

11209.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO " LA RAZA "

E S F I N T E R O T O M I A D E L O D D I
: INDICACIONES Y EVOLUCION A LARGO PLAZO

T E S I S

QUE PRESENTA

DR. ALFONSO CHONG CHENG

PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL

ENERO 1980

MEXICO, D.F.

FALTA DE ORIGEN

XH8/C 46 e 1980



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

Introducción.....	1
Antecedentes Científicos.....	4
Técnica Operatoria.....	7
Material Clínico.....	13
Resultados.....	15
Discusión.....	28
Conclusiones.....	37
Bibliografía.....	38

I N T R O D U C C I O N

Por muchos años, los cirujanos han estado de acuerdo en las indicaciones para la exploración de la vía biliar común, las cuales son en general bien definidas. En donde no existe un criterio unánime es en las indicaciones apropiadas para la descompresión quirúrgica de la desembocadura biliar.

Según estadísticas del Sweddish Hospital, y de los Hospitales de Washington, aproximadamente el 5.5 por ciento de los pacientes que son sometidos a cirugía de las vías biliares son reintervenidos, la mayoría de las veces, por cálculos residuales o recurrentes, estenosis, ó neoplasia de la vía biliar. Esta frecuencia es equiparable a las reportadas por Glen y McSherry recientemente, con una incidencia del 3.3 por ciento.

Bakes en 1858, abrigaba la esperanza de lograr el paso de cálculos residuales mediante la dilatación del ámpula de Vater con el uso de los dilatadores que llevan su nombre. La revisión realizada por Heimbach (9) confirma las posiciones previas, y de todos conocidos. La dilatación del esfínter de Oddi con dilatadores mayores de 6 mm. no previene la litiasis residual o su recurrencia.

La importancia de la estenosis del Oddi como factor etiológico en la producción de las enfermedades del tracto biliar no es de todos aceptada o reconocida. La fibro-

sis, la inflamación o el espasmo del Oddi produce un síndrome clínico discreto, poco conocido, llámese síndrome postcolecistectomía o en ocasiones pancreatitis recurrente, que obliga al enfermo a sin fin de consultas médicas, sin lograr obtener el alivio de sus síntomas, los cuales consisten generalmente en crisis de dolor recurrentes - de localización epigástrica.

Lo cierto es que el desarrollo de la estenosis del Oddi tiene una estrecha relación con reacciones inflamatorias que ocurren en algunos pacientes con colecistitis crónica, en quienes es de esperarse algún grado de inflamación en el conducto y en el esfínter; o bien el paso de pequeños cálculos a través del ámpula, o el trauma producido durante la exploración del conducto biliar por dilatadores. Pueden resultar inflamación y eventualmente - formación de estenosis. Por otro lado, la pancreatitis - o colangitis pueden directamente complicar el área del - esfínter para dar lugar a una cicatriz permanente.

Partiendo de lo anterior, es de esperarse que dicha patología suceda con mayor frecuencia en los pacientes - con antecedentes de cirugía de la vía biliar o con patología de ésta. Por lo que la estenosis del esfínter de Oddi (no el espasmo) sea el causante de un número significativo de pacientes con síndrome postcolecistectomía, pancreatitis recurrente de etiología obstructiva biliar.

El síndrome postcolecistectomía por estenosis del esfínter y, en general la obstrucción biliar extrahepática, pueden ser tratados eficazmente mediante la esfínterotomía

del Oddi por vía transduodenal. Así mismo los casos de pancreatitis recurrente el procedimiento puede ser eficaz. Sin embargo, ésta se verá limitada por el factor etiopatogénico de la pancreatitis, por ejemplo: alcoholismo, anomalías anatómicas, obstrucción intrapancreática, etc..

Este trabajo retrospectivo tiene como objetivos principales :1) el de precisar cuales fueron las indicaciones quirúrgicas para la esfinterotomía del Oddi, mediante el análisis de 175 casos del servicio de Cirugía General del Centro Médico "La Raza". 2) Enfatizar los aspectos más importantes de la técnica aplicada en la cirugía de estos pacientes. 3) Evaluar la evolución y resultados de estos casos a largo plazo. 4) Establecer una correlación entre las indicaciones de la esfinterotomía y el estudio histopatológico de la biopsia del ampulla de Vater tomada al realizar el procedimiento.

★

A N T E C E D E N T E S C I E N T I F I C O S

La exploración transduodenal del conducto biliar, ámpula de Vater, y la división del esfínter de Oddi - han llegado a ser procedimientos quirúrgicos aceptados en el manejo de ciertas lesiones obstructivas benignas de la unión coledocoduodenal . Así como para la exploración y manejo de alteraciones patológicas de la vía pan-creática.

Ya en 1884, Carl Langenbuch ,2 años después de haber reportado el primer caso de extirpación exitosa de la vesícula biliar , advertía la posibilidad de estenosis cicatricial del esfínter de Oddi, sugiriendo la división -- transduodenal "diverticulum" de Vater. Summers, en 1900 - trató a una niña icterica mediante coledocoduodenostomía ante la ausencia de cálculos en la exploración y la evidente estrechez cerca de la parte terminal del conducto biliar al duodeno (6) .Por otra parte , a partir de los reportes de Opie , en 1901, la "Teoría del canal común" recibió sus ímpetus; y Archibald en 1913 sugirió la esfínterotomía en el tratamiento de la pancreatitis aguda , como medio idóneo para disminuir la presión biliar.

En 1928, Del Valle trató varios pacientes por una "Odditis fibrótica", y creyó que el diagnóstico podría - realizarse preoperatoriamente . Por 1933 Strauss pudo - reportar 29 casos de "estasis biliar crónica" causado - por inflamación e hipertrofia en el ámpula de Vater.

Doubilet y Mulholland (3) en base a la teoría del ca-
nal común , plantearon la tesis de que la pancreatitis
recurrente era debida basicamente al reflujo de bilis -

activada hacia el conducto pancreático , el cual ocurría del conducto biliar al pancreático cuando el esfínter de Oddi se encontraba con espasmo . Este reflujo se evitaba mediante la destrucción de la función del esfínter , y el progreso de la enfermedad era detenido, mejorando el paciente. Dicho conducto común fué demostrado en 316 de 319 pacientes estudiados (3) ,tanto por observación directa durante el procedimiento quirúrgico ,como por la colangiografía transoperatoria.

