

Coledocoduodenostomías

Análisis de 63 casos

DR. ALVARO FONSECA SOLÓRZANO*

DR. ESTEBAN LÓPEZ VARELA*

DR. ISAÍAS ALVAREZ ALFARO*

DR. RAFAEL A. COTO CHACÓN*

Desde que se efectuó la primera coledocoduodenostomía en el año 1891 por Sprengel (12) este procedimiento ha sido objeto de innumerables controversias. Aquellos que le niegan méritos, aducen como principal objeción el hecho de que el reflujo duodenal hacia el árbol biliar es causante de colangitis ascendente y que esta situación es peligrosa y molesta para el paciente. Esta manera de pensar es frecuente en Norteamérica y la literatura quirúrgica de este país sólo raramente menciona la coledocoduodenostomía como un método operatorio de importancia, en la resolución de problemas obstructivos de las vías biliares extrahepáticas (7-10-11). En Europa, sin embargo, este procedimiento es de uso frecuente, impulsado quizá por las enseñanzas contemporáneas de figuras prominentes de la cirugía europea, como son los profesores Olivier de Francia y Pietro Valdoni de Italia y otros (2-3-4-6). En nuestro medio, hemos sido algo tardíos en aceptar en general las que nosotros creemos son ventajas de este método, aunque algunos de nuestros cirujanos han estado practicando la coledocoduodenostomía por diversas indicaciones desde hace varias décadas.

MATERIAL:

Hemos revisado las coledocoduodenostomías efectuadas en los tres años anteriores a setiembre de 1969. Se llevaron a cabo 47 intervenciones de este tipo en el Hospital San Juan de Dios y 16 en el Hospital Central del Seguro Social. En el segundo hospital el número recopilado es menor, por la razón de que muchos cirujanos de esta institución han preferido resolver los problemas obstructivos de vías biliares por otros métodos quirúrgicos alternos.

La experiencia del Hospital San Juan de Dios nos ha servido para analizar sobre todo las indicaciones operatorias y la mortalidad y morbilidad inmediata. Los casos operados en el Hospital Central del Seguro Social han sido fáciles de seguir en la Consulta Externa y los hemos utilizado para analizar los resultados a más largo plazo, y los días de estancia hospitalaria.

Los cuadros 1 y 2 nos describen la edad y el sexo de ambos grupos de pacientes.

* Hospital Central de la Caja Costarricense de Seguro Social.

CUADRO N° 1

SEXO	HSJ de D	SS
Hombres	22	2
Mujeres	23	14

CUADRO N° 2

EDAD	HSJ de D	SS
20-30	3	1
30-40	1	4
40-50	13	3
50-60	12	5
60-70	12	2
70 o más	6	1
	<u>47</u>	<u>16</u>

INDICACIONES OPERATORIAS:

Las podemos dividir en dos grandes grupos: malignas y benignas. Una derivación interna es de utilidad para resolver obstrucciones neoplásicas de las vías biliares distales como método paliativo. Sin embargo en estos pacientes

CUADRO N° 3

INDICACION	HSJ de D	SS
Ca de Cabeza de Páncreas	8	1
Ca de Ampula de Vater	1	1
	<u>9</u>	<u>2</u>

con procesos malignos, no es siempre la coledocoduodenostomía la operación de elección para derivar el flujo biliar al tracto gastrointestinal. Otros métodos alternos son efectivos y es por esta razón que el número de coledocoduodenostomías llevadas a cabo por procesos malignos obstructivos de vías biliares es relativamente pequeño en ambos hospitales.

El mayor número de intervenciones se llevó a cabo por causas de índole benigna.

CUADRO N° 4

INDICACIONES	HSJ de D	SS
Coledocolitiasis Primaria	15	5
Obst. Coledo Distal por Pancreatitis Crónica	10	1
Coledocolitiasis Residual	4	3
Fibrosis del Oddí	5	3
Estenosis Cicatricial del Colédoco	2	2
Agenesia parcial de vías Biliares	1	—
¿Pancreatitis aguda?	1	—
	<u>38</u>	<u>14</u>

Los procesos de índole benigna, proporcionan un grupo más numeroso y con mayor variedad de indicaciones. La coledocoduodenostomía en estos pacientes proporciona resultados más satisfactorios, tanto inmediatos como tardíos.

Según hemos tabulado en el cuadro N° 4 las obstrucciones causadas por litiasis son las más numerosas, seguido por las obstrucciones del colédoco distal causadas por procesos benignos del páncreas. En estas dos situaciones, nuestros resultados han sido favorables. Es evidente que los problemas ocasionados por los cálculos en las vías biliares son a veces de difícil resolución para el cirujano cualquiera que sea el método usado para su detección.

Siguiendo el enfoque dado por Olivier y Valdoni, hemos considerado como indicaciones para llevar a cabo una coledocoduodenostomía aquellos casos de litiasis del colédoco en las siguientes situaciones benignas:

1. Cuando hay duda de la extracción de todos los cálculos;
2. Cuando los cálculos son múltiples y pequeños;
3. Cuando hay certeza de cálculos dejados, especialmente en los conductos intrahepáticos;
4. Cuando existe una estrechez distal asociada, cualquiera que sea su causa;
5. Cuando hay gran dilatación del colédoco aún en litiasis primaria.

