

COLEDOCODUODENOSTOMIA

EXPERIENCIA EN 420 CASOS

*Carmelo Calvoa Chacón**

*Fernando de la Fuente P.***

INTRODUCCION:

La coledocoduodenostomía letero-lateral está sometida a controversia en cuanto a su valor para la curación de aquellas afecciones de la vía biliar principal que aconsejan su uso. Cada autor, de acuerdo con los resultados en el manejo de ésta, aumenta o disminuye la lista de las afecciones que pueden beneficiarse con esta derivación biliodigestiva. Fue Riedel de Jena en 1888 el primero en intentar una coledoco-duodenostomía, el paciente fallece de peritonitis biliar por dehiscencia de las suturas. En 1893 Sprengel la realiza con resultados favorables y en 1898 Keher publica tres casos con pésimo resultado. En 1938 Finisterer comunica 62 casos y Juasz el año siguiente relata 68 intervenciones con resultados aceptables, desde esta fecha la intervención es efectuada en diversos países con resultados controversiales siendo en esta época su mejor defensor el Dr. Pietro Valdoni de Italia, quien con una vasta experiencia en esta técnica asegura que un cirujano conocedor de la ejecución de esta anastomosis tiene una importancia muy decisiva sobre el resultado inmediato o lejano de estos pacientes. El traumatismo operatorio no es severo debido a que no hay necesidad de grandes disecciones anatómicas y la técnica es de fácil ejecución. Es evidente que el drenaje externo con el tubo de Kehr con exploración de vías biliares es el procedimiento quirúrgico sobre el cual hay amor experiencia y que en nuestro medio ha sido considerado hasta el momento, por la casi to-

talidad de los cirujanos, como el método ideal de emplear en los casos de litiasis del colédoco y generalmente con buenos resultados. El drenaje externo no actúa sobre colédocos ampliamente dilatados, la experiencia muestra que esas dilataciones constituyen prácticamente siempre lesiones irreversibles y permanentes, circunstancia que favorece la atonía y estasis y por ende la formación de nuevos cálculos. Cuando la coledocoduodenostomía se realiza como operación secundaria a un fracaso del drenaje externo, los resultados son menos satisfactorios que como intervención primaria y su ejecución presenta dificultades técnicas mayores, es aconsejable cuando la indicación exista, efectuar una coledocoduodenostomía como operación primaria de elección. Conviene aquí transcribir un párrafo del Dr. Ricardo Almesque D.: "Solo admitimos un tipo de cirugía biliar: La mejor". El presente trabajo se basa en el análisis de 420 casos de operaciones de este tipo efectuadas durante varios años y los resultados obtenidos.

MATERIAL Y METODOS:

A los pacientes en quienes se efectúa la coledocoduodenostomía, el mayor tenía 91 años y el menor 16 años, siendo más frecuentes en el sexo femenino en una proporción de 2 a 1; del total de 420 enfermos 135 (32.14%) eran varones y 285 (67.86%) mujeres.

Las indicaciones en nuestro grupo fueron diversas como vemos en el cuadro 1, siendo la más frecuente la coledocolitiasis con dilatación del colédoco.

Coledocolitiasis	256....(60.95%)
Coledocolitiasis recidivante.....	62....(14.76%)
Estenosis del Oddi.....	13....(3.10%)

* Jefe de Cirugía. Hospital San Juan de Dios.

** Asistente de Cirugía Hospital San Juan de Dios.

Estenosis del Colédoco.....	19....	(4.52°/o)
Paliativas	27....	(6.43°/o)
Pancreatitis crónica y	16....	(3.81°/o)
Colodocolitiasis		
Pancreatitis aguda con.....	17....	(4.05°/o)
o sin colodocolitiasis		
Ascaridiasis del colédoco	5....	(1.19°/o)
y colecolitiasis		
Ascaridiasis del colédoco.....	3....	(0.71°/o)
Seudoquistes del colédoco.....	2....	(0.48°/o)

420 100 o/o

CUADRO No. 1

La técnica que hemos usado es la siguiente: Se disecciona el colédoco en su tercio distal a nivel del margen superior del duodeno. Se efectúa maniobra de Kocher para movilizar el duodeno. Se incide oblicuamente la pared anterior del colédoco en una longitud no menor de 1.5 cms., a ese nivel se colocan dos puntos directores en el centro de ambos labios de la sección, que traccionándolos suavemente transforman esta de oblicua en transversa. Se incide la pared anterior del duodeno a lo largo de su margen superior, de una longitud igual a la ejecutada en el colédoco y a un mismo nivel. (figs. 1 - 2).

