

## Vías de exploración quirúrgica del colédoco

*M. de Juan y Martín (\*)*

### RESUMEN

Se estudia el colédoco quirúrgicamente y en particular los obstáculos y dificultades en la exploración quirúrgica del colédoco, con particular referencia a las vías de exploración haciéndose un estudio crítico de las mismas y presentándose y analizándose la casuística del autor.

La exploración quirúrgica de las vías biliares y concretamente del colédoco ha planteado y sigue planteando áridos problemas a la cirugía abdominal, es constante tema de controversias y sobre todo pone sobre el tapete la faceta más importante de la cirugía biliar: la de su eficacia.

Es por esto por lo que se hace un breve resumen de los criterios en pugna. Como la cuestión es sumamente compleja, vamos a intentar esquemáticamente resumirla para que pueda ser incluida en el pequeño espacio de que disponemos.

El colédoco quirúrgicamente podemos dividirlo en: libre o supracolédoco, retroduodenal, retropancreático e intraduodenal o mural (ampolla).

Ante toda colecistectomía, ante los síndromes postcolecistectomía subsidiarios de la cirugía y ante toda laparotomía

por motivos hepato-bilio-pancreáticos, es preciso explorar debidamente el colédoco, sobre todo si hay indicaciones especiales para hacerlo, que según Puestow son: A. Colédoco dilatado o engrosado; B. Existencia de cálculos o masas en su interior; C. Dilatación cística añadida a existencia de pequeños cálculos vesiculares; D. Historia con ictericia intermitente o recidivante, y E. coledocitis simultánea a enfermedad vesicular. Los problemas operatorios en la obstrucción del colédoco son de dos clases: A, apertura y extracción de cálculos, etc., y B, comprobación total de la permeabilidad coledociana.

Obstáculos y dificultades de la exploración quirúrgica del colédoco: 1. Atresias. 2. Estenosis congénitas. 3. Anomalías vías biliares (a; colédoco doble, b; cístico adosado en gran longitud a colédoco, d; cístico que llega hasta papila, d; alteraciones de situación y número de

(\*) Logroño.

la arteria hepática, etc.). 4. Coágulos sanguíneos intracoledocales postrauma hepático. 5. Barro biliar y cálculos coledocianos. 6. Cálculo engastado o detenido en papila. 7. Los parásitos ubicados en luz coledocal especialmente: a, la ascariidiosis; b, los distomas; c, los quistes hidatídicos abiertos en vías biliares. 8. Los quistes congénitos coledocianos. 9. Los acodamientos coledocianos. 10. Los divertículos de colédoco. 11. Las estenosis inflamatorias fibrosas. 12. La esclero-odditis estenosante y la estenosis escleroretráctil (Del Valle). 13. El edema coledociano. 14. El edema papilar. 15. La compresión por linfadenopatías locales o generalizadas. 16. La compresión por litiasis del Wirsung. 17. Idem por aneurismas de la hepática o tumoraciones vasculares. 18. Idem por tumoraciones de la hepática o tumoraciones vasculares. 18. Idem por tumoraciones duodenales incluidos divertículos. 19. La úlcera duodenal que afecte a la ampolla (Baker y Caldwell). 20. La compresión por pancreatitis. 21. Idem por quiste pancreático. 22. Idem por edema de la cabeza del páncreas. 23. Idem por tumores bazo. 23. Idem por quistes hidatídicos metastásicos del páncreas. 24. Idem por tumores de órganos distantes incluso el del bazo. 25. Idem por quistes hidatídicos. 26. Idem por tumores hepatobiliares. 27. Idem por deformaciones por pericolecistitis. 28. Idem por adherencias de tipo quirúrgico. 29. La hipertonia oddiana. 30. La contractura del colédoco en el síndrome anatomofuncional de Mirizzi. 31. Las rupturas coledocales, y 32. Las desviaciones del colédoco y de los elementos del hilio en las fistulas biliodigestivas espontáneas simples o coexistentes con litiasis coledocal (Mirizzi).

Los métodos de exploración quirúrgica del colédoco comprenden principalmente: 1, la inspección; 2, la palpación; 3, la colangiografía operatoria; 4, la colangiografía postoperatoria (Carnot y

Blamastin); 5, la colangiomanometría (Mc Gowan y Buth) y la radiomanometría; 6, la colangiografía laparoscópica de Roger; 7, la coledocotomía supra; 8, la coledocotomía retropancreática de Haasler; 9, la coledocotomía transduodenal de Kocher; 10, la coledocotomía supra y transduodenal combinadas; 11, la esfinterotomía supraduodenal (Colp, Doubilet, Gerber, Mulhollan); 12, la papiloduodenostomía (Mac Burney), y 13, en cierto modo la observación del funcionamiento postoperatorio del tubo en T que en realidad es una exploración quirúrgica indirecta del estado de las vías biliares puesto que permite saber si el camino está expedito, si la salida de bilis es moderada o si hay un gran obstáculo (cálculo voluminoso, odditis, etc.), cuando el drenaje de bilis es grande.

