

COLEDOCOTOMIA Y EL USO DE LA SONDA EN "T"

Por
Dr. Manuel Zeledón Pérez

COLEDOCOTOMIA

Introducción. — La coledocotomía es una parte de la cirugía de las vías biliares que consiste: en la apertura, exploración, dilatación y drenaje del colédoco.

Es de suma importancia para obtener buenos resultados postoperatorios en los padecimientos que afectan la enrucijada biliar. No hay que dudar en abrir un colédoco cuando hay indicación para hacerlo. Existe el cirujano que quita vesículas, hace una palpación somera de los canales biliares y luego le dá un pánico tremendo tener que abrir un colédoco, teniendo el caso, las indicaciones precisas para hacerlo. Cirujanos de esta clase son temerosos de las complicaciones y accidentes de la coledocotomía; dan poca o ninguna importancia a los fracasos tan comunes por falta de una exploración minuciosa de los canales. No debemos dejar de reconocer que la cirugía de vías biliares es laboriosa, de mucha precisión y que sólo la práctica, el estudio y la meticulosidad son las armas con que cuenta el cirujano para obtener resultados halagadores.

Indicaciones, 1.—La historia clínica. a) Fases ictericas o sus equivalentes, acolia o coluria, que coincidan con fases de crisis dolorosas agudas. d) Fiebre alta con dolor a la presión del área hepática, que hablan a favor de un ataque de colangio-hepatitis por bilis séptica estancada. c) Datos de laboratorio con cifras de bilirrubina directa, pruebas hepáticas que denoten un comienzo de hepatoclerosis. Cualquiera de estos datos de historia clínica que exista es suficiente para hacer coledocotomía aunque no se encuentren cálculos.

2. — La atrofia de la vesícula biliar. Esta siempre reconoce que existe o a existido algún problema de canales.

3. — El grosor de los conductos y de sus paredes. Signo importante que reconoce procesos inflamatorios y de buen o mal drenaje.

4. — Los cálculos pequeños en vesícula o las arenillas. Sabido es la gran facilidad con que pasan a colédoco.

5. — Fibrosis o fisiopatología del esfínter de Oddi.

6. — El páncreas duro, aumentado de consistencia.

No necesitamos que coexistan todos estos factores para que se tenga que abrir el colédoco, UNO SOLO QUE EXISTA, es suficiente para que esté indicada la exploración.

Ahora bien, suponiendo que el cirujano palpa alguna anomalía, tal como: a) Un cuerpo extraño dentro de los canales. b) Estenosis

de los mismos. c) Cualquier anomalía congénita. d) Fibrosis del páncreas; entonces la exploración se impone en el ciento por ciento de las veces. La conducta de técnica quirúrgica que se deba llevar a cabo la dará el hallazgo anómalo que encontremos. Muchos cirujanos son partidarios de practicar la coledocotomía previa colecistectomía, pensando en la posibilidad de que la vesícula les pueda servir para un drenaje externo o interno.

Técnica. 1. — Buena exposición de la zona operatoria. Esta se consigue: a) Haciendo una insición amplia de las paredes abdominales. b) rechazamiento amplio de las vísceras que se relacionan con la región (ayudándose de compresas húmedas y separadores de Deaver). c) dos a tres asistentes como mínimo.

2. — Disección completa del colédoco y parte de los canales — hepáticos hasta donde sea posible exponerlos; identificar bien la vena porta y las arterias hepáticas.

3. — Puncionar el presunto colédoco con una jeringa con suero fisiológico montada en aguja 23, aserclorarse de que se está en vías biliares.

4. — Medir presión dentro de los canales con manómetro que se usa para este propósito.

5. — Si hay condiciones adecuadas para tomar un colangiograma operatorio antes de abrir canales, se debe hacer.

6. — Poner una gasa en el hiato de Wislow que nos impide que pase la bilis por esta región.

7. — Una vez ejecutadas las maniobras anteriores que nos darán un panorama más claro sobre la conducta a seguir, fijamos el colédoco con dos riendas y lo abrimos longitudinalmente; el tamaño de la insición puede ser desde un centímetro y medio, hasta cinco centímetros, cuanto se necesite para poder trabajar bien.