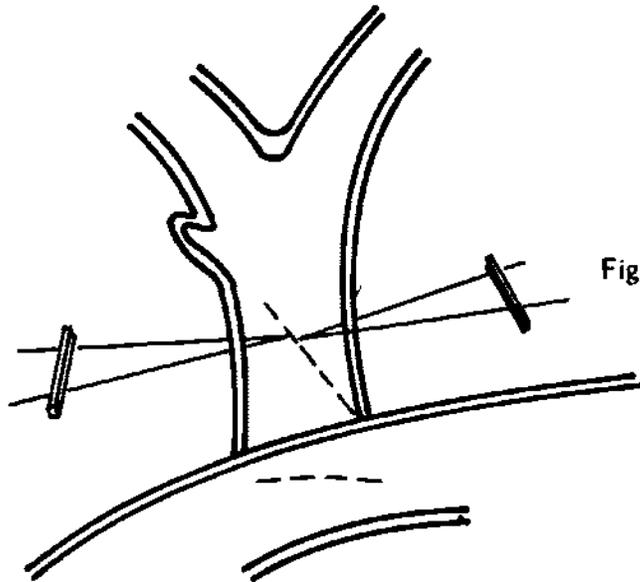


Fig. 1

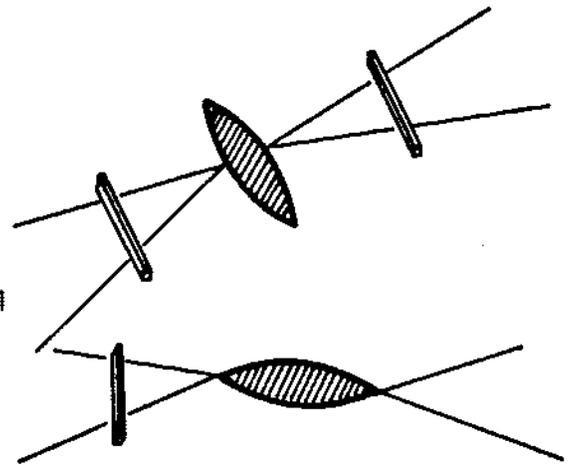
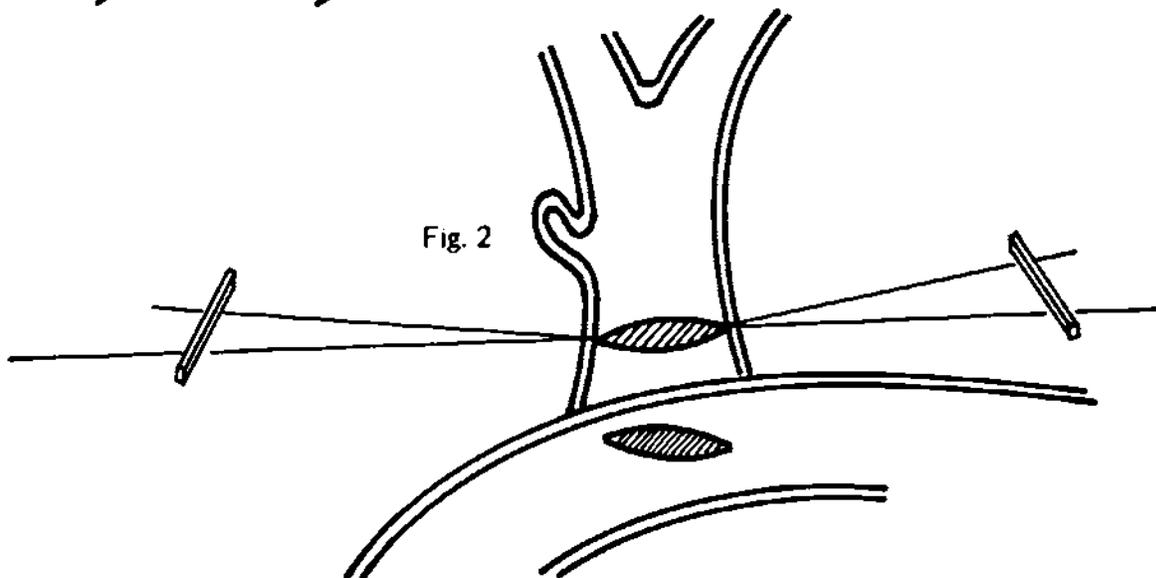
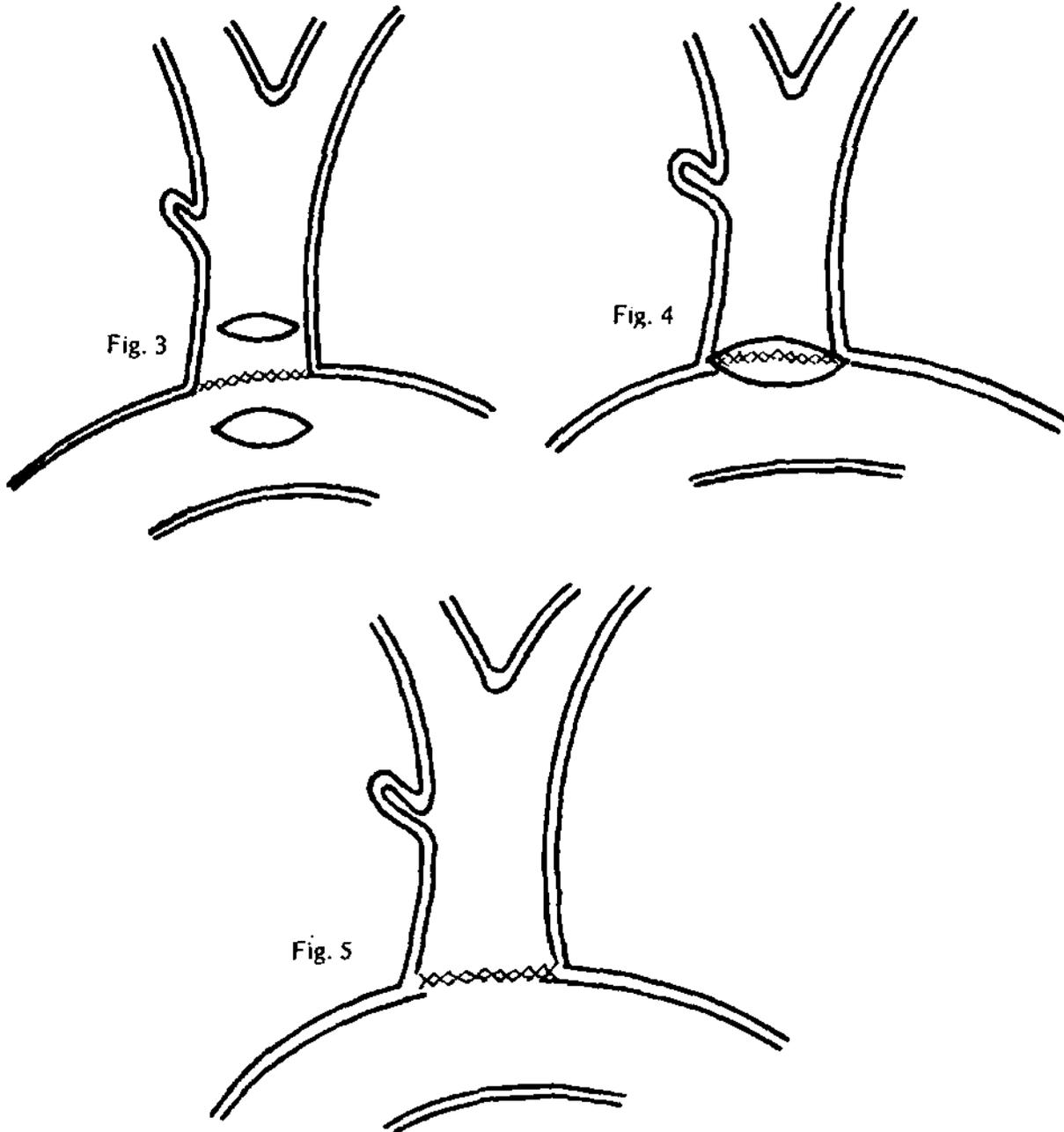


Fig. 2



Se lleva a cabo una anastomosis latero-lateral en un solo plano con seda 000 sutura continua y cruzada en la pared posterior y con puntos separados en la anterior (figs. 3 - 4 - 5). Es condi-

ción esencial que la anastomosis no quede tensa y que la abertura duodenal corresponda a la segunda porción. Se deja un drenaje de Penrose en el Winslow sacado por contraincisión.



RESULTADOS:

Una de las críticas a este procedimiento quirúrgico ha sido la colangitis ascendente. En nuestra serie conocemos de 3 casos lo que representa el 0.71o/o el cual es muy bajo. La compli-

cación más frecuente fue la fístula biliar, esta entidad en la mayoría de los casos es de resolución espontánea. El absceso sub-frénico requiere de drenaje quirúrgico. En total 47 pacientes o sea el 11.19o/o tuvieron complicaciones las cuales fueron las siguientes:

Fístula biliar	21.....5	o/o
Absceso sub-frénico	6.....1.43	o/o
Colangitis	3.....0.71	o/o
Estenosis de la anastomosis....	3.....0.71	o/o
Dehiscencia herida operatoria.	12.....2.86	o/o
Recidiva de coledocolitiasis....	2.....0.48	o/o

La mortalidad fue de 15 pacientes o sea el 3. 57^o/o, siendo la causa más frecuente la dehiscencia de sutura (2.14^o/o), creemos que una técnica de suturas depurada y buen estado nutricional del paciente son factores determinantes para disminuir este porcentaje.