En estas líneas haremos mención exclusivamente de las vías quirúrgicas de exploración coledocal con exclusión de las colangiográficas.

Es necesario insistir en la búsqueda de cálculos en toda operación biliar (20 por ciento de cálculos coledocales en colelitiasis según Puestow) y buena muestra de ello es que según Carro, en los síndromes postoperatorios biliares se encuentran cálculos en el 25 por ciento de las colelitiasis y sólo 4'5 por ciento en las operaciones por litiasis de colédoco, porque entonces éste es más explorado.

Las vías de exploración quirúrgica propiamente dichas comprenden: 1.º, el tipo de laparotomía: a) de Pribam; b) paralela a reborde costal; c) pararectal derecha alta; d) transrectal derecha alta; e) supraumbilical media, etc. Puestow recomienda la incisión amplia del recto derecho alto o bien la paramediana derecha. Nosotros pensamos que las incisiones verticales son menos traumatizantes, pero son de menor campo operatorio bilioduodenopancreático y posiblemente dan mayor número de necrosis aponeuróticas. Las vías quirúrgicas de acceso al co-

lédoco fundamentalmente son: a) la supraduodenal que comprende la coledocotomía longitudinal y la transversal recomendada por Mirizzi para evitar la lesión del esfínter hepático, descrito por él, y b) la vía transduodenal previa incisión de Kocher, comprendiendo: I, Liberación de las tres primeras porciones del duodeno especialmente la 2.<sup>a</sup> y 3.<sup>a</sup>; II, La liberación de la cabeza del páncreas de la pared posterior; III, La apertura duodenal próxima a la curvatura mayor del duodeno longitudinal o transversalmente; IV, La localización de la ampolla de Vater; V, El drenaje inverso o directo del colédoco; VI, En su caso la papiloduodenostomía, y VII, La consideración y colocación del tipo de drenaje oportuno. Mallet-Guy recalca el valor de la esfínterotomía especialmente en las afecciones del Oddí. En España, G.<sup>a</sup> Morán y Estrada entre otros parecen inclinarse por la vía transduodenal de la exploración del colédoco. Publicaron 13 casos de papilostomía con once buenos resultados. Un caso especial es la exploración del colédoco en la litiasis residual del mismo. Gallart-Esquerdo y Serifiñana-Bayer aconsejan en este caso la papilostomía transduodenal con desagüe externo, a veces transpapilar.

Pasemos ahora brevemente a tratar los peligros de las vías de exploración instrumental del colédoco: A. Vías superiores: 1. Dejar cálculos; 2. Dejar cálculos en colédoco distal; 3. idem en ampolla; 4. idem engastados en pared; 5. idem en divertículos o acodamientos coledocianos; 6. peligro de hacer falsas vías si se fuerza el drenaje; 7. igualmente peligro de producir en esas condiciones hemorragia, y 8. peligro de pasar inadvertidas graves lesiones como los tumores papilares; B. Vías inferiores: 1. Problemas hemostáticos en pared duodenal anterior (y posterior si se realiza un Mac Burney); 2. Dificultades de hallar la papila; 3. Cuestiones de presuntas estenosis duode-

nales, no frecuentes. C. Vías combinadas: Suma de los inconvenientes de las dos. D. Conclusión: 1.º El abordaje exclusivo superior es técnicamente más sencillo, pero inferior desde el punto de vista de una terapéutica etiológica total; 2.º El abordaje exclusivo inferior es técnicamente más complicado, pero superior respecto de una terapéutica adecuada o sea de su eficacia; 3.º La vía combinada reúne las cualidades de ambas y evita los inconvenientes de la primera.

Nuestra casuística comprende dos grupos: Enfermos diagnosticados e intervenidos de obstrucción coledocal y enfermos diagnosticados de colelitiasis, pero que hubieron además de ser colecistectomizados, ser explorado quirúrgicamente su colédoco.

De los once enfermos del primer grupo, uno lo fue por obstrucción ganglionar y diez por obstrucción por cálculos. De ese total de once, ocho eran hembras y tres varones. Edad de 29 a 70 años. Dos de procedencia urbana y nueve rural. Uno llegó en la primera semana, dos en la segunda semana, cuatro al mes, uno al mes y medio y uno a los dos meses. En los once enfermos se hizo exploración coledocal incluso en el no litíásico.

En uno se practicó incisión de Pribram. En dos laparotomía transrectal superior derecha y en ocho pararela a reborde costal derecho.

