes finas y frágiles) son las más delicadas. Dependerá de la técnica y habilidad del cirujano realizar una sutura hermética y no estenosante. En estas condiciones debe hacerse colangiografía previa, y únicamente hacer la coledocotomía si condiciones patológicas la indican. Si es posible, retirar el tubo por el cístico, evitando traumatismos en la vía biliar al retirarlo.

La sutura coledociana debe ser hermética, evitando filtraciones, y dejar un diámetro adecuado sin posibilidad de estenosis ulteriores.

Se use material fino y atraumático, reabsorbible o no, lo importante es la calidad técnica de la sutura coledociana. Preferimos lino fino en aguja atraumática de corte de sección redondo. Optamos por la seguridad del cierre frente a la posibilidad de dehiscencias o de nueva litiasis por hilos no reabsorbibles.

La infección y obstáculo en el colédoco terminal son causa de falla de sutura.

Detalles relacionados con el tubo de Kehr

Para evitar deslizamientos se fija con el último punto del cierre coledociano, dejando un bucle intraperitoneal para evitar tironeos. Se retira por contraabertura.

En los drenajes prolongados empleamos un tubo intermediario para que el tubo de Kehr no altere su estructura al manipular sobre él con coledococlistis, colangios, etc.

En síndromes ictericos con insuficiencia hepática evitamos la decompresión brusca y la expoliación biliar para no descompensar al paciente, manteniendo una presión cercana a la normal en las vías biliares. Elevamos el tubo a 10-12 centímetros por encima del posible nivel coledociano. De pie el tubo pasa por el hombro sin pinzarse.

Dos complicaciones descritas originando bilirragias: se ha herido la pared posterior del colédoco puncionándolo con aguja gruesa, y también con la punta del bisturí al efectuar la coledocotomía.

En drenajes mantenidos mucho tiempo, situados bajos, se han descrito hemorragias por corrosión de la gastroduodenal o de la pancreaticoduodenal derecha superior.

Existiendo coledocitis o plexos venosos coledocianos importantes se produce en el corte de sección copiosa hemorragia difícil de controlar. En tres casos que cerramos después de riguroso control, pero no de seguridad absoluta, tuvimos un postoperatorio normal.

PAPILA

Para abordar la papila o carúncula mayor de Santorini pueden plantearse dos situaciones: ir a buscarla directamente por duodenotomía, o, lo que es más fácil, cateterizando el colédoco con un Béniqué o un papilótomo (tipos Lassala, Hepp), que nos permita palparla e indicar el sitio de elección para la duodenotomía.

Previa maniobra de Kocher-Vautrin con movilización de mesocolon, hacemos una incisión longitudinal de dos centímetros en el borde externo duodenal, frente a su sitio habitual de implantación, pero recordamos que puede estar en un radio que va de la mitad fija de D_1 a la mitad de D_3 . La duodenotomía será mínima si la efectuamos apoyados por el Béniqué o papilótomo.

Para individualizarla deben recordarse sus características. La papila, mamelón o carúncula, es una saliente en cuyo seno está la ampolla de Vater, donde desembocan el colédoco y el Wirsung, juntos o separados. Un pliegue mucoso transversal se extiende por encima y puede ocultarla; un pliegue longitudinal inferior o frenillo de la papila contribuye a individualizarla. En ocasiones su palpación o visualización son difíciles, otras fáciles. La salida del jugo biliopancreático por el poro caruncular, o la inyección de colorante desde el colédoco, o el proyectarla con el papilótomo, facilitarán su exposición.

El conocimiento de su constitución anatómica es fundamental para comprender el alcance de cada maniobra quirúrgica. El colédoco intraparietoduodenal de Rouvière, de 10 a 20 milímetros de longitud, tiene dos porciones: la transmuscular o de la ventana duodenal y la submucosa. Un aparato esfinteriano, esfínter de Oddi, rodea las porciones papilar y ampular, y avanza unos milímetros en las paredes coledociana y del Wirsung, hasta más allá de la porción intramural.