Estos autores , después de experiencias extensas - con el procedimiento , lo postulan como el tratamiento de elección para la pancreatitis recurrente. En contraparte a una "estenosis", hablaban de que la enfermedad era primariamente debida a una "disfunción" del Oddi. Y que los términos tales como "Odditis" o fibrosis del Esfínter oscurecían los hechos, ya que si acaso, ocasionalmente se presentaban una hipertrofia de las fibras musculares en los casos de pancreatitis.

Los hallazgos poco frecuentes de estenosis fueron corroborados por Mahoner y Fahrlander en sus casuísticas.

Por otra parte, Taff (23) y otros autores apoyan - la creencia de que la estenosis del esfínter puede ser responsable de la persistencia o recurrencia de síntomas después de una colecistectomía no complicada.

El estudio realizado por Grage en 1959 (7) , en un intento por correlacionar las alteraciones histopatológicas con las condiciones clínicas de los pacientes y los hallazgos transoperatorios, no encontró relación entre - las varias manifestaciones de la enfermedad del tracto biliar y los cambios histopatológicos del ámpula; postu-

lando finalmente que era más correcto designar las lesiones obstructivas benignas de la unión coledocoduodenal - con un término clínico inespecífico , el de estenosis , que como fibrosis del esfínter de Oddi , odditis esclerosante o papilitis.

En relación a las indicaciones y evolución , la exploración transduodenal del conducto biliar y la división del esfínter de Oddi han sido ampliamente utilizadas a - partir de los reportes de Doubilet y Mulholland en 1956 (3) , en los que encontraron buenos resultados en una serie de 319 casos con un 88 por ciento de éxitos en ellos. Empleándose en la actualidad en el síndrome postcolecistectomía, en la obstrucción biliar extrahepática en general , y en la pancreatitis . E invocándose una serie de modificaciones al procedimiento con el objeto de mejorar los resultados , ó evitar los fracasos en determinada patología que pudiera no tener cabida en la indicación del procedimiento en cuestión.

*

TECNICA OPERATORIA

Anatomía.-El colédoco y el conducto pancreático penetra en la parte izquierda del colédoco a través de un hiato de fibras musculares longitudinales y circulares (fig.4).

La capa muscular submucosa (de origen mesenquimatoso) que rodea a la porción intramural del colédoco y el conducto pancreático, se entremezcla con las fibras musculares intestinales en su sitio de entrada para formar el Esfínter Coledoceal Superior. Y a nivel de la papila de Vater dicha capa forma el Esfínter Coledoceal Inferior ó papilar, consistente en una serie de fibras musculares circulares trabeculadas de 6 mm. de longitud. (5) (12) (20).

La operación básicamente efectuada por nosotros es: Colecistectomía, esfinterotomía transduodenal y canalización externa del conducto de Wirsung. Sus tiempos fundamentales son:

- 1.- Colecistectomía y colangiografía por la técnica habitual.
- 2.- Maniobra de Kocher para la liberación del arco duodenal y cabeza del páncreas (fig.1).
- 3.- Introducción del tractor neumático de papila o un extractor flexible tipo Rappaport a través del muñón del cístico y colédoco hasta duodeno (fig.1).
- 4.- Duodenotomía de 2 cms. paralela al borde mesial de la segunda porción del duodeno (fig.2).
- 5.- Tracción y fijación de la papila con riendas de seda (fig. 2).
- 6.- Sustitución del tractor por el tubo de canalización pancreática e inserción en éste de la punta del esfinterotomo de Doubilet.
- 7.- Esfinterotomía-biopsia (fig. 3).

- 8.-Triangulación del ámpula con riendas de seda(fig.3).
- 9.-Canalización del conducto de Wirsung (fig.4).
- 10.-Cierre de duodenotomía y ligadura del cístico sobre el tubo pancreático (fig. 5).

