

1209.  
2 y/16

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
División de Estudios Superiores



TESIS DE POST-GRADO  
PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN:  
CIRUGIA GENERAL

DR. ENRIQUE LOPEZ - VILLA PAREDES  
Hospital General "Adolfo López Mateos"  
I. S. S. S. T. E.

MEXICO, D. F.

FEBRERO 1982

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## INTRODUCCION

El hallazgo de cálculos residuales del coledoco posterior a cirugía de las vías biliares, es una de las complicaciones mas decepcionantes de aquellas con las que se enfrenta el cirujano general. Al estimar los problemas de la enfermedad calculosa de las vías biliares y en general de las obstrucciones benignas de las vías biliares, cualquier mecanismo esfinteriano distal respetado puede aprisionar cálculos inadvertidos que queden después de una coledocolitotomía.

También puede producir obstrucción suficiente para permitir la formación de cálculos de estasis en el coledoco.

Además los calculos de los conductos hepáticos que no pudieron extraerse, descubiertos al explorar los conductos pueden alcanzar el coledoco en etapa temprana ó tardía después del periodo operatorio. Si los esfinteres distales funcionan, puede impedirse el paso de dicho cálculo hacia el duodeno.

La incidencia total de cálculos residuales es del 10% de los pacientes sometidos a coledocolitotomía y del 5% de los que tenían negativa la explotación del colédoco. Es además importante tener en mente que cuando un paciente se opera por cálculos residuales y se explora el coledoco hay un 25% de probabilidades de que queden uno o mas cálculos respetados. Como la --

morbilidad y mortalidad aumentan espectacularmente con las operaciones repetidas, estas cifras adquieren enorme importancia.

Por lo tanto el abordaje aquí tratado para la profilaxis y tratamiento de los cálculos residuales del colédoco es el que se efectúa a la ampulla de Vater de manera transduodenal y por sección seriada pinzando y suturando las paredes del duodeno y colédoco para crear una abertura permanente no contractil entre el tercio distal del colédoco y la pared lateral del duodeno.

#### HISTORIA

En 1681 Glisson describió la anatomía y fisiología del conducto biliar común con sorprendente acuciosidad.

En 1884 Langenbuch sugirió la sección del "divertículo" de Vater en casos de estenosis cicatricial por inflamación crónica.

En 1891 Mc Burney efectuó con éxito la primera esfinterotomía para extraer un cálculo del conducto biliar común. Cuatro años más tarde Kocher abrió el duodeno e incidió su pared posterior y la anterior del conducto común 1 cm. proximal a la papila y extrajo un cálculo. La esfinterotomía fue utilizada por Archibald en 1913 para el tratamiento de la pancreatitis recurrente y posteriormente utilizada por Doubilet y Mullholland pero sin obtener éxito debido a que no se seccionaba de

manera completa el mecanismo esfinteriano.

Jones en 1951 desarrolló la esfinteroplastía enfatizando que debe ser seccionado el mecanismo esfinteriano completo para su efectividad permanente y la incisión debe abarcar todo el grosor de la pared duodenal.

#### DEFINICION

La esfinteroplastía es un método transduodenal para producir una coledocoduodenostomia terminal, con una boca similar a la de la parte mas amplia del colédoco. La abertura así construída no es contrátil y es permanente pues los esfínteres quedan totalmente destruídos. La operación se efectúa seriada--mente pinzando, cortando y suturando por aproximación las paredes del duodeno y del coledoco.

#### ANATOMIA

Los conductos Colédoco y pancreático son paralelos cuando atraviesan oblicuamente la pared del duodeno. Este trayecto intramural tiene una longitud variable de 6 a 30 mm., -- punto que debe tenerse muy en cuenta. El conducto pancreático--suele penetrar en el coledoco a varios milímetros por encima del ampula de Vater en su parte medial. En su curso intramural ambos estan rodeados de esfinteres musculares. El primero esta

compuesto por el músculo de la pared duodenal. El segundo, el esfínter demostrado por Boyden es una delgada capa de musculatura especializada que se halla en la submucosa rodeando ambos conductos. Cuando los conductos penetran en la pared del duodeno, las fibras de este esfínter submucoso se fusionan con las del músculo duodenal, formando el esfínter superior del Boyden.

En la terminación del colédoco, esta vaina submucosa forma el esfínter papilar ó inferior de Boyden, una serie de travéculas musculares circulares firmes. Se ha demostrado que el músculo duodenal y el esfínter de Boyden nacen en etapas diferentes de la vida fetal y pueden contraerse juntos o independientemente.

