

Sur 176 cas on a obtenu l'opacification des voies biliaires dans le 80 %.

On conclut que la cholecystographie par voie i. v. a une grande valeur diagnostique et est indiquée dans:

- a) Tout cholecystogramme négatif par voie orale.
- b) Dans tous les cas à intervenir chirurgicalement.
- c) Dans le syndrome postcholecystectomie.
- d) Dans l'étude des dyscinésies biliaires.

LA IMPORTANCIA DE LA COLEDOCO-ODDITIS EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA LITIASIS BILIAR (*)

A. SITGES CREUS.

Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona.
Servicio de Cirugía: Doctor J. SOLER-ROIG.

Hace tres años publicamos en *Medicina Clínica* una revisión de las imágenes colangiográficas obtenidas en el Servicio en el tratamiento quirúrgico de 36 casos de litiasis biliar. Demostrábamos entonces la existencia de estos trastornos funcionales u orgánicos asociados y señalábamos la posibilidad de explicación de recidivas sintomáticas por falta del conocimiento exacto del estado funcional y anatómico del colédoco terminal. Carecíamos, sin embargo, de la comprobación de este aserto. El haber tratado adecuadamente estas lesiones, nos imposibilitaba conocer si la abstención terapéutica hubiera conducido a un fracaso postoperatorio.

La experiencia nos ha permitido confirmar la verdadera importancia de estas alteraciones al poder observar recidivas sintomáticas postcolecistectomía, cuya causa residía en dicho trastorno anatomofuncional. Ello nos autoriza hoy a formular un criterio diagnóstico y terapéutico.

Vamos a ocuparnos solamente de la "Odditis", por creer que ocupa un lugar preferente para el cirujano en el grupo de trastornos anatomofuncionales del colédoco terminal, al ser responsable de buena parte de las recidivas sintomáticas postcolecistectomía. En la estadística del Servicio, la coledocoodditis se observa en más del 10 por 100 de los litiasicos intervenidos.

* * *

Esta lesión ha recibido diferentes nombres: odditis, odditis estenosante, papilitis, coledoco-

odditis, coledocitis, coledocoodditis esclerorretráctil de Del Valle, etc. Por creer precisamente en la importancia de la participación del colédoco, nos parece como más justa y adecuada la denominación de coledocoodditis.

No vamos a entrar en una discusión de orden patogenético porque nos preocupa hoy el problema diagnóstico y terapéutico. Un tanto esquemáticamente diremos, sin embargo, que en el origen de esta lesión constituida intervienen sin duda dos factores: uno, funcional, y otro, anatómico. El *trastorno funcional* se origina al suprimirse el fisiologismo vesicular, ya sea por acción patológica o quirúrgica. Esta reacción, resultante de la ruptura de la sinergia colecistoódica es, a nuestro juicio personal, asentando sobre la constitución neuroendocrina. No se trata de un espasmo, sino más bien de una dificultad a la relajación, resultante de la interrupción de la citada sinergia funcional. Sobre este factor funcional se imbrica, sin duda, el *factor flogósico*. Es evidente que los factores que actúan sobre la vesícula biliar originando la enfermedad litiasica actúan asimismo sobre el resto del árbol biliar, y además es lógico pensar que el foco infeccioso representado por la colecistitis calculosa debe repercutir sobre el colédoco terminal.

En resumen, pues, mucosa coledociana y esfínter juegan su papel en el trastorno que nos ocupa. Hemos estudiado la arquitectura y disposición de ambas formaciones. Como síntesis de las múltiples preparaciones microscópicas efectuadas y estudiadas cabría consignar:

- 1.º Existe un manguito fibromuscular en el colédoco terminal relacionado con las fibras musculares duodenales.
- 2.º La importancia de dicho esfínter como tal es muy relativa.
- 3.º El colédoco terminal posee una luz escasa.
- 4.º La mucosa se halla dispuesta en gruesos pliegues.
- 5.º La submucosa es extraordinariamente rica en tejido glandular.
- 6.º A nivel de la papila es posible descubrir en los casos de odditis lesiones de flogosis y esclerosis.

Digamos finalmente que los estudios fisiológicos experimentales, comprobados por nosotros hace unos años, demuestran el valor funcional de esfínter que posee la porción terminal del colédoco y que al igual que en el campo anatómico es casi imposible independizar al colédoco del duodeno.

Al revisar las historias clínicas de los enfermos tratados se pone de manifiesto inmediatamente que los casos debidamente tratados han cursado sin molestia alguna en el postoperatorio, en tanto que aquellos que no lo fueron por error diagnóstico o por desconocimiento presentaron una recidiva sintomática después de la intervención. Importa, pues, descubrir la

(*) Conferencia pronunciada en la Asociación de Cirugía de Barcelona el 12 de junio de 1954.

existencia de esta lesión y tratarla adecuadamente.

