

# REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Año XXXI	SAN JOSE, COSTA RICA Número 356 ENERO DE 1964	Tomo XXI
----------	---	----------

## Criterio Quirúrgico y Técnica de Esfinteroplastia en la Obstrucción Fibrosa del Esfínter de Oddi, con Exploración del Canal de Wirsung\*

Por

Dr. Andrés Vesalio Guzmán

Dr. Rafael A. Coto Chacón

Dr. Edgar Cabezas Soleza

La esfinterotomía ha sido empleada como procedimiento para atacar los problemas obstructivos de vías biliares por fibrosis del esfínter de Oddi.

### HISTORIA

Desde 1901, cuando Opie (1) (7) llamó la atención de los cirujanos acerca de la observación de que la pancreatitis podría ser producida por el reflujo de bilis en el conducto pancreático, cuando la ampolla de Vater fuera ocluida por un cálculo, las investigaciones se canalizaron directamente hacia este problema.

Archibald, citado por Doubilet y Mulholland (1), sugirió en 1913 que el espasmo del esfínter de Oddi, podría producir obstrucción temporal suficiente para producir reflujo de bilis al conducto pancreático. El probó esto en 1919, produciendo pancreatitis en gatos al inyectar bilis en el tracto biliar mientras inducía espasmo temporal del esfínter por procedimientos mecánicos o químicos.

Archibald (6), fue el primero que sugirió la esfinterotomía para el tratamiento de la pancreatitis en 1913 y el primero que la llevó a cabo transduodenalmente; asimismo ideó un instrumento con el

\* Cátedra de Cirugía del Dr. Andrés Vesalio Guzmán, Universidad de Costa Rica, Servicio de Cirugía "B" Hospital Central Caja Costarricense de Seguro Social y Servicio Carlos Durán, Hospital San Juan de Dios.

cual seccionar el esfínter de Oddi sin complicaciones o lesiones a través de una abertura en el conducto común y no a través del duodeno y que no seccionara la musculatura duodenal. Tal instrumento fue perfeccionado por Colp y Doubilet y fue usado con éxito en el tratamiento de la diskinesia del Oddi. La esfinterotomía usada por Colp, Doubilet y Gerber (2) en 1936, fue reportada con éxito en el tratamiento de la pancreatitis crónica.

Doubilet y Mulholland (3) idearon la división del esfínter de Oddi, practicada aproximadamente 6 semanas después del ataque agudo de pancreatitis, en orden a asegurar el drenaje libre de la bilis y el jugo pancreático. Esto lo lograban sea con el esfinterótomo desarrollado por ellos, o bien, exponiendo la ampolla de Vater transduodenalmente o incidiendo el esfínter sobre una sonda pasada desde el conducto común al duodeno, en una extensión de 1 cm. aproximadamente.

Cattell (2), por otra parte, recomienda la dilatación transcolecodociana del esfínter de Oddi, seguida por intubación mediante la sonda en T de rama larga, la cual atraviesa la ampolla y previene la estenosis recurrente. Preserva así la integridad del esfínter y reserva la esfinterotomía para aquellos casos en que no se puede lograr la dilatación del esfínter desde arriba. Para estos pacientes recomienda la esfinterotomía transduodenal seguida por la intubación prolongada con dicha sonda.

Bartlett y Nardi (4), describen la esfinterotomía modificada por ellos, la más extensa de cuantas se han propugnado y corresponde cercanamente a lo que Jones, Smith y Gregory (4) han llamado "esfinteroplastia". Se divide no solamente el esfínter común a ambos conductos a nivel de la papila sino también las fibras musculares dentro de la pared duodenal, descritas por Boyden, las cuales también rodean ambos conductos.

Jones y Smith (citados por Leger) (3) creen que la sección del esfínter de Oddi puede ser seguida de la reconstrucción cicatricial del anillo.