En los casos de litiasis residual, consideramos que la mejor solución es efectuar una coledocoduodenostomía después de la extracción de los cálculos si esto es posible. En esta forma no sólo se resuelve el problema inmediato, sino que también se evita la posibilidad de futuras reintervenciones en un campo quirúrgico ya transitado y difícil.

Se ha usado con éxito este procedimiento quirúrgico en casos de reintervención por causas de estenosis iatrogénica de las vías biliares. Hay dos casos en cada hospital de estrechez del colédoco de causa operatoria y que pudieron ser resueltos por este método. Tres casos de fibrosis cicatricial del esfínter de Oddi, producidas por una esfínterotomía previa, fueron solucionados satisfactoriamente.

TECNICA EMPLEADA:

Las uniones coledocoduodenales efectuadas han sido todas latero-laterales. El colédoco en estos casos se encuentra dilatado por el proceso obstructivo, salvo en raros casos de fibrosis del conducto. La dilatación en sí, facilita mucho la intervención.

Ante la posibilidad de tener que efectuar una coledocoduodenostomía, hemos preferido en época reciente, en aquellos casos en que se explora el colédoco, hacer la incisión sobre éste de tamaño y posición adecuada para una posible anastomosis. La abertura duodenal la hacemos en la porción del duodeno que con más facilidad se pueda aproximar al colédoco. Una maniobra de Kocher facilita mucho la movilización del duodeno y así se evita la tensión en la anastomosis. Esta se efectúa con seda fina en aguja atraumática, en un solo plano y con nudo interno, con excepción de las tres últimas suturas cuyo nudo es externo. Algunos cirujanos han preferido doble hilera de suturas, aunque se considera que en esta forma se puede disminuir el tamaño de la boca (4).

La amastomosis debe ser siempre amplia, dos centímetros o más una vez concluida (7-10), ya que la fibrosis de cicatrización siempre reduce considerablemente el tamaño de la boca.

Muchos autores (Swartz, 7-8-11) consideran que una anastomosis de diámetro reducido es el factor más importante en la aparición de la colangitis en algunos pacientes. Es por esta razón y con el objeto de mantener una boca amplia, que se ha propuesto el uso de prótesis o anillos en la anastomosis. Otros han usado una sonda de T como soporte (7). Aunque algunas de estas prótesis se han mantenido en su lugar por largo tiempo, la mayoría son eliminadas y el diámetro de la boca tiende a disminuir una vez eliminado el soporte.

No hemos usado anillos ni sondas de T en nuestros y preferimos confiar en una anastomosis amplia.

Hacemos notar que consideramos importante efectuar una colecistectomía en todos los casos en que se efectúa una coledocoduodenostomía, si la vesícula biliar no ha sido extirpada previamente. Al eliminarse la función del esfínter de Oddi por la derivación interna, la presión intracoledociana que normalmente es de 8 a 18 cm. de agua (5-10) disminuye al nivel de la presión que existe en el duodeno. Esto hace que la función de reservorio de la vesícula biliar sea prácticamente nula. Además, existe patología concomitante de la vesícula en casi todos los casos.

El cuadro siguiente informa del número de coledocoduodenostomías efectuadas y su relación a la colecistectomías.

CUADRO N° 5

OPERACIONES	HSJ de D	SS
Coledocoduodenostomía con colecistectomía	18	10
Sin colecistectomía	11	1
Colecistectomía previa	18	5
	47	16

Preferimos dejar un drenaje de hule suave, exteriorizado por una contra incisión en todos los casos. Pequeñas fugas en la anastomosis pueden producirse y el drenaje es una excelente salvaguardia cuando esto sucede. Generalmente la fuga cesa espontáneamente en unos pocos días sin mayores consecuencias para el paciente. En nuestros casos se presentaron tres fugas de importancia, dos en pacientes con obstrucción maligna del colédoco y otro con una coledocolitiasis a la cual se asoció una obstrucción intestinal alta en el post-operatorio inmediato.

RESULTADOS:

Hay anotados ocho fallecimientos entre los dos grupos. Siete de ellos de pacientes cuya obstrucción fue de naturaleza maligna. En dos de estos casos existió la complicación de una fuga en la anastomosis en el post-operatorio inmediato. Los otros cinco casos, la causa de muerte anotada fue la del proceso maligno en sí. Una defunción más anotada se produjo en una paciente con obstrucción benigna, la cual falleció por una embolia pulmonar comprobada en la autopsia.

Entre los casos operados por nosotros en el Hospital del Seguro Social, y que podemos analizar con más propiedad, las complicaciones post-operatorias inmediatas han sido las siguientes:

CUADRO N° 6

COMPLICACIONES (DE 16 CASOS)

Infección en la herida operatoria	3
Dehiscencia de la herida	1
Hemorragia (arteria cística)	1

Todos estos pacientes recuperaron; el paciente de la dehiscencia portadora de un Carcinoma de Páncreas falleció siete meses después.