Debe destacarse, en primer lugar, que el problema se plantea de distinto modo cuando coexisten cálculos en la vía biliar principal o cuando faltan. En el primer caso, la clínica es la del cálculo con todas sus variantes. En cambio, en ausencia de litiasis coledociana, la clínica no suele ser muy elocuente, por cuanto la sintomatología de la hipertensión biliar en el colédoco no puede ser fácilmente separada de la producida por la vesícula patológica que domina el cuadro. Sólo una vez extirpada ésta la persistencia de la sintomatología permite ponerla de manifiesto e individualizarla. Exceptuamos aquellos casos de coledocoodditis avanzados en los que la historia demuestra la existencia de ictericia o de una crisis térmica típica.

Asimismo, la exploración clínica no revela datos de gran interés, por lo que no podemos estar de acuerdo con DEL VALLE cuando afirma la posibilidad de su diagnóstico preoperatorio. Lo propio puede decirse del sondeo duodenal según nuestra experiencia.

El *examen radiológico* de la vesícula biliar, previa administración de una dosis doble de colorante, permite en ocasiones descubrir la vía principal, hecho que, a nuestro juicio, presupone muchas veces un cierto obstáculo al vaciamiento del colédoco. Actualmente, se obtienen con el Telepac resultados muy satisfactorios. Un número mucho mayor de vesículas biliares son visualizadas y en buena proporción de casos se identifica la vía principal. Asimismo, el empleo de Biligrafina conduce al diagnóstico en muchos casos. Es sin duda el método más seguro, pero las imágenes que hasta ahora se han obtenido no son siempre lo suficientemente precisas para sentar un diagnóstico. Recordemos, no obstante, que la simple visualización del colédoco en cualquiera de las técnicas usadas presupone, según nosotros, un obstáculo más o menos importante.

Llegados al acto quirúrgico, la exploración de las vías biliares revela, ante todo, un *colédoco dilatado*. La exploración manual no permite más que excepcionalmente descubrir una alteración importante en la vía principal (papilitis hipertrófica). La *prueba manométrica* demuestra una retención más o menos manifiesta, pero que no falta en ninguno de los casos, hasta el punto de que la aspiración del líquido inyectado permite asegurar que en la colangiografía operatoria se descubrirá una imagen estenosante del colédoco terminal. Cuando ésta no existe, la recuperación del suero inyectado no es nunca posible. Dicha maniobra es de gran valor por su sencillez y fidelidad.

La *colangiografía operatoria* descubre y confirma la sospecha diagnóstica. La imagen viene representada por un *stop más o menos marcado*, por una *dilatación del colédoco* y por la

ausencia de visualización del conducto de Wirsung. La imagen de estenosis se halla situada en la parte más distal del colédoco, pudiendo adoptar un aspecto que recuerda al del sacabocados propio del cálculo o bien la de una estrechez afilada más o menos regular.

En nuestra práctica utilizamos como líquido de contraste el lipiodol. Se han aducido varias razones en contra del aceite yodado como material opaco. Nosotros estamos completamente satisfechos y creemos que una de sus principales ventajas es precisamente una de las objeciones que se le han hecho: la capacidad de exageración de las imágenes. Es precisamente en la coledocoodditis donde la utilización de una sustancia de contraste cuya viscosidad sea superior a la de la bilis produce una exageración de las lesiones y es posible que el empleo de las sustancias hidrosolubles no revelaran lesiones tan importantes. Sin embargo, la experiencia nos demuestra que es siempre preferible pecar por exceso, que es preferible tomar en consideración todas las imágenes de estenosis por coledocoodditis, sin caer en la tentación de pensar en la posible exageración por el empleo del lipiodol. Y es que no puede olvidarse los cambios de la viscosidad de la bilis, sujeta a los trastornos metabólicos e infecciosos que la afección litiásica conlleva.

Cuando el stop del lipiodol es total, deben practicarse varias placas seguidas para poder conocer si la detención es definitiva o se trata meramente de un hecho de retraso de evacuación o de un momentáneo cierre esfinteriano.

Un último dato nos parece de interés sobre el que no hemos encontrado referencia. Se trata de la ausencia del reflujo en el Wirsung. Para nosotros, este fenómeno debe explicarse por el hecho inflamatorio que, afectando a la pared del colédoco terminal, ocluye la entrada de dicho conducto o bien por el hecho de que la estenosis al hallarse situada por encima de la desembocadura del mismo impide la llegada del líquido de contraste o el paso del mismo es tan lento y a tan escasa presión que hacen imposible el reflujo del lipiodol en el conducto pancreático.

* * *

El conjunto de datos clínicos cuando existen, las exploraciones radiológicas y operatorias, llevan al cirujano a formarse un concepto sobre la lesión del colédoco terminal y de su repercusión sobre el flujo biliar e inmediatamente surge la idea de su oportuno tratamiento.

