

# PAPILITIS TERMINAL ODDIANA

## Diagnóstico de la papilitis quirúrgica

Dres HOMERO COSCO-MONTALDO \*  
y LEANDRO ZUBIAURRE \*\*

La papilitis terminal estrecha al poro y al canal papilar, respetando la ampolla de Vater. El cateterismo y la manometría son insuficientes para establecer su ajustado diagnóstico y requieren el complemento de la colangiografía operatoria.

El doble motivo de este trabajo es determinar por la colangioseriografía: 1) la existencia de la papilitis terminal; y 2) si esta papilitis es quirúrgica o no.

*Síndrome colangiográfico de la papilitis terminal.*—Está dado clásicamente por los diferentes grados de dilatación de los canales biliopancreáticos, el reflujo con rellenamiento del Wirsung y la dificultad al pasaje de la papila.

Buscando el signo más característico de esta papilitis, hemos llegado a la conclusión de que la ampolla de Vater es lo primero que se dilata y constituye el signo *más constante y más precoz* de la papilitis terminal.

*Estudio de la ampolla de Vater en los diferentes estados dinámicos del confluente colédoco-pancreático-duodenal.*—Lo hemos realizado en base a la colangiomanometría seriográfica a una o dos radiografías por segundo, a la cinerradiografía y la cinerradioscopia.

Aplicando las nuevas adquisiciones de fisiología oddiana (1, 2, 3, 4) obtenidas por uno de nosotros (H. C. M.), se analizó la radiología de la ampolla de Vater en los tres diferentes estados de dinámica del confluente: 1) en relajación; 2) en contracción independiente del esfínter de Oddi; y 3) en contracción duodenal.

---

\* Profesor Adjunto de Cirugía de la Facultad de Medicina, Montevideo.

\*\* Profesor y Director del Departamento Clínico de Radiología y Ciencias Físicas de la Facultad de Medicina, Montevideo.

1) *Confluente en relajación.*— Con duodeno y esfínter de Oddi abiertos, dos imágenes se observan en las papilitis terminales: a) en las papilitis con poca distensión coledociana la ampolla dilatada se destaca en el extremo inferior de un colédoco no dilatado, dando la imagen en “gota colgante [fig. 1 (26)]; b) en papilitis con marcada distensión coledociana la ampolla de Vater ofrece la imagen en “cabeza de serpiente” (Sciacca), continuándose con el colédoco dilatado o cuerpo de la serpiente [fig. 2 (76)]. Para algunos cirujanos estas imágenes requieren la papilotomía por considerarlas papilitis quirúrgicas, concepto sobre el cual volveremos.

2) *Confluente en contracción autónoma del esfínter de Oddi.*— La dinámica autónoma del Oddi tiene lugar durante los descansos duodenales como ha sido establecido en 1962 por Cosco-Montaldo (5). Con el duodeno en relajación el esfínter de Oddi se contrae rítmicamente cuatro veces por minuto, cerrándose de abajo arriba y abriéndose de arriba abajo.

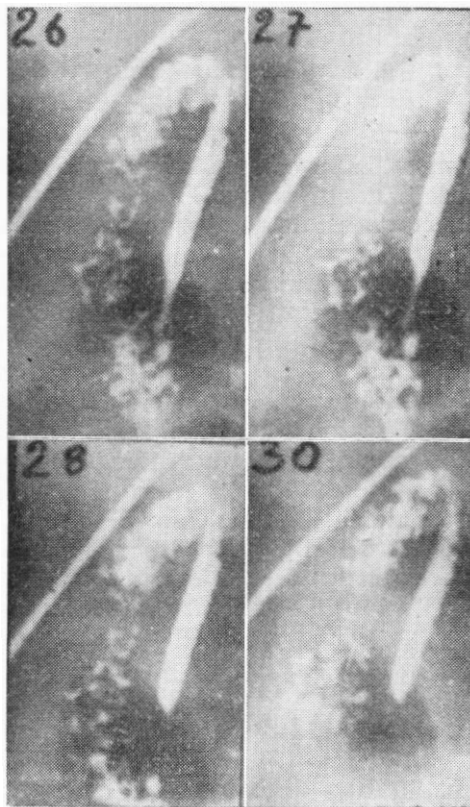
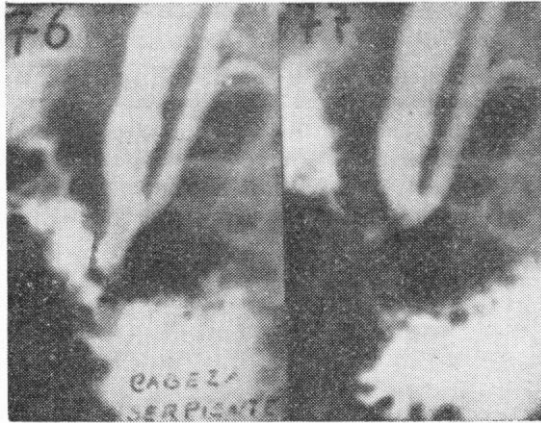