Para eliminar completamente estos mecanismos constrictores, la incisión ha de extenderse abarcando todo el espesor de la pared duodenal.

#### TECNICA DE LA ESFINTEROPLASTIA

La técnica que se señala ideada por S. Austin Jones es el resultado de mas de 20 años de modificaciones. La operación puede efectuarla cualquier cirujano competente siguiendo los puntos que se señalan a continuación:

1.- ~~ANTIBIOTICOS~~: Como en la mayoría de los pacientes en los que se efectúa la esfínteroplastia presentan cálculos en coledoco, obstrucción distal de este con estasis ó am--

bos, se recomienda el uso de antibioticos en el pre, trans y postoperatorio (las. 24 hrs.).

Los antibioticos seleccionados deben ser efectivos -- contra gérmenes gran negativos enteropatogenos de los cuales -- predomina la E. Coli y contra gérmenes anarobios principalmente B. Fragilis. La Gentamicina ó Kanamicina son efectivos contra los primeros y la Penilicina G y la Clindamicyna contra -- los bacteroides.

Se deben tomar nuestras de bilis durante la operación para cultivo y sensibilidad.

2.- POSICION SOBRE LA MESA DE OPERACIONES: Con la mesa a nivel del piso se coloca un bulto radiolucido desde elgluteo hasta la escapula del paciente para elevar su lado izquierdo - de 25 a 30 grados. Durante la cirugía y disección el lado izquierdo de la mesa se desciende para que el paciente quede endecubito dorsal. Cuando se efectue la Colangiografía la mesa - se regresa a su posición inicial esto es con el lado izquierdo del paciente elevado, en esta posición el sistema ductal no se sobrepone a la columna y se asegura una buena exposición.

3.- INCISION.- Se utiliza una incisión subcostal derecha tres traveses de dedo por debajo del borde costal.

En casos excepcionales se puede obtener mejor exposición continuando la incisión anterior con una media longitudinal.

nal.

4.- Se efectua la exploración absominal de rutina.

5.- DISECCION DEL ARBOL BILIAR: Todos sus componentes son disecados cuidadosamente y sus características se determinan antes de ser anudados, pinzados ó cortados.

6.- COLANGIOGRAFIA TRANSOPERATORIA: Se efectua generalmente a traves del cistico utilizando un cateter delgado. El medio de contraste se diluye al 25%, se toman tres placas: la primera después de inyectar 2 cc. la segunda despues de 5 cc. más y una tercera con un volumen mayor. Se debe obtener una última placa despues que la técnica ha sido completada.

7.- COLESCISTECTOMIA: Si se ha decidido efectuar una esfinteroplastia, se debe estirpar la vesicula ya que en ausencia de esfinteres distales esta no se llenará y se alterará su función produciendo transtornos posteriores

8.- MOVILIZACION DEL DUODENO: El duodeno se moviliza completamente con la maniobra de Kocher y se corta la reflexión peritoneal en el borde inferior del Hiato de Winslow. Esto permite desplazar el duodeno hacia arriba, acercandolo a la herida.

9.- EXPLORACION DEL COLEDOCO: El colédoco se incide longitudinalmente entre dos riendas, se práctica su exploración manual y se irriga, en seguida se pueden utilizar pinzas de Randall, cateter de Fogarty y Coledocoscopia cuando el con-

ducto parece, limpio se pasa una sonda del número 10 (3 mm) Fr.-- hasta la carúncula. Ya no se utilizan instrumentos metálicos -- con este fin por el miedo de producir una falsa vía.

10.- DUODENOTOMIA: El duodeno se abre longitudinalmente ya que el nivel de la carúncula suele ser dudoso la duodenotomía se cierra siempre en la misma dirección longitudinal para -- evitar toda tensión en la línea de sutura. Si se encuentran dificultades para exponer el duodeno debido a enfermedad o cirugía -- previa se puede visualizar incidiendo la raíz del mesocolon. -- transverso ó por el ingenioso abordaje lateral extraperitoneal -- ideado por el Prof. Ong. de Hong Kong.

11.- LOCALIZACION DE EL AMPULA DE VATER: Si se ha podido pasar un cateter por la coledocotomía no se encuentra problema para localizar el ampula. Además esta puede localizarse por -- palpación, o utilizando un circulo de vidrio para deprimir los -- pliegues de la mucosa e identificar así el ampula. Si la parte -- supraduodenal del colédoco está rodeada de cicatriz por intervención quirúrgica previa a este nivel hay que hacer todo lo posible para localizar el ampula y completar la operación desde abajo. Debe reconocerse que si se hace pasar una sonda hacia arriba a -- traves del ampula sin abrir casi siempre penetra más facil en el conducto pancreatico que en el colédoco. Hay que tenerlo presente ya que el par inicial de pinzas debe colocarse para incorporar el colédoco y la pared duodenal pero no la del conducto pancreatico.