★

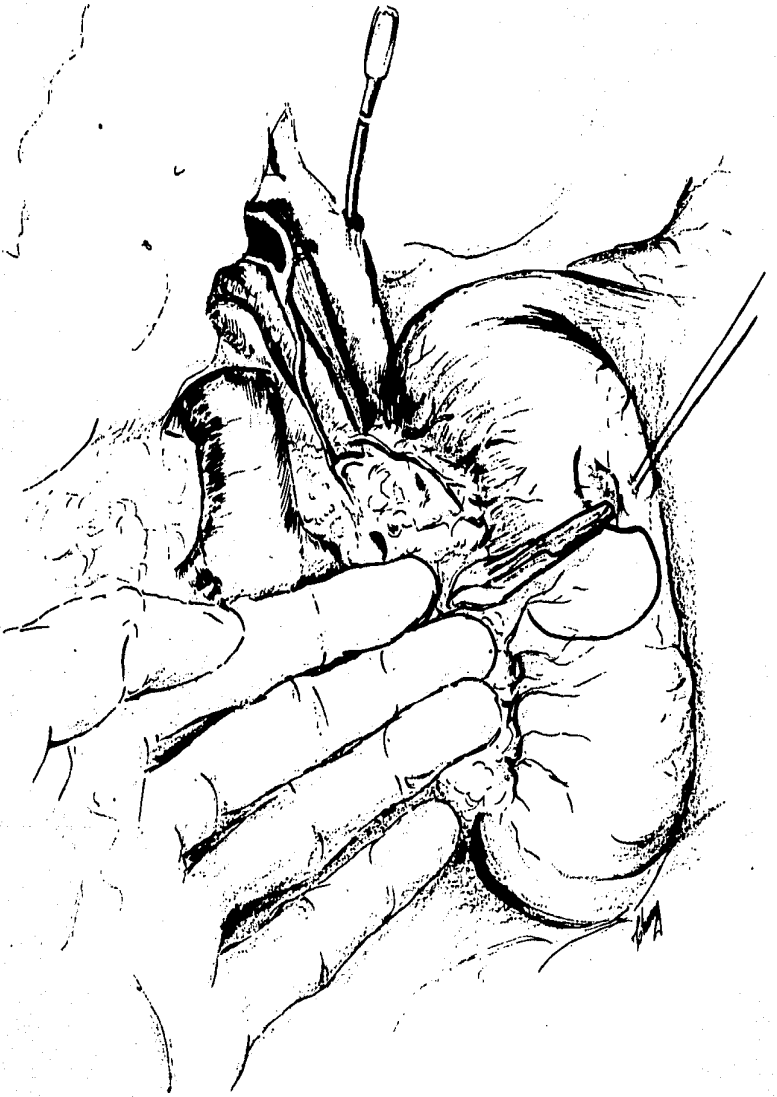


Fig. 1



Fig.2

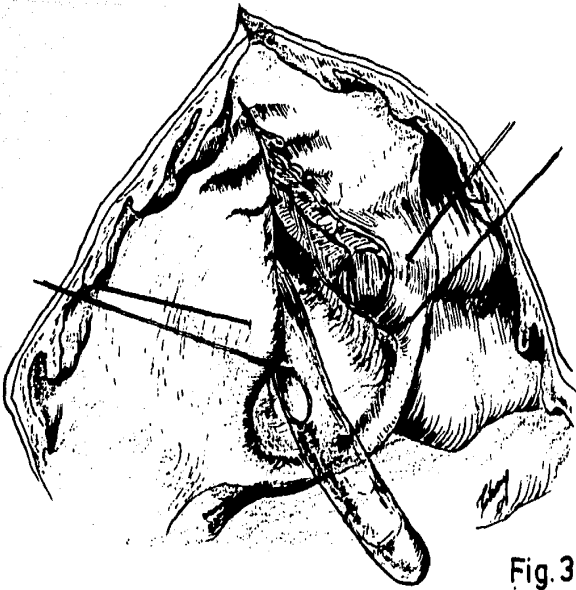


Fig. 3

Esfinter de Oddi

Superior

Submuco

Inferior

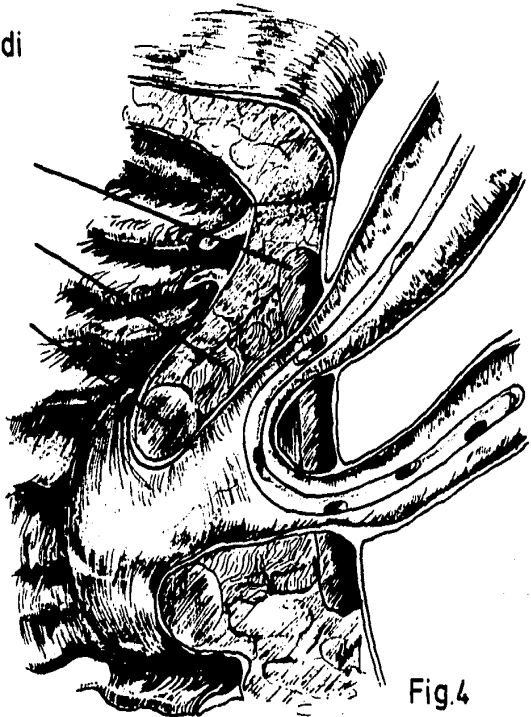


Fig. 4



Fig.5

M A T E R I A L C L I N I C O

En el período de enero de 1963 a agosto de 1979 fueron localizadas en el archivo clínico para el presente estudio 175 expedientes de casos de esfinterotomía del Oddi realizadas en el servicio de Cirugía - General del Centro Médico "La Raza". De los cuales - 108 pacientes fueron del sexo femenino y 67 casos - fueron masculinos .Variando la edad de 18 a 80 años , con una edad promedio de 44.6 años.

Las indicaciones para la esfinterotomía las agrupamos según la patología que determinó el uso del procedimiento, en cinco grupos: 1.-Por padecimientos pancreáticos, 2.-indicados por proceso patológico dentro del complejo biliopancreático, 3.-biliales, 4.-por patología a nivel del ampulla de Vater , y 5.-con fines diagnósticos.

A fin de determinar la correcta indicación del procedimiento , se correlacionó el grado de alteración histológica en la biopsia del ampulla de Vater, tomada al momento de la esfinterotomía, con el diagnóstico macroscópico operatorio.

Clasificándose dichas alteraciones histopatológicas en tres grados:

Grado I .-Biopsia reportada con edema e infiltrado inflamatorio agudo.

Grado II .-Infiltrado inflamatorio crónico por linfocitos y fibroblastos, y

Grado III.-Infiltrado inflamatorio crónico más fibrosis bien establecida.

De los 175 casos , los resultados postoperatorios a largo plazo unicamente pudieron ser determinadas en 123 casos debido a las depuraciones realizadas en el archivo clínico de la Unidad , a través de los 16 años que comprende el presente estudio. Y de éstos, 23 casos fueron excluidos de los resultados por la existencia de proceso neoplásico , ya sea a nivel del ámpula de Vater o en páncreas.

Para la evaluación de resultados postoperatorios se tomaron en cuenta además los controles de amilasas , bilirrubinas , fosfatasa alcalina , u otras determinaciones de laboratorio o gabinete (pancreatografías , colangiografías por la sonda de Katell), según fué el caso.

El método para graduar los resultados clínicos - fué mediante la aplicación de la clasificación del -- Visick, estableciéndose las siguientes categorías:

- VISICK I .-Aquellos pacientes sin complicaciones postoperatorias ni recurrencia de cólico biliar , o pancreatitis en el postoperatorio temprano o tardío.
- VISICK II .-Recurrencia de cólico biliar , ictericia ó pancreatitis leves y transitorios en el postoperatorio temprano , controlables con tratamiento médico.
- VISICK III.-Complicaciones postquirúrgicas por fístulas , colangitis , pancreatitis , hasta el postoperatorio tardío.
- VISICK IV.-Pacientes que requirieron nueva intervención quirúrgica, y las defunciones derivadas del - acto quirúrgico propiamente dicho.

R E S U L T A D O S

En el cuadro No.1 se encuentran señaladas las patologías principales que motivó la indicación de la esfinterotomía.

En primer lugar se debió a la presencia de patología a nivel del ampulla de Vater, abarcando el 37.71 por ciento de los casos, principalmente debido a la presencia de papilitis estenosante.

En segundo lugar (25.14%) a causa de padecimientos biliares, principalmente de tipo obstructivo complicada con pancreatitis.

En tercer lugar, por la presencia de cálculos en - colédoco o enclavamiento ampular de éstos, que requirieron de la esfinterotomía para su extracción, (18.85%).