Fig. 1.— Papilitis terminal no quirúrgica. Ampolla distendida e imagen en “gota colgante” y de “ampolla aislada oddiana”, no quirúrgica porque la ampolla desaparece con la contracción duodenal. Colangioseriografía a dos radiografías por segundo. En (26) papilitis terminal con ampolla dilatada e imagen en “gota colgante” (confluente en relajación); en (27), medio segundo después, comienza una contracción autónoma del esfínter de Oddi de abajo arriba con duodeno en descanso y la contracción no modifica la ampolla; en (28), medio segundo después, la contracción autónoma del esfínter de Oddi con duodeno en descanso se completa sin modificar la ampolla, constituyendo el signo de la “ampolla aislada oddiana” (signo de papilitis terminal); en (30), un segundo después, se contrae el duodeno y vacía la ampolla, demostrando que se trata de una papilitis no quirúrgica.

Fig. 2.— Papilitis terminal quirúrgica, con signo de “cabeza de serpiente” y de “cabeza de serpiente decapitada”. En (76) dilatación de ampolla, colédoco y Wirsung: imagen de “cabeza de serpiente”. En (77), medio segundo después, el duodeno se contrae, decapita y cierra el sector alto del canal oddiano y exprime al segmento submucoso intraduodenal de dicho canal, en cuyo interior queda retenido líquido de contraste que no puede



evacuarse al duodeno por la estrechez de la papilitis, constituyendo la imagen de la “cabeza de serpiente decapitada” propia de una papilitis quirúrgica.

En las papilitis terminales, durante la contracción del esfínter de Oddi de abajo arriba, la ampolla de Vater no se vacía y permanece dilatada por la dificultad a la evacuación de la papilitis y la pérdida del poder contráctil del esfínter de la ampolla, vencido por la dilatación. La ampolla dilatada queda aislada entre dos estrechamientos: abajo, la estrechez orgánica de la papilitis terminal; y arriba, la estrechez fisiológica de la contracción del esfínter propio del colédoco. Este es el signo que describimos en la papilitis terminal de la “ampolla aislada oddiana” [fig. 1 (28)] durante la contracción oddiana. Este signo denuncia una papilitis terminal, pero no determina si es quirúrgica porque la ampolla puede vaciarse en otro momento de la dinámica del confluente, como veremos a continuación.

3) *Confluente en contracción duodenal.*— Con Zubiaurre (6) hemos enunciado el nuevo concepto de la doble acción del duodeno sobre el canal oddiano: la “guillotina-expresión”. El duodeno, al contraerse: a) “guillotina” y cierra enérgicamente al segmento alto, intramural y extraduodenal, del canal oddiano; y b) al estrechar su luz, aplica sus paredes entre sí y “exprime” por compresión, al segmento bajo, submucoso intraduodenal, del canal oddiano, que contiene a la ampolla de Vater, evacuando activamente su contenido al duodeno. Es un doble mecanismo parietal e intraluminal que vacía todo el canal oddiano en los casos normales.

