

MINISTERIO DE EDUCACION

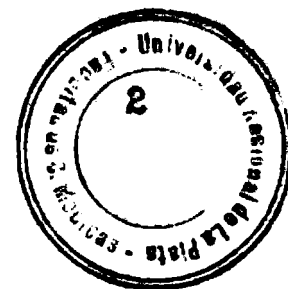
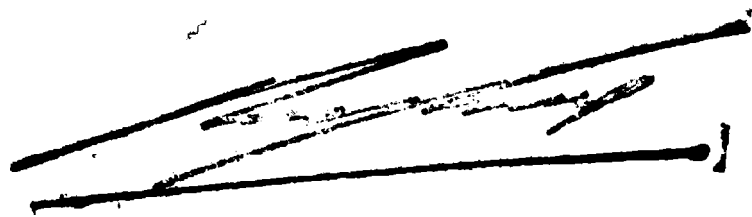
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

INDICACIONES DE LA PAPILOTOMIA

Padrino de Tesis: Prfesor titular de Clínica
Quirúrgica cátedra II Dr.Federico E.Christmann

Tesis de doctorado de Roberto Beltrán Darbon



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

AUTORIDADES

RECTOR:

Prof. Dr. Julio M. Laffitte

VICERRECTOR:

Prof. Ing. Héctor Ceppi

SECRETARIO GENERAL:

Dr. José Armando Seco Villañba

CONSEJO UNIVERSITARIO

Prof. Dr. Juan F. Muños Drake

Prof. Dr. Eugenio Mordegliá

Prof. Dr. Roberto Crespi Gherzi

Prof. Ing. Martín Solari

Prof. Dr. Julio H. Lyonnet

Prof., Dr. Hernán D. González

Prof. Ing. César Ferri

Prof. Ing. José M. Castiglione

Prof. Dr. Guido Pacella

Prof. Dr. Osvaldo a Eckell

Prof. Ing. Héctor Ceppi

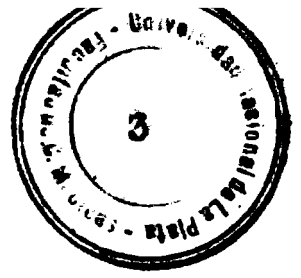
Prof. Ing. Arturo M. Guzmán

Prof. Dr. Roberto H. Marfany

Prof. Arturo Cábours Ocampo

Prof. Dr. Emilio J. Mac Donagh

Cap. de Fragata (R) Guillermo O. Wallbrecher



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

AUTORIDADES

DECANO:

Prof. Dr. Julio H. Lyonnet

VICEDECANO:

Prof. Dr. Hernán D. González

SECRETARIO:

Dr. Héctor J. Basso

PROSECRETARIO:

Sr. Rafael G. Rosa

CONSEJO DIRECTIVO

Prof. Dr. Hernán D. González

Prof. Dr. Diego M. Argüello

Prof. Dr. Incencio F. Canestri

Prof. Dr. Roberto Gandolfo Herrera

Prof. Dr. Luis Irigoyen

Prof. Dr. Rómulo R. Lambre

Prof. Dr. Víctor A. E. Bach

Prof. Dr. José F. Morano Brandi

Prof. Dr. Enrique A. Votta

Prof. Dr. Herminio L. Zatti



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Ameghino Arturo
Dr. Rophile Francisco
Dr. Greco Nicolás V.
Dr. Soto Mario L.

PROFESORES TITULARES

Dr. Argüello Diego M. - Cl. Oftalmológica
" Baldassare Enrique C. - F.F. y T. Terapéutica
" Bianchi Andrés E. - Anatomía y F. Patológicas
" Caeiro José A - Patología Quirúrgica
" Canestri Inocencio F. - Medicina Operatoria
" Carratalá Rogelio F. - Toxicología
" Carreño Carlos V. - Higiene y M. Social
" Cervini Pascual R. - Cl. Pediátrica y Pueric.
" Corazzi Eduardo S. - Patología Médica I.
" Christmann Federico E. - Cl. Quirúrgica IIa.
" D' Ovidio Francisco R. - P. y Cl. de la Tuberculosis
" Errecart Pedro L. - Cl. Otorrinolaringológica
Dr. Floriani Carlos. - Parasitología
" Gandolfo Herrera Roberto.- Cl. Ginecológica
" Gascón Alberto - Fisiología
" Girardi Valentin C. - Ortopedia y Traumatología
" González Hernán D. - Cl. de E. Infecciosas y P. T.



PROFESORES TITULARES

(II)

- Dr. Irigoyen Luis - Embriología e H. Normal
" Lambre Rómulo R. - Anatomía Descriptiva
" Loudet Osvaldo - Cl. Psiquiátrica
" Lyonnet Julio H. - Anatomía Topográfica
" Maciel Crespo Fidel A. - Semiología y Cl. Propedéutica
" Manso Soto Alberto E. - Microbiología
" Martínez Diego J.J. - Patología Médica IIa.
" Mazzei Egidio S. - Cl. Médica IIa.
" Montenegro Antonio - Cl. Genitourológica
" Monteverde Victorio - Cl. Obstétrica
" Obiglio Julio R. A. - Medicina Legal
" Othaz Ernesto L. - Cl. Dermatosifilográfica
" Rivas Carlos I. - Cl. Quirúrgica Cat. Ia.
" Sepich Marcelino J. - Cl. Neurológica
" Uslenghi José P. - Radiología y Fisioterapia



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES ADJUNTOS

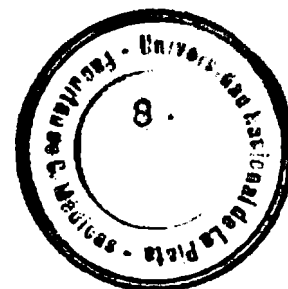
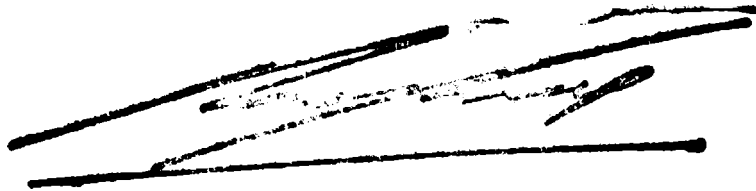
- Dr. Aguilar Giraldes Delio J. - Cl. Pediatría y Puerio.
" Acevedo Benigno S. - Química Biológica
" Andrieu Luciano M. - Cl. Médica
" Bach Victor Eduardo A. - Clínica Quirúrgica Ia.
" Baglieto Luis A. - Medicina Operatoria
" Baila Mario Raúl - Clínica Médica
" Bellingi José - Patología y Cl. de la Tuberculosis
" Bigatti Alberto - Cl. Dermatosifilográfica
" Briasco Flavio J. - Cl. Pediatría y Pueric.
" Calzetta Raúl V. - Semiología y Cl. Proped.
" Carri Enrique L. - Parasitología
" Cartelli Natalio - Cl. Genitourológica
" Castedo César - Cl. Neurológica
" Castillo Odena Isidro - Ortopedia y Traumatología
" Ciafardo Roberto - Clínica Psiquiátrica
" Conti Alcides L. - Cl. Dermatosifilográfica
" Correa Bustos Horacio - Cl. Oftalmológica
" Curcio Francisco I. - Cl. Neurológica
" Chescotta Nestor A. - Anatomía Descriptiva
" Del Lago Héctor - Ortopedia y Traumatología
" De Lena Rogelio E. A. - Higiene y M. Social
" Dragonetti Arturo R. - Higiene y M. Social
" Dussauto Alejandro - Medicina Operatoria
" Echave Dionisio - Física Biológica
" Fernandez Audicio Julio César - Cl. Ginecológica



PROFESORES ADJUNTOS

(IIa.)