A continuación las causas del fallecimiento:

Dehiscencia de suturas	9.....2.14 ^o /o	(peritonitis)
Embolia pulmonar.....	3.....0.71 ^o /o	
Sangrado digestivo alto.....	2.....0.48 ^o /o	
Infarto del miocardio.....	1.....0.24 ^o /o	

RESUMEN Y CONCLUSIONES:

La coledocoduodenostomía tiene opción a ocupar un lugar importante en el tratamiento quirúrgico de la coledocolitiasis. La coledocoduodenostomía tiene indicaciones concretas e indicaciones relativas.

Es un procedimiento quirúrgico relativamente fácil, pero también es esencialmente importante conocer la técnica en detalle. Es el procedimiento ideal en pacientes de edad avanzada, en malas condiciones generales, con patología coledociana, en las reintervenciones por fracaso del drenaje externo en la pancreatitis crónica y en la dilatación del colédoco.

BIBLIOGRAFIA:

- Almasque D.R. Anastomosis Bilio-digestivas. Coledoco-duodenostomía Prensa Médica Argentina. Vol. 48 No. 9. 1961.
- Bardenheir J.A. et Al. Pancreatitis after Biliary tract surgery. Am. J. Surg. 116: 773 - 776. 1968.
- Colcock B.P. Exploration of the common bile duct. Surg. Gynec. Obstet. 118: 2024. 1973.
- Crile G. Jr. Carcinoma of the ampulla of Vater and the terminal bile and Pancreatic ducts. Surg. Gynec. Obstet. 131: 1052-54. 1970.
- Degenshein G. et al. The techniques of side to side Choledochoduodenostomy. Surgery 61: 972-893. 1967.
- Fallah-Nejad M. Inflammatory Stricture of the common bile duct. Arch. Surg. 102: 455-458. 1971.
- Glenn F. Pos-Cholecystectomy Choledocholithiasis. Surg. Gyn. Obstet. 134: 249 - 252. 1972.
- Glenn F. Retained calculi within the biliary ductal system. Ann. Surg. 179: 528-539. 1974.
- Glenn F. Trends in surgical treatment of calculous disease of the biliary tract. Surg. Gyn. Obstet. 140: 877-884. 1975.
- Hoerr S.O. et al. Coledocoduodenostomía latero-lateral. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. 1105-1112. 1973
- Holm J.C. et al. Complications after biliary tract. Surgery Surg. Gynec. Obstet. 127: 241-252. 1968.
- Kassai M. et al. Surgical Treatment of Cholechal Cyst. Ann. Surg. 172: 844-851. 1970.
- Madden J.L. et al. Choledochoduodenostomy an unjustly maligned surgical procedure. Ann. J. Surg. 119:45-57. 1970.
- Maki T. et al. A reappraisal of surgical treatment for intra-hepatic gallstones. Ass. Surg. 175: 155-165. 1972.
- Mullen J.A. et al. The diagnosis of Choledocholithiasis. Surg. Gyenc. Obstet. 133: 744-778. 1971.
- Meley M.M. Resultas de la Choledocoduodenostomie dans la lithiase biliare. La journal de Medicine de Lyon. 707. 1963.
- Prinz R.A. et al. Surgical significance of extrahepatic biliary tres anomalies Am. J.

- Surg. 131: 755-757. 1976.
- 18.- Rutledge R.H. Sphincteroplasty and choledochoduodenostomy for benign biliary obstructions. *Ann. Surg.* 183: 476-487. 1976.
- 19.- Sawyer R.B. et al. Choledochoduodenostomy for gallstones. *Arch. Surg.* 102: 308-311. 1971.
- 20.- Shingleton W.W. Stenosis of the sphincter of Oddi. *Am. J. Surg.* 119: 35-37. 1970.
- 21.- Stuart M. et al. Late results of side to side choledochoduodenostomy and transduodenal sphincterotomy for benign disorders. *Am. J. Surg.* 123: 67-72. 1972.
- 22.- Warren K.W. et al. Manejo de las estenosis de las vías biliares. *Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica.* 51: 711-731. 1971.
-