Para Olivier (8), lo que cuenta, en efecto, para el paso fácil de la bilis al duodeno, es el calibre que adquiera la vía principal a nivel de su terminación, medida que debe ser inferior al calibre del colédoco supraduodenal, sin sobrepasar 8 mm. De allí que Barraya (citado por Olivier) (8) sutura la mucosa duodenal a la de la ampolla y le da al esfínter el calibre deseado (papilo-esfinteroplastia calculada o medida).

---

## MATERIAL

Se presentan 19 casos operados en los Hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social y San Juan de Dios. En 3 casos se había practicado una colecistectomía previa. Un caso de éstos tenía cálculo en el colédoco a la re-exploración. 2 casos no tenían cálculos. Del remanente de 16 casos, 5 no tenían cálculos en la vesícula o conducto común. Los 11 restantes tenían colédocolitiasis y colelitiasis.

Los diagnósticos preoperatorios fueron:

Ictericia obstructiva .....	4 casos
Colelitiasis y Colédocolitiasis .....	8 casos
Obstrucción de vías biliares .....	2 casos
Pancreatitis crónica recurrente .....	2 casos
Colédocolitiasis residual post colecistectomía ....	2 casos
Pancreatitis aguda (colecistectomía previa) .....	1 casos
	<hr/>
TOTAL .....	19 casos

Los hallazgos operatorios son los siguientes:

Fibrosis del Oddi no asociada a colédocolitiasis .....	7 casos
Fibrosis asociada a colédocolitiasis .....	9 casos
Fibrosis asociada a pancreatitis crónica recurrente sin colédocolitiasis .....	2 casos
Fibrosis asociada a pancreatitis aguda sin colédocolitiasis .....	1 casos
Colédoco dilatado .....	13 casos
El tipo de operaciones:	
Colecistectomía - Colédocostomía - Papilotomía transduodenal con sonda de Cattell: .....	9 casos
Colédocostomía - Papilotomía transduodenal con esfinteroplastia dejando sonda en T de ramas cortas .....	10 casos
Cateterización del canal de Wirsung .....	6 casos
No se visualizó canal de Wirsung .....	4 casos

13 de los pacientes eran hombres y 6 mujeres. La edad fluctuó entre 30 y 74 años.

## METODOS

En el pasado hemos empleado en estos casos la técnica descrita por Mulholland y Doubilet que consiste en la esfinterotomía transduodenal.

La esfinterotomía resuelve problemas inmediatos de vías biliares y probablemente de canal pancreático. Consideramos sin embargo que al intentar una operación con exploración amplia de la ampolla de Vater, ella nos proporciona oportunidad de primera magnitud para que el cirujano pueda completar una exploración del conducto pancreático, y realice una operación técnicamente más adecuada sobre el esfínter, es decir, la esfinteroplastia, disminuyendo posibilidades de recurrencia por cicatrización post-operatoria estenosante, como lo han reportado algunos autores. Estos dos complementos de la sección simple del esfínter, en nuestra opinión no conllevan mayor riesgo operatorio y sí pueden proporcionar evidentes beneficios quirúrgicos al enfermo.

### INDICACIONES

En aquellos casos en que la exploración de las vías biliares demuestre gran dificultad para el paso de los dilatadores delgados a través del esfínter, consideramos indicación absoluta de esfinteroplastia.

Asimismo, consideramos indicación absoluta de la esfinteroplastia y posible exploración del canal de Wirsung en aquellos casos de pancreatitis recurrente en que haya obstrucción del Oddi. Excepción a este criterio son las indicaciones para coledocoduodenostomía, cuales son, enorme dilatación posiblemente irreversible del colédoco, cálculos intrahepáticos y mala condición del paciente.

Los casos con fibrosis del esfínter de Oddi pueden ser acompañados o no de colédocolitiasis y hemos observado esta asociación en 9 casos, con cálculos suaves de pigmentos biliares impactados en la ampolla de Vater, suponiendo un efecto irritativo e inflamatorio sobre esta última estructura, proveniente de las sustancias químicas que constituyen el cálculo y conduciendo por ende a la fibrosis.