## 12.- COMO SE COLOCAN EL PRIMERO Y SEGUNDO PAR DE PIN

ZAS:

En las disecciones realizadas el conducto pancreatico suele penetrar en el colédoco y siempre en su parte medial. Incluso cuando el conducto pancreatico entra por separado en el intestino este se encuentra en posición medial con la parte final del coledoco. Por este motivo la carúncula se abre primero con una incisión entre las pinzas de mosquito colocadas a las 10 del reloj para evitar lesionar el conducto pancreatico.

El tejido entre el primer par de pinzas se corta, se separan las pinzas y se visualiza el conducto pancreatico, evitando. No se extirpa una cuña de tejido a menos que esté indicada la biopsia. Las pinzas sirven para colocar un punto de seda atraumática 5-0, luego las pinzas se quitan y los puntos se ligan y se utilizan para fijación. El segundo par de pinzas y todas las que se utilizan despues se colocan en la línea media anterior.

13.- COMO SE COLOCAN LOS PARES DE PINZAS SUBSECUENTES Y EL PUNTO APICAL: Se colocan pares sucesivos de pinzas en la parte anterior todas paralelas entre si incluyendo no mas de tres mm. de pared de coledoco y de pared duodenal cada pinza. El tejido entre ellas se corta y se utilizan las pinzas para colocar los puntos.

Esto prosigue hasta que la abertura creada tiene las

mismas dimensiones que la parte mas amplia del colédoco.

Cuando consideramos que hemos completado la operación vigilamos la abertura desde abajo utilizando dilatadores de Bakes. Si hay el menor temor de estenosis se efectua una incisión mayor. Por último se efectua de manera obligatoria una aproximación de la pared del colédoco y del duodeno en el apex mediante un punto en ocho para evitar una fuga desastrosa.

14.- COLOCACION DE SONDA EN "T": Si se ha efectuado una coledocotomia se coloca una sonda en T No. 14 Fr de rama -- corta en el coledoco. Si la indicación para la esfinteroplastia ha sido calculos multiples, puede tomarse una colangiografía -- a través de la sonda en T colocando al paciente en posición de Trendelenburg ó bien ocluyendo el conducto distal con una pequeña sonda de balón antes de inyectar el medio de contraste. El Hypaque al 50% puede enmascarar pequeños calculos por lo que -- se diluye al 25%. Si se efectua la esfinteroplastia totalmente -- desde abajo no empleamos sonda en T ni fijación.

15.- SECCION DEL TABIQUE QUE SEPARA AL COLEDOCO DEL CONDUCTO PANCREATICO: Aunque aquí no nos ocupamos del empleo -- de la esfinteroplastia en el tratamiento de la pancreatitis recurrente aguda hay que mencionar algunos puntos sobre la técnica cuando se utiliza con esta indicación.

Siempre hay que efectuar una pancreatografía para ex-

cluir la obstrucción intrapancreatica de los conductos, si existe esta la esfinteroplastia carecerá de valor y hay que elegir otro enfoque quirúrgico. Esto también es cierto cuando hay una enfermedad macroscopica del parénquima pancreatico. La pancreatografía debe efectuarse solamente inyectando 1 a 3 cc. del medio de contraste con presión mínima. Finalmente cuando la indicación fue la de pancreatitis aguda recurrente se debe seccionar el tabique que separa las terminaciones del coledoco y --- del conducto pancreatico lo cual se efectúa solamente mediante tijeras finas ya que el tabique es avascular.

16.- CIERRE DEL DUODENO: El duodeno se cierra de manera longitudinal usando surgete continuo con crómico 3-0 para la mucosa y una segunda capa seromuscular con puntos interrumpidos con seda 3-0.

17.- DRENAJES: Un penrose de 3/4 de pulgada se coloca en el lecho vesicular del higado y tanto este como la sonda en T se extraen por contraverturas separadas en la pared abdominal.