El cuarto lugar lo ocupó los padecimientos pancreáticos con el 14.28 por ciento, y de ellos principalmente para la pancreatitis recurrente (8 casos), y los pseudoquistes pancreáticos con cinco casos. Tres se encontraban sin comunicación a la vía pancreática principal.

El procedimiento como método diagnóstico fué utilizado con un frecuencia del 4%.

Ahora bien, estos pacientes presentan un complejo - biliopancreático, que como su nombre lo dice, implica al teraciones tanto a nivel de las vías biliares, pancreáticas y del ampulla. Es por ello que determinamos el número total de patología a dichos niveles, encontrándose un total de 266 padecimientos en los 175 casos estudiados (tabla No. 2).

Y no obstante que los padecimientos pancreáticos ocuparon los últimos lugares como indicación del procedimiento,

la pancreatitis se presentó en el 56% de los casos (98 pacientes). Y fué causado en la mayor de las veces por patología de tipo biliar. El alcoholismo representó - un porcentaje muy bajo como etiología única ,aún cuando en 25 casos (39.6%) existió dicho antecedente.

La evolución postoperatoria en los pacientes según las indicaciones que determinó la esfinterotomía se presenta en la tabla No. 3. El tiempo de seguimiento postoperatorio fué de 1 a 94 meses.

Los mejores resultados se observaron en el siguiente orden: para la coledocolitiasis y enclavamiento ampular los resultados buenos (Visick I) fueron de un 81.8% ; en padecimientos biliopancreáticos complicados con pancreatitis de un 75.7 por ciento ; y en la papilitis estenosante de 71.4 por ciento de resultados favorables.

Los resultados desfavorables se reflejaron principalmente en el grupo de pacientes con padecimientos pancreáticos (47 por ciento con Visick III, y 11.7 por ciento con Visick II). La mayoría con el diagnóstico de pancreatitis recurrente y estenosis ductal. De los 8 casos en total - (cuadro No. 2) de pseudoquistes pancreáticos, únicamente - los tres que presentaban comunicación al Wirsungla evolución fué favorable, en los restantes, tres tuvieron malos resultados , y en dos se desconocen su evolución.

En el grupo de pacientes con pancreatitis (total de 63 pacientes de 100), tabla No. 8, aquellos sin antecedentes de alcoholismo tuvieron un 86.8 por ciento de éxito (Visick I), al contrario del grupo con etilismo que fué de 36 por ciento, con un Visick III y IV de 56 por ciento , (contra un 7.8 por ciento de fracasos en las del grupo sin alcoholismo).

No obtuvimos una relación directa entre la presencia o ausencia de alteraciones en la biopsia del ámpula de Vater con la evolución en el paciente .Los pacientes que mostraron alteraciones del ámpula se obtuvo 71 por ciento de buenos resultados, siendo equiparable al grupo sin papilitis estenosante (76.9 por ciento).

Así mismo, no hubo diferencias significativas en la evolución postoperatoria de los pacientes según el grado o magnitud de la lesión ámpular (cuadro No.7).

Los resultados generales del procedimiento se resumen en el cuadro No.4. Se obtuvo un 70 por ciento de resultados excelentes (Visick I).Y tomando en cuenta los 7 casos clasificados en el Visick II, debidos a elevación transitoria de las amilasas en el postoperatorio inmediato ,y a episodios transitorios de pancreatitis leves que remitió con tratamiento médico,con evolución favorable posterior y a lo largo de su seguimiento ,nos atrevemos a establecer un 77 por ciento de resultados exitosos.

En los restantes,23 por ciento (Visick III y IV) , los fracasos se debieron a lo siguiente: uno por el fracaso de la esfinterotomía para la extracción de un cálculo en el conducto pancreático, en la que obviamente es tuvo mal indicada; otro paciente por la persistencia del pseudoquistes (no comunicado al Wirsung) y en quien se le practicó inclusive cistoyeyunostomía; en un paciente se tuvo que reintervenir para realizar nueva esfinterotomía ; tres pacientes continuó con la persistencia de cólicos biliares; en dos persistió la ictericia y la fosfatasa alcalina elevada ; un paciente tuvo una fístula de colon y colangitis con pancreatitis; en los 11 restantes fué -

determinada por la recurrencia de episodios de pancreatitis.

Se presentó una mortalidad del 3 por ciento como resultados directos del procedimiento.

De los 175 pacientes ,132 casos presentaron diversos grados de alteración en el ámpula de Vater (75.41 por ciento),ver cuadro 5. Excluyendo los casos con el diagnóstico operatorio de papilitis estenosante ,la más alta incidencia de alteraciones del ámpula se observó en el grupo con patología biliopancreática, con 36 casos de 44 .

La certeza diagnóstica operatoria de papilitis - estenosante se obtuvo en el 86.27 por ciento de los casos(cuadro No. 6) ,y solamente en 12 casos se incurrió en error diagnóstico; según los resultados de la biopsia , 8 fueron reportados como normales, y 4 casos con proceso neoplásico ámpular.

Generalmente el diagnóstico operatorio de estenosis del Oddi se realizó mediante la colangiografía operatoria. En la cual se pudo determinar en el 50% de los casos dilatación del hepatocolédoco ,con estenosis del tercio inferior de éste o la existencia de enclavamiento ámpular , y en el 26.1 por ciento además la coexistencia de dilatación del Wirsung mediante la pancreatografía . Dicha pancreatografía permitió determinar la obstrucción ductal en los 8 casos existentes , y precisar la comunicación de los pseudoquistes al conducto - pancreático principal en tres casos, la ausencia de co-

municación en tres .En los dos restantes se ignoran los resultados de la pancreatografía.

El segundo método que permitió juzgar la estenosis del esfínter de Oddi fué la utilización de la exploración instrumental mediante dilatadores flexibles tipo Rappaport 1,3 y 5 ,o sondas Nelaton 8 all4.