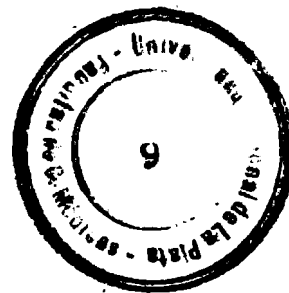
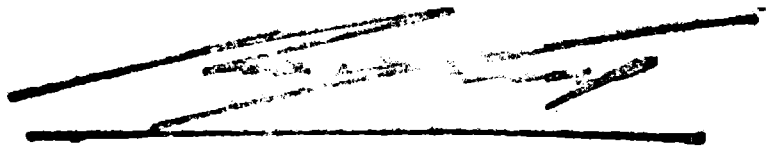
- Dr. Fuertes Federico - Cl. de E. Infecciosas y P.T.
" Garibotto Román C. - Patología Médica
" García Olivera Miguel Angel - Medicina Legal
" Giglio Irma C. de - Cl. Oftalmológica
" Giroto Rodolfo - Clínica Genitourológica
" Gotusso Guillermo O. - Cl. Neurológica
" Guixá Hector Luicio - Cl. Ginecológica
" Ingrata Ricardo N. - Clínica Obstétrica
" Lascano Eduardo Florencio - Anat. y F. Patológ.
" Logascio Juan - Patología Médica
" Loza Julio César - Higiene y M.Social
" Lozano Federico S. - Cl. Médica
" Mainetti José María - Cl. Quirúrgica Ia.
" Manguel Mauricio - Cl. Médica
" Marini Luis C. - Microbiología
" Martínez Joaquín D. A. - Semiológ. y Cl. Proped.
" Matusevich José - Cl. Otorrinolaringológica
" Meilij Elías - Patología y Cl. de la Tuberculosis
" Michelini Raúl T. - Cl. Quirúrgica Cat. IIa.
" Morano Brandi José F. - Cl. Pediatría y Pueric.
" Moreda Julio M. - Radiología y Fisioterapia
" Nacif Victorio.- Radiología y Fisioterapia
" Naveiro Rodolfo - Patología Quirúrgica
" Negrete Daniel Hugo - P. y Cl. de la Tuberculosis
" Pereira Roberto F. - Cl. Oftalmológica
" Prieto Díaz Herberto - Embriología e H. Normal
" Prini Abel - Cl. Otorrinolaringológica
" Penín Raúl P. - Cl. Quirúrgica



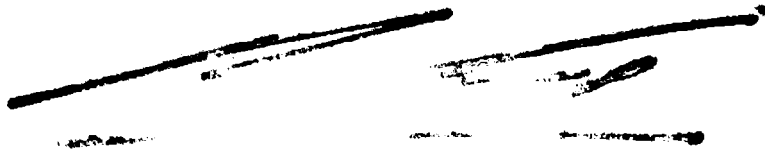
PROFESORES ADJUNTOS

(IIIa.)

- Dr. Polizza Amleto - Medicina Operatoria
- " Ruera Juan - Patología Médica
- " Sánchez Héctor J. - Patología Quirúrgica
- " Taylor Gorostiaga Diego J.J. - Cl. Obstétrica
- " Torres Manuel María del C. - Cl. Obstétrica
- " Trinca Saúl El - Cl. Quirúrgica Cat. IIa.
- " Tropeano Antonio - Microbiología
- " Tolosa Emilio - Cl. Otorrinolaringológica
- " Vanni Edmundo O.F. - Semiología y Cl. Prop.
- " Vázquez Pedro C. - Patología Médica
- " Votta Enrique A. - Patología Quirúrgica
- " Tau Ramón - Semiología y Cl. Prop.
- " Zabudovich Salomón - Cl. Médica
- " Zatti Herminio L.M. - Cl. E. Infecciosas y P. T.



A mis padres



A mi esposa

La ampolla de Vater

Anatomía

La porción terminal del colédoco, atravesando primero oblicuamente la capa muscular del duodeno, después la capa celulosa, desemboca entonces en una pequeña dilatación labrada en plena mucosa y a la cual también va a terminar el conducto excretor del páncreas (Wirsung), es la ampolla de Vater.

La ampolla de Vater que puede verse muy bien en un corte de la pared duodenal, es una pequeña cavidad de forma cónica, en cuya base desembocan los dos conductos, el colédoco y el Wirsung (ver fig. 1). De los dos el primero casi siempre se encuentra por encima del segundo, estando separados por un repliegue transversal en forma de espolón.

Según el Dr. A. Negri el 52% de los casos la ampolla de Vater tiene un diámetro de 2 a 3 milímetros; en el 12% es de 3 a 5 milímetros y en el 20% es de 5 a 7 milímetros. El vértice bastante estrechado, posee en su extremo un orificio pequeño, redondo o elíptico que se abre en el duodeno. En su superficie interna existen siempre unos pequeños repliegues valvulares con el borde libre que mira hacia el orificio de salida de la ampolla.

Si miramos la segunda porción del duodeno por su cara interna, encontramos a una distancia de 8 a 12 centímetros del píloro, una saliencia en forma de tubérculo de 1 centímetro de largo más o menos inclinada hacia abajo y a la derecha: es la carúncula mayor de Santorino o

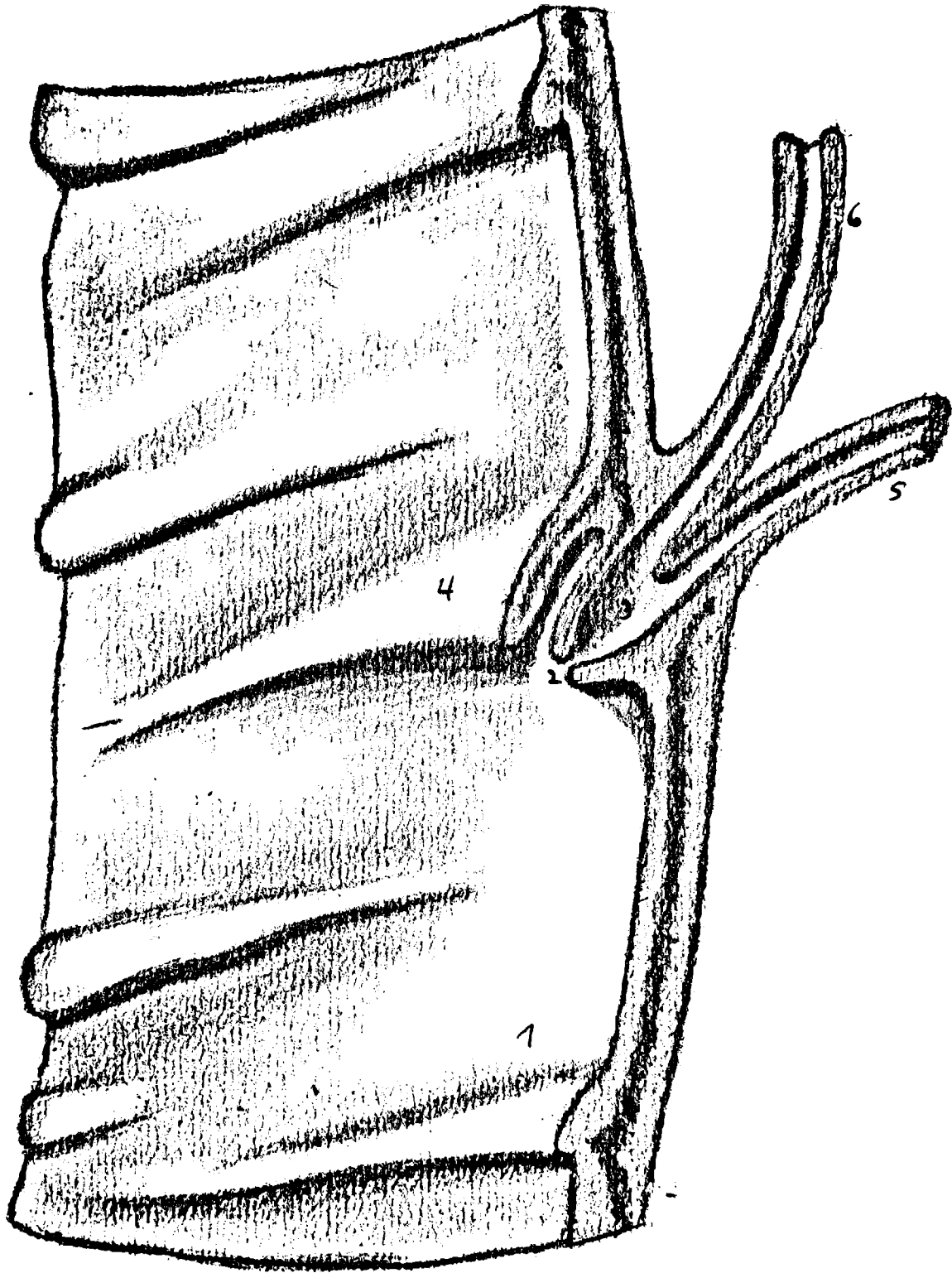


Fig.1- Corte de la pared duodenal que pasa por la ampolla de Vater. 1 segmento del cilindro duodenal. 2 orificio de la papila de Vater. 3 ampolla de Vater. 4 válvula comivente. 5 conducto de Wirsung. 6 colédoco. (Tomada de Testut-Latarjet).