### TECNICA OPERATORIA

La siguiente es la empleada por nosotros:

1) Exploración somera de las vías biliares y cabeza del páncreas, ordenada, metódica.

2) Se verifica una coledocotomía, exploramos hacia arriba y abajo, se extraen cálculos si los hay, con lavado de canales. Valoración del esfínter de Oddi, con bujías de Bakés, y si hay dificultad o imposibilidad de pasar la bujía más delgada o apenas

---

logramos pasar hasta la 4 con gran dificultad, consideramos indicación para esfinteroplastia transduodenal. Queremos señalar que el grado de dilatación del colédoco no guarda relación con el grado de estrechez de la papila.

3) Previo a la abertura del duodeno se procede a movilizar éste, por medio de la maniobra de Kocher, de manera que la segunda porción de duodeno quede ampliamente movilizada y permitan las maniobras operatorias sin tensión.

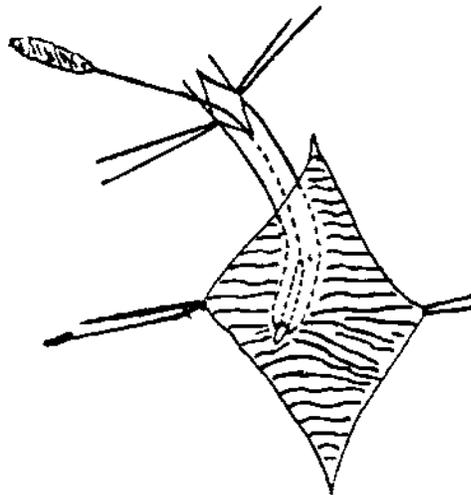


FIG. N° 1

Técnica de esfinteroplastia: La bujía de Bakés introducida por el colédoco levanta la papila estrecha y sirve de guía para hacer la duodenotomía, a través de la cual se puede ver su extremidad.

Se introduce luego una bujía de Bakés por la incisión de colédoco, más gruesa que el supuesto calibre del esfínter, haciendo presión sobre éste, impulsándolo hacia adelante con el objeto de que levante la pared anterior de la segunda porción del duodeno. Mientras un asistente sostiene la bujía en esta posición, el cirujano abre la pared anterior duodenal en sentido longitudinal teniendo como centro de la incisión el punto de proyección de la papila propulsada por la punta de la bujía. Se retraen los bordes de la herida duodenal con separador metálico suavemente, quedando expuesta convenientemente la papila por donde posiblemente se observará la punta del instrumento, que nos servirá de guía y se procede a practicar una incisión, del esfínter de Oddi, sobre el instrumento, en dirección hacia arriba y ligeramente hacia afuera, en una extensión aproximada de 1 a 1.5 cms. Cualquier vaso sangrante debe ligarse inmediatamente.