#### MÉTODOS PARA DEMOSTRAR LAS DIFERENCIAS FISIOLÓGICAS ENTRE ESFINTEROPLASTIA Y ESFINTEROTOMIA

Estas dos técnicas se han comparado fisiológicamente mediante los siguientes estudios:

##### ESTUDIOS POSTOPERATORIOS DE PRESION CON SONDA EN T

La morfina se utilizó como substancia que se sabe produce contracción de la pared duodenal y de todos los esfinteres



En contraste despues de una esfinteroplastia la inyección inicial del medio de contraste no muestra afilamiento del extremo inferior del colédoco. Después de administrar morfina no se produce constricción y la salida es igual al diametro máximo del coledoco. De hecho, el flujo del medio de contraste es tan libre y rapido que resulta necesario colocar al paciente en posición de Trendelenburg para visualizar el sistema de conductos.

#### REFLUJO POSTOPERATORIO DE BARIO CON ESTUDIOS GASTRO-INTESTINALES ALTOS.

Cuando se efectuaron estos estudios en pacientes que fueron sometidos a esfinterotomia, no se observo reflujo libre de bario hacia el arbol biliar.

Esto fue comprobado por Doubilet, el mayor defensor de la esfinterotomia, quien la describia como un mecanismo protector contra la colangitis "ascendente".

En contraste todos los pacientes sometidos a esfinteroplastia muestran libre reflujo de bario.

Consideramos la ausencia de dicho reflujo en pacientes con esfinteroplastia, estudiados de esta manera como demostración de una operación incompleta e inadecuada.

La colangitis es una infección descendente. Ascendente, y no se produce mientras no exista obstrucción del colédoco.

## PERSISTENCIA DE LA BOCA DESPUES DE LA ESFINTEROPLASTIA

Se ha comprobado que la abertura producida por la esfinterotomía con el tiempo se contrae.

Las esfinteroplastias efectuadas adecuadamente se conservan abiertas indefinidamente. Estudios tardíos de autopsia han demostrado bocas permeables, y se ha comprobado el libre flujo de bario años después de la operación.

## INDICACIONES PARA ESFINTEROPLASTIA.

### CALCULOS RECURRENTES Y RESIDUALES DEL COLEDOCO.

Aunque la mayoría de operaciones iniciales para colelitiasis son curativas un pequeño porcentaje de pacientes muestran en algún momento temprano ó tardío tener cálculos adicionales en el colédoco.

Estos casos de coledocolitiasis postcolectomía se pueden dividir en tres categorías: Cálculos retenidos, residuales y recurrentes.

Los cálculos retenidos son aquellos que se detectan en el postoperatorio inmediato por medio de una colangiografía por sonda en T. Los cálculos encontrados posteriormente puede ser cálculos no detectados durante la operación ó cálculos que se han formado en el colédoco después de la operación original. -- Los primeros generalmente son llamados cálculos residuales y -- los segundos cálculos recurrentes ó cálculos primarios. La mayoría de los cálculos del colédoco provienen de la vesícula pero-

algunos se forman en el coledoco debido a estasis, bacteribilia, aumento de la bilirrubina insoluble y por la formación de cálculos de bilirrubinato de sodio. Teóricamente la habilidad, para distinguir entre los cálculos residuales y recurrentes tiene su implicación terapéutica ya que a los pacientes con litiasis residual la mayoría de las veces se les practicara solo coledocolitotomía, y en el segundo caso siempre se efectuara una esfinteroplastia, además también se empleara en presencia de -- calculos de conducto hepático imposibles de extraer y cuando se encuentra lodo biliar.

#### ESTENOSIS DEL AMPULA DE VATER

La estenosis del ampula de vater es generalmente secundaria a inflamación del árbol biliar causando fibrosis y estenosis del ampula y del esfínter de Oddi. Ocasionalmente casos de estenosis ampular primaria se presentan sin enfermedad en el resto del árbol biliar. El diagnóstico microscópico de estenosis ampular es difícil y confuso.

Exámenes con luz polarizante para confirmar la presencia de colágena han ayudado a aclarar estos hallazgos.

Frecuentemente la estenosis del ampula es un diagnóstico clínico sin confirmarse por microscopía.

#### PANCREATITIS RECURRENTE.

Son bien conocidas las dificultades en el tratamiento de pacientes con pancreatitis crónica.

Los resultados de los exámenes de laboratorio y Rx -- pueden ser normales. No hay un tratamiento médico específico - y el quirúrgico no es efectivo generalmente.

Algunos casos de pancreatitis recurrente son causados por papilitis con fibrosis y estenosis del ampula y presentan dolor incapacitante y resultados de laboratorio concordantes - con el cuadro, pero quienes por otra parte tienen evidencia mínima de enfermedad pancreática del parenquima ó de los conductos comprobada por pancreatografía ó en el momento quirúrgico, a estos pacientes se les ha efectuado esfinteroplastia encontrándose remisión del dolor y de los hallazgos de laboratorio.