~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~

papila de Vater. Esta se encuentra más proxima a su pared posterior que a la anterior (ver fig.2). Por encima de la carúncula mayor a una distancia aproximada de 3 centímetros, se encuentra una saliencia mas pequeña que la anterior: es la carúncula menor de Santorini. *

En su cara superior se encuentra casi siempre una pequeña válvula connivente que la oculta como en una especie de capucha que hay que levantar para poder ver la papila de Vater.

En la mayoría de los casos, de la cara inferior de la papila nace un pequeño repliegue vertical que va a confundirse más abajo con la mucosa y que ayuda a fijar la papila y al que se le ha llamado frenillo de la papila.

La formación de la ampolla de Vater, como las diversas posiciones que toman el colédoco y el conducto de Wirsung, son muy variables. Según Letulle y Nattan-Larrier, sobre 21 casos observados encuentran la siguiente disposición: en el 10% falta la papila y la ampolla de Vater. El colédoco desemboca solo y el conducto de Wirsung lo hace en el colédoco más arriba; en el 30%, disposición clásica, con papila y ampolla de Vater; en el 40% papila poco desarrollada, falta la ampolla de Vater y los dos conductos colédoco y Wirsung adosados como dos caños de escopeta desembocan separados en el vértice de la papila; en el 20% la papila está muy desarrollada, falta la ampolla de Vater y los conductos colédocos y Wirsung se abren separados en el vértice y dispuestos concentricamente.

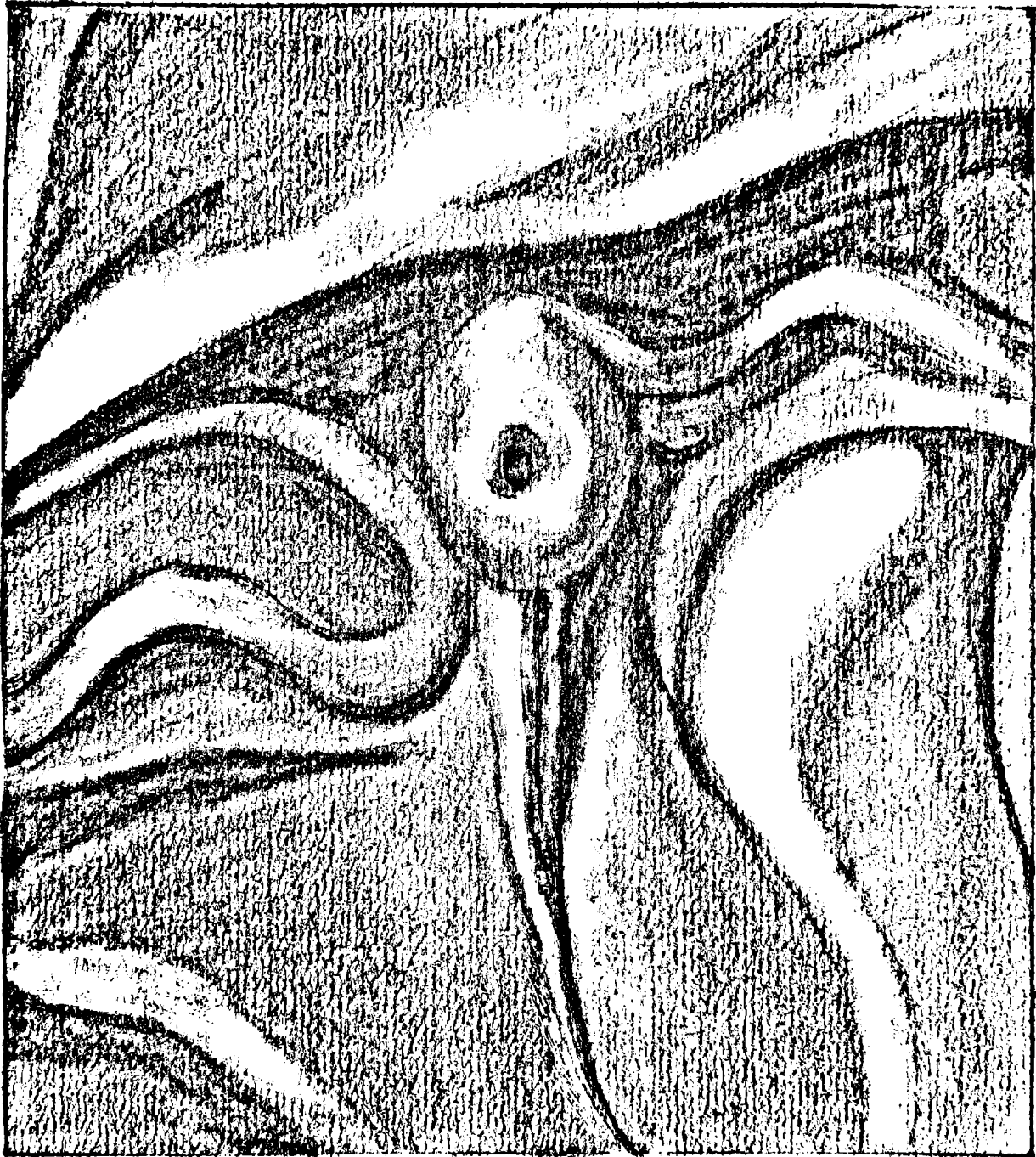
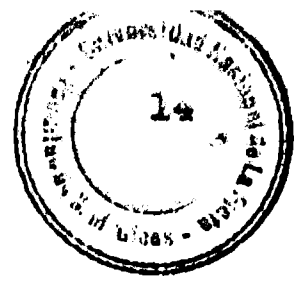
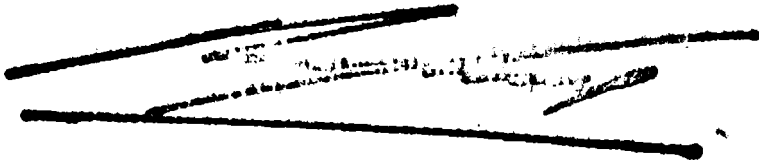
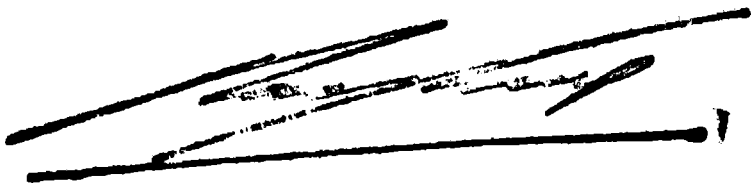


Fig. 2- Papila de Vater vista de frente.

(Sacada de Testuá)



En 25 cadáveres estudiados por Gregoire, en 17 había ampolla de Vater y en otros 8 había papila ma- ciza. En 100 cadáveres examinados por el Dr. Belou, en 62 había papila de Vater y de ellos sólo en 26 se encontró ampolla de Vater.

