

# PAPILOESFINTEROTOMIA TRANSDUODENAL\*

TERESA L. FURUZAWA REYES

## INTRODUCCION

La cirugía biliar ha evolucionado notablemente en los últimos años en su propósito de curar las afecciones del sistema excretor en forma efectiva. Existe ya conciencia médica, que muchos síndromes dolorosos persistentes o que se exacerbaban después de una intervención en las vías biliares, son debidos a cirugía incompleta. Debe brindarse al paciente la posibilidad de curación en un solo acto quirúrgico, evitando operaciones iterativas que ofrecen la curación tras prolongado tiempo de tratamiento, incomodidad y disminución de capacidad de trabajo; además, porque las reintervenciones aumentan los riesgos y demoran la restitución del enfermo a la vida útil.

Aun cuando se reconocen los beneficios del drenaje externo de la vía biliar principal cuando es necesario, actualmente, para muchos autores, ya resulta inadecuado el uso del tubo de Kehr como única medida terapéutica en patología coledociana y pancreática, lo que algunas escuelas aconsejaron durante años para evitar esfinterotomías o anastomosis bilio-digestivas, las que son empleadas

con mayor frecuencia, reemplazando al simple drenaje biliar por estos procedimientos más efectivos e igualmente seguros, o en caso de emplear el drenaje, acompañarlo de recursos que disminuyan su tiempo de permanencia. Con este criterio se ha logrado disminuir el número de reintervenciones por síndromes dolorosos después de la colecistectomía.

Estas operaciones que llamamos complementarias y que consideramos profilácticas de síndromes residuales, han sido rotuladas erróneamente de peligrosas. La cirugía biliar requiere de un criterio fisiopatológico para adecuar la terapéutica y esto exige una buena exploración y precisión en el Dx operatorio. Ningún cirujano experimentado duda actualmente en realizar una Papiloesfinterotomía ante una Odditis. Sin embargo, las divergencias en la terapéutica de muchos procesos, sobre todo en la encrucijada coledocoduodenopancreática, son evidentes, y esto se debe a que los diagnósticos efectuados con los distintos procedimientos intraoperatorios empleados no son evaluados uniformemente por los cirujanos, y, por otra parte, la misma patología suele ser tratada por variadas técnicas.

Creemos que la inconstancia en los resultados terapéuticos del drenaje biliar prolongado, que incapacita parcialmente al enfermo, así como sus consecuen-

---

\* Resumen de la tesis presentada por la autora para optar el título de Bachiller en Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1969.

cias económicas y sociales, fueron las que condujeron al empleo de otras conductas más radicales y de post-operatorio más breve, como los mencionados anteriormente en la cirugía biliar, procedimientos que han disminuido el índice de morbilidad y mortalidad al evitar las reoperaciones. Ha contribuido de modo importante al perfeccionamiento de esta cirugía el conocimiento de que la patología canalicular, está centrada, a menudo, a nivel de la conjunción colédoco-duodenal, siendo allí donde hay que procurar la solución de problemas complejos que se manifiestan en la parte más alta del sistema.

Mc Burney en 1898 fue el primero en realizar la esfinterotomía en un cálculo enclavado en la ampolla de Váter; sin embargo, fue Del Valle en 1926, quien usó la esfinterotomía sistemáticamente en el tratamiento de inflamaciones crónicas y esclerosis del Esfínter de Oddi. Al inicio este procedimiento fue realizado con cierto temor de posibles complicaciones y de efectos imprevisibles, pero se infundió mayor confianza basada en la experiencia adquirida que indicaba la ausencia de consecuencias inmediatas o mediatas desfavorables. Desde 1950 esta operación ha sido realizada más frecuentemente y durante los últimos 10 años sus indicaciones y resultados han sido motivo de gran controversia. Entre los autores que tienen gran experiencia con la esfinterotomía y han publicado resultados favorables están Colcock, Catell y Pollack (citados por Basile, Kourias y Tierris).

En la actualidad se apela a la esfinterotomía con mayor seguridad, cada escuela quirúrgica trata de imponer su criterio, sus procedimientos de diagnóstico, sus tácticas y técnicas quirúrgicas en forma demasiado absoluta. Esto ha condu-

cido a provocar algunos abusos terapéuticos, ya que ciertos cirujanos consideran muy amplias las indicaciones para esta operación en muchos casos y, por otra parte, algunas estadísticas muestran porcentajes insignificantes de este tipo de operaciones. Sin embargo, otros autores reconocen indicaciones estrictas y muchos de los cirujanos, particularmente aquellos del este de Europa, han modificado su actitud y limitado la extensión de aquellas indicaciones durante los pasados años. Muchos cirujanos han contribuido al estudio de esta condición entre los que consideramos a Mallet-Guy, Michoulier y Bosser, Roux y Debray, Walters, Rathcke, Léger, Hepp, Hartmann, Goinard, etc.

Muchos estudios han sido hechos en relación a los resultados obtenidos con este tipo de operación considerando las complicaciones inmediatas y tardías, las que varían de acuerdo a los autores. Es por este motivo que se realiza este trabajo de tesis con la finalidad de evaluar todas aquellas papiloesfinterotomías efectuadas desde los años 1954 a 1968 en los servicios de Cirugía General del Hospital Obrero de Lima, enfocando en forma especial los resultados obtenidos y las complicaciones inmediatas y tardías que se presentaron.

## MATERIAL Y METODOS

Se hace una revisión detallada de las historias clínicas en todos aquellos pacientes con papiloesfinterotomía transduodenal realizada entre los años 1954 a 1968 inclusive, pertenecientes a los Servicios de Cirugía General de hombres y mujeres del Hospital Obrero de Lima. En este lapso se han realizado un total de 2,149 colecistectomías y 82 papiloesfinterotomías.

La incidencia de este tipo de operación varía de acuerdo a los diferentes autores, e incluso, en un mismo autor, ésta ha variado en relación al tiempo; ya que, como todo nuevo procedimiento, al inicio se empleó con mucho entusiasmo en forma exagerada, pero, posteriormente, con los adelantos de la cirugía biliar en este aspecto, y apreciando los resultados y complicaciones tanto inmediatas como a distancia, es que, en la actualidad, se emplea con mayor mesura. Algunos partidarios de la esfinterotomía la indican aún con criterio muy amplio, mientras que otros cirujanos más conservadores la emplean sólo en indicaciones muy estrictas.