★

E S F I N T E R O T O M I A - I N D I C A C I O N E S

TIPO PADECIMIENTO	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	#CASOS	%
PANCREATICOS	PANCREATITIS CRONICA	8	25 casos 14.28%
	ESTENOSIS DUCTAL	3	
	PSEUDOQUISTE	5	
	FISTULA PANCREATICA	2	
	LITIASIS PANCREATICA	2	
	PANCREATITIS AGUDA	2	
	NEOPLASIA PANCREATICA	3	
BILIO-PANCREATICOS	COLECISTITIS NO LIT-PANCREATITIS	5	44 casos 25.14%
	COLECISTITIS LIT-PANCREATITIS	22	
	COLEDOCO LIT-PANCREATITIS	8	
	ASCARIDIASIS-PANCREATITIS	1	
	CALCULO AMPULAR-PANCREATITIS	8	
BILIARES	COLEDOCOLITIASIS	19	33 casos
	ENCLAVAMIENTO AMPULAR CALCULO	14	18.85%
VATERIANOS	PAPILITIS ESTENOSANTE	51	66 casos
	NEOPLASIA AMPULAR	15	37.71%
DIAGNOSTICA	-----	7	4.0%
T O T A L E S		175	100 %

CUADRO No.1

I.M.S.S.

C.M."LA RAZA ".

HOSP.ESPECIALIDADES

PADECIMIENTOS EN 175 CASOS DE ESPINTEROTOMIAS DEL ODDI

PADECIMIENTO	TIPO	# CASOS	%
PANCREATICOS	PANCREATITIS CRONICA	19	45 casos 16.91%
	ESTENOSIS DUCTAL	8	
	PSEUDOQUISTE	8	
	FISTULA PANCREATICA	2	
	LITIASIS PANCREATICA	2	
	PANCREATITIS AGUDA	3	
	NEOPLASIA PANCREATICA	3	
BILIO-PANCREATICOS	COLECISTITIS NO LIT-PANCREATITIS	8	54 casos 20.30%
	COLECISTITIS LIT-PANCREATITIS	28	
	COLEDOCO LIT-PANCREATITIS	8	
	ASCARIDIASIS-PANCREATITIS	1	
	CALCULO AMPULAR-PANCREATITIS	9	
BILIARES	COLEDOLITIASIS	23	38 casos
	ENCLAVAMIENTO AMPULAR CALCULO	15	14.28%
VATERIANOS	PAPILITIS ESTENOSANTE	109	129 casos
	NEOPLASIA AMPULAR	20	48.42%
T O T A L E S		266	100 %

CUADRO No. 2

I.M.S.S.

C.M. "LA RAZA"

HOSP. ESPECIALIDADES

ESFINTEROTOMIA
RESULTADOS POSTOPERATORIOS SEGUN LAS INDICACIONES

TIPO	DIAGNOSTICO	#CASOS	VisickI	V-II	V-III	V-IV
P A N C R E A T I T I S	PANCREATITIS CRONICA	6	1	1	4	
	ESTENOSIS DUCTAL	3	1		2	
	PSEUDOQUISTE	3	2	1		
	FISTULA PANCREATICA	1	1			
	LITIASIS PANCREATICA	2	1		1	
	PANCREATITIS AGUDA	2	1		1	
	Subtotales (%)	17%	41.1%	11.7%	47.0%	0%
B I L I A R I T I S	COLECISTITISNO LIT- PANCREATITIS	4	3		1	
	COLECISTITIS LITIASICA PANCREATITIS	12	9		3	
	COLEDOCO LITIASIS PANCREATITIS	8	7		1	
	ASCARIDIASIS-PANCREAT.	1	1			
	CALCULO AMPULAR PANCREATITIS	8	5	1	2	
	Subtotales (%)	33%	75.7%	3%	21.1%	0%
B I L I A R	COLEDOCOLITIASIS	11	7	1	1	2
	ENCLAVAMIENTO AMPULAR CALCULO	11	11			
	Subtotales (%)	22%	81.8	4.5%	4.5%	9%
V A T E R	PAPILITIS ESTENOSANTE	28	20	3	3	2
	Subtotales (%)	28%	71.4%	10.7%	10.7%	7.1%
T O T A L E S (%)		100 %	70 %	7 %	19 %	4 %

CUADRO No. 3

I.M.S.S.

C.M."LA RAZA"

HOSP. ESPECIALIDADES

ESFINTEROTOMIA - RESULTADOS

V I S I C K I	70 casos	77 % favorables
V I S I C K II	7 casos	
V I S I C K III	19 casos	23 % sin éxitos
V I S I C K IV	4 casos	

CUADRO No. 4

I.M.S.S.

C.M. "LA RAZA "

HOSP. ESPECIALIDADES

CUADRO No.5

CORRELACION DEL DIAGNOSTICO OPERATORIO - HISTOLOGICO DE LA BIOPSIA DEL ESFINTER DE ODDI .

T I P O	DIAGNOSTICO OPERATORIO	# CASOS	NORMAL	G I	G II	G III	%	NEOPLAS .	IGNORA
P A N C R E A T I T I S	PANCREATITIS CRONICA	8		1	2	5			
	ESTENOSIS DUCTAL	3			2	1			
	PSEUDOQUISTE	5			2	3	10.85%		
	FISTULA PANCREATICA	2			1	1	(19 casos)		
	LITIASIS PANCREATICA	2			1				1
	PANCREATITIS AGUDA	2	1						1
	NEOPLASIA PANCREATICA	3							3
	COLECISTITIS NO LIT-PANCREAT	5	1	2	2				
	COLECISTITIS LIT-PANCREAT.	22	3	1	12	6			
B I L I A R I T I S	COLEDOLITIASIS PANCREAT.	8	1	3	4		20.57%		
	ASCARIDIASIS PANCREATITIS.	1			1		(36 casos)		
	CALCULO AMPULAR-PANCREAT.	8	2	1	2	2			1
	COLEDOLITIASIS	19	4	2	4	9	15.42%		
	ENCLAVAMIENTO AMPULAR-CALC.	14	2	1	5	6	(27 casos)		
	PAPILITIS ESTENOSANTE	50	3	1	22	22	28 %		2
V A T E R	NEOPLASIA AMPULAR	19			3	1	(49 casos)		15
	-----	4					0.57%		3
DIAGNOSTICA	T O T A L E S	175	17	12	64	56	75.41%		23
							(132 casos)		3

CORRELACION ENTRE EL DIAGNOSTICO QUIRURGICO E HISTOPATOLOGICO DE PAPILITIS ESTENOSANTE.					
DIAGNOSTICOS OPERATORIOS REALIZADOS EN 102 CASOS	GRADO I	GRADOII	GRADOIII	NORMAL	NEOPLASIA
		8	38	42	8
	CERTEZA DIAGNOSTICA OPERATORIA: 88 casos (86.27%)			ERROR DIAGNOSTICO OPERATORIO: 12 casos (13.73%)	

CUADRO No. 6

I.M.S.S.

