

Indicaciones y Resultados de Coledocoduodenostomía¹

Bernardo Cortín Montano*

Manuel Zeledón Pérez**

INTRODUCCION

En el año de 1956 tuvimos la grata visita del eminente Cirujano italiano Dr. Pietro Valdoni. De entre sus magníficas enseñanzas nos dejó la inquietud al verle hacer la coledocoduodenostomía y oír de él los magníficos resultados obtenidos como intervención quirúrgica para resolver problemas de vías biliares; operación de neto origen europeo y en contraposición a la Escuela Norteamericana que se inclina por diferente solución a estos problemas.

Desde esa época en los diferentes servicios de Cirugía del Hospital San Juan de Dios hemos tenido un número de casos que estimamos pueden servir de experiencia suficiente para emitir opinión sobre las indicaciones y valor de la coledocoduodenostomía.

CUADRO I

COLEDOCOLITIASIS	Múltiple	8	
	Múltiple con este- nosis Oddi	6	(1 con estenosis co- lédoco distal y lodo biliar)
	Unico con estenosis Oddi	3	(1 con lodo biliar)
	Residual Múltiple	4	
	Unico ..	2	(1 esfinteroplastia)

¹ Trabajo elaborado en el Servicio Carlos Durán del Hospital San Juan de Dios bajo la jefatura del Dr. Vesalio Guzmán Calleja.

* Jefe de Clínica del Servicio de Cirugía "Carlos Durán", Hospital San Juan de Dios.

** Asistente de Cirugía, H. S. de D. Instructor de la Cátedra de Cirugía, Facultad de Medicina de Costa Rica.

INDICACIONES:

Se revisa un total de 52 coledocoduodenostomías practicadas en nuestro Hospital durante los últimos 7 años. Se practicó coledocoduodenostomosis de primera instancia en 8 casos de litiasis múltiple de hepatocolédoco, con cuadros de ictericia obstructiva, gran dilatación de conducto, bilis oscura y en algunos con lodo o arenilla biliar; dos de los casos, calculosis intracanalicular, acompañados de severas colangitis. En 6 casos de litiasis múltiple de colédoco, acompañados de paso muy difícil o infranqueable de esfínter de Oddi por proceso de fibrosis; uno de estos presentaba, además, estenosis de colédoco distal y lodo biliar; también, coledocoduodenostomosis de primera instancia.

En 3 casos de cálculo único, asociados a estenosis de esfínter de Oddi; en uno de ellos, además, presencia de lodo biliar. También en ellos, en intervención inicial.

En coledocolitiasis residual múltiple, 4 casos, uno de ellos al quinto día post operatorio; otro, 20 días después; uno más, con fístula biliar post colecistectomía y coledocotomía, con nueva fístula por dehiscencia de coledocoduodenostomosis, se reinterviene dejando tubo en T (Cattell) y succión cavidad abdominal, saliendo curada con 56 días de estancia post operatoria. Otro caso con coledocoduodenostomía 2 años antes por procesos de colangitis e ictericia discreta, encontrándose estenosis casi completa (puntiforme); una nueva anastomosis amplia; se le da de alta 13 días después.

Dos casos de litiasis residual, cálculo único; el primero, 5 años después de colecistectomía por colelitiasis presenta triada de Charcot por lo que se interviene: coledocostomía con extracción de cálculo impactado en esfínter de Oddi; hace fístula biliar y la colangiografía por tubo en T revela nuevo cálculo que no se logra encontrar en nueva intervención, por lo que se practica colédocoduodenostomosis. El segundo había sido sometido, tres años antes, a esfinteroplastia por no permitir paso de sonda de Bakés en fibrosis de esfínter de Oddi; presentó ictericia obstructiva encontrándose papilosis escleroestenotante con cálculo, por lo que se hace coledocoduodenostomía.

CUADRO II

	Biopsia negativa ...	5	
CANCER PANCREAS	Comprobada	6	(Colecistectomías).
PANCREATITIS CRONICA		10	(1 con colecistectomía previa y esfinteroplastia). (Otro con estenosis colédoco distal. Otro con colecistectomía).