En siete se practicó la exploración supraduodenal, en tres una exploración supra y transduodenal combinada y en uno únicamente la transduodenal con esfínterotomía. No hubo recidivas en ningún caso, pero los explorados por los dos últimos medios nos dejaron con una seguridad absoluta de exploración total. Las intervenciones se realizaron sin incidencias a excepción de un enfermo que requirió un tiempo laborioso por hemorragia en la zona pancreático-duodenal, en los intervenidos por vía mixta, y de otro enfermo cuyo estado circulatorio central

inspiró serios cuidados durante la operación. En los siete supraduodenales se colocó un tubo de Kehr. De ellos seis con el tubo en T clásico y uno con el trazo horizontal en media caña. En los cuatro restantes se puso también tubo de Kehr, con drenaje en uno de ellos a través de la papila. Hubo dos fístulas biliares: una de 32 días de duración y otra de 41, pero manchando muy poco esta última. Hubo también una flebitis en un enfermo ya vascular, que se solucionó terapéutica y pacientemente.

Hemos encontrado participación mayor o menor coledocal en el curso de 16 colecistectomías. De ellas trece mujeres y tres hombres. Ocho de procedencia urbana y ocho rural. La edad osciló entre 30 a 73 años. El tipo de laparotomía fue en uno transrectal superior derecha y en quince paralela a reborde costal. No hubo retraso en la curación de las heridas. En catorce se hizo una exploración coledocal supraduodenal, en uno transduodenal sin esfinterotomía y en uno mixta, pero sin esfinterotomía. El postoperatorio fue bueno, excepto el de dos enfermas diabéticas, una de las cuales, de 71 años de edad y con miocarditis, requirió especiales atenciones. El drenaje se hizo sistemáticamente con el tubo de Kehr normal.

En ninguno de los dos grupos hubo mortalidad.

Queremos finalmente insistir en el valor de la palpación en la exploración quirúrgica del colédoco. Es evidente la mayor importancia y eficacia de otros medios modernos a que ya hemos aludido, pero no por ello debe ser desdeñado el concurso de lo clásico y necesario. Ha de ser reglada y con una pauta propia de cada cirujano. Nosotros primero palpamos el colédoco supraduodenal entre índice y pugar, segundo, palpación del hepático, tercero, palpación de la zona coledocal del páncreas y duodeno pues a veces a pesar del espesor se tocan si son duros y grandes el cálculo o cálculos de esta zona. Del primer grupo de once enfermos siete permitieron palpar cálculos con la palpación supraduodenal y tres permanecieron ignorados a la palpación: en uno de ellos al palpar colédoco supraduodenal lo dejamos sin duda marchar hacia el hepático, y en dos estaban situados en colédoco distal, uno de ellos libre, el otro engastado. De los enfermos del segundo grupo (colecitiásicos), la palpación permitió palpar ocho casos supraduodenalmente, uno con la palpación pancreaticoduodenal y nada menos que siete permanecieron ignorados a la palpación, situados en colédoco distal.

#### SUMMARY

### Approach for common bile duct surgery

A critical review of the several surgical approaches to common bile duct with a brief reference to the Author's experience.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. ALONSO-LEJ. y cols. *Surg. Gyn. and Obst.* 108: 1, 1959.
2. ARTIGAS, V. *An. de Med. S. de Cir.* XLIII, 4: 219, 1957.
3. BAKER, H. L. and D. V. CALDWELL. *Surgery.* IV, 21, 1947.
4. BERGARECHE, J. *Bol. I. Pat. Med.* XI, n.º 3, mayo 1956, p. 41.