No todos los autores han hecho estudios estadísticos respecto de la incidencia de esta operación en relación al total de intervenciones que se llevan a cabo sobre las vías biliares, pero entre los que sí lo han hecho, las cifras de incidencia varían porque mientras algunos lo han relacionado directamente con el total de intervenciones biliares, otros autores únicamente han obtenido sus porcentajes teniendo en cuenta las operaciones llevadas a cabo a nivel del esfínter de Oddi y en estos casos los porcentajes obtenidos serán superiores.

Así tenemos que la incidencia varía desde 3.8% que es la cifra dada por Kourias y Tierris de Atenas (26), quienes sólo la aplican en casos con indicaciones muy estrictas, hasta 23.72% que da Zavaleta (48) en su segunda serie de pacientes esfinterotomizados, relacionándolo específicamente con el número de anastomosis bilio-digestivas practicadas. Este mismo autor hizo un estudio sobre 2,629 pacientes intervenidos sobre las vías biliares divididos en 2 series; la primera que comprendía 1,000 casos comprendidos desde los años 1951 a 1957, donde la

incidencia de la esfinterotomía fue de 5.2% y la segunda serie que comprendía al resto de pacientes los que fueron operados a partir del año 1958 hasta mediados de 1964, donde la incidencia aumentó a 7.9%.

Delfor del Valle, Sánchez Zinny y Figueroa (15) dan un porcentaje de esfinterotomías de 9.5% entre los años 1943-1956 y de 11.3% entre los años 1957-1964. Almasqué (2) refiere una incidencia del 5.2%. Leutsch (29) reporta un 15.65% de esfinterotomías.

Se han hecho también estudios estadísticos relacionando el número de esfinterotomías realizadas, sobre el total de coledocotomías efectuadas en ese mismo período de tiempo, así Almasqué (2) reporta un 34% del total de las coledocotomías; mientras que Kourias y Tierris (26) dan un 10.5%, después del año 1961, antes de esa fecha el porcentaje era mayor (20.4%). Villa García, en un trabajo realizado entre los años 1954 a 1966 en el Hospital Obrero de Lima (44), estudiando la frecuencia y tipo de intervención, encontró que dentro de las operaciones primarias, la esfinterotomía practicada simultáneamente con la colecistectomía y coledocotomía ocupaban el segundo lugar con 23.5%. En las reintervenciones hubieron 13 casos o sea un 28.8%. Este mismo autor durante este mismo período realizó un estudio acerca de la papiloesfinterotomía (43) encontrando sobre un total de 1,736 intervenciones sobre vías biliares, 52 esfinterotomías realizadas (2.09%) y 210 exploraciones del colédoco por colédoco-litiasis. Delfor del Valle (15) presentó también el mayor número de sus casos que habían sido esfinterotomizados, lo fueron en su mayoría durante la primera intervención y en menor porcentaje en las reintervenciones.

En nuestra serie de pacientes del Hospital Obrero de Lima comprendidos entre los años 1954-1968 inclusive, sobre un total de 2,149 intervenciones sobre las vías biliares y luego de revisar las historias clínicas de pacientes consignados en los archivos, encontramos 82 casos (3.7%) pero sólo 60 con historias completas, los cuales han sido considerados en la realización de este trabajo de tesis, y que representarían un 2.7%. Esto nos indica que nuestra incidencia con respecto a este tipo de operación en nuestra serie es de la más bajas, ya que, recientemente en los últimos años, con el avance de la cirugía biliar es que se ha empleado con más frecuencia y en mayor número de entidades patológicas este tipo de operación, pero siempre con indicaciones hasta cierto punto restringidas.

De este grupo de pacientes, para su estudio, los agrupamos de acuerdo a su sexo y por décadas en el caso de las edades de los mismos. Encontramos que la mayoría de los pacientes que habían sido esfinterotomizados eran de sexo masculino (40 casos); lo cual se debería, en este caso en particular, por tratarse de un hospital donde el mayor contingente de pacientes es del sexo masculino, a pesar de que las estadísticas muestran una mayor incidencia de colepatías 3 a 6 veces mayor en las mujeres. Villa García en su trabajo sobre esfinterotomía realizado también en este Hospital, como mencionamos anteriormente (43), señala 2 posibilidades más para explicar esta inversión:

1º Que las mujeres acuden en una etapa más temprana a la operación desde el inicio de la sintomatología (80%).

2º Existe una mayor tendencia inflamatoria vesicular en los hombres que en las mujeres y supone que se debería,

quién sabe, a algún sustrato hormonal o de otra índole.

De acuerdo a la distribución por décadas, se aprecia que hay un predominio en la cuarta, quinta y sexta década. El menor de los pacientes esfinterotomizados tenía 19 años, de sexo femenino; y el mayor tenía 74 años de sexo masculino.

En la mayoría de los casos la intervención fue llevada a cabo en la operación primaria (47 casos) o sea en el 78.3% del total. En 12 casos ésta se llevó a cabo en la primera reintervención (20%); y en un solo caso ésta fue realizada en una segunda reintervención (1.6%) como veremos posteriormente.

En cuanto al tiempo de enfermedad de estos pacientes fue muy variable, desde algunos días hasta varios años en algunos casos.

Algo que es interesante considerar en cuanto a la incidencia de la esfinterotomía en nuestros casos estudiados en el Hospital Obrero de Lima, en relación al total de colecistectomías durante ese mismo lapso y considerando la incidencia en los primeros 7 años (1954-1960), vemos que ésta era de 2.4% sobre un total de 20 casos comprendidos en este lapso, de los cuales 11 (55%) fueron hechos en intervención primaria, mientras que en 9 casos (45%) en reintervención.

Durante el período comprendido entre los años 1961 a 1968 inclusive, la incidencia aumenta a 3.4% de esfinterotomías en relación al número de colecistectomías. Esto corresponde a 40 casos, de los cuales 36 (90%) se hicieron en intervención primaria y sólo 4 casos (10%) durante una reintervención.