#### CONTRAINDICACIONES

La esfinteroplastia esta contraindicada cuando se - - efectua la primera exploración del coledoco si solo se descu- bren unos cuantos calculos voluminosos, la bilis esta clara, - el ampula tiene por lo menos 3 mm de diametro y la colangiogra fía es normal. No se recomienda en presencia de grandes esteno- sis del colédoco ó si se encuentran anomalías anatómicas - del tercio distal como un diverticulo periVateriano.

Debe evitarse la esfinteroplastia en presencia de - - cualquier enfermedad inflamatoria de los canaliculos pancreati- cos incluyendo pancreatitis aguda. En ciertas situaciones cuan do el colédoco esta ostensiblemente dilatado, en enfermedad de

Caroli, y colangiohepatitis oriental debe evitarse y se recomienda una coledocoyunostomia en Y de Roux. En pacientes de edad avanzada muy enfermos con mal edo. general con colédoco dilatado y multiples calculos, la coledocoduodenostomia puede ser mas simple, rapida y segura.

#### COLEDOCODUODENOSTOMIA LATERAL

Una anastomosis lateral entre el lado del coledoco y el lado de la primera porción del duodeno, ha sido una intervención popular en Europa y America del Sur desde que la efectuó por primera vez Riedel en 1982. No fue bien aceptada en los estados unidos hasta que se publicó el trabajo favorable de Madden en 1969, que despertó un nuevo interes.

Como los defensores de esta técnica la recomiendan para profilaxis y tratamiento de los cálculos residuales del colédoco, corresponde considerar esta operación para poder compararla con la esfinteroplastia.

La coledocoduodenostomia lateral tiene diversos puntos en su favor. En presencia de un coledoco netamente dilatado, la intervención es relativamente simple, pues cave esperar un porcentaje elevado de permeabilidad. Mientras esta anastomosis se conserve abierta y el drenaje biliar sea libre no habra colangitis. También es una exelente operación paliativa para tratar trastornos malignos que obstruyan el extremo distal del colédoco cuando el tumor obstructivo no tiene dimensiones suficientes

para que la obstrucción duodenal sea inminente. Debe considerarse también para tratar alguna estenosis benignas de colédoco -- donde en determinadas situaciones anatomicas puede tener gran valor.

No creemos que la coledocoduodenostomia lateral sea una operación ideal para evitar y tratar cálculos residuales -- del cóledoco. Con una anastomosis lateral efectuada por encima de la terminación normalmente estrecha del colédoco, una longitud apreciable del segmento distal del conducto drena mal y se forma una bolsa ciega ó "Pozo". Los cálculos inadvertidos muchas veces no atraviesan esta salida estrecho si hay estrechez-anomal del conducto distal, como ocurre en presencia de papilitis, esta patología no se descubre ni se corrige con una anastomosis lateral. Si una anastomosis lateral se conserva ampliamente abierta, restos y fibras vegetales pueden acumularse en este llamado pozo y acaban produciendo obstrucción. Por otra parte, si la anastomosis es demasiado estrecha, puede dificultar la libre salida del contenido y ocasionar colangitis.

La presencia de calculos impactados en el pozo ciego-distal puede producir pancreatitis, por obstrucción del conducto pancreatico pancreatico como consecuencia de obstrucción mecánica y por la irritación que contribuye a causar espasmo del esfinter.

No debe intentarse una anastomosis lateral a menos -- que el conducto sea suficientemente grueso para permitir una --

apertura de ciertas dimensiones. Cuando se descubre un colédoco encenegado, lleno de lodo ó cálculos multiples sin dilatación ostensible de los conductos no es adecuado para una anastomosis lateral.

REPORTE DE 3 CASOS A LOS QUE SE LES PRACTICO ESFINTEROPLASTIA EN EL HOSPITAL GENERAL "ADOLFO LOPEZ MATEOS" DE MARZO A DICIEMBRE-- DE 1981.

CASO No. 1

F.M.S. Femenino de 33 años que ingresó al hospital por el servicio de urgencias el día 19-III-81 con antecedentes de -- importancia de abuela materna y padre diabeticos. Tabaquismo de 15 años de duración grado III. G V, P III, A I, C I a los 22 -- años por DCP. FUR 18-II-81. Peso 59 Kgs.