Histología- La porción terminal de colédoco está formada como todos los conductos biliares por dos tú- nicas que se denominan túnica externa y túnica inter- na. La túnica externa está compuesto por tejido con- juntivo fibroso y en la parte interna tiene una capa de fibras musculares lisas que disminuyen hacia el conducto hepático hasta desaparecer y que aumentan al llegar a la ampolla de Vater para formar el esfinter de Oddi.

Al llegar al duodeno, el colédoco, se abre paso a- través de la capa muscular de éste, el cual presenta una solución de continuidad.

Según Letulle y Nattan-Larrier el colédoco disocia las capas musculares que atraviesa, llegan a apropiar- se de algunos de sus elementos para formar el esfinter de Oddi. El esfinter está formado por fibras longitu- dinales, circulares y oblicuas, entrelazadas de manera irregular.

En el año 1681 fué supuesto por Glisson en el hom- bre. Descrito en los animales en 1887 por Oddi y es- tudiado en 1900 por Hendrickson en el hombre.

Hendrickson demostró que al llegar a la ampolla las fibras musculares circulares aumentan y rodean al colédoco formando un anillo muscular independiente del conducto de Wirsung que es el esfinter del colédoco.



Los estudios posteriores de Westphal y Mann destacan que el tercio superior del esfínter constituído especialmente por fibras musculares longitudinales y circulares formando un anillo contractil (esfínter del antro), cuya parte superior se une a la capa muscular del duodeno y la parte inferior a la muscularis mucosa del duodeno. Algunas fibras circulares envuelven a los dos conductos colédoco y Wirsung, formando el esfínter común que a veces falta y otras está constituido por un débil haz de fibras. El esfínter antral desempeña el principal papel en la éstasis hipertónica (ver fig. 30. Por debajo se halla otro anillo muscular más débil, el llamado esfínter de la papila, formado por fibras hemicirculares y circulares, demostradas por Boyden, Negri y otros autores. Estas fibras se continúan con otras fibras longitudinales entrecruzándose. La función de estas fibras parecía ser la de acortar la porción terminal del conducto y abrir la papila de Vater. Esta parte del esfínter daría origen a la éstasis hipotónica. La túnica interna es una mucosa formada por dos capas, una externa el corion, muy delgada y elástica y otra interna el epitelio, formado por una sola hilera de células cilíndricas, terminando en el lado de la luz del conducto por un plano estriado. La mucosa presenta glándulas criptas como las porciones del colédoco.

Fisiología - La bilis segregada por el hígado y eliminada por las vías biliares antes de llegar al intestino, ha de atravesar la complicada musculatura del esfínter de Oddi.

Bainbridge y Dale sospecharon que el neumogástrico

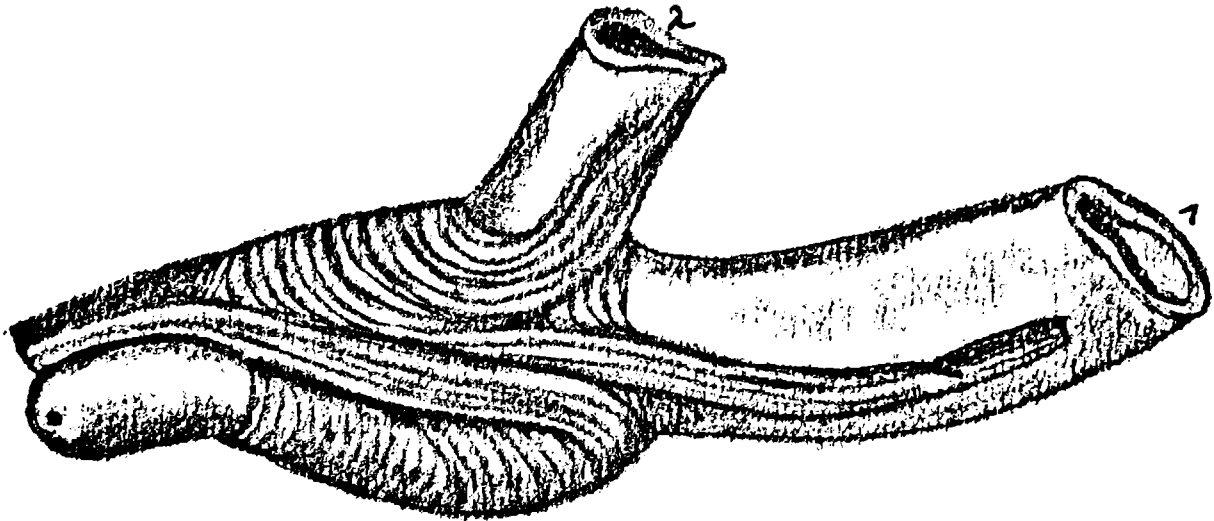
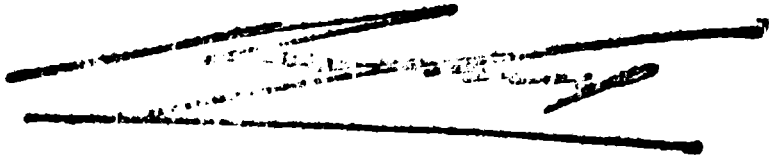
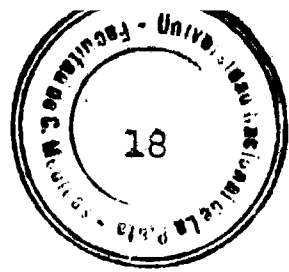
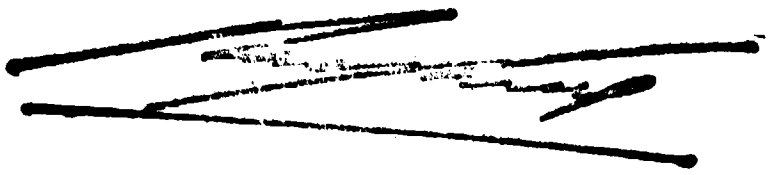


Fig. 3- Esfinter del colédoco y del conducto de Wirsung.

1-colédoco. 2-conducto de Wirsung.

(sacado de Testud-latarjet)



excitaba la actividad de la vías biliares extrahepáticas. Courtade y Guyon describieron luego que la excitación de los neumogástricos provocaba contracciones de la vesícula biliar y simultáneamente la apertura de la ampolla de Vater.

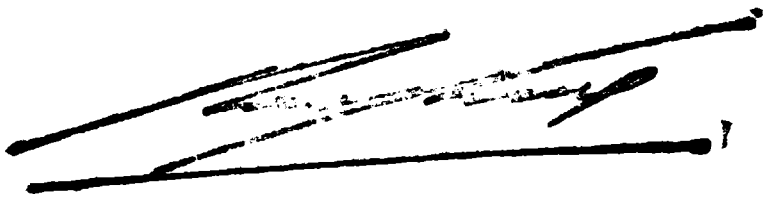
Rost comprobó que toda contracción de la vesícula biliar era seguida inmediatamente de la apertura de la ampolla de Vater.

Según Westphal el esfínter de Oddi desempeña una función reguladora sobre la evacuación de la bilis y sobre la repleción de la vesícula.

Pequeñas excitaciones eléctricas o farmacológicas del neumogástrico con pilocarpina, provocan la contracción de la vesícula y relajan el esfínter de Oddi, evacuándose rápidamente la vesícula y llegando la bilis al intestino. Aumentando la excitación de los neumogástricos con una corriente más intensa o mayor cantidad de pilocarpina, originan una contracción más enérgica de la vesícula, pero al mismo tiempo provocan el cierre del esfínter de Oddi y la consiguiente retención biliar.

Por el contrario la excitación del simpático produce hipotonía y relajación de la vesícula biliar con contracción simultánea del esfínter de Oddi, con obstáculo al tránsito biliar al intestino.