Esto es de gran importancia ya que nos indica el incremento considerable en la incidencia de la esfinterotomía durante los últimos 8 años en el Hospital Obrero

de Lima, y la aplicación de la misma sobre todo en operaciones primarias, lo que nos habla en favor de un mejor criterio terapéutico y una mejor interpretación de los medios de diagnóstico, que permiten llegar más fácilmente a un diagnóstico y, por lo tanto, a decidir la operación cuando es necesaria, disminuyendo así el número de reintervenciones sobre las vías biliares

**Cuadro N° 1. Relación de edad y sexo en pacientes esfinterotomizados en el Hospital Obrero de Lima**

Edad	Sexo		De 1954 a 1968	
	Masculino	Femenino	Total	%
20 años	0	1	1	1.6
21 — 30	7	3	10	16.6
31 — 40	6	7	13	21.6
41 — 50	9	7	16	26.6
51 — 60	10	1	11	18.3
61 — 70	7	1	8	13.3
+ de 70 años	1	0	1	1.6
<b>TOTAL</b>	<b>40 (66.6%)</b>	<b>20 (33.3%)</b>	<b>60</b>	

**Cuadro N° 2. Relación del tiempo de enfermedad previo a la esfinterotomía**

Tiempo de enfermedad	Sexo masculino	Sexo femenino	Total	%
1 mes	1		1	1.6
1 — 6 meses	18	3	21	35.0
6 m. — 1 año	3	3	6	10.0
1 — 5 años	13	8	21	35.0
5 — 10 años	5	2	7	11.6
10 — 15 años	1	2	3	5.0
15 — 20 años	1		1	1.6
+ de 20 años	0	0	0	0.0

**Cuadro N° 3. Incidencia de la esfinterotomía en el Hospital Obrero de Lima en relación al total de intervenciones biliares entre los años 1954 a 1960 y 1961 a 1968**

Años	Incidencia de la esfinterotomía	Tipo de operación biliar		Total
		Primaria	Secundaria	
1954-1960	2.4%	11 (55%)	9 (45%)	20
1961-1968	3.4%	36 (90%)	4 (10%)	40

Cuadro N° 4

Tipo de operación	N° de casos	%
Primaria	47	78.3
Secundaria	12	20.6
Terciaria	1	1.6

### TECNICA OPERATORIA

Las técnicas empleadas son variadas, de acuerdo a la experiencia y criterio del cirujano en relación con los hallazgos operatorios y la ayuda que le prestan los medios de exploración preoperatoria. Por este motivo, la técnica que describimos nos dará, en líneas generales, una idea de lo que se hace, teniendo en cuenta que no en todos ellos se han seguido estrictamente dicha conducta, haciendo una salvedad de las variantes efectuadas.

Como ya mencionamos anteriormente, en el Hospital Obrero de Lima durante la cirugía biliar, se tiene como norma el realizar siempre, en un tiempo previo a la operación, la exploración cuidadosa de las vías biliares en forma rutinaria, así como también una exploración global de todas las vísceras abdominales y pelvianas antes de practicar la intervención en sí. Es así pues, que, generalmente, este tipo de operación no sigue pautas predeterminados y, por lo común, es realizada en la parte última de la intervención quirúrgica, cuando está aclarado que es necesario y conveniente.

Sabemos que el principio fundamental de esta operación, está dado por la sección del esfínter de Oddi, con el objeto de permitir el libre flujo de la bilis al duodeno evitando complicaciones posteriores o aliviando las ya existentes. Teniendo en cuenta la extensión de la inci-

sión, es que muchos autores han clasificado diversos tipos de esfinterotomías, las cuales ya han sido mencionadas; sin embargo nosotros nos referiremos en especial a la papiloesfinterotomía, ya que la conducta en nuestros casos, en los que se precisa la extensión de la incisión, ella ha variado entre 10 mm. hasta 20 mm. no pasando de este límite.

Según Delfor del Valle (16), la papiloesfinterotomía, no es una minúscula apertura del ostium papilar, sino una franca sección de su cara superior, de un mínimo de 12 mm., incidiendo primero la mucosa duodenal hasta descubrir el anillo muscular, que es bien visible y diferenciable no obstante el pequeño campo operatorio, siendo este el momento de tomar una biopsia para la confirmación histológica, lo cual es optativo, reseccando un triángulo isósceles de base estial o con la ayuda de un papilótomo.

Con estos conceptos, entraremos a describir la técnica operatoria que se empleó con más frecuencia en nuestros pacientes

a) En primer lugar la vía de acceso a la región hepato biliar, es una incisión paramediana derecha rectal, aunque algunos autores prefieren ampliar la incisión un poco hacia la izquierda, con el fin de facilitar la vía de acceso a dicha región.

b) Una vez bien expuesta la zona y después de liberar la vesícula de su lecho se procede a realizar la manometría, para lo que se introduce a través del cístico la cánula de Mallet-Guy.

c) Posteriormente se procede a hacer la colangiografía operatoria, utilizando la misma cánula.

d) Se hace la exploración manual e instrumental empleando dilatadores de Bakes o Beniqués, primeramente a través

del cístico; si por esta vía no es posible o se presentan dificultades se hará una coledocotomía transversa o bien ampliando la cisticotomía con una pequeña incisión hacia el colédoco (cisticocolodecotomía).

e) Decolamiento amplio duodeno-pancreático (maniobra de Kocher), que algunos cirujanos prefieren no efectuar.

f) Generalmente se comienza a explorar con el Bakes Nº 3 y así sucesivamente con los números 4, 5, 6, 7, 8; si este último franquea la papila se considera que no existe estenosis, mientras que si el Bakes 3 no logra franquear la papila se considera que dicho conducto se encuentra obstruido.

g) Frente a esta eventualidad se procede a practicar una duodenotomía mediante apertura longitudinal en todos los casos, con una incisión de 1 a 2 cms. en la región correspondiente a la papila.

h) Se hace una exposición adecuada de la papila, usando pinzas delicadas tipo Yudd-Allis o puntos de reparar con zytol delgado 000.

i) Muchas veces cuando esto es difícil, nos ayudamos con los mismos exploradores, los que hacen prominencia, o mediante la inyección de suero o sustancias coloreadas.