Se practicó también en 11 casos de cáncer de páncreas. En 5 de éstos el reporte de biopsia transoperatoria, por congelación, fue negativo; se resolvió el problema de ictericia obstructiva pensando en cuadros de origen benigno. En un caso hubo necesidad de practicar colecistectomía por proceso de colecistitis aguda en el mismo acto quirúrgico. En los 6 casos comprobados restantes, con colecistectomía previa o transoperatoria.

En 10 casos de pancreatitis crónica; una, con colecistectomía por vesícula atrofica, sin cálculos, con cístico muy ancho; dos, con ictericia obstructiva, colelitiasis con proceso agudo, masas duras en páncreas. Otro con ictericia obstructiva, cabeza de páncreas indurada. Otro más, con ictericia obstructiva, páncreas fibroso y esclerosis de papila. Otro más, con ictericia obstructiva y antecedentes de pancreatitis aguda: páncreas muy duro, esfínter de Oddi infranqueable. Dos casos más, con cabeza de páncreas fibrosa, por pancreatitis crónica recidivante, que estenosa porción terminal de colédoco. Otro, con ictericia obstructiva por pancreatitis fibroquística a quien se le había practicado colecistectomía cuatro años antes, por colelitiasis. En otro, con colecistectomía por colecistitis aguda y posteriormente esfinterectomía transduodenal; re-ingresa con cuadros de pancreatitis recidivante; se le practica coledocoduodenostomía, presentando hematomas subhepático y subdiafragmático que se drenan; después fístula pared abdominal por surgaloy; ha presentado, posteriormente, episodios de dolor sugestivos de pancreatitis.

CUADRO III

ESTENOSIS COLEDOCO DISTAL	1	
ESTENOSIS ODDI	2	
SINDROME POST		
COLECISTECTOMIA	1	
AGENESIA VESICULA BILIAR	1	
ASCARIDIASIS VIAS BILIARES	1	(Esfinteroplastia previa)

En tres casos de estenosis de colédoco distal, en los cuales se había efectuado colecistectomía; en uno, previa y en los otros dos, durante la misma intervención quirúrgica, por procesos uno agudo y otro crónico; en estos dos, procesos fibrosos de páncreas.

Con estenosis de Oddi, en dos casos; en uno de ellos, se practica colecistectomía por colelitiasis y esfinteroplastia por Odditis esclerosante con colédoco muy dilatado; pocos días después presenta estenosis esfínter de Oddi que obliga a reintervenir y efectuar coledocoduodenoanastomosis; el otro, con colecistectomía hace varios años; por presentar cuadro doloroso, rebelde, intenso en cuadrante superior derecho, defensa muscular y fosfatasa alcalina ligeramente elevada, con biligrafina mostrando colédoco muy dilatado, se reinterviene encontrado estenosis Oddi por lo que

se efectúa coledocoduodenoanastomosis. En síndrome calificado como de postcolecistectomía la cual había sido efectuada por empiema vesicular; presenta cuadro de colangitis con ictericia obstructiva; se reinterviene encontrando colédoco muy dilatado y adherencias; se practica coledocoduodenostomía.

Un caso clasificado como agenesia de vesícula biliar; paciente intervenido por ictericia obstructiva con colangitis; coledocoduodenostomía: colédoco muy dilatado. Un caso de ascaridiasis en vías biliares; en primera intervención quirúrgica, colecistectomía por *ascaris lumbricoides*; se reinterviene encontrando odditis esclerosante y cístico residual practicándose resección de muñón cístico y esfinterotomía; como continuara con cuadros de colangitis frecuentes y persiste ascaridiasis aún con tratamientos médicos (*ascaris* intrahepáticos) se le practica coledocoduodenoanastomosis.