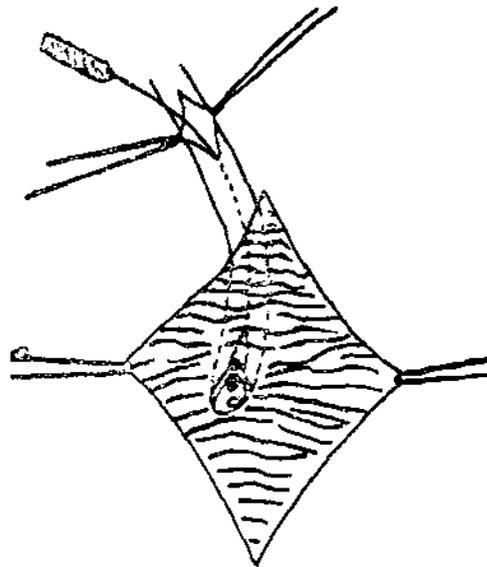


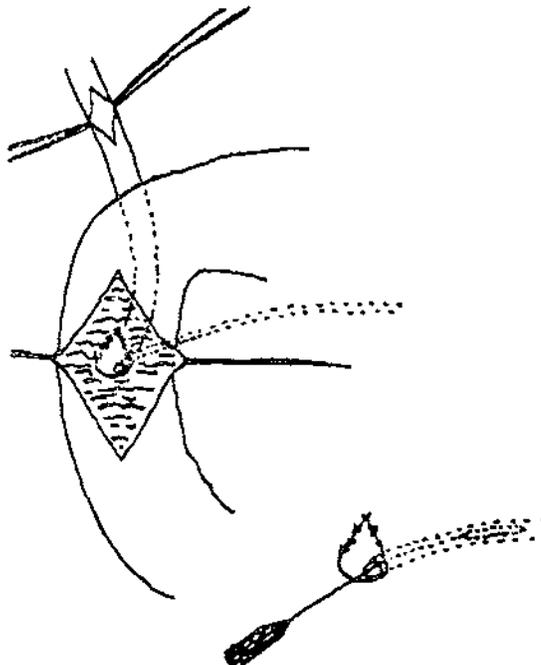
FIG. N° 2

Técnica de esfinteroplastia:  
Sección del esfínter de  
Oddi sobre la bujía de  
Bakes.

Se trata de visualizar la salida del canal de Wirsung, el cual hemos encontrado en 6 de nuestros casos, situado en el aspecto inferio.-interno de la papila, aproximadamente a 1 - 3 mm del borde duodenal y en 3 casos, aproximadamente a  $\frac{1}{2}$  - 1 cm. dentro de la ampolla de Vater, en su aspecto medial posterior. En otros casos, sólo hemos observado salida de líquido claro pancreático, sin poder visualizar o localizar precisamente el orificio del canal.

FIG. N° 3

Esfinteroplastia y exploración del canal de Wirsung: los bordes de la mucosa ampular y del duodeno se unen con puntos separa los de seda. Visualizada la papila del canal pancreático en su sitio más frecuente se introduce un explorador fino.



4) Procedemos luego a hacer la esfinteroplastia uniendo con suturas de seda 0000 cuidadosamente las mucosas duodenal y de la ampolla de Vater, en sentido circunferencial excepto la parte inferior, de tal manera de poder pasar en sentido retrógrado y con facilidad el dilatador de Bakés del N° 8.

A continuación y sin cortar los hilos de seda de la esfinteroplastia, se procede a lavar con suero, y con cuidado, la ampolla de Vater, y a introducir por el orificio del canal de Wirsung el dilatador de Bakés más delgado, haciéndolo avanzar sin forzarlo, en el sentido de la cola del páncreas. No hemos practicado ductografía con inyección de medio de contraste, ni tampoco dilataciones o ampliaciones por no haber encontrado estenosis ni del orificio ni del canal.

5) Se cierra el duodeno en sentido transversal en 2 planos: el primero con crómico intestinal 00 y seda 0000 a puntos separados sero-musculares para el segundo.

6) Se introduce dentro del colédoco la sonda de Kerr en T, de ramas cortas, advirtiéndose que en uno de los casos no se dejó dicha sonda, por haberse practicado la exploración a través del canal cístico.

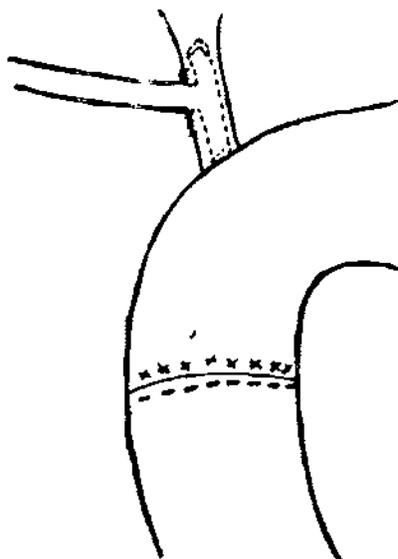


FIG. N° 4

Sonda en T de rama Corta colocada en el colédoco. El duodeno se satura transversalmente en dos planos.