j) Se procede a la incisión del esfínter, a nivel del labio superior. La sección se hará siempre por encima del ostium pancreático, la mayoría de las veces sin necesidad de realizar hemostasia ni sutura.

k) Algunos hacen una sección en cuña o fusiforme de la ampolla, lo que servirá como material de biopsia.

l) Se puede cateterizar el conducto pancreático con cateter de polivinil, para efectuar su exploración y eventualmente la pancreatografía.

ll) Cuando se realiza la plastía, ésta se hará manteniendo el cateterismo del Wirsung y se comienza suturando la mucosa de la ampolla a la mucosa duodenal con hilo 000-0000. Esto es lo que se denomina la esfinteroplastia.

m) Luego de revisar cuidadosamente la hemostasia, sobre todo cuando no se realiza la plastía del esfínter que es la mayoría de nuestros casos, se procede al cierre de la duodenotomía en dirección transversal en todos nuestros casos, excepto uno en que tuvo que ampliarse la incisión por lo que se hizo el cierre en la misma dirección de la incisión. Esta sutura se hace en 2 planos, una total con catgut crómico atraumático 00 y seromuscular con zytol 00 ó 000.

n) Cierre de la coledocotomía parcial en caso de dejar drenaje de Kehr o Catell en unos casos y total en caso de drenaje transcístico o en ausencia de éste empleando catgut crómico atraumático 00.

ñ) Muchas veces puede realizarse una nueva colangigrafía de control para confirmar la integridad morfológica y funcional del sistema biliar, la ausencia de formaciones calculosas y la permeabilidad del esfínter de Oddi.

o) Se deja drenaje de seguridad, generalmente uno en la región subhepática y otro en el hiato de Winslow.

p) Previo lavado o no de la cavidad peritoneal con suero, se inicia el cierre de la cavidad por planos: primero el peritoneo con surget y puntos de refuerzo con nylon; luego la aponeurosis, seguido del tejido celular subcutáneo y piel con puntos separados empleando hilos no reabsorbibles.

q) Cuando los drenes se sacan por contrabertura, estos son fijados previamente a la pared abdominal. También

pueden salir por la parte superior de la herida operatoria.

Es necesario considerar durante el acto operatorio, ciertos cuidados especiales al realizar determinadas maniobras, tal como señala Pinotti (37):

1. Al intentar cateterizar la papila, no utilizar instrumentos metálicos gruesos, pues en los casos de papilas estrechadas, hay la posibilidad de perforación del colédoco terminal y el establecimiento de falsas vías.

2. La duodenotomía puede ser longitudinal o transversal, pero la sutura no deberá hacerse a tensión y con hilos inabsorbibles, para evitar el peligro de una dehiscencia con fístula duodenal. Estas fístulas duodenales, luego de una papiloesfinterotomía, constituyen un grave problema post-operatorio como veremos al tratar sobre las complicaciones.

3. La sección de la papila debe hacerse de preferencia empleando un bisturí eléctrico, ya que produce poco sangrado y cuando esto ocurre se limpiará la zona cuidadosamente con gasas. Si no se cuenta con este bisturí, la sección se hará con un bisturí corriente o con tijeras, según criterio del cirujano; en este caso el sangrado es más abundante y el uso del aspirador promueve intenso edema de la papila, propiciando la obstrucción o la aparición de ictericia y pancreatitis post-operatoria.

4. La sección del esfínter propio del colédoco no debe ser amplia, no ir más de 1 cm. por encima del ostium del Wirsung. Cuando este esfínter sufre una sección amplia, puede haber una inundación del árbol biliar por alimentos o secreciones digestivas regurgitadas, determinando colangitis graves.

5. Cuando se realiza la plastia del esfínter, ésta debe ser hecha después del

reconocimiento y cateterismo del conducto pancreático, el que debe permanecer hasta el término de la sutura. Una sutura inadvertida del conducto pancreático, lleva a una pancreatitis post-operatoria grave, frecuentemente mortal.

6. Ejecutando una buena intervención, tal como la que hemos indicado muchas veces, no es necesario el drenaje biliar externo, el que acortará el período post-operatorio en cuanto a permanencia hospitalaria.

Nosotros, sobre un total de 60 casos en quienes se llevó a cabo la papiloesfinterotomía, 47 de ellos lo fueron en el curso de la primera intervención, mientras que 12 casos lo fueron durante la segunda intervención sobre vías biliares y en un caso la papiloesfinterotomía fue practicada recién durante la tercera intervención.

En todos ellos, se hizo una exploración adecuada de las vías biliares. De los 60 casos, en 9 de ellos se hizo únicamente exploración manual e instrumental; en 29 casos, se hizo una exploración manual e instrumental y colangiográfica. En 21 casos, además de exploración manual e instrumental y colangiográfica se les hizo una manometría. En un caso, la exploración fue solo colangiográfica, ya que ese paciente había sido anteriormente intervenido en 2 oportunidades en período corto de tiempo, por lo que el cirujano no creyó necesario otro tipo de exploración.

La exploración de las vías biliares en todos los casos se inició a través del conducto cístico, sin embargo, posteriormente se prefirió continuar la exploración a través de una coledocotomía en la mayoría de los casos (54 casos) lo que constituye un 90%. En los 6 casos restantes (10%) se utilizó sólo la vía transcística.



La vía de acceso a la papila en todos los casos lo fue a través de la duodenotomía, mediante una incisión longitudinal. La incisión de la papila fue en unos casos vertical, y en otros en cuña; algunos revertían sus bordes mediante puntos equidistantes por fuera de la zona incidida. La longitud de la incisión en los casos en que ésta fue referida en el informe operatorio, fue variable, pero siempre por encima de los 10 mm. Así vemos que en 10 casos la longitud de la sección fue de 10 mm., mientras que en 5 casos ésta fue de 15 mm., en 4 casos fue de 20 mm. y en un caso esta incisión luego de varios intentos se extendió hasta 25 mm., debido a la existencia de un proceso de fibrosis muy avanzado que comprometía no solo el esfínter sino también el colédoco (coledocitis) y pancreatitis, por lo que el cirujano luego de esta papiloesfinterotomía amplia (total) tuvo que practicar una anastomosis bilio-digestiva (cístico-coledocoduodenostomía con wirsungtomía del ostium). En los 40 casos restantes no se refiere la longitud de la sección.