C.M. "LA RAZA"

HOSP. ESPECIALIDADES.

CORRELACION ALTERACIONES DEL ESFINTER ODDI- RESULTADOS .

BIOPSIA	# CASOS	VISICK I	VISICK II	VISICK III y IV.
GRADO I	7	5 (71.4%)		2 (28.5%)
GRADO II	33	25 (75.7%)	2 (6%)	6 (18.1%)
GRADO III	44	29 (65.9%)	5 (11.3%)	10 (22.7%)
NORMAL	13	10 (76.9%)		3 (23%)
SE IGNORA	3	1 (33.3%)		2 (66.6%)
T O T A L	100	70%	7 %	23 %

CUADRO No.7

I.M.S.S.

C.M."LA RAZA"

HOSP.ESPECIALIDADES

 Resultados de Esfinterotomías del Oddi en pacientes con Pancreatitis

P A N C R E A T I T I S	T I P O	#	VISICK I	VISICK II	VISICKIII-IV	
	66/100 CASOS	SIN antecedentes de alcoholismo	38	33 (86.8%)	2 (5.6%)	3 (7.8%)
		CON antecedentes de alcoholismo	25	9 (36%)	2 (8%)	14 (56%)
T O T A L E S		63	42 (66.6%)	4 (6.3%)	17 (26.9%)	

CUADRO No. 8

I.M.S.S.

C.M. "LA RAZA"

HOSP. ESPECIALIDADES

D I S C U S I O N

A 16 años de las primeras experiencias obtenidas con la esfinterotomía (10) (11), hemos podido ratificar a largo plazo nuestra impresión inicial de los primeros 5 años, esto es, la indicación principal para el procedimiento continúa siendo la existencia de cambios orgánicos en el esfínter de Oddi. La cual hemos podido demostrar mediante la biopsia positiva del ampulla de Vater en un 75 por ciento de los 175 casos estudiados.

Encontrándose dicha estenosis presente en la generalidad de los casos estudiados de enfermedad biliopancreática, y biliar (coledocolitiasis con o sin enclavamiento ampular), en un porcentaje de un 81.8 por ciento en ambos casos. Siendo en estos dos tipos de padecimientos en los que se obtuvieron los mejores resultados (75.7%, y 81.8%, respectivamente).

Aún cuando hemos ratificado la presencia de alteraciones a nivel del esfínter de Oddi en la mayoría de nuestros casos, y hemos determinado una causalidad probabilística entre esta alteración histopatológica y los diferentes tipos de patología biliopancreática que lo originan (cuadro No. 5). Desafortunadamente existe un número significativo de clínicos que no han aceptado que la obstrucción de la ampolla de Vater es posible en presencia de estas determinantes (17), y así mismo de cirujanos que todavía hacen uso de dilatadores de gran calibre para dilatación forzada (9).

Reynolds (9), examinando el esfínter bajo visión directa con binocular de asa durante el paso de dilatado-

res ,encontró que la dilatación en exceso de 3 mm. rompía el mecanismo esfinteriano .Dicho trauma había sido ya corroborado por Baker y Curd en autopsias de cadáveres recientes y con el uso de dilatadores mayores de 6 mm..

Heimbach (9) motivado por estos hallazgos encontró en su estudio de 4,700 casos de cirugía biliar extrahepática , la mayor frecuencia de pancreatitis postoperatoria , y de mayor severidad en aquellos pacientes en los que se habían utilizado dilatadores de gran calibre.

Correlacionando el diagnóstico quirúrgico con el histopatológico de estenosis en el esfínter de Oddi, en la cual tuvimos una certeza diagnóstica del 86 por ciento en 102 casos (cuadro No. 6), consideramos que el diagnóstico operatorio puede realizarse sin dificultad , una vez sospechada la patología.

Y en acorde con otros autores (3) (10) (14) (16) , el método más simple y útil es la colangiografía operatoria , el cual generalmente muestra una estrechez abrupta del esfínter coledoceal en su tercio inferior.

En ocasiones ,sin embargo, estos cambios son tan sutiles , que permite el paso del medio de contraste al duodeno ,aún ante la existencia de un grado avanzado de estenosis , por lo que el cirujano deberá de realizar un esfuerzo a fin de determinar si dicho cambio sea producido por un espasmo. Esto puede delucidarse con la introducción de sulfato de Magnesio al 25% al duodeno y en vecindad con la papila ,ello permite eliminar el espasmo en un tiempo generalmente menor de 10 minutos.

Como segunda alternativa diagnóstica se encuentra la calibración del esfínter mediante el paso de dilatadores de Rappaport o su equivalente en sondas . La imposibilidad en el paso de dilatadores de 3 mm. al duodeno no implica una estenosis del esfínter.

Consideramos justo mencionar que un gran porcentaje de pacientes con síndrome postcolecistectomía presenta como hallazgos operatorios un conducto cístico remanente, con o sin la presencia de cálculos ,al momento de la esfínterotomía (7) (19),que llegan inclusive al orden de un - 84% en las series de Bodwall. Esta interurrencia etiopatogénica puede invalidar en un momento dado los resultados de la esfínterotomía.

Pero así mismo , estos conductos remanentes son capaces de producir los mismos cambios en el esfínter como los que puede originar una vesícula inflamada en forma crónica (19).

En nuestra serie encontramos una alta incidencia de alteraciones a nivel del esfínter en pacientes con presencia de cístico remanente. Y en un paciente con resección del cístico hubo que reintervenirlo y practicar la esfínterotomía para el alivio de su sintomatología álgica.

Aún cuando la estenosis del esfínter de Oddi sea la indicación principal para la esfínterotomía , la ausencia de esta alteración no excluye la indicación del procedimiento en ciertos tipos de patología biliopancreática que requieran un método de descompresión biliar , y en aquellos otros en los cuales la severidad de la pancreatitis indique un drenaje temporal del Wirsung.

Ya que según pudimos observar en nuestros casos (cuadro No. 7), los resultados buenos son equiparables tanto en el grupo de pacientes con alteraciones histopatológicas del esfínter como en aquellos con biopsia normal. No habiendo así mismo, una correlación entre los diferentes grados de alteración reportada en la biopsia con los resultados y evolución de los pacientes.