Las complicaciones tardías en nuestros casos han sido nulas, especialmente en cuanto a la aparición de colangitis ascendente. Estos casos han sido seguidos todos en la consulta externa de esta institución y consideramos que los resultados han sido entre buenos y excelentes. Se han considerado como excelentes aquellos casos que no presenta sintomatología alguna y que se han reincorporado enteramente a sus quehaceres habituales. Los casos buenos han sido aquellos, que aún presentan intolerancia selectiva a comidas grasosas, pero que han retornado a sus ocupaciones usuales. Solamente un caso lo hemos catalogado como regular. Este paciente seguido por nueve meses solamente, es portador de una pancreatitis crónica, de la que aún persiste su sintomatología. En ninguno de los casos operados ha habido evidencia de obstrucción biliar durante el periodo de observación.

CUADRO N° 7

RESULTADOS A LARGO PLAZO. - SEGURO SOCIAL

Número de casos	14
Excelente	9
Buenos	4
Regular	1

Hemos notado con satisfacción que no hemos encontrado colangitis ascendente en ninguno de los casos, a pesar de que el paciente dependiente del Sistema de Seguridad Social nuestro, recurre prontamente a la consulta aun por causas de índole banal. Atribuimos estos resultados satisfactorios a la amplia anastomosis efectuada.

La estancia hospitalaria, un factor de importancia desde el punto de vista institucional, se ha podido reducir considerablemente. Hemos notado que la mayoría de estos pacientes evolucionan bien y recuperan pronto. El promedio de días de hospitalización se compara con ventaja sobre el promedio de estancia de los pacientes en los cuales se deja una sonda de T después de una coledocotomía. Las hospitalizaciones más prolongadas entre nuestros pacientes han sido en aquellos operados por obstrucciones de naturaleza maligna.

CUADRO N° 8

ESTANCIA HOSPITALARIA. - SEGURO SOCIAL

7 días o menos	3
8 días	5
8 a 12 días	6
12 días o más	2

CONCLUSIONES:

En vista de la experiencia presentada, la coledocoduodenostomía es un procedimiento efectivo para aliviar la obstrucción en el colédoco distal.

Este procedimiento rinde sus mejores resultados en los procesos benignos, sobre todo en aquellos por obstrucción litiásica.

No se ha encontrado que el periodo de hospitalización sea prolongado, sobre todo en los casos de obstrucción benigna.

Consideramos que la boca anastomótica debe ser amplia para evitar las colangitis causadas por estasis.

En nuestros casos no hemos encontrado colangitis ascendente como complicación.

RESUMEN

Analizamos la experiencia de los últimos cuatro años sobre coledocoduodenostomías acumuladas en los hospitales San Juan de Dios y Central del Seguro Social de San José de Costa Rica. Se presentaron 47 casos del primer hospital y 16 del segundo, con referencia a sus indicaciones, técnica empleada y resultados inmediatos y tardíos. En nuestras manos, la anastomosis entre el colédoco y el duodeno ha dado resultados satisfactorios, sin mayor aumento en la mortalidad y morbilidad sobre la coledocotomía simple. El reflujo duodenal hacia el árbol biliar y la aparición de colangitis ascendente, no ha sido problema de importancia en nuestros casos.

SUMMARY

47 instances of Choledocoduodenostomies operated in San Juan de Dios Hospital and 16 cases of the Social Security Hospital are reported and analyzed. Comments are made in regard to indications for the procedure, technique and immediate and late results.

The results have been satisfactory with no increase in morbidity or mortality over simple choledocotomy with T tube drainage. Duodenal contents reflux into the Biliary tract and the so called ascending cholangitis, have been no problem in the cases reported.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—FARRAR, T.; PAINTER, M. W. & BETZ, R.
Arch. Surg. 98:442-446; 1969.
- 2.—FINSTERER, H.
Mem. Acad. Chir. (citado por Madden) 78:499; 1952.
- 3.—HOSFORD, J.
British Medical Journal 1:1202-1204; 1957.
- 4.—ISZAK, F. C. & STEIGER, Y.
J. Inter. Coll. Surg. 306:802-805; 1958.
- 5.—LÓPEZ, E. A.; FONSECA, A.
Acta Médica Costarricense. 11:39-43; 1968.
- 6.—MALLET-GUY, P.
Lyon Chirurgical 50:659; 1955.
- 7.—MADDEN JOHN, L.; GRUWIZ, J. A.; TAU, P. Y.
Am. Journ. Surg. 109:89-99; 1965.
- 8.—MAMOGLU, K.; PERRY, J. F. JR. & WANGESTEEN, O. H.
Surgery 42:623-630; 1957.
- 9.—SANDERS, R. I.
Ann. Surg. 123:847; 1946.
- 10.—SCHEIN, C. J.; BENEVENTANO, T. C. & JACOBSON, H. G.
Sugery 60:958-963; 1966.
- 11.—SCHWARTZ, F.; BENSHEMOL, A. & HURWITZ, A.
Surgery 46:1020-1026; 1959.
- 12.—SPRENGEL, O.
(Citado por Madden). Arch. Klin., Chir. 42:550; 1891.