En sólo 11 casos se tomó una biopsia de la papila, lo cual constituye sólo un 18.3% del total. La mayor parte de nuestros pacientes fueron esfinterotomizados, sin que se hiciera la plastia del esfínter posteriormente; así tenemos que 45 casos no fueron suturados (76.6%), mientras que en sólo 14 casos se hizo la sutura (23.3%), a pesar de ello han sido muy escasas las complicaciones hemorrágicas en el post-operatorio en estos pacientes.

A casi todos los pacientes se les dejó un drenaje biliar externo, durante la intervención. En 58 casos, se dejó este drenaje, mientras que en 2 casos únicamente, no se dejó drenaje. De los 58 ca-

sos con drenaje biliar, en 18 de ellos fue transcístico, con Nélaton en 15 casos, con Kehr en 2 casos y con Catell en un caso. En los 40 restantes el drenaje fue a través de la coledocotomía y de ellos, en 18 lo fue con Kehr, en 20 con Catell y sólo en 2 de ellos con sonda de Nélaton.

Como podemos apreciar, en este tipo de operación se prefiere el uso del drenaje ya sea con la sonda en T de Kehr o también el de Catell (transpapilar), a pesar de que muchos autores concuerdan especialmente con el transpapilar y más aún algunos preconizan el cierre primario del colédoco y no dejar drenaje.

En 53 casos, se dejó un drenaje de seguridad, generalmente colocando un dren en la región sub-hepática y otro a nivel del hiato de Winslow. Estos pueden ser sacados ya sea por la misma herida operatoria o por contrabertura, siempre fijándolos con un punto en la pared abdominal. En 7 casos no se dejó este drenaje, esto de acuerdo al criterio de cada cirujano y generalmente cuando no había gran proceso inflamatorio y la manipulación no había sido excesiva.

## HALLAZGOS OPERATORIOS

Dentro de los principales hallazgos operatorios en nuestros casos, tenemos que considerar los siguientes: Hepatocolédoco dilatado en 30 casos y engrosado en 5 casos; lo que nos indica que en el 50% de los casos se encontró un colédoco aumentado de tamaño, lo que traduce la presencia de obstrucción en las vías biliares. En sólo 2 casos refieren haber encontrado la papila normal y en 9 casos se encontraba ubicada a nivel de la tercera porción del duodeno, lo que obligó a los cirujanos a trabajar en un plano más profundo, dificultando en parte la

operación; en 2 casos la papila presentaba un punteado hemorrágico, probablemente debido a las maniobras de cateterización de la misma o debido a la papilitis existente.

En 32 casos, o sea en un 53.3% se encontró que existían cálculos en el hepatocolédoco; en 6 casos éstos se encontraban alojados a nivel de los hepáticos. En 15 casos los cálculos se encontraban enclavados a nivel de la ampolla de Váter. En 6 casos, además de cálculos en el colédoco, se encontraba también la presencia de barro biliar. En 21 casos la colédocolitiasis se encontró asociada a una estenosis del Oddi.

En 45 casos (75%) se encontró una estenosis del esfínter de Oddi, considerada ya sea como odditis o papilitis, la que se encontraba asociada a la colédocolitiasis como ya mencionamos en 21 casos y a la litiasis vesicular en 25 casos.

Se encontraron diversas variedades con respecto al conducto cístico: grueso (8 casos), largo (2 casos), corto (2 casos), en cañón de escopeta (3 casos), en bayoneta (1 caso) y filiforme (4 casos). En relación al Wirsung, se encontró la presencia de fibrosis y estrechez en solo 2 casos. El páncreas estaba duro en 19 casos y en 1 caso se halló una pancreatitis aguda enfiada.

En 3 casos se halló una fístula colecisto-duodenal y en 1 caso una fístula biliar externa, determinada por la presencia de una sonda dejada anteriormente en una intervención previa. Además en un caso se encontró una úlcera.

## RESULTADOS

Los resultados que proporciona la papiloesfinterotomía deben ser cuidadosamente juzgados, por ser ellos los que la justifican o la invalidan (48).

Vamos a considerar en estos casos los resultados inmediatos o sea aquellos comprendidos entre el primer mes y los 6 meses posteriores a la intervención y los resultados tardíos que comprenden a partir de aquella fecha.

Actualmente es posible precisar bastante bien los resultados inmediatos que con frecuencia son buenos; sin embargo, es diferente la situación con respecto a los resultados tardíos, por la dificultad en recopilar suficiente información debidamente comprobada y estudiada. También es importante considerar, al igual que Zavaleta (48), el estado anterior del paciente previo a la intervención, así él señala que en los casos en quienes la operación se llevó a cabo estando en buenas condiciones, siguiendo un plan orgánico y sin encontrar dificultades, el postoperatorio inmediato fue bueno. En otros casos con enfermedad grave y operación laboriosa y compleja, es difícil saber hasta donde puede responsabilizarse a la esfinterotomía de la gravedad postoperatoria inmediata.

Nosotros, en nuestra serie del Hospital Obrero de Lima, sobre un total de 60 casos esfinterotomizados, encontramos que en 24 casos (40%) han habido resultados inmediatos muy buenos, en 18 casos (30%) resultados buenos, con discretas molestias durante los primeros días que luego cedieron y evolucionaron favorablemente. En 11 casos (18.3%) evolucionaron algunos con bilirragia e infección de herida operatoria, además de algunas molestias como dolores cólicos esporádicos, náuseas, diarreas, por ello los consideramos como resultados regulares. En 7 casos los resultados inmediatos fueron malos (11.6%), de estos 7 pacientes 2 fallecieron, uno de ellos a los 4 días de postoperatorio, por probable embolia pul-

monar que no se llegó a comprobar, ya que no se le hizo autopsia. El otro paciente falleció a los 9 días después de la intervención, durante la cual, al realizar la exploración instrumental, se le provocó una falsa vía que determinó una pancreatitis aguda post-operatoria mortal, presentó una fístula pancreática externa, además hizo un cuadro de hemorragia digestiva masiva con insuficiencia renal aguda. Los demás casos, 2 de ellos presentaron hemorragia digestiva por lo que uno de ellos tuvo que ser reintervenido, ligándosele una pequeña arteriola de la mucosa duodenal, mientras el otro paciente mejoró únicamente en tratamiento médico. Otros 2 casos presentaron una colangitis por lo que estuvieron hospitalizados mejorando luego de tratamiento médico, después han evolucionado bien. Por último un paciente a los 2 meses y medio de la esfinterotomía presentó una litiasis residual del colédoco por lo que fue reintervenido, después ha continuado con discretas molestias.