TECNICA:

La técnica seguida ha sido diferente en los distintos servicios de cirugía de nuestro Hospital; el Dr. Carmelo Calvosa ha sido un ferviente defensor de la técnica del Dr. Pietro Valdoni; incisiones transversas o longitudinales, tanto en colédoco como en duodeno, con suturas en uno o dos planos, con material no absorbible se han practicado. Realmente, la mayor importancia reside en una buena movilización de duodeno por maniobra de Kocher y una amplitud de boca anastomótica de unos $2\frac{1}{2}$ a 3 cm. y, personalmente, preferimos sutura con seda intestinal en un solo plano. No se deja tubo en T; únicamente, en casi todos los casos, drenaje de Penrose en hiato de Winslow, que se retira del cuarto al quinto día post operatorio.

EVOLUCION:

La evolución post operatoria debemos considerarla inmediata y a largo plazo.

En Inmediata:

La mortalidad inherente a la intervención quirúrgica fue de 0.

El promedio de estancia hospitalaria post operatoria fue de 12.5 días. Complicaciones inmediatas: Un caso de absceso de la pared abdominal con estancia post operatoria de 14 días. Un caso de pancreatitis crónica presentó hematoma subhepático y subdiafragmático infectado que se drena complicándose posteriormente con fistulas de pared abdominal por Sargaloy, con una estancia postoperatoria de 30 días; ha tenido episodios de dolor sugestivos de pancreatitis, posteriormente. En dos casos de reintervención, coledocoduodenostomía en segundo tiempo por coledocolitiasis múltiple, se presentó fistula biliar por dehiscencia de

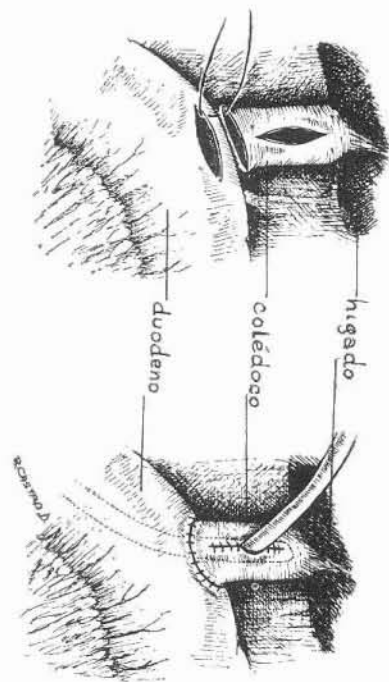


Fig. 1. Coledocoduodenostomía transversa con tubo en T. Técnica en desuso, pues raramente permite amplitud de la boca.

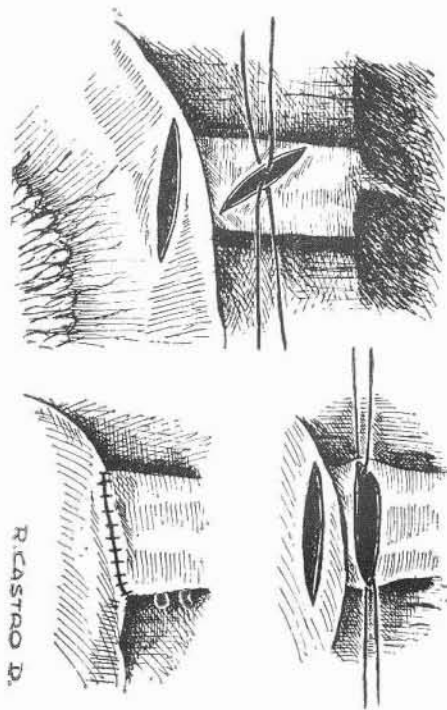


Fig. 2. Técnica de Valdoni, muy usada por la Escuela Italiana. Ha dado buenos resultados.