Ello apoya las conclusiones de Grage (7) en su estudio de 1959 en que no encontró relación entre las manifestaciones de la enfermedad biliar y los cambios histopatológicos del ampulla. Y pudiera explicar los buenos resultados de Doubilet, aún a pesar de los escasos pacientes con estenosis en sus series (3).

Desde los primeros reportes de esfinterotomías realizadas por Doubilet (3)(4)(5) a nuestros contemporáneos, las indicaciones para la esfinterotomía han cambiado de sobre manera. Los principales trabajos de Doubilet -- eran encaminadas al tratamiento de la pancreatitis recurrente, basado en la existencia de un paso anatómico común y a la teoría del reflujo biliar y en el entendimiento de que la enfermedad era primariamente debido a una disfunción del esfínter de Oddi. Siendo en raras ocasiones debido al traumatismo en una operación previa, no se encuentra fibroso o es el asiento de un proceso inflamatorio.

Sin embargo esta teoría del reflujo y la vía común como etiología fué muy pronto abandonada, en favor de la obstrucción del conducto pancreático por el esfínter de Oddi. Y hemos observado a partir de ello que el ímpetu de la esfinterotomía en el tratamiento de la pancreatitis recurrente a decaído en favor de la patología biliar litiasica, con o sin compromiso pancreático secundario.

Jones ,después de resultados pobres en sus casos de pancreatitis con la esfinteroplastia (12) , en un comunicado posterior (13) ,define su método como carente de valor en presencia de enfermedad pancreática importante . Comprobando casualmente su gran utilidad en la profilaxia y tratamiento de cálculos residuales. Postulándolo como la indicación principal del procedimiento (13).

Dichas conclusiones fueron basadas en los resultados obtenidos con 174 pacientes que presentaron cálculos múltiples en el colédoco (4 de ellos con cálculos en el conducto hepático que no pudieron suprimirse al momento de la cirugía). Tales resultados absolutos de litiasis residual negativa después de la esfinterotomía es también concluyente en nuestra serie.

Por otra parte, a pesar de los resultados alentadores en nuestra casuística , el valor profiláctico de la esfinterotomía para cálculos residuales o pérdidas - no se encuentra plenamente establecido. En los resultados de la serie de Meyhoff (15), ocho pacientes que - presentaron cálculos residuales ,que fueron pasados desapercibidos , solamente 2 fueron arrojados espontaneamente durante el período de observación.

Es del consenso general ,la utilidad de la esfinterotomía para la identificación y remoción de cálculos - enclavados en la papila. Unicamente queda agregar la necesidad de completar la esfinterotomía una vez que se - haya seccionado la papila parcialmente y extraído el - cálculo. Y que el método es obviamente infructuoso para cálculos en otras localizaciones , como en uno de nuestros casos con localización en el conducto pancreático.

Concerniente a la prevención de litiasis de neo formación , continúa prevaleciendo las premisas vertidas por Doubilet , en que la esfinterotomía evita la formación de cálculos mediante la reducción de la estasis y aboliendo el reflujo del jugo pancreático capaz de producir una inflamación química del conducto biliar.

A fin de delimitar las aplicaciones de la esfinterotomía en el grupo con pancreatitis , los hemos subdivididos según el factor desencadenante, obteniéndose los siguientes resultados:

Indicamos el procedimiento en los casos de pancreatitis secundaria a enfermedad biliar , ya se de tipo inflamatoria que cause estenosis del esfínter de Oddi , o bien para aquellos obstructiva litiásica . En los que hemos podido obtener buenos resultados en el 75 por ciento de los casos.

Estos pacientes constituyen al tercer grupo en los que Partington (18) indica la esfinterotomía.

Por el contrario, el grupo de pacientes con pancreatitis de origen no obstructiva biliar , el 47 por ciento de los resultados fueron malos.

Observamos que el alcoholismo juega un papel muy importante y adverso como antecedente , en los resultados de la esfinterotomía .En el grupo sin antecedentes de alcoholismo se obtuvieron buenos resultados en el 86.8 por ciento de los casos ,mientras que el grupo con antecedentes de alcoholismo ,fueron favorables en un escaso 36 por ciento (cuadro 8).

Taylor concluye en su estudio de 129 pacientes , que la esfinteroplastia es el mejor procedimiento para

la descompresión del conducto biliar en pacientes en quienes la porción intrapancreática del conducto biliar no se encuentre comprimida, siendo no adecuada para el tratamiento de la pancreatitis relacionada al alcoholismo.

Ya desde los primeros tiempos del procedimiento, - Doubilet y Mulholland (3), se advirtió que la mayoría de los fracasos se asociaron con alcoholismo crónico y advertían la posibilidad de fracaso para aquellos pacientes que no guardaran una dieta libre en alcohol o grasas, hasta el momento en que la regeneración pancreática fuera máxima con el método.

Todo lo anterior resulta verdadero en nuestra casuística: de los 19 resultados con Visick III en esta serie, 14 tenían antecedentes de alcoholismo crónico intenso.

Jones (12), en un intento para abatir el número de fracasos en la pancreatitis recurrente, y de éstas en el postoperatorio, realizó una modificación del procedimiento original (esfinteroplastia), en base a que el mecanismo complejo del esfínter no podía ser eliminado por una simple esfinterotomía y la necesidad de realizar un corte más alto. Solamente logró conseguir control de los síntomas en menos de la mitad de los casos del grupo con alcoholismo. No superior estas cifras a otras estadísticas con esfinterotomías.

Por lo que pensamos que el mecanismo etiopatogénico de la pancreatitis postetflica es mucho más compleja y a otros niveles, quizás metabólica (6). Y no simplemente por un espasmo del esfínter.

Respecto al uso de la esfinterotomía en la pancrea-

titis aguda hemos tenido poca experiencia. La opinión general (5) (13) aconseja que sea evitado en presencia de una actividad pancreática.

La pancreatografía operatoria por vía ampular - , introducida por Doubilet en 1955 (2) , y Lucien Leger, nos permitió limitar el uso de las esfinterotomías en los casos de estenosis ductal pancreática, litiasis - pancreática y pseudoquistes no comunicados al conducto de Wirsung (2) (5) (12) ; en favor de otros procedimientos de descompresión y drenaje pancreática.