Como podemos apreciar, un 70% de los casos han evolucionado favorablemente en el post-operatorio inmediato.

Para estudiar los resultados tardíos de la esfinterotomía en nuestro grupo de pacientes, vamos a dividirlos en varios grupos, siguiendo el criterio de Poilleux y Alexandre (38) que han hecho estudios al respecto, y tenemos:

1º Muy buenos: Asintomáticos, no observan ninguna dieta, han regresado a su trabajo, recuperaron su peso normal, hacen digestiones perfectas. Nosotros tenemos 24 pacientes que han tenido este tipo de evolución, lo que representa un 41.3% sobre un total de 58 casos, ya que se excluyen los 2 pacientes que fallecieron en el post-operatorio inmediato.

2º Buenos: El mejoramiento es muy

lento en estos casos, tienen buen estado general, no existen dolores biliares, pero sí persisten algunos problemas o trastornos dispépticos, migrañas, algunas molestias retroesternales, pesadez y diarreas episódicas en algunos casos. Nosotros en el Hospital Obrero de Lima, tenemos dentro de este grupo 14 casos (24.1%).

3º Regulares o mediocres: En este grupo se encuentran aquellos que presentan dolores intermitentes de tipo biliar y accesos dolorosos frecuentes. En el Hospital Obrero de Lima hemos tenido 11 pacientes con este tipo de evolución.

4º Malos: Consideramos en este grupo a los pacientes que presentan accesos angiocolíticos, repetición frecuente de los accesos dolorosos en un mes, con ictericia y alteración del estado general, así como la presentación de cualquier complicación que obligue a una reintervención o en otros casos de consecuencia mortal para el paciente.

Nosotros, en los resultados tardíos en este grupo de pacientes, comprendidos entre los años 1954 a 1968 inclusive en el Hospital Obrero de Lima, hemos tenido 9 casos con mala evolución, de estos 9, uno falleció al año y 3 meses por una colangitis supurativa que fue ocasionada por la presencia de una litiasis residual que fue comprobada por la autopsia y que ocasionó un coma hepático. Otros 3 pacientes tuvieron que ser reintervenidos, 2 de ellos por estenosis del colédoco que sólo se comprobó en un caso y otro por una litiasis residual después de 14 años de haber sido esfinterotomizado, posteriormente hizo una estenosis del Oddi por lo que se le hizo una derivación biliodigestiva. Los otros 5 pacientes continuaron con molestias similares a antes de la esfinterotomía, que incluso los obligó a hospitalizaciones repetidas en algunos ca-

sos y que en muchos de ellas persisten hasta la actualidad.

#### *Mortalidad.*

Hemos encontrado sólo 3 casos mortales luego de esfinterotomía. Dos de ellos en el post-operatorio inmediato, uno de ellos por probable embolia pulmonar y el otro caso a consecuencia de una falsa vía, hizo una fístula pancreática externa, hemorragia digestiva, y como consecuencia de esta pancreatitis aguda post-operatoria fallece a los 9 días. El último caso falleció al año y 3 meses por una coangitis supurativa condicionada por la presencia de una litiasis residual que no fue detectada a tiempo y fue un hallazgo de autopsia.

Así, pues, si consideramos la mortalidad global representaría un 5%, pero si consideramos la mortalidad específicamente producida por esfinterotomía y no por otras causas, el porcentaje disminuye al 1.6% lo cual es un porcentaje mínimo en relación con otros autores.

### CONCLUSIONES

1. La incidencia de la papiloesfinterotomía en el Hospital Obrero de Lima es una de las más bajas de la literatura. Sin embargo, hemos observado que en los últimos 7 años se ha empleado con mayor frecuencia en un mayor número de entidades.

2. La papiloesfinterotomía se ha empleado sobre todo en intervenciones primarias de las vías biliares, gracias al empleo de mejores medios de exploración que permiten hacer un estudio más minucioso, evitando de este modo las reintervenciones.

3. Se ha observado una mayor incidencia en pacientes de sexo masculino, entre la 4ª y 5ª década de la vida.

4. El dolor ha sido el síntoma predominante en el 100% de los casos, con localización en hipocondrio derecho o epigastrio y de irradiación más frecuente hacia la región lumbar.

5. La indicación más frecuente de la papiloesfinterotomía ha sido la estenosis del esfínter de Oddi, en su forma primaria o secundaria que es la que predomina.

6. Con frecuencia se ha encontrado que la odditis se asocia a la colédocolitiasis y no a la colelitiasis como señalan otros autores.

7. Por tal motivo, creemos que esta operación está indicada principalmente en la esclerosis del esfínter de Oddi, en el cálculo enclavado en la ampolla de Várier, en la litiasis recidivante del colédoco y en los casos de múltiples y pequeños cálculos.

8. En los casos observados de pancreatitis crónica, la papiloesfinterotomía no proporcionó mayores beneficios y se tuvo que recurrir a la derivación bilio-digestiva.

9. Hemos comprobado que en la primera mitad de los 15 años comprendidos en este estudio (1954-1960), la papiloesfinterotomía fue efectuada en el 2.4% de las operaciones biliares, siendo primaria en el 55% de los casos y que en la segunda mitad (1961-1968) ella se ha realizado en el 3.4% de las intervenciones de las vías biliares, siendo primaria en el 90% de ellos, lo que prueba que se han perfeccionado los medios de exploración per-operatorios y eso ha dado una más adecuada interpretación. Además, el criterio para efectuar esta intervención se ha modificado de acuerdo con las pautas señaladas mundialmente.

10. En nuestra casuística se ha demostrado que no es indispensable la sutura de los bordes de la sección de la pa-

piloesfinterotomía puesto que no se han presentado complicaciones inmediatas ni alejadas dependientes de ella.