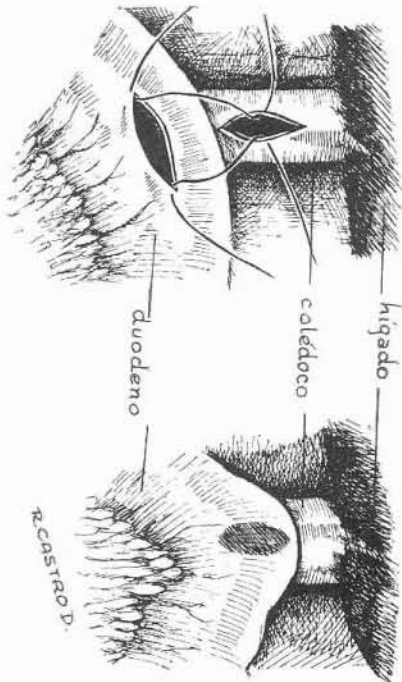


Fig. 3. Técnica latero-lateral es la técnica que hemos usado más. Hemos obtenido excelentes resultados.

anastomosis; en uno de estos casos se reinterviene suturado dehiscencia y dejando tubo en T (Cartell) y succión en cavidad abdominal; sale curada, con estancia post operatoria de 56 días; en el otro caso, la paciente rehusó reintervención quirúrgica; tuvo estancia post operatoria de 28 días, tardando su fistula en curar 4 meses, a domicilio.

Un caso de cáncer de páncreas tuvo evolución post operatoria satisfactoria desapareciendo ictericia; fallece súbitamente al décimo día postoperatorio. Un segundo caso de cáncer de páncreas de 82 años de edad, fallece al sexto día postoperatorio por coma hepático. Un tercer caso de cáncer de páncreas con colecistoyeyunostomía practicada unos meses antes, presentó oclusión intestinal por lo que se reinterviene practicándose colecistectomía y coledocoduodenostomía, con buen funcionamiento; fallece al día 18 postoperatorio. Otro caso de cáncer de páncreas fallece por shock séptico al séptimo día postoperatorio.

A largo plazo: caso citado de coledocoduodenostomía practicada dos años antes: se reinterviene por presentar cuadros de colangitis, encontrando estenosis casi completa, puntiforme, de anastomosis; se practica nueva coledocoduodenostomía amplia que resuelve el problema.

No ha existido complicaciones ni inmediata ni a largo plazo en casos intervenidos de primera instancia.

RESULTADOS:

Si hacemos a un lado los casos intervenidos por procesos malignos de páncreas, cuyo pronóstico está ligado a su causa, los resultados, inmediatos y a largo plazo, han sido altamente satisfactorios; en efecto, hemos tenido oportunidad de seguir un número considerable de ellos totalmente asintomáticos; no se ha presentado colangitis, a pesar de existir el reflujo del contenido duodenal en las vías biliares, constatado radiológicamente y también la retención temporal de material radio opaco en porción distal de colédoco. El resultado podemos conceptuarlo como excelente en coledocolitiasis múltiple, incluso intracanalicular y única, con cálculo enclavado en ampulla de Vater, así como en las afecciones estenosantes de colédoco distal y esfínter de Oddi. El resultado fue también excelente en un caso de ascaridiasis biliar. En los casos de pancreatitis crónica se ha obtenido magnífica funcionalidad, pero su pronóstico a largo plazo quedaría ligado a la evolución de la pancreatitis. Además, el mejor conocimiento de la fisiopatología de este padecimiento, en especial las formas crónicas y la absoluta necesidad de explorar este órgano radiológicamente están modificando el enfoque quirúrgico de este padecimiento.

CONCLUSIONES:

Consideramos, entonces, que la coledocoduodenostomía es una intervención quirúrgica que debe estar presente en la mente del cirujano que trabaja en vías biliares; desvío bilio digestivo de no difícil manejo