8. — Aspiración continua, succionando toda aquella bilis retenida que pueda haber, ligar los vasos sangrantes.

9. — Con delicadeza se introducen exploradores en ambos canales hepáticos y en la porción distal del colédoco hasta duodeno; si es necesario emplear cucharillas para cálculos o pinzas de Dejardin para recoger un cálculo enclavado, se hará. Todas estas maniobras se ejecutan con mucha delicadeza para no traumatizar ningún órgano, ni formar falsas vías.

10. — Con el mismo cuidado se pasarán los dilatadores flexibles de Bakes. Si es necesario despegar duodeno del repliegue peritoneal de la pared abdominal, se verificará (maniobra de Spivack). Esto con el fin de que las manos del cirujano puedan dirigir bien los dilatadores y no formar falsas vías; con mayor razón lo haremos: a) cuando haya dificultades para el paso de los dilatadores por el esfínter de Oddi. b) cálculo enclavado en esta región y c) fibrosis de

colédoco pancreático. Esta maniobra dará criterio libre al cirujano sobre la técnica quirúrgica a seguir y le evitará cometer errores y maniobras forzadas.

11. — No se debe dilatar más allá del dilatador número 7.

12. — Lavado amplio a presión de los canales con suero fisiológico es muy aconsejable.

13. — Dejar siempre sonda dentro de los canales.

Las maniobras especiales de duodenectomía, plastía de canales, etc., no serán descritas por no ser el tema de este trabajo.

Accidentes. Los accidentes se evitan siguiendo paso a paso los tiempos apuntados para una técnica cuidadosa; no obstante se pueden presentar los siguientes: a) apertura de la vena porta, en ocasiones el colédoco tiene el grosor de ésta y si no se hace la punción previa se puede caer en la falla; b) falsas vías con ruptura del colédoco o de hepáticos pueden suceder por maniobras forzadas; c) ruptura del colédoco en su porción pancreática es el accidente más común. Lo más importante de este accidente es descubrir que se ha cometido, para poderle dar una buena solución y no obtener complicaciones; d) La sección completa de los canales es un accidente común de los cirujanos que hacen colecistectomías sin las precauciones necesarias. Como tal accidente se sale del objetivo de este tema no trataremos tal situación.

Secuelas Post-operatorias. La secuela post-operatoria más temprana es la fistula biliar. En la mayor parte de los casos, si se ha dejado un tubo de goma que drene el espacio de Marshall, el biliperitoneo no se establece o tal eventualidad se puede llegar a presentar si el tubo se ha retirado muy tempranamente. En general la salida de bilis por fuera de la sonda tiende a fistulizarse. Esta salida de bilis puede deberse a varias situaciones: 1.—a que no se cerró bien la incisión del colédoco sobre la sonda en T; 2. — a que la bilis no esté pasando a duodeno y la presión intracanalicular haga saltar las suturas del colédoco; 3. — a que se haya tirado accidentalmente de la sonda en T, desalojándola parcial o totalmente de su lecho dentro de los canales.

En una fistula biliar no hay que olvidar la posibilidad de haber seccionado accidentalmente un canal biliar accesorio. También es posible el traumatismo de las vías biliares por alguna maniobra brusca, en sitios poco visibles que no permitan al cirujano identificar su falta. Al tratar el uso de la sonda en T describiremos las otras posibilidades de secuelas post-coledocotomía.

USO DE LA SONDA EN "T"

La sonda en T se debe usar siempre que se abra el colédoco. Cuando las condiciones de los canales no permitan la salida de la rama larga por la piel al exterior, se debe dejar una sonda de Nélaton temporalmente perdida.

Las sondas en T más comunes son dos: la de Kehr y la de Cattell. La primera con dos ramas iguales y la segunda con una rama más larga que la otra. Se han descrito muchos otros diseños de sondas para colédoco pero las dos antes mencionadas se acomodan a todos los problemas de canales que podamos encontrar. Cada una de ellas dos tiene sus indicaciones precisas, o mejor dicho, la sonda de Cattell con su rama larga que pasa hasta duodeno, se debe usar en determinados casos específicos. El grosor de la sonda debe estar de acuerdo con el grosor de los canales.