Por consiguiente la evacuación de la vesícula en el intestino está regida por el neumogástrico, mientras que por el contrario el simpático inhibe la evacuación de la bilis por relajación de la vesícula y la contracción del esfínter de Oddi. Esto parece una contradicción que tanto las excitaciones del neumogástrico como la del simpático provoquen contracción del esfínter, pero Westphal lo



explica admitiendo que la parte superior del esfínter de Oddi, es decir el antro, se contrae por la excitación del neumogástrico, mientras que la parte inferior del mismo o "pilorulus" de Westphal, se estrecha por las excitaciones del simpático. Por eso tanto las excitaciones del simpático como las del vago son capaces de provocar la contracción del esfínter, pero excitan porciones diferentes del mismo.

Por medio de la colangiografía operatoria de Mirizzi, haciendo el estudio radiológico de la ampolla de Vater, se ha confirmado la existencia de las dos porciones independientes, del esfínter de Oddi.

Patología- El sistema de las vías biliares extrahepáticas es un sistema armónico que no puede evacuarse si existe una alteración a nivel del esfínter de Oddi.

La frecuencia del éstasis vesicular en los enfermos de úlcera gástrica y duodenal se explica de la siguiente manera: que sería motivado por un espasmo del esfínter de Oddi que acompaña al del esfínter pilórico, que rara vez falta, que desaparece con la curación de la enfermedad ulcerógena que le dá origen.

Las alteraciones funcionales del esfínter de Oddi son la causa de las disquinesias biliares, que fué demostrado por Westphal y su escuela y luego por Ivy.

Los trastornos funcionales del esfínter de Oddi se comprueban mediante la colangiografía operatoria de Mirizzi, que nos muestra la penetración del lipiodol en el conducto de Wirsung a causa de los espasmos desociados del esfínter antral con el esfínter inferior o "pilorulus".

Las perturbaciones funcionales del esfínter de Oddi se transforman luego en alteraciones anatómicas, que van

de la hipertonia a la hipertrofia del esfinter con estrechez de la papila y que Del Valle llamó Odditis esclero retráctil.

Mirizzi por la colangiografía operatoria precisó las imágenes características de las Odditis estenosantes (ver fig.4): 1ª En punta de lápiz, son los casos incipientes con colédoco delgado, flexuoso, con actividad peristáltica, discreta dilatación, evacuándose su contenido parcialmente en el tiempo reglamentario; 2ª En gancho o unciniforme, en que la resistencia es mayor, colédoco serpenteado por la lucha contra el obstáculo, con activa peristalsis el éstasis de la sustancia de contraste es prolongado, la inyección de las arborizaciones del hepático llega a las más finas ramas y la dilatación no es muy pronunciada; 3ª En punta roma o pulpejo de dedo, los signos de lucha al obstáculo y la éstasis modifican el árbol biliar, hepatocolédoco dilatado, ampuliforme, con activa peristalsis, el drenaje se hace con dificultad.

El síntoma doloroso de la colédoco-odditis retráctil y de las colecistitis alitriásicas también tienen su origen en los espasmos o hipertonia del esfinter de Oddi esto se comprueba al hacer la dilatación brusca del esfinter de Oddi sólo con anestesia de la pared, provocándose un dolor igual al cólico hepático, Este mismo mecanismo debe ser el que origine las subictericias, acolias e hipocolias intermitentes y fugaces que se observan a veces en algunos enfermos.

Los espasmos o las estenosis del esfinter de Oddi son los causantes del fracaso de muchas colecistectomías, debido

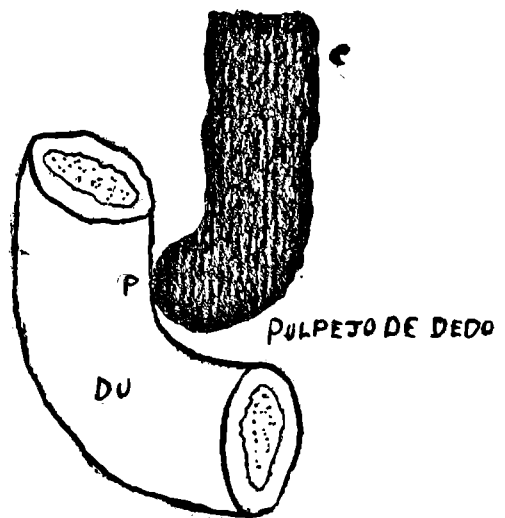
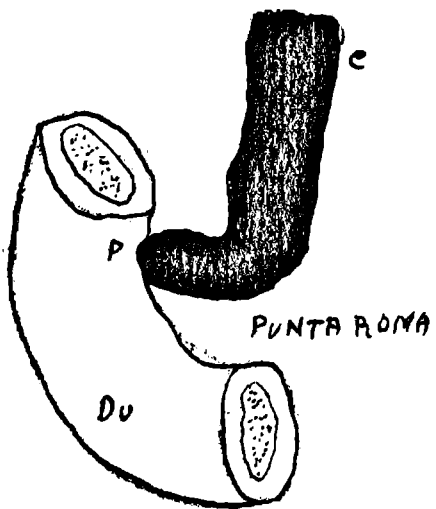
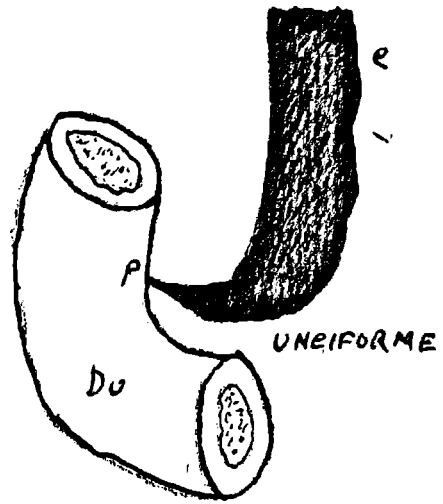
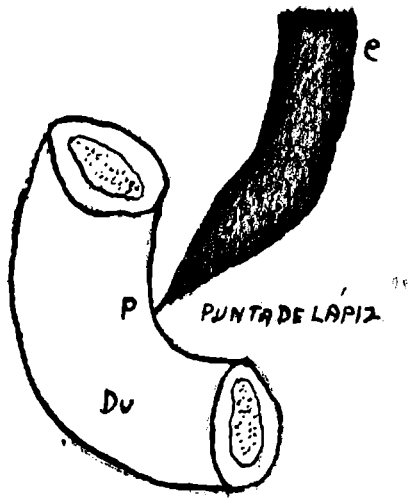
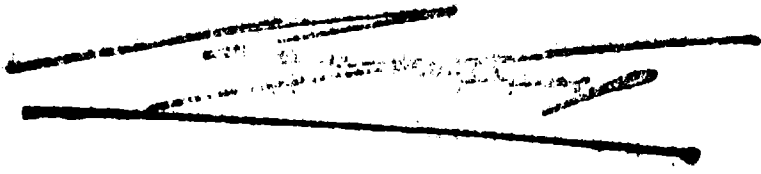


Fig. 4- Variedades de ooditis estenosantes (esquemáticas). C: colédoco; P: papila de Vater; Du: duodeno. (Sacado de Mirizzi).

a que en estos enfermos se ha olvidado de explorar su papila de Vater. En las hipertensiones de causa esfinteriana, o de estrechez de la papila, la vesícula biliar normal, por la distinción de sus paredes actúa como reguladora de la tensión biliar y por ese motivo encontramos que en muchos enfermos con síndrome de recidiva post-colecistectomía, sus dolores son más intensos que antes debido a que las vías biliares extrahepáticas no están dilatada lo suficiente para soportar una tensión que antes compensaba la vesícula. Por el contrario los enfermos con papila ampñia, que son capaces de eliminar cálculos del tamaño de un grano de maíz o un poco mayor, estos dolores no ocurren pues no se produce la hipertensión biliar.

Por medio de la experimentación en animales se ha comprobado las perturbaciones de carácter clínico que puede provocar el espasmo o la hipertonia del esfínter de Oddi, utilizando la corriente eléctrica o sustancias farmacológicas como la morfina y pilocarpina. Obtenemos el efecto contrario con los opiáceos, sales biliares, sulfato de magnesio, nitrito de amilo, barbitúricos, nitroglicerina y atropina, que tienden a relajar el esfínter y sedán durante las crisis dolorosas.