viene a solucionar el libre tránsito biliar hacia duodeno. Procedimiento que no necesita acompañarse de anastomosis digestiva o desfuncionalización asa intestinal; no requiere dejar tubo en T; no existe posibilidad de traumatizar o colocar suturas al conducto pancreático; no hemos visto colangitis post operatoria. Con el objeto de prevenir la posibilidad de estrechamiento de la boca anastomótica, lo que se manifestaría por cuadro de colangitis, se formula una correcta ejecución técnica, con amplia boca. Estaría indicada en primera instancia en coledocolitiasis múltiple, aún intracanalicular, cálculo único impactado en ampulla de Vater, estenosis de esfínter de Oddi o de colédoco distal de tipo benigno; en escaridiasis de vías biliares; en determinados procesos de pancreatitis crónica. En cuanto se refiere a cáncer de páncreas la intervención, como paliativa, estaría indicada si se ha practicado colecistectomía, ya sea en tiempo previo o en el transcurso del mismo acto quirúrgico, afectada por proceso patológico. Nuestra casuística viene a estar de acuerdo con la experiencia de otros autores. Hemos citado la experiencia de Valdoni. Plenk and Hartl durante 11 años, la practican en forma sistemática en litiasis múltiple de colédoco; creen, se trata de un método simple y seguro para manejar la coledocotomía y el mejor medio de no dejar cálculos residuales. Iszak and Steiger la reservan para el caso de dificultad al paso de sondas de Bakés N° 4 a 5 por ampulla de Vater. Varios autores están de acuerdo en que ningún procedimiento de exploración canalicular sea manual, instrumental, colangiográfico, etc., es efectivo en un 100% para poner a cubierto de la litiasis residual.

En Costa Rica, como en las estadísticas de otros países, los cálculos constituyen la causa más frecuente de obstrucción coledociana tanto en pacientes con vesícula biliar como colecistectomizados. Los cálculos representan una causa muy rara de estenosis coledociana (Bockus); cuando cálculos y estenosis se hallan asociados, los primeros constituyen el resultado y no la causa de la estrechez. La papilitis estenosante primaria, estenosis primaria del esfínter de Oddi, se debe raramente a inflamación primaria en ese sitio. La estenosis no traumática del colédoco terminal no asociada a cálculos o afección biliar deriva, en la mayoría de las veces de pancreatitis crónica de tipo fibrótico. La aparente estrechez, en realidad, puede no deberse a fibrosis de la pared ductal, sino más bien a fibrosis pericoledociana secundaria.

RESUMEN:

Se revisa 52 casos de coledocoduodenostomía practicadas en el Hospital San Juan de Dios. De acuerdo con resultados inmediatos y a largo, plazo, indicamos esta magnífica intervención de primera intención en coledocolitiasis múltiple, intracanalicular, cálculo enclavado en ampulla de Vater, estenosis benignas de colédoco distal y esfínter de Oddi, así como en ciertas formas de pancreatitis. Recomendable en cirugía paliativa de cáncer inoperable de papila de Vater o páncreas en ausencia de vesícula biliar.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—AGUIRRE, CARLOS — Tratamiento de las Odditis estenosantes. *Pren. Méd. Argent.* 54: 1086; 1967.
 - 2.—BARNER, HENDRICK B.M.D. — Choledochoduodenostomy with reference to secondary Cholangitis. *Annals of surgery.* January 1966. Vol. 163. Nº 1 (74:80).
 3. BOCKUS L. HENRY M.D. — Philadelphia, USA. Obstrucción de colédoco terminal. Aspectos etiológicos y diagnósticos. *Pren. Méd. Argent.* 54: 970. 1967.
 - 4.—CORRAO FRANCISCO H. — Coledocoduodenostomia. Indicaciones Técnicas-Resultados. *Pren. Méd. Argent.* 54: 1466. 1967.
 - 5.—ISZAK, D. C. and STEIGER, Y. — Post cholecystomy Syndrome; Its Prevention and treatment by choledochoduodenostomy, *J. Int. Coll.* 30: 802, 1958.
 - 6.—JONES S. A., SMITH, L. L. KELLER, T. B. and JORGENSEN, E. J.: Choledochoduodenostomy to prevent Residual Stones, *Arch.* 86: 1014, 1963.
 - 7.—PLENK, A. and HARTL, H. — Erfahrungen mit der supraduodenalen Choledocho-Duodenostomie als Routine operation bei Choledochus stein und seinen Folgen. *J. Int. Chir.* 9: 421. 1949.
 - 8.—SANDERS R. L. — Indications and value of choledochoduodenostomy. *Ann Surg.* 123: 844. 1946.
 - 9.—VALDONI, P. — La coledocoduodenostomia en la cura de la calculosis del colédoco. *Scientia Médica Itálica L.*: 82, 1950.
-