Cuadro Clínico: de 7 años de evolución caracterizado -- por dolor en Hipocondrio derecho posterior a ingesta de colecistiquineticos acompañado de nausea y vomito. Además Ictericia, hi pocolia y coluria hace año y medio que cedieron expontaneamente.

Valoración preoperatoria: Hb. 16.9 Ht 42.5 Leuc. 8200- Glucosa 90 mgs.% Urea 16 Creat. 1.0 TP 13''100%, B. D. .4 B. I.- .3 B. T. 0.7 Fosfatasa alcalina 68 Proteínas totales 6.5 Albumina 3.99 Globulina 2.51 T. G. P. 12.4 T.G.O. 10.6 Amilasa serica- 35 U.S/C.

Colecistocolangiografía: Se aprecian cálculos multiples

en vesícula, sin paso del medio de contraste a duodeno.

Ultrasonografía: Cálculos múltiples en vesícula y colédoco dilatado.

Diagnóstico Clínico: Colecistitis crónica litiasica y Prob. Coledocolitiasis. En manejada en el pre, trans y postoperatorio con Ampicilina-Gentamicina, analgésicos, antiespasmódicos y soluciones parenterales.

Valoración operatoria: Se operó el 23-III-81 practicándosele Coecistectomía y encontrándose cálculos múltiples en vesícula de .5 cms. de diametro, Cístico dilatado de 1 cm. de diametro, Coledoco dilatado de 1.4 cms. de diametro por lo que se toma colangiografía donde se aprecia ausencia de paso del medio de contraste a duodeno por lo que se practica Coledocostomía, intentando pasar una sonda de caucho del No. 10 (3 mm.) lo cual no se consigue por lo cual se decide practicar una duodenotomía y se practica una esfinteroplastia tipo Austin Jones extrayendo se un cálculo impactado en ampulla de Vater al terminar el procedimiento se coloca sonda T en colédoco, se toma colangiografía la cual se aprecia normal.

La evolución de la paciente es satisfactoria y se egresa el 6-IV-81 14 días después de la cirugía.

Una semana después del egreso es vista en consulta externa se le practica Colangiografía de control la cual se aprecia normal y se retira la sonda en T. la paciente se ha seguido

por 10 meses encontrándose asintomática.

CASO No. 2

C.M.P.D. Femenino de 23 años que ingreso al hospital - por el servicio de urgencias el día 5-VI-81 con antecedentes - de importancia de abuelo materno muerto por Cirrosis hepática - A/N., abuela materna muerta por complicación de Diabetes mellitus, un tío materno diabetico. G O P O control de la fertilidad con anovulatorios orales desde hace 4 meses. Dos intermedios -- hospitalarios por cuadro vesicular 1 mes y dos semanas antes de su internamiento.

Cuadro Clínico; de 4 años de Evolución caracterizado - por dolor en hipocondrio derecho sin intolerancia a los colecis toquineticos, nausea y vomito, cuadro que se presenta en varias ocasiones y 3 días antes de su internamiento presenta dolor en hipocondrio derecho y epigastrio irradiado en hemicinturon, icteria, hipocolia y coluria, e hipertermia hasta de 38 grados C.

Exámenes de laboratorio de Urgencias: Hb 13.4 Ht 43 - Leuc. 15, 000 N 89 B 2 Glucosa 245 mgs%, U 26.4 Creat. 0.8 B.- D. 6 B.I 2 B. T. 8 Ca, serico 7.5 Amilasa serica 3290 U. S/C -- Con el Dx clínico de pancreatitis aguda probablemente secunda-- ria a coledocolitiasis se inicio manejo a base de sonda naso - gástrica, analgésicos, antiespasmódicos, ampicilina-gentamici-- na y soluciones parenterales con lo cual inicio una mejoría --

del cuadro

Valoración preoperatoria: Hb. 11.3 Ht 33 Leuc. 5,700-  
Fosfatasa alcalina 190 U. Amilasa serica 100 U. S/C Ca. serico  
8.7 B. D. 5.74 B.I. 1.6 B. T. 6.8 T.G.P. 134 T.G.O. 131 Proteí  
nas totales 6.1 Albumina 3.2 Globulina 2.9 Colangiografía por-  
infusión: Vesicula excluída, coledoco dilatado, sin paso de me  
dio de contraste a duodeno.

Ultrasonografía: Litiasis vesicular múltiple, coledo-  
co filatado por posible coledocolitiasis.

Diagnóstico Clínico: Pncreatitis aguda en remisión se  
cundaria a coledocolitiasis y Colesistitis crónica litiasica.