Como hemos visto varios pueden ser los síndromes que puede originar los estados patológicos del esfínter de Oddi.



Casos clínicos

Caso N° 1- E.N. Historia N° 15969. Hosp. Policlínico
Servicio de Cl. Quirúrgica del Prof. F.E.Christmann.

Diagnóstico: Síndrome coledociano-Odditis retráctil.

Edad 38 años Cama 3

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: embarazo gemelar, sarampión,
escarlatina. A los 15 años apendicectomía.

Enfermedad actual: Hace 14 años tuvo un trastorno
caracterizado por dolor localizado en epigastrio e hi-
podondrio derecho con irradiación a la escápula dere-
cha, vómitos alimenticios y biliosos, que dura unos 8
días y que calma con dieta apropiada y calmantes.
Durante 6 años se repiten estos trastornos, 3 o 4 ve-
ces después de una transgresión alimenticia. Contra-
tamiento higiénico dietético y medicamentoso, el enfer-
mo tuvo un período de casi 7 años de bienestar. En ene-
ro de este año la ingestión de mariscos le produjo do-
lor en epigastrio e hipocondrio derecho, vómitos ali-
menticios, biliosos y ligera ictericia. Medicado con
sulfanésia a los 10 días se siente perfectamente. En
setiembre último tuvo otro episodio análogo, pero con
intensa ictericia, acolia y coluria.

Estado actual: Piel icterica lo mismo la conjuntiva.
Prurito generalizado. Aparato respiratorio sin par-
ticulares. Aparato cardiovascular tonos normales. T.
arterial Mx. $12\frac{1}{2}$ Mn. $8\frac{1}{2}$. Abdomen ligeramente doloro-
so. En borde inferior de hígado a dos traveses de de-
do de la línea media y a la derecha se palpa una tumo-
ración dolorosa que escurciona con el hígado.

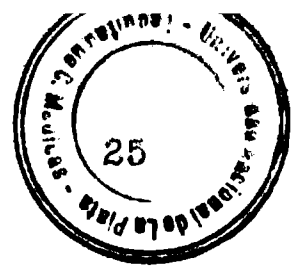
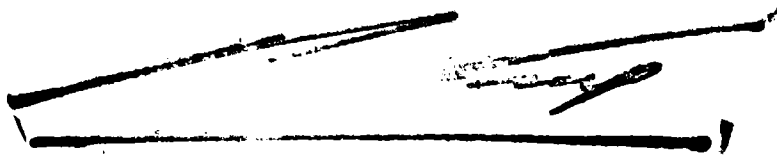
Operación: 2/12/948. Cirujano Prof. F.Christmann.

Ayudante Dr. Cl. Asseff.



Anestesia raquídea. Incisión paramediana interna supraumbilical. Hepatocolédoco dilatado con cálculos, vesícula larga calculosa. Papila estrecha y dura. Colecistectomía. Colédocotomía. Papilotomía interna.

Síntesis: La enferma tiene antecedentes de cólico hepático desde hace 14 años con intervalos de bienestar. En el último episodio, al cólico se agrega ictericia, acolia y coluria. El acto operatorio revela litiasis biliar y coledociana con papila estrecha, causas productoras de los episodios dolorosos. Con colecistectomía y papilotomía interna la enfermedad cura.



Caso N° 2 - R.S. de I. Historia N° 16111 Hosp. Polie
clínico. Servicio de clínica quirúrgica del Prof.
F.Christmann.

Diagnóstico: litiasis biliar, Odditis retráctil,
úlceras de duodeno.

Edad 43 años Cama 29.

A Antecedentes hereditarios: padre y madre falleci-
dos de cáncer de estómago.

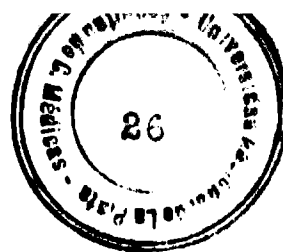
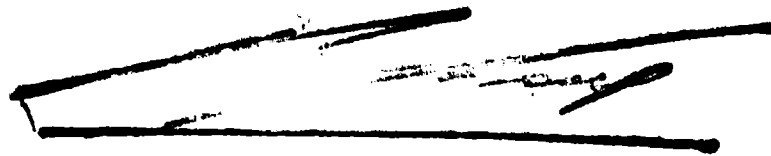
Antecedentes personales: sarampión y varicela.
Menarca a los 12 años ciclo 28-30/3.

Enfermedad actual: comienza hace 3 años con dolor
cólico en hipocondrio derecho y epigastrio irradiado
a hombro del mismo lado, con vómitos biliosos, coluria,
acolia e ictericia. Esta última de duración variable
(una vez 10 días, otra 8 días). Por uno de estos epi-
sodios se internó y fué tratada con sondajes y anti-
espasmódicos. Estos episodios siempre eran completos
y se van haciendo más frecuentes y mayor la intole-
rancia alimenticia.

Estado actual: Enferma en buen estado general.
Aparato respiratorio sin particularidades. Aparato
cardiovascular sin particularidades. Abdomen lige-
ro dolor en epigastrio e hipocondrio derecho . Punto
de Mac Burney doloroso. Murphy positivo.

Colecistograma con relleno gástrico: Vesícula con
pequeñas imágenes en negativo. En la placa oblicua,
deformación del bulbo duodenal en su parte superior.

Operación 29/I/1949. Cirujano Prof. F.Christmann,
ayudante Dr. Ruiz. Anestesia raquídea. Incisión para-
rectal interna supraumbilical. Exploración úlcera de
duodeno yuxtapiilórica. Vesícula y colédoco con cálcu



lox, colédoco dilatado, papila estrecha. Colectectomía. Papilotomía interna. Gastrectomía.

Síntesis: Enferma que desde hace 3 años presenta síndrome coledociano completo a repetición, la ictericia dura de 8 a 10 días. Úlcera duodenal yuxtapiilórica. La papila es estrecha. Se hace colectectomía, papilotomía interna y gastrectomía curando la enferma de sus trastornos.



Caso N° 3 - P.S. de L. Hist. N° 16044. Hosp. Policlínico
Servicio de Cl. Quirúrgica del Prof. F. Christmann.

Diagnóstico: Coledisquinesia. Odditis retráctil.

Edad 43 años Cama 3.

Antecedentes hereditarios: padre 75 años cardíaco.
Madre fallecida a los 54 años de cáncer de hígado.

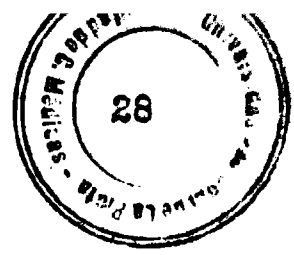
Antecedentes personales: sarampión. Hace 20 años
operada de retrodesviación uterina y apendicectomía.
Menarca a los 21 años. Dos abortos uno complicado con
infección. Tres hijos sanos. Hace 7 años angina dif-
térica. Constipada hasta de dos días. E

Enfermedad actual: se inicia hace 7 años con dolo-
res epigástricos, distensión post prandial y dolor en
hipocondrio derecho con estado nauseoso. El dolor se
irradiaba a escápula derecha. Desde hace un año con
régimen mejora pero luego la sintomatología dispéptica
se acrecienta presentándose en forma permanente.

Estado actual: Enferma desnutrida. Aparato respira-
torio sin particularidades. Apar. cardiovascular tonos
normales. Pulso tenso, regular, 70 por minuto. T. arte-
rial Mx. 11. Mn. 7. Abdomen: zona pancreático duodenal
dolorosa. Murphy positivo.

Operación 24/12/948. Cirujano Prof. F. Christmann
ayudante Dr. Defeo. Anestesia raquídea. Incisión para
mediana supraumbilical. Vesícula normal. La introduc-
ción del estilete de 3 mm. franquea con dificultad la
ampolla notándose el resalto. Colédoco dilatado. Cole-
cistectomía. Papilotomía interna.