11. Todas las piloesfinterotomías transduodenales, han tenido una extensión entre 10 y 20 mm., de acuerdo a lo recomendado mundialmente, lo que ha sido motivo, a nuestro modo de ver, en la escasez de malos resultados.

12. Hemos observado que en la mayoría de los casos (96.7%), la exploración instrumental y la piloesfinterotomía transduodenal se han realizado a través de una coledocotomía supraduodenal y en muy contados casos a través de la vía transcística (3.3%). Por ello creemos que la vía transcoledociana ofrece mayores facilidades para la exploración y abrevia el tiempo operatorio.

13. En los últimos años el empleo de la sonda de Catell ha disminuído considerablemente, por haberse comprobado que su uso no proporciona mayores beneficios y en cambio expone a complicaciones que ya hemos mencionado en este trabajo.

14. La exploración de las vías biliares para decidir este tipo de operación debe ser integral: instrumental, colangiográfica y manométrica. En nuestra casuística se ha efectuado la exploración instrumental y colangiográfica en el 48.3% y la instrumental, colangiográfica y manométrica en el 35%, lo que representa un 83.3% de pacientes adecuadamente explorados.

15. En el estudio realizado, hemos comprobado que la incidencia de morbilidad y mortalidad han sido bajas. Dentro de las complicaciones precoces las preliminares a la esfinterotomía representan el 1.6% (Falsa vía); las propias a la esfinterotomía el 0% y dentro de las complicaciones post-operatorias precoces, las

más frecuentes han sido la hemorragia post-operatoria y la colangitis precoz en el 6.6%. En sólo 1.6% se encontró la pancreatitis aguda post-operatoria.

En las complicaciones tardías la más frecuente fue la litiasis residual del coledoco, en el 6.6%, y la colangitis tardía en 5%.

16. En los casos de pancreatitis crónica (5%) no se demostró mejoría a pesar de la piloesfinterotomía.

17. Sólo en el 3.3% de los casos se presentó la estenosis del Oddi luego de la operación y en igual porcentaje la disquinesia duodenal.

18. La mortalidad atribuída propiamente a la piloesfinterotomía transduodenal, en nuestra casuística representa el 1.6%, realmente baja en comparación con las cifras que informan los diversos autores.

19. En consecuencia, la piloesfinterotomía transduodenal no es una operación de alta morbilidad ni que aumente el riesgo operatorio y, más bien, evita las reintervenciones en las vías biliares. Por ello, la recomendamos estrictamente en las indicaciones que hemos señalado.

## BIBLIOGRAFIA

1. Arianoff, A. A.: Sphincterotomy. Indications and results in 285 cases. Dept. of Surg., St. Elizabeth Hosp. Brussels. Int. Surg. 46/4. (1): 363-369. 1966.
2. Aimasqué Dedeu, R.: Esfinterotomía. Indicaciones y resultados. Nuestra experiencia. Rev. Int. Hepat. 15: 854-864. (Bs. As). 1965.
3. Boyden, E. A.: The anatomy of the choledochoduodenal junction in man. Surg. Gynec. Obst. 104: 641. 1957.
4. Bittman, O.: The immediate and late results of 202 sphincterotomies. I. Chir. Klin., Palacky Univ. Olmutz. Chirurg. 37/6: 262-266. 1966

5. Böhmig, H. J.; Fritsch, A. and Garbsch, H.: Functional results after total sphincterotomy. I. Chir. Univ. Klin. Wien. Langenbecks. Arch. Klin. Chir. 312/2: 169-186. 1965.
6. Borovyi, E. M.: Early and longterm results of operations on the common bile duct (Russian). Vestiv. Khir. Grekov. 97/10: 19-21. 1966.
7. Borsotti, P. C. y Ferraris, C. M.: Crítica de los resultados de la papilotomía. Boll. Soc. Piemont. Chir. 37/1: 93-110. 1967.
8. Böhmig, H. J.; Fritsch, A. y Lechner, E. I.: Los pros y contras de la esfinterotomía transduodenal. Wien. Med. Wschr. 118/9: 197-200. 1968.
9. Corneleac, E.: Sobre las esfinterotomías oddianas legítimas y sus abusos. Rev. Int. Hepat. 16: 575-585. 1966.
10. Claun J. Schen and Col.: Choledocal dynamics in man. Surg. Gynec. Obst. 126: 591-595 (March) 1968.
11. Catell, R. B.; Colcock, B. P. y Pollack, J. L.: Estenosis del esfínter de Oddi. Práctica quirúrgica en la Clínica Lahey. 608-617. 1966.
12. Chávez Ferrer, Julio: Cirugía experimental. Vaguetomía infradiaphragmáticas bajas en la hipertonia lábil del esfínter de Oddi. Tesis de Bachiller 3011. 1955.
13. Chinchayán Meneses, S.: Estudio anatómico radiológico macroscópico de la en-crucijada bilio-pancreática. Tesis de Bachiller. 1953.
14. Debray, C.; Roux, M.; Le Cauot, R. y Thomas, J.: Resultados remotos de 70 casos de esfinterotomía de Oddi (Estudio clínico y radiológico). J. Clin. de Thér. Chir. Hop. de Vaugerard. Paris Sem. Hop. Paris. 39/51 2441-2446. 1963.
15. Del Valle, Delfor; Sánchez Zinny, J.; Alfaro Figueroa, M.: Papiloesfinterotomía. Indicaciones y resultados. Rev. Int. Hepat. 15: 775-781. 1965.
16. Del Valle, Delfor: Papiloesfinterotomía. Indicaciones y resultados. Rev. Int. Hepat. 15: 1017-1029. 1965.
17. Dogliotti, A. M. y Fogliati, A. G.: Resultados funcionales, complicaciones y fracasos. Indicaciones legítimas y abusos de la esfinterotomía oddiana. Rev. Int. Hepat. 15: 883-886. 1965.
18. Durand Vega, Mario J.: Odditis esclero-retractil. Estudio clínico y quirúrgico del esfínter de Oddi. Hospital Loayza (1963-1966). Tesis de Bachiller. 1967.
19. Dunning, E. J. et al.: Operative cholangiography. Caroline Med. J. 20: 258-261. Jul. 1950.
20. Etala, Emilio: Indicaciones y resultados de la esfinterotomía. Rev. Int. Hepat. 15: 875-879. (Bs. As). 1965.
21. Gautier-Bendit, C. y Florin, M.: Pobres resultados de la esfinterotomía. Serv. de Clin. Chir. Ouest. C. H. V. Lille Med. 1218: 948-950. 1967.
22. Glenn, F.; Mc Sherry, C. K.: Secondary abdominal operations for symptoms following biliary tract surgery. Surg. Gynec. Obst. 121: 979-988. 1965.
23. Guillemin, G.; Gignoux, R.; Hatxnel, J.; Miguel, B.: Pancreatitis aguda después de esfinterotomía. Rev. Int. Hepat. 16: 593-600. 1966.
24. Hepp, J. et Bismuth, H.: Accidents et complications precoces de la sphincter-otomie oddienne. Rev. Int. Hepat. 16: 497-519. (Paris). 1966.
25. Krauss, H.; Kern, E.: Algunos problemas comunes de la cirugía del tracto biliar. Indicaciones y técnica de la coledocotomía. Colangiomanometria intraoperatoria. Procedimiento de cierre primario del colédoco. Surgery 62: 983-987. Oct. 1967.
26. Kourias, B.; Tierris, E.; Papaevangelou, E.: Resultados a distancia de la esfinterotomía de indicación restringida. (Athens). Rev. Int. Hepat. 15: 581-587. 1965.
27. Kune, G. (Lahey Clin): Surgical anatomy of common bile duct. Arch. Surg. 89: 995-1004. 1964.
28. Leger, L.; Premont, M.: Esfinterotomías de indicación pancreática. (Paris). Rev. Int. Hepat. 16: 555-563. 1966.
29. Loutsah, H.: Resultados funcionales, complicaciones y fracasos. Indicaciones legítimas y abusos de la esfinterotomía en la litiasis biliar. Rev. Int. Hepat. 15: 901-912. 1965.