Valoración Operatoria: Se opero el 12-VI-81 práctican  
dosele colecistectomia, con calculos en vesicula, Cistico di-  
latado 5. cms. de diametro, coledoco dilatado 1.2 cms. de dia-  
metro, coledocotomia, paso de sonda No. 10 sin lograrse, se ex-  
trae cálculo impactado en ampula, se lava colédoco y se prácti-  
ca duodenotomia y esfinteroplastia tipo Austin Jones, se cate-  
teriza el conducto pancreatico, con sonda de alimentación in-  
fantil y se coloca sonda en T en coledoco. se toma colangiogra-  
fia y pancreatografía aprecian normales. La evolución postope-  
ratoria de la paciente es satisfactoria con exámenes de con-  
trol: Gluc. 95 Urea 18 Creat. 1.0 Hb 10 Ht 29.9 Eeudc. 5, --  
5,900 B. D. .5 B.I. .2 B. T. .7 Fosfatasa alcalina 9 TGP. 29-  
TGO 19 Amilasa serica 85 U.S./C y se egresa el 23-VI-81 11 días  
después de la cirugía.

Una semana después es vista en consulta externa se le práctica colangiografía y pancreatografía de control las cuales se aprecian normales con exámenes de control: Gluc. 80 mgs% -- urea 10. Creat .8 B. D. O. 3 B.I. 0.3 B. T. 0.6 fosfatasa alcalina 80 Amilasa serica 97 U. S/C.

Se retiran sonda en T y cateter de conducto pancreático.

La paciente se ha seguido por 7 meses encontrándose -- asintomatica con exámenes de control dentro de límites normales.

### CASO NO. 3.

A.T.M.C. Femenino de 44 años que ingresó al hospital por el servicio de urgencias el día 3-X-81 con antecedentes de importancia de tabaquismo de 6 años de duración grado I. G I P-O A I FUR 7-IX-81.

Peso: 83 Kgs.

Cuadro clínico: de 10 años de evolución caracterizado por episodios de Dolor en hipocondrio derecho y epigastrio, posterior a ingesta de colecistoquineticos, acompañados de náusea y vomito. Un cuadro de ictericia, hipocolia y coluria hace 10 años. y su último episodio doloroso desde 5 días antes de su -- ingreso. Exámenes de laboratorio: Hb 13.8 Ht 42 leuc. 17000 Neut. 88 B 5 Glucosa 95 mgs% U. 28 Creat. 1.3 TP 12''100 % B. D. -- 0.3 B. I. 0.2 B. T. 0.5 Fosfatasa alcalina 52 Proteína tot. --

8.2 Albumina 4.86 globulina 3.34 Colesterol total 281 TGP 35 -  
TGO 22 Amilasa serica 98 U. S/C.

Manejo con sonda nasogastrica. Ampicilina-Gentamicina, analgesicos, antiespasmódicos, soluciones parenterales.

VALORACION PREOPERATORIA: Colecistocolangiografia: Vesicula aumentada de volumen con múltiples calculos en su interior no se aprecia colédoco, ni paso de bario a duodeno.

Ultrasonografia: Cálculos múltiples en vesicula, no hay dilatación de colédoco.

Diagnostico Clínico: Colecistitis crónica litiasica, - prob. coledocolitiasis y pancreatitis secundaria.

Valoración operatoria: Se operó el 7-X-81 practicándose colecistectomia, colangiografia Transcistica donde se aprecia que no hay paso del medio de contraste a duodeno, Cistico dilatado y colédoco dilatado de aprox. 1.4 cms. de diametro se toca la cabeza del pancreas indurada y con Dx. de estenosis del ampula de Vater se practica duodenotomia y esfinteroplastia tipo Austin Jones. Múltiples calculos en vesicula. Se toma colangiografía por cateter transistico la cual se aprecia normal. La evolución postoperatoria de la paciente es satisfactoria con exámenes de control TP 12''100% Hb 10.4 Ht 31 leuc. 5,200 B.D.- 0.3 B.T. 0.6 Fosfatasa alcalina 35 TGP 5 TGO 4 Amilasa serica - 55 U.S/C. y se egresa el dia 17-X-81 10 días despues de la cirugía.

Una semana despues es vista en consulta externa se le practica S.E.G.D. apreciandose reflujo libre de bario a coledoco.

Con exámenes de control, dentro de límites normales.

La paciente se ha seguido por tres meses encontrándose asintomatica.