Hemos abandonado, desde hace tiempo, el uso de la sonda de rama larga de Cattell, por considerar que la técnica de esfinteroplastia mantiene abierto perfectamente el esfínter de Oddi.

No se ha presentado pancreatitis a consecuencia de la exploración instrumental del canal de Wirsung pues las determinaciones de amilasas pancreáticas en el post-operatorio fueron normales. En los primeros tres casos se emplearon antienzimas tipo Trasilol que posteriormente fueron descontinuadas.

#### RESUMEN Y CONCLUSIONES.

Se presenta el criterio sobre el uso de la esfinteroplastia en los casos de estrechez fibrosa del esfínter de Oddi en 10 casos.

El número de casos operados es muy reciente y por lo tanto no presentamos resultados a larga fecha. Estamos satisfechos sin embargo de los resultados postoperatorios hasta el momento. El primer caso es de octubre de 1962.

Se presenta además la experiencia en la exploración del canal de Wirsung en 6 casos.

Consideramos que la operación en sí no aumenta mayormente el tiempo operatorio y permite realizar una operación teórica y prácticamente más perfecta, que posiblemente evite una recurrencia de estenosis, facilitando la salida amplia de la bilis y jugo pancreático y evitando regurgitación duodenal dentro del colédoco, al mismo tiempo que se aprovecha la oportunidad para investigar la permeabilidad del orificio y canal de Wirsung.

Consideramos que muchos casos sometidos a exploración de vías biliares ameritan una más ponderada y juiciosa valoración del calibre del esfínter de Oddi y que de encontrarse estrecho debe someterse a esfinteroplastia.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—DOUBILET H., and MULHOLLAND J. H.: *Surgery Gynec. & Obst.* 86:295, 1948.
  - 2.—SHACKELFORD R. T., *Surgery of the Alimentary Tract, Vol. One;* Pag. 794-5. W. B. Saunders Co., 1955.  
SHACKELFORD R. T. *Surgery of the Alimentary Tract, Vol. II; Vol. II;* Pag. 903 W. B. Saunders Co., 1955.
  - 3.—DOUBILET H., MULHOLLAND J. H.: *The Surgical Treatment of Pancreatitis, Surgical Clinics of N. A.;* W. B. Saunders Co., Pag. 339:359; Abril 1949.
  - 4.—BARTLETT M. K., NARDI G. L., *Treatment of Recurrent Pancreatitis by Transduodenal Sphincterotomy and Exploration of the Pancreatic Duct.* *The New England Journal of Medicine.* Pag. 643-645; Vol. 262; Number 13; March 31, 1960.
  - 5.—THISTLETHWAITE, J. RICHARD, SMITH DAVID F., *Evaluation of Sphincterotomy for the Treatment of Chronic Recurrent Pancreatitis, Annals of Surgery,* Vol. 158; N° 2; August; Pag. 226-231, 1963.
  - 6.—BLUMENTHAL H. T., PROBSTEIN J. G. *Pancreatitis, A Clinical-Pathologic Correlation,* Charles C. Thomas, pag. 329-330, 1963.
  - 7.—RAWLES BENJAMIN W., *The Pancreas and Spleen, Operative Surgery;* Chap. 63; Pag. 993, Vol II; Sixth edition, The C. V. Mosby Company 1963.
  - 8.—OLIVIER CLAUDE, *Chirurgie des Voies Biliaires, Extra e Intrahepaticques,* Masson et Cie., Paris, 1961; Pag. 102, 429, 430.
-