El colédoco intramural atraviesa oblicuamente la ventana duodenal, y hace un ángulo oblicuo con la porción superior. La mucosa tiene glándulas y pliegues. El colédoco intraparietoduodenal por su constitución y fisiología es más compacto y resistente a la penetración instrumental, lo que se acentúa por procesos patológicos: cálculos enclavados, fibrosis, etc. Si se quiere forzar su paso puede constituirse una falsa ruta, habitualmente labrada por encima de esta porción, verdadera pequeña coledocoduodenotomía interna, que como tal puede pasar inadvertida y no tener consecuencias. Pero puede provocarse una pancreatitis y si se hace al exterior, una bilirragia.

Tanto en la búsqueda de la papila como en su exteriorización, debemos usar un mínimo de pinzamientos para evitar desgarros y hemorragias de la mucosa duodenal. Proyectada por cateterismo, exposición y buen aspirador, simplifican el trabajo.

Se distingue una zona de mínima vascularización, la de la hora 11-12, por suerte sitio de elección para la incisión papilar, y otra, peligrosa por lo vascular, es la ventana duodenal, donde la hemostasia puede ser difícil. En la hora 5 se localiza al Wirsung. Por indicación quirúrgica puede seccionarse tan solo lo papila, o tomar con pinza de biopsia una sección triangular de la misma, o avanzar sobre pleno esfínter haciendo una papiloesfinterotomía. Pero cuando deseamos obtener el pasaje amplio, dejar bien liberado al colédoco terminal, y facilitar el drenaje al duodeno, extendemos hasta el colédoco la sección papiloesfinterocolocotomía.

Es nuestra operación de elección en la panlitiasis. Realizamos la sección sobre el Béniqué, paso a paso, papila, ampolla, colédoco, controlando minuciosamente la hemostasis; ésta debe ser perfecta, puesto que la hemorragia es una de las complicaciones señaladas. Dos, tres, cuatro puntos atraumáticos fijan mucosas coledocianas y duodenal. No dejamos drenajes, cerrando colédoco y cístico, pensando que el flujo biliar ayuda a mantener el nuevo poro biliar, y que al no haber obstáculo, cálculos de los hepáticos, pueden deslizar sin tropiezos. Contribuye a disminuir las posibilidades de pancreatitis.

El cierre de la duodenotomía lo hacemos en dos planos de sutura, con puntos separados e hilos de lino fino, transformando la incisión longitudinal en horizontal. La reforzamos colocando

el mesocolon sobre ella. Las coledocotomías bajas retropancreáticas y la coledocotomía interna de Kocher deben evitarse. Si fracasan las maniobras instrumentales para retirar los cálculos, es preferible hacer una papiloesfinterocoledocotomía.

Haciendo colangiografía se precisan más las indicaciones y ello hace disminuir el número de intervenciones sobre el esfínter.

En un caso de adenomiomatosis del colédoco terminal realizamos la exéresis del colédoco terminal y de la papila, valiéndonos del plano pericoledociano. En un tumor de papila con contraindicación de duodenopancreatectomía hicimos una exéresis amplia. En ambos casos dejamos ampliamente abierta a la luz duodenal la brecha pancreática. La evolución fue muy buena.

Dos palabras acerca de drenaje abdominal

En colecistectomías normales infinidad de veces cerramos sin drenar. Pero considerando que constituye una seguridad y un control en el postoperatorio, lo hacemos por contraabertura ante la menor duda.

Cuando queda un lecho vesicular no peritonizable o tuvimos dificultades en el pedículo, drenamos con aspiración continua establecida inmediatamente al cierre de la pared.

La herida parietal no debe comprimir el drenaje, permitiendo la salida fácil del exudado, bilis o sangre.

En muy raras ocasiones por imposibilidad de controlar un lecho vesicular hemorrágico, lo mechamos y hacemos drenaje aspirativo a la vez. Colocamos el extremo del sistema aspirativo frente y por fuera del hiatus de Wislow.