## RESULTADOS.

De los tres casos presentados a los tres se le practico esfinteroplastia transduodenal como procedimiento primario. No hubo mortalidad operatoria. La principal indicación para el procedimiento fueron calculos en el tercio distal del coledoco y falla para pasar una sonda No. 10 ( 3 mm ) a duodeno en dos pacientes y pancreatitis con estenosis del ampula de Vater en un paciente. El tiempo de estancia hospitalaria varió de 14 a 18 días, No se presentaron complicaciones y se han seguido a los pacientes por 10. 7 y 3 meses respectivamente.

## CONCLUSIONES.

Es conclusión debe reconocerse que una esfinteroplastia no es una esfinterotomia. Además se insiste en que la longitud de la incisión efectuada no es el criterio que establece lo adecuado de una esfinteroplastia pues la longitud de los esfinteres varia mucho según los individuos. La incisión debe continuarse hacia arriba hasta que la boca creada equivale al diámetro de la parte mas amplia del colédoco. Solo entonces se puede tener la seguridad de que todo el mecanismo esfinteriano en ese paciente en particular ha sido eliminado. Al crear dicha abertura grande la incisión debe atravesar toda la pared duodenal; es esencial una aproximación cuidadosa con sutura del cole

doço al duodeno para evitar toda fuga. La esfinteroplastia efectuada en la forma descrita puede llevarse a cabo con morbilidad y mortalidad aceptables. Creemos que esta es una operación muy útil cuando se efectua con las indicaciones adecuadas y que constituye el mejor manejo para la profilaxis y tratamiento de los cálculos residuales del coledoco.

#### RESUMEN.

- 1.- Se aplican los fundamentos de la esfinteroplastia.
- 2.- Se exponen consideraciones anatómicas sobre la región del colédoco y de los conductos pancreaticos.
- 3.- Se define la esfinteroplastia.
- 4.- Se dan los detalles sobre la técnica.
- 5.- Se demuestran las diferencias fisiológicas entre esfinterotomia y esfinteroplastia.
- 6.- Se exponen las indicaciones y contraindicaciones de la esfinteroplastia.
- 7.- Se comentan datos sobre la Coledocoduodenostomia lateral.
- 8.- Se presentan tres casos operados de esfinteroplastia.
- 9.- Se dan resultados y conclusiones.

## BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Rutledge R.H.: Sphincteroplasty and. Choledocoduodenos--  
tomy for benign biliary obstruction. Ann. Sug. 183: 476,  
1976.
- 2.- Mc Allistec A.J. Hicken N.F.: Biliary stricture: A conti  
nuin study. Am. J. Sug. 132:567, 1976.
- 3.- Jones S.A.: Sphincteroplasty not sphinterotomy for the -  
biliary tract desease. Surg. Clin. Nort. Am. 53:1123-37,  
1973.
- 4.- Greg J.A., Clarck G., Barr C.: Postcholesitectomy syndro  
me and its asociation with ampullary stenosis. Am. J. --  
Surg. 139:374, 1980.
- 5.- Saharia P. Suidema G. Cameron J.L.: Primary comon duct -  
stones. Ann. Surg. 185:598, 1977.
- 6.- Braasch J.W., Fender H.R., Bonneval M.M.: Refractory pri  
mary common bile duct stone desease. Am. J. Surg. 139:526,  
1980.
- 7.- Hayes M.A., Cahow C.E.: A technic for pancreatobiliary -  
Sphincteroplasty. Am. J Surg. 137:470., 1979.
- 8.- Allen B., Shapiro H., Way L.: Management of recurrent --  
and residual common duct stones. Am J. Surg. 142:41, --  
1981.
- 9.- Bagley F.H., Braach J.W. Taylor R.H.: Sphicterotomy or -  
Sphincteroplasty in the treatment of pathologically mild  
chronic pancreatitis. Am.J. Surg. 141: 418, 1981.
- 10.- Maingot R./ Abdominal operations: Vol. 1 secc 5.

- 11.- Koesloff L. Joseph W.L.: Transduodenal sphinteroplasty - for biliary tract disease. Am. Surg. 41:125, 1975.
- 12.- Schwartz S.I.: Principles of surgery; Third edition Chap. 31.
- 13.- Nora P.: Cirugia General principios y técnicas cap. 26 - pág. 515.
- 14.- Current surgical diagnosis and treatment pág. 579.
- 15.- Taylor R.H., Bagley F.H.: Ductal drainage or resection - for cronic pancreatitis. Am. J. Am. Surg. 1980.
- 16.- Frey C.F. Child C.G.: Pancreatectomy for cronic pancreatitis. Ann. Sur. 184:403, 1976.