Síntesis: Enferma con antecedentes de transtornos
dispéuticos desde hace 7 años. Vesícula normal, colédoco
dilatado, papila estrecha con resalto a la exploración.
Con colecistectomía y papilotomía obtiéndose la curación.



Caso N° 4 - M.de C. Hist. N° 7353. Hosp. Policlínico.

Servicio de Cl. Médica del Dr. Manuel Esinú.

Diagnóstico: Colecistítis crónica litiasica. Oddítis.

Edad 46 años Cama 38.

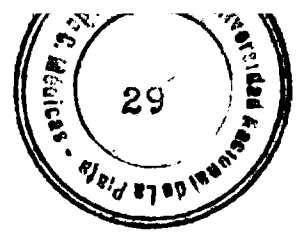
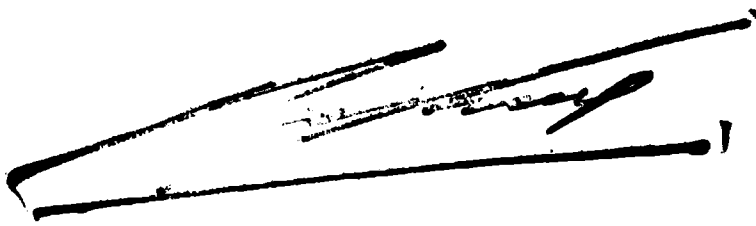
Antecedentes personales: sarampión. Menarca a los 14 años. Esposo fallecido a los 32 años de T.B.C. Hernioplastia a los 39 años. Amigdalectomía a los 43 años.

Enfermedad actual: En junio de 1948 tiene un acceso doloroso en hipocondrio derecho, acompañándose de vómitos biliosos, sin fiebre. Medicada su dolor cede a los 4 o 5 días. Sigue con trastornos dispépticos, repitiendo su hipocondría tres días antes de su ingreso, esta vez con fiebre, además de vómitos biliosos y colurea.

Estado actual: aparato respiratorio sin particularidades. Apar. cardiovascular: pulso igual, regular, 80 por minuto. P.art. Mx. 11 Mn. 7. Tonos cardíacos normales. Abdómen: palpación superficial y profunda dolorosa en hipocondrio derecho, con defensa de pared que impide palpar vísceras.

Operación: 19/6/49. Cirujano, Prof. F. Christmann. Ayudantes Dres. S. Trinca H. Cariello. Anestesia raquídea. Incisión supra umbilical. Edema perivesicular. Manchas de citoesteato necrosis e induración del páncreas. Vesícula calculosa, colecistectomía. Colédocotomía, la exploración es negativa. Papilotomía interna. Cierre de la pared por planos.

Síntesis: hace 9 meses cóleco hepático que dura 5 días y repite 3 días antes de su ingreso. El acto operatorio muestra además perivesicular, manchas de citoesteatonecrosis e induración pancreática. Se extirpa vesícula calculosa, la exploración del colédoco es negativa y se hace papilotomía interna. La enferma cura.



Caso N° 5 - V.B. Histo N° 7391 Hosp. Policlínico. Servicio de Cl. Médica del Dr. Manuel Estiú.

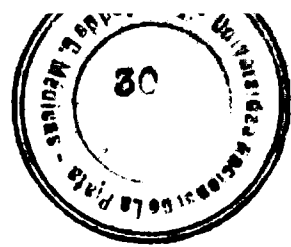
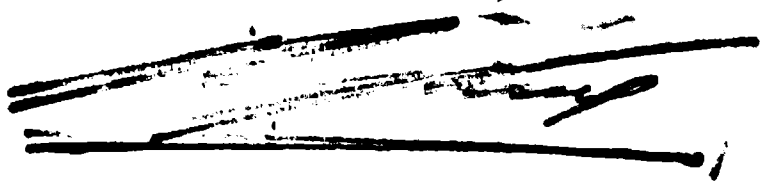
Diagnóstico: colédoco litiasis. Odditis escleroretrotil. Cama 13.

Antecedentes personales: infarto de miocardio, En enero de 1949 se interna por síndrome coledociano y es operado hallándose plastrón formado por epiplón y colon transverso sobre cara inferior de hígado. Tejidos edematosos, ictericos, Vesícula perforada en el fondo drenando bilis purulenta. Hepatocolédoco dilatado sin cálculos. En el post operatorio se le salen los tubos de drenaje que se habían colocado en vesícula y colédoco, drenando abundante bilis por la fístula. Al mes pide el alta a pesar de drenar bilis por la fístula y presentar ictericia.

Enfermedad actual: a los 10 días de salir del hospital, siente dolor de gran intensidad en hipocondrio derecho, que irradia al hombro derecho, a la región dorsal. Este acceso duró varias horas y calmó con la inyección de morfina. Diez días después le vuelve a aparecer otro ataque con las mismas características pero más atenuado y unos días antes de reingresar se vuelve a reproducir.

Estado actual: Piel icterica. Ojos conjuntivas ictericas. Apar. respiratorio: murmullo vesicular disminuido en base derecha, resto normal. Apar. cardiovascular: pulso regular, rítmico 64 por minuto. T. art. Mx. 11 Mn. 6. Tonos cardíacos normales. Abdomen: doloroso a la región en hipocondrio derecho, se palpa hígado.

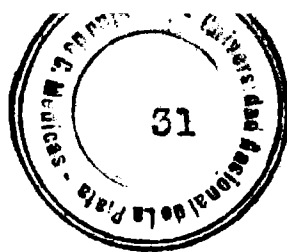
Operación: 18/6/1949. Cirujano Prof. F. Christmann. Ayudantes Dres. Ruiz y Trajtenberg. Anestesia raquídea.



Incisión sobre cicatriz anterior. Numerosas adherencias que fijan la 1ª porción del duodeno al epiplón, hígado y vesícula. Hepatocolédoco dilatado con bilis negra y grumos purulentos. Colecistotomía. Papila estrecha que se vence con la pinza. Vesícula sin cálculos escleroatrófica. Papilotomía interna. Cierre de pared por planos dejando tubo de Kehr. La colangiografía post operatoria revela gran dilatación del árbol biliar con cálculos a nivel de papila, a los 15 minutos sin modificación.

Reoperación: Cirujano Prof. F. Christmann. Ayudantes Dres. A. Lingoni y R. Michelini. Anestesia raquídea. Incisión sobre cicatriz anterior. Numerosas adherencias de píloro y duodeno con hígado y parte del tubo. Colédoco dilatado de tamaño del duodeno, en el que se encuentra un cálculo del tamaño de una aceituna cerca de la ampolla.

Síntesis: se interna por síndrome coledociano. El acto operatorio demuestra plastrón en cara inferior de hígado, vesícula perforada en el fondo, hepatocolédoco dilatado sin cálculos y papila permeable. Los tubos dejados en colédoco y vesícula se salen, drenando abundante bilis por la fístula. Al mes con ictericia, acolia y coluria y drenando bilis por la fístula pide el alta. Vuelve a ingresar después de 3 episodios de síndrome coledociano. Operado, se hace colecistectomía, vesícula escleroatrófica sin cálculos y papila estrecha, se hace papilotomía, tubo de Kehr, la colangiografía a los 8 días muestra dilatación del árbol biliar y falta de relleno a nivel de papila. Se reopera hallándose dilatación de colédoco y cálculo residual en ampolla. Con esto el enfermo llega a la curación.



Caso N° 6 - L.P.A. Historia N° 16425. Hosp. Policlínico
Servicio de Cl. Quirúrgica del Prof. Dr. F. Christmann.

Diagnóstico: Odditis retráctil y colecistitis.

Edad 36 años Cama 38.

Antecedentes personales: a los 20 años neumotórax espontáneo. A los 24 años apéndicectomía. Casado a los 20 años, esposa sana. Tiene 3 hijos sanos.