Y nos permitió indicar favorablemente la esfinterotomía en casos tales como pseudoquiste comunicado al conducto pancreático principal , favoreciendo la reducción de la presión intraductal pancreática a manera de que el jugo pancreático fluya más libremente hacia el duodeno , observándose su desaparición paulatina , determinado por las pancreatografías postoperatorias utilizando la canalización del conducto de Wirsung.

La esfinterotomía y biopsia del ampulla de Vater - es de gran valor para la detección oportuna de una - neoplasia a nivel ampular , y su diferenciación con un carcinoma primario de la cabeza del páncreas, en cuyo caso su tratamiento y pronóstico difiere ampliamente (1) (22).

Por último, la cirugía de la esfinterotomía transduodenal se ve en lo futuro limitada y reducida por el cada día más difundido método de la colangiografía pancreatografía retrógrada transduodenoscópica , que aunque no contamos con experiencia en su uso, ha probado hasta

el momento su eficacia para la litiasis del conducto biliar común en pacientes con alto riesgo quirúrgico. Según se puede documentar en varios reportes recientes (14) (21), y así mismo, en aquellos expresados en el Tercer Simposium Internacional de Endoscopia Digestiva en Brusella de 1977 .

*

C O N C L U S I O N E S

La estenosis del esfínter de Oddi se presenta - con mayor frecuencia de lo que el concenso médico general ha percatado. Dicha patología tiene una estrecha relación con procesos inflamatorios crónicos que ocurren en las enfermedades biliopancreáticas.

Dicha patología es susceptible de corrección mediante la esfínterotomía del Oddi , con una muy baja morbilidad y mortalidad.

El procedimiento se encuentra indicado principalmente en la estenosis del esfínter de Oddi , sin embargo su ausencia no invalida su indicación en un momento dado .Ya que no existe una correlación entre la presencia de alteraciones en el esfínter y la evolución en los pacientes en quienes se han practicado la esfínterotomía.

Se encuentra indicada así mismo, en padecimientos biliares inflamatorios crónicos con o sin litiasis , y pancreatitis secundaria a procesos biliares. Es de gran valor para la extracción de cálculos ampulares -- impactados , y es útil para la prevención de cálculos residuales.

Su valor se encuentra muy limitado en casos de -- pancreatitis de origen no biliar , especialmente en los casos desencadenados por la ingestión de alcohol.

El diagnóstico de estenosis del esfínter generalmente no ofrece problemas , mediante la práctica de la colangiografía y la pancreatografía operatoria. Dichos métodos, a la vez, nos permite limitar su uso en casos - de pseudoquistes , y contraindicar su uso en la estenosis ductal del Wirsung.

B I B L I O G R A F I A

1. Crane, J.M., et al .Surgical experience with malignant tumors of the ampulla of Vater and duodenum. Surg.Gynec.Obstet.,137:937, 1973.
2. Doubilet, H., Poppel, M.H. and Mulholland, J.H. Pancreatography: Technics, principles and observations. Radiology, 64:325, 1955.
3. Doubilet, H., and Mulholland, J.H. Eight-year study of pancreatitis and sphincterotomy .J.A.M.A., 160: 521, 1956.
4. Doubilet, H. Treatment of pancreatitis by sphincterotomy. Am. Surg., 24(3): 205, 1958.
5. Doubilet, H. Indications and precautions in choledochal sphincterotomy .S.Clin. North America, 38:1279, 1958.
6. Glazer, G. Haemorrhagic and necrotizing pancreatitis. Br. J. Surg., 62:169, 1975.
7. Grage, T.B., et al. Stenosis of the sphincter of Oddi. A clinicopathologic review of 50 cases. Surgery, 48(2): 304. 1960.
8. Haff, R.C., et al . Succes with early operation in altering the course of pancreatic inflamatory lesions. Am. Surg. , 41(7): 436, 1975.
9. Heimbach, D.M., and White, T.T. Immediate and long term effects of instrumental dilation of the sphincter of Oddi. Surg.Gynec.Obstet., 148(5): 79, 1979.
10. Hernández Andonaegui, A., y cols. La esfinterotomía en cirugía bilio-pancreática .Tribuna Médica de México, tomo X(9):141, 1969.

11. Hernández Andonaegui, A., y cols. Cirugía de la región vateriana. Experiencia de 10 años. Memorias del V congreso de gastroenterología, pag. 437, México 1979.
12. Jones, S.A., et al Transduodenal sphincteroplasty (not sphincterotomy) for biliary and pancreatic disease. Am. J. Surg., 118:292, 1969.
13. Jones, S.A. Esfinteroplastia (no esfinterotomía) para enfermedades de vías biliares. Clin. Quirúrg. Norte Amer., 53:1123, 1973.
14. Liguory, Cl., and Loriga, P. Endoscopic sphincterotomy. Analysis of 155 cases. Am. J. Surg., 136(5):609, nov. 1978.
15. Meyhoff, H.H. Sphincterotomy treatment for biliary - tract stones. Acta Chir. Scand., 141(7):645, 1975.
16. Moody, F.G., et al Transampullary septectomy for post-cholecystectomy pain. Ann. Surg., 186(4):415, 1977.
17. Nardi, G.L. Papilitis y estenosis del esfínter de Oddi. Clin. Quirúrg. Norte Amer., 53:1149, 1973.
18. Partington, P.F. Sphincterotomy for stenosis of the sphincter of Oddi. Surg. Gynec. Obstet., 123:282, 1966.
19. Partington, P.F. Twnty-three years of experience with sphincterotomy and sphincteroplasty for stenosis of the sphincter of Oddi. Surg. Gynec. Obstet., 145(2):161, 1977.
20. Rutledge, R.H. Sphincteroplasty and choledochoduodenostomy for benign biliary obstructions. Ann. Surg., 183(5):476, 1976.
21. Siegel, K.H. Endoscopic manegement of choledocholithiasis and papillary stenosis. Surg. Gynec. Obstet., 148:747, 1979.
22. Schlippert, W., et al . Carcinoma of the papilla of Vater. Amer. J. Surg., 135:763, 1978.

23. Taff, D.A., et al. Sphincteroplasty for postcholecystectomy syndrome. *Am. Surg.*, 40:527, 1974.
24. White, T.T., et al. Postoperative pancreatitis . A study of seventy cases . *Am. J. Surg.*, 120:132, 1970.
25. White, T.T. Indications for sphincteroplasty as - opposed to choledochoduodenostomy. *Am. J. Surg.*, 126:165, 1973.