En las papilitis terminales la ampolla dilatada puede, durante la contracción duodenal: a) desaparecer; o b) persistir.

a) Si la ampolla desaparece es prueba de que el organismo evacúa la bilis al duodeno sin necesidad de la papilotomía. Desaparecen así durante la contracción duodenal tanto la ampolla dilatada de la imagen en “gota colgante” como la de la “ampolla aislada oddiana” [fig. 1 (30)]. Se demuestra así que se trata de papilitis *no quirúrgicas*.

b) Si la ampolla dilatada persiste durante la contracción duodenal constituye el signo que describimos de la “ampolla aislada duodenal”, prueba de papilitis quirúrgica [fig. 3 (2)].

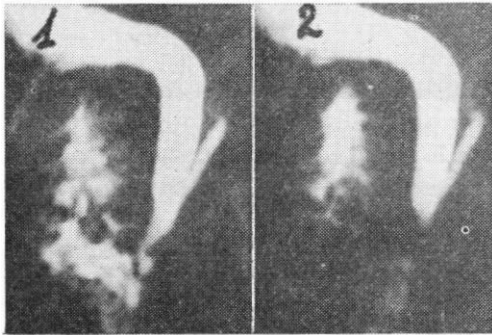


Fig. 3.— Papilitis terminal quirúrgica. En (1) “gota colgante”. En (2) la contracción duodenal no vacía la ampolla dilatada (signo de la “ampolla aislada duodenal”), que revela una papilitis terminal quirúrgica.

En el caso de la imagen en “cabeza de serpiente” la persistencia de la ampolla dilatada aislada durante la contracción duodenal es lo que llamamos “cabeza decapitada” [fig. 2 (77)].

Esta imagen aislada duodenal es de más fácil lectura que las imágenes obtenidas con el duodeno en relajación porque, como el duodeno está contraído y sin sustancia de contraste, la imagen de la ampolla aislada se destaca con mayor nitidez.

En conclusión: las papilitis con ampolla dilatada (“gota colgante”, “cabeza de serpiente”, “ampolla aislada oddiana”) cuya ampolla se vacía bajo la contracción duodenal, no requieren tratamiento quirúrgico y los estudios postoperatorios enseñan que tales papilitis regresan con el simple drenaje coledociano. Si la ampolla persiste durante la contracción duodenal (“ampolla aislada duodenal”, “cabeza decapitada”) se trata de una papilitis quirúrgica.

## RESUMEN

Se aporta al diagnóstico de la papilitis terminal los signos radiológicos de la “gota colgante” que corresponde a la ampolla dilatada con el confluente en relajación, de la “ampolla aislada

oddiana" que se observa durante la contracción del esfínter de Oddi, y de la "ampolla aislada duodenal" durante la contracción del duodeno. Este último signo, en el que se incluye el de la "cabeza decapitada", es el único que corresponde a una papilitis terminal quirúrgica.

## BIBLIOGRAFIA

1. COSCO-MONTALDO, H.— La dinámica independiente del esfínter de Oddi. "La Prensa Médica Argentina", 56, 21: 1004-1008; 1969.
2. COSCO-MONTALDO, H.— Autonomie et automatisme du sphincter d'Oddi. Etude électromanométrique. "La Presse Médicale", 71: 2567-2569; 1963.
3. COSCO-MONTALDO, H.— Autonomía y automatismo del esfínter de Oddi. El doble comando de la enrocijada colédoco-pancreático-duodenal. Registros electromanométricos en operados biliares. "XXXIII Congreso Argentino de Cirugía", Buenos Aires, 859-868; 1962.
4. COSCO-MONTALDO, H.— Action de la dynamique duodénale sur l'automatisme du sphincter d'Oddi. La double commande du carrefour cholédoco-pancréatico-duodenal. Etude électromanométrique chez les opérés biliaires. "Journ. de Chirurgie", 87, 1: 47-60; 1964.
5. COSCO-MONTALDO, H.— Electromanometría en operados biliares. II. Autonomía y automatismo del esfínter de Oddi. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 33, 5-6: 334-345; 1962.
6. COSCO-MONTALDO, H. y ZUBIAURRE, L.— Papilitis. La diferente acción del esfínter de Oddi y del duodeno sobre el confluente colédoco-pancreático-duodenal. "La Prensa Médica Argentina", 56, 21: 1017-1021; 1969.