Desempeñando la flogosis un papel preponderante en este tipo de obstrucción coledociana, *se impone el desagüe biliar como tratamiento único de la afección*. Pero, por otra parte, la supresión del fisiologismo vesicular ha producido un trastorno de orden dinámico en el colédoco terminal, que se halla definitivamente establecido. Es difícil precisar en cada caso la

proporción en que cada factor interviene y, por lo tanto, si bien es admisible que, en ciertas circunstancias, el drenaje biliar temporal sea suficiente para hacer remitir el cuadro, no es posible afirmar que sea un hecho constante y menos definitivo. Los cirujanos tenemos la obligación de adentrarnos en los problemas patogénicos, pero debemos ante todo aprovechar el acto quirúrgico para ejercer una terapéutica definitiva. Nuestra experiencia nos dicta que, en estos casos, *hay que intervenir como si se tratara siempre de lesiones irreversibles.*

Pero es que además tenemos medios exploratorios que nos permiten confirmar si se trata de una lesión orgánica y no meramente funcional. La dilatación coledociana y el obstáculo al vaciamiento de la vía principal nos dan una imagen radiológica de valor retrospectivo que además confirma su importancia ante una prueba manométrica positiva.

Basados en estos hechos, nuestra conducta es la siguiente:

Cuando la coledocoodditis se asocia a una litiasis coledociana una vez abierto el colédoco, extraídos los cálculos, el mejor medio para desaguarlo y ocluir la brecha coledociana es, sin duda, la derivación biliar interna. El mayor calibre de la vía principal en estos casos, y la importancia del factor infectivo, justifican dicha práctica.

Cuando las diferentes radiografías operatorias comprueban la existencia de una detención total del lipiodol en la porción terminal del colédoco, las dudas del cirujano de en mantenerse entre una odditis esclerosa, residual o un cálculo papilar pequeño. En ambos casos, el tratamiento de elección es el acceso transduodenal a la papila, procediendo a la papilotomía y extrayendo el cálculo si lo hay. No creemos sea necesario dejar un drenaje transpapilar. Precisamente la colangiografía permite, en estos casos, evitar la coledocotomía (*).

Cuando la detención del lipiodol no es total o sólo ha presentado este carácter en la primera placa, nuestra conducta depende del calibre del colédoco. Si se halla muy dilatado, procedemos a la coledocoduodenostomía. Si la dilatación es discreta, es preferible practicar una papilotomía o colocar un tubo transpapilar. Nuestra experiencia nos demuestra que forzar la indicación de la coledocoduodenostomía no trae buenos resultados.

(*) Creemos preferible esta práctica a la de practicar una coledocotomía seguida de derivación interna. En el caso de existir un pequeño cálculo papilar, el paso de un histerómetro no proporciona las debidas garantías respecto al paso del cálculo al duodeno. De otro lado, en presencia de una estenosis orgánica, la coledocoduodenostomía laterolateral no libera al enfermo de sus molestias. Tenemos en nuestra experiencia más de un caso en el que después de la intervención se comprueba la retención en el colédoco infraanastomótico.

A lo largo de esta exposición hemos intentado individualizar un trastorno anatomopatológico, y a la vez funcional, de la porción terminal del colédoco, asociado a la litiasis biliar, originado en ella y en las mismas causas que la provocaron. Nos referimos, por consiguiente, a la coledocoodditis como complicación de la litiasis biliar, sin que queramos negar la existencia de hipertónias o distonías esfinterianas, más propias a nuestro juicio de las lesiones no litiásicas o de los trastornos funcionales. La flogosis, la infección vesicular, el trastorno metabólico y la alteración del fisiologismo excretor de la bilis confieren a la coledocoodditis de la litiasis biliar unas características propias.

SUMMARY

An attempt was made to individualise an anatomicopathologic, and at the same time functional, disturbance of the end portion of the common bile duct associated with biliary lithiasis and produced by it and by the same causes that gave rise to it. It is the choledochodditis as complication of this disease. The phlogosis, vesicular infection, metabolic disturbance and change in physiology of the bile excretion give choledochodditis associated with biliary lithiasis singular characteristics.

ZUSAMMENFASSUNG

Wir haben versucht, ein gleichzeitig anatomisch-pathologisches und funktionelles Symptom des Choledochusendstueckes zu isolieren, das zusammen mit Gallensteinen auftritt und durch diese, sowie durch dieselben Ursachen der Gallensteine entsteht. Wir beziehen uns hier auf die Choledochus-Odditis als Komplikation dieser Krankheit. Die Phlogosis, die Gallenblaseninfektion, die Stoffwechselstörung und die Veraenderung der physiologischen Gallenausscheidung geben der Cholodochus-Odditis bei Gallensteinen besondere charakteristische Zeichen.

RÉSUMÉ

Nous avons tâché d'individualiser un trouble anatomopathologique, et à la fois fonctionnel, de la portion terminale du cholédoque associé à la lithiase biliaire produite par elle et par les mêmes causes qui la produire. Nous nous référons à la cholédocho-oddite comme complication de cette maladie. La phlogose, l'infection vésiculaire, le trouble métabolique et l'altération du physiologisme excréteur de la bile, donnent à la cholédocho-oddite de la lithiase biliaire des caractéristiques propres.