30. Lubbers, E. J. C.: Sphincterotomy. A study of the literature and a report of an experimental study of the consequences of incision of the sphincter of Oddi. (Thesis) Van Gorgum and Comp. N. V. (Assen). 169 pág.
31. Mallet-Guy, P.; Rousse, L. P.: Statistique personnelle de sphinterotomie. (Lyon). *Rev. Int. Hepat.* 15: 1031-1043. 1965.
32. Mester, Z.; Csanaky, G.; Mocsay, L. Epstein, O.; Salgo Tarjan: Anatomía de la papila duodenal y la génesis del reflujo pancreático. Hungary. *Arch. of Surg.* 87: 775-787. 1963.
33. Mixter, C. V.; Hermanson, L. and Segal, A. L.: Operative cholangiography. Evaluation of 406 cases. *Ann. Surg.* 134: 346-350. 1951.
34. Nardi, G. L.; Acosta, J. M.: Pappillitis as a cause of pancreatitis and abdominal pain. Role of evocative test. Operative pancreatography and histologic evaluation. Dept. of Surg., Harvard. *Ann. Surg.* 164/4: 611-621. 1966.
35. Olivier, E. L.; Rettori, R. Resultados inmediatos y alejados de 108 esfinterotomías de indicación biliar. *Rev. Int. Hepat.* 16: 601-604. 1966.
36. Partington, P. F. (F. A. C. S. Cleveland, Ohio): Esfinterotomía por estenosis del esfinter de Oddi. *Surg. Gynec. Obst.* 123: 282-288. 1966.
37. Pinotti, H. W.: Papilitis. Atualizacáo cirúrgica. Vol. III: 219-235. 1966.
38. Poilleux, F.; Alejandro, J. M.: Resultats fonctionnels et complications tardives des sphincterotomies oddiennes. (París). *Rev. Int. Hepat.* 16: 521-542. 1966.
- 39a. Santos, M.; Arzola, B.: Secuelas de la colecistectomía. Disminución mediante el empleo de radiología intraoperatoria. *Rev. Med. Chilena* 95: 90-93. Feb. 1967.
- 39b. Santos, M.; Aguirre, A.; Puente, S.: Patología del colédoco terminal. *Tribuna Médica* N° 1. Págs. 22-24 (Bs. As). Oct. 1968.
- 40a. Saypol, M.; George, M. D. and al.: Operative cholangiography controversé. *Surg. Gynec. Obst.* 126: 600 (March). 1968.
- 40b. Sendel, P. and Rowe, K.: The problem of papillary stenosis. *Radiologie (Berl)*. 617: 288-290. 1966.
41. Strack, R.; Dreizin, D. H.; Ketyers, S. and Lázaro, E. J.: Duodenal reflux in the genesis of acute pancreatitis. *Canad. J. Surg.* 10/8: 68-74. 1967.
- 42a. Vascer, A.; Grossling, S.; Nicoloff, D. M.: Evaluación fisiológica de la esfinteroplastia. *Surgery* 62/4: 589-595. 1967.
- 42b. Vallejos Arce, Javier.: Litiasis residual en el Hospital Obrero de Lima de 1955 a 1968. Tesis de Bachiller (1969).
43. Villa García, M.; Guerra, A.; Piccone, F.: La papiloesfinterotomía. *Tribuna Médica* IV (Jun.): 1, 1968. (N° 192).
44. Villa García, M.; Arrarte, R.; Piccone, F.: Tratamiento quirúrgico de la patología coledociana. *Rev. del Cuerpo Médico del Hospital Obrero de Lima*. 6: 475-487. Dic. 1967.
45. Villa García, M.; Arrarte, R.; Piccone, F.: Reintervenciones en vías biliares. *Rev. del Cuerpo Médico del Hospital Obrero de Lima* 7: 143-152. Junio 1968.
46. Wosciech, Wiechno: Esfinterotomía. (Warso). *Rev. Int. Hepat.* 15: 999-1006. 1965.
47. Wise, R. E.: Colangiografía intravenosa. *Práctica quirúrgica de la Clínica Lahey*: 618-629. 1966.
48. Zavaleta, D. E.: Indicaciones y resultados de la esfinterotomía. Experiencia en 79 operados. (Bs. As.). *Rev. Int. Hepat.* 15: 829-837. 1965.