El paso de la rama larga de la sonda de Cattell por la porción distal del colédoco, comprende: porción retroduodenal, porción intrapancreática y porción intranural del duodeno; garantiza de este modo: 1) drenaje constante de bilis del hígado hasta duodeno, 2) el riesgo de un mal funcionamiento esfinteriano, 3) estenosis de cicatrización.

Las indicaciones fundamentales del uso de la sonda de Cattell son: a) ictericia obstructivas, b) fibrosis o estenosis del esfínter de Oddi, c) cálculos residuales del tercio inferior del colédoco d) reconstrucción post-traumática.

La sonda de Cattell debe usarse siempre que exista un problema del tercio inferior de colédoco o del ámpula de Vater, a saber: a) litiasis residual, b) fibrosis del ámpula, c) estenosis traumática del colédoco.

Se recomienda cirugía cuidadosa, colangiografía operatoria, duodenectomía cuando haya dificultades al paso de los dilatadores, el empleo de la sonda de Cattell cuando se teman trastornos esfinterianos y dejar la sonda en los canales el tiempo suficiente para que hayan cicatrizado los tejidos no aparezcan estenosis posteriores. Cumpliendo los postulados antes mencionados, disminuye el síndrome post-colecistectomía.

La sonda de Kehr se debe usar siempre que no esté indicada la de Cattell.

Ahora bien, que tiempo se debe dejar la sonda en T en los canales?

Existe el cirujano que la quita a los 8 días y aquel otro que la deja 12 meses. Ciertos cirujanos aseguran que no se debe extraer antes de los tres meses. Puente Pereda recomienda de 8 a 12 meses, como mínimo de duración.

No debemos dar crédito a ninguno de estos autores y debemos normar nuestro criterio con ciertos datos: clínicos, de laboratorio y de rayos X. Estos datos son los siguientes: 1) ausencia de fiebre,

dolor o sus equivalentes. 2) retorno a la coloración normal de la piel, desaparición del prurito, coloria y acolia. 3) desaparición de trastornos dispépticos tales como: náuseas distensión y vómitos. 4) desaparición de la bilirrubina directa del suero y normalización de los niveles de la indirecta. 5) investigación de pigmentos biliares en la orina. 6) Se comienza a pinzar la sonda cuando no haya escurrimiento por una semana, 7) si no aparecen síntomas se hace un estudio colangiográfico.

Cuando todos estos datos son normales hay que recapacitar sobre la calidad de intervención que se verificó, para adaptarla al tiempo prudencial que se debe dar para que cicatricen las lesiones y no queden secuelas estenosantes.

Con esta pequeña descripción nos damos cuenta de lo que significa la sonda en T para el coledocotomizado y como debemos manejarla para obtener resultados con éxito.

Como base diremos que no se debe retirar en un plazo menor a 20 días, en aquellas condiciones en que todo es normal y el factor traumático se haya reducido al mínimo.

REVISION DE CASOS CLINICOS

Para encontrar los 35 casos de coledocotomías que detallo a continuación he tenido que revisar 314 historias clínicas sobre los padecimientos de vesícula y canales biliares, de pacientes que ingresaron al Hospital San Juan de Dios durante todo el año 1958. Las he clasificado de la siguiente manera:

Colecistitis y colangitis sin mención de cálculos...	91
Colelitiasis no operadas	76
Colelitiasis operadas sin coledocotomía	105
Colelitiasis operadas con coledocotomía	33
Coledocolitiasis post-operatoria no reintervenidas.....	3
Coledocolitiasis post-operatoria reintervenidas	3
Colecistostomías	2

De los 136 colecistectomizados 33 fueron coledocotomizados (25%) y tres de cálculos residuales post-colecistectomías fueron reintervenidos para coledocotomía.

El estudio que pude hacer sobre el presente grupo de coledocotomizados es el siguiente:

Historias clínicas: buenas 16, regulares 14 y malas 6.

Con síndrome de Charcot (ictericia, fiebre y dolor) 14. Cinco de estos ictericos tenían los canales dilatados, no tenían problema anatómico inferior de colédoco y tampoco tenían cálculos en él. Habiendo tenido clínica de colédoco y con cálculos presentes en vesícula, lo lógico es pensar que en un momento dado han habido cálculos en canales que han emigrado a duodeno.