5. BERNHARD, Fr. *Dtsch. Z. Chir.* 257, 593, 1943.
6. CARRO, S. Ponencia al VI Congreso Nacional de P. Dig. y Nutr.
7. CASANOVA SECO, A. *Rev. Esp. E. A. Dig. y Nutr.* XI, n.º 2, p. 349, 1952.
8. COLP, R. *Surg. Gynec. and Obst.* vol. 80, n.º 2, febr. 1945.
9. CATTELL, R. B. and J. W. BRAASCH. *Surg. Gyn. and Obst.* t. 64, p. 622, mayo 1937.
10. DOUBILET, H. y C. RALPH. *Surg. Gynec. and Obst.* t. 64 p. 622, mayo 1937.
11. FERRACANI, R. S. *Med. Panamericana*, L. 1. 1956.
12. GARCÍA-MORÁN, J. *Bol. I. Pat. Med.* vol. XI, n.º 7, p. 143, julio 1956.
13. GARCÍA MORÁN, J. y L. ESTRADA. *Rev. Clin. Esp.* LXVIII, n.º 2, p. 91.
14. GARCÍA-SILLER, J. y E. MARGARIT. *Rev. Méd. H. gral. Méjico*, 2, 69, 1957.
15. GRAY, H. K. *Am. J. Surg.* t. 40, p. 217, abr. 1938.
16. GRIGORESCU, J. y cols. *Zbl. Chir.* 1958, 83, 597.
17. HALLIGAN et RAHIM FARID. *The J. of the Int. Coll. of Surg.* vol. 31, n.º 2, p. 145, Feb. 1959.
18. HUTCHINS, E. and G. BOWERGS. *J. A. M. A.* vol. 125, p. 202, 20 mayo 1944
19. JUDD, E. S. *Ann. Surg.* t. 84, p. 404, sept. 1926.
20. KAISER, E. *Helvet. chir. acta.* 25, 5, 1958.
21. KIRSCHNER, GULEKE, ZENKER. *Trat. de técn. op. Labor.* Barna, 1954.
22. LAHEY, F. H. *Am. J. Surg.* t. 40, p. 209, abr. 1938.
23. LAHEY, F. H. and L. J. PYRTEK. *Surg. Gynec. and Obst.* vol. 91, n.º 1, p. 25, 1950.
24. LOJACONO, L. et Ch. HEUZE. *La Presse Médicale*, 49, 1146, 1947.
25. LOJACONO, L. y G. CREPALDI. *Chir. Ital.* vol. 11, fasc. 3, p. 321, 1959.
26. MARTÍ ABIZANDA, J. *Rev. Esp. E. A. Dig. y Nutr.* XVIII, n.º 7, p. 1086, 1959.
27. MARSHALL, J. M. *Surg. and Obst.* t. 54, p. 6, enero 1952.
28. MC. WHORTER, G. L. *Arch. Surg.* t. 38, p. 397, mayo 1939.
29. MIALLARET, J. *Cirug. y Cirujanos*, 5, 225, 1955.
30. MIRIZZI, P. *Rev. E. E. A. D. y Nutr.* XI, n.º 2, p. 513, 1952.
31. MOORE, H. G. *Surgery*, 35, 3, 440, 1954.
32. NYAGAARD, K., C. H. SHELDEN y W. WALTERS. *Proc. Staff. Meet. Mayo Clin.* t. 12, p. 25, 13 enero 1937.
33. PAPAGNI et LO RUSSO. *Minerva Médica.* vol. 50, n.º 69, p. 2646, 1959.
34. PEYTON, J. and L. ZARR. *Surg. Gyn. and Obst.* vol. 84, n.º 4, p. 427, 1947.
35. PI-FIGUERAS, J. *An. de Med. Sec. de Cir.* Barna, XLV, n.º 2, p. 97, 1959.
36. PI-FIGUERAS, J. y V. ARTIGAS. *An. de Med. S. de Cir.* Barna, XLII, n.º 4, p. 316, 1956.
37. PI-FIGUERAS y F. AVILA. *An. de Med. S. de Cir.* Barna. XLIII, 4, p. 224, 1957.
38. PIULACHS, P. y E. SALA PATAU. *Rev. Clin. Esp.* 12, 409, 1944.
39. PUESTOW, CH. B. *Cir. biliar, pancreát y esplén.* Ed. Interamer., S. A., México, 1955.
41. SÁNCHEZ SAN JULIÁN J. y A. PASCUAL MEJÍAS. *Rev. E. E. A. Dig. y N.* XI, n.º 2, p. 662, 1952.
42. SENEQUE, MM. *J. Presse Médicale.* 62, 14, 1954.
43. SITGES CREUS, A. *An. de Med. S. de Cir.* Barna. XLI, 1955, n.º 1, p. 53, 1955.
44. SKELTEN, M. O. and G. H. TOVEY. *Brit. Med. J.* n.º 4434, p. 914, 1945.
45. SOUPAULT, R. et CL. COURNAUD. *La Presse Médicale.* 50, 1157, 1957.
46. VALLARINO, O. A. *Arch. Méd. Pnam.* 2, 107, 1954.
47. WAUGH, J. M., E. V. JOHUSTON and J. C. CAIN. *The J. A. M. A.* 154, 9, 1954.
48. WALTERS, W. y A. M. SNELL. *Enf. de la vejiga biliar y los conductos biliares.* Salvat, Ed. Barna, 1944.
50. WALTERS, W. *J. A. M. A.*, III, p. 2477, 31 dic. 1938.
51. WALTERS, W. *Surgery.* t. 3, p. 884, junio 1938.
52. WALTERS, W. and E. B. LEWIS. *Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic.* t. 12, p. 25, en. 1937.
53. YUGVE, E. y J. BENGT. *Acta chir. scand.* 1958, 114, 262.
54. ZOLLINGER, R., C. D. BRANCH y O. T. BAYLEY. *Surg. Gynec. and Obst.* t. 66, p. 100, enero 1938.