En tres casos de coledocolitiasis se encontró fistula de vesícula a duodeno.

De los 36 coledocotomizados 20 tenían cálculos en colédoco; 7 tenían colédoco dilatado sin cálculos, 8 tenían cálculos pequeños en vesícula y también en colédoco. Esto confirma la enorme importancia de la exploración de colédoco cuando hay cálculos pequeños en vesícula y que muy a menudo no se perciben por simple palpación de los canales. En un caso de arenillas en vesícula el cirujano no exploró canales, probablemente por las malas condiciones del paciente que tenía además un empiema vesicular.

Cálculos enclavados en ampua de Vater 7 casos
 Coexistencia de pancreatitis con coledocolitiasis..... 4 casos
 Coexistencia de colangiohepatitis con coledocolitiasis .. 6 casos

Solamente en 6, de 10 casos con problemas de la porción terminal del colédoco, se dejó sonda de Cattell. Esto nos indica que ha habido falla de parte de algunos cirujanos, dado que se debió dejar la sonda de rama larga en los diez casos en que su indicación era precisa.

Colangiogramas post-operatorios que revelaran cálculos fueron cuatro, dos de estos casos fué necesario reintervenirlos y en los otros dos, los cálculos se eliminaron por la sonda.

En cuatro ocasiones no se dejó ninguna clase de tubos de drenaje dentro de los canales, ni siquiera sonda temporalmente perdida. Tampoco hay documentos que relaten la evolución post-operatoria de estos pacientes.

Reintervenciones por secuelas post-operatorias:

- 1.—Absceso subfrénico. 1 caso.
- 2.—Un caso. Cálculo residual después de 23 años de haber sido colecistectomizado. Otro caso de cálculos residuales operado 8 años antes y otro más con cálculos residuales reintervenido 25 días después de habersele practicado colecistectomía con coledocotomía.
- 3.—Un caso con coledocolitiasis que había sido colecistectomizado 11 años antes no quiso dejarse operar.
- 4.—Un caso de fistula biliar por sección accidental de canales hepáticos.

Promedio de duración de la sonda en T intracanalicular 18 días.
 Promedio de estancia hospitalaria 46 días.

CONCLUSIONES

- 1) Existe en nuestro medio un gran temor hacia la coledocotomía, dado que el enfermo biliar no se estudia lo suficiente para planear durante el pre-operatorio la clase de operación a verificar.

2) Las historias clínicas son muy pobres en datos y en detalles de los mismos.

3) Es ineludible que necesitamos acondicionar nuestras salas de operaciones para poder practicar el colangiograma durante la operación.

4) Se usa poco la sonda en T apropiada para los casos de problemas en $\frac{1}{2}$ inf. de colédoco.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—BOCHUS, HENRY L.
Gastroenterología ,tomo III, 1ª edición en español, 494:544 Salvat Editores, Madrid, 1951.
- 2.—LICHTMAN, S. S.
Diseases of the Liver Gallblader and Bile Duts, Gallstones, 1187:1202. Third edition, Philadelphia, 1953.
- 3.—THOREK, MAX.
Técnica Quirúrgica Moderna, Cirugía de la Vesícula Biliar, Tomo II, 2397:2407. Salvat Editores, Madrid, 1953.
- 4.—PUESTOW, CHARLES B.
Surgery of the Biliary Tract, Pancreas and Spleen, Coledochotomy Surgery, 145:168. 1st. edition Illinois, 1953.
- 5.—SPELBERG, MICHEL A.
Diseases of the Liver. Pigment Metabolism (Bile Secretion and Excretion) First Edition, 4:19, New York, 1954.
- 6.—FUENTE P. F.
La Prensa Médica Mexicana. El Uso de la Sonda de Cattel en Cirugía Biliar, Agosto, 1958.
- 7.—ZELEDON, P.
Revista Médica de Costa Rica, Hallazgos Clínico-quirúrgicos en 50 casos de Litiasis Biliares, Enero-Diciembre, 1956, Págs, 38, 39 y 40.