Enfermedad actual: comienza con dolor en la espalda, lado derecho, hace nueve meses, quedando luego en hipocondrio derecho. Otra veces el dolor era generalizado al abdomen. A veces el dolor se presentaba casi todos los días una hora y media después de comer.

Estado actual: aparato respiratorio normal. Apar. cardiovascular: tonos normales. T.art. Mx. 12 Mn. 7. Abdomen dolor en zona vesicular. Signo de Murphy positivo.

Operación: 5/5/949. Cirujano Prof. F. Christmann. Ayudante Dr. Casaburi. Anestesia raquídea. Incisión para rectal interna supraumbilical. Vesícula calculosa, colecistectomía. Papila estrecha por la que pasa la bu jía n° 8. Papilotomía interna. Tubo de Kehr. Cierre de pared por planos.

Síntesis: antecedentes de cólico hepático desde hace 9 meses. En oportunidades el cólico era a diario. Se le efectúa colecistectomía, vesícula calculosa, papila estrecha, papilotomía interna. La colangiografía post-operatoria es normal. Con lo que se ha obtenido la curación.



Caso N° 7 - M.C. de P. Hist. N° 16507. Hosp. Policlínico
Servicio de Cl. Quirúrgica del Prof. F. Christmann.

Diagnóstico: síndrome coledociano. Odditis retráctil.

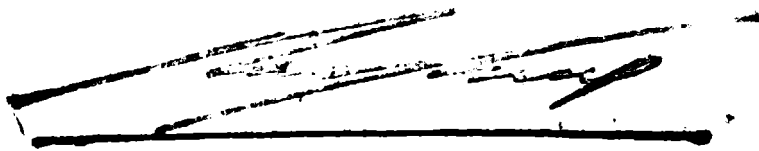
Edad 46 años Cama 25.

Antecedentes hereditarios: padre cardíaco fallecido
madre fallecida de litiasis biliar.

Antecedentes personales: sarampión, varicela y coque
luce. Parálisis facial a frigere en infancia. Menarca
a los doce años, ciclo 29/3, dismenorreica. Casada a los
22 años con esposo sano. Menopausia desde hace 4 años.

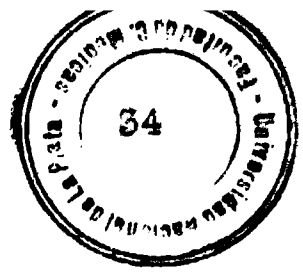
Enfermedad actual: desde hace 10 años dispepsia hipo
esténica. Hace 7 años cólico hepático intenso con icteri
cia y coluria que dura 3 o 4 días sin temperatura. Hace
4 meses tiene sintomatología dolorosa en flanco derecho
y es apendicectomizada. Mejora hasta hace 15 días que
tiene un nuevo cólico hepático provocado por desarreglo
alimenticios, dolor que dura 7 días desapareciendo con
medicación e hielo, luego aparece ictericia, coluria y
acolia.- Estado actual: piel ligeramente ictérica. Ojos
conjuntiva sub-ictérica. Boca sub-ictérica en paladar
blando. Apar. circulatorio sin particularidades. Apar.
cardiovascular: tonos cardíacos normales. Pulso igual re
gular 65 por minuto. T.art. Mx. 10½ Mn. 5. Abdómen: zona
pancreático duodenal dolorosa. Signe de Murphy positivo.

Operación: 21/6/949. Cirujano Prof. F. Christmann. A-
nestesia raquídea. Incisión pararectal interna supraumbi
lical. Vesícula grande, distendida, cálculo en bacineta, he
patocolédoco dilatado. Colecistectomía. Colédoco con bi
lis turbia, purulenta con cálculos y papila estrecha que



no cede a la dilatación. Papilotomía interna. Cierre de la pared por planos. En el pozo operatorio sufre hemorragia por la herida y aumenta la ictericia y coluria. La emorragia cura a los pocos días.

Síntesis: desde hace 10 años trastornos dispepticos y hace 7 años síndrome coledociano. Apendicectomizada por sintomatología dolorosa de flanco derecho. Tiene una mejoría de 4 meses. Cólico hepático de 7 días de duración. Escolecistectomizada encontrándose litiasis vesicular y coledociana. La papila es estrecha no cede a la dilatación, por lo que se hace papilotomía interna, llevando a la enferma a la curación.



Caso N° 8 - E.D.de Z. Hist. 16567. Hosp.Policlínico.

Servicio de Cl. Quirúrgica del Prof. F.Christmann.

Diagnóstico: litiasis biliar. Odditis retráctil.

Edad 37 años Cana 12.

Antecedentes personales: sarampión, parotiditis.

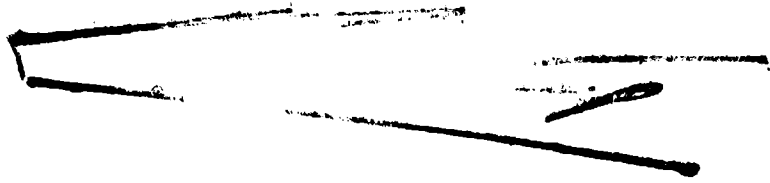
Menarca a los 14 años, ciclo 28/4. Dismenorrea tipo con
gestivo.

Enfermedad actual: comienza hace 3 años en que sin pré
dromos dispépticos anteriores, tiene bruscamente do-
lor en epigastrio intenso, que se irradia a hipocondrio
derecho, escápula y hombro derecho, acompañado de náuseas
y vómitos primero alimenticios, luego bilioso. Dura es
te episodio 15 a 20 minutos y calma espontáneamente. A
los 8 días se repite un cuadro similar con régimen die-
tético, calma de un año. A partir de entonces se repiten
los episodios que se suceden cada vez con menor interva-
lo y duran 15 a 20 minutos.

Estado actual: apar. respiratorio sin particularida-
des. Apar. cardiovascular ruidos cardíacos normales. T.
art. Mx.14 Mn.8. Pulso regular, igual 70 por minuto. Ab-
dómen no se palpan vísceras. Murphy positivo, Sistema
urogenital: discreto cristocelo de 1er. grado. Utero li-
geramente aumentado con erosión de cuello.

Operación: 27/7/949. Cirujano Dr. O.Zingoni. Ayudan-
tes Dr. Ruiz. Anestesia raquídea. Incisión pararectal
interna supraumbilical. Litiasis vesicular y coledociana.

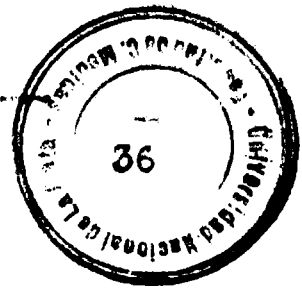
Colédoco normal. Colectistectomía. Colédocotomía se en-
cuentran dos cálculos del tamaño de lentejas. Se pasan
3 exploradores que dan el signo Waltzel, A pesar de esto
se hace papilotomía interna percibiéndose al seccionar



un crujido característico. Tubo de Kehr. Cierre por planos. La colangiografía post-operatoria revela imagen de cálculo enclavado en ampolla, intentándose lavaje del colédoco con novocaína y suero, provocando escalofrío y temperatura. Aparece congestión pulmonar. Desaparecido el proceso se decide reintervenir.

Operación: 16/8/949. Cirujano Dr. O. Zingoni. Ayudan te Dr. Ruiz. Anestesia raquídea, completando con pento-thal y eter. Incisión sobre cicatriz anterior. Intensa perivisceritis. Kehr enfundado por epiplón. Se retira y como no sale bilis y no hay signo de dificultad al tránsito biliar se decide terminar la operación. Cierre por planos. El pozo operatorio es malo y la enferma fallece a los dos días de la operación sin poderse practi car necropsia.

Síntesis: síndrome de cólico hepático hace 3 años de 20 minutos de duración repitiendo con intervalos cada vez más corto. Lipiasis vesicular y coledociana. Colectectomía. En colédoco se encuentra dos cálculos de 1 tamaño de lentejas y al hacer papilotomía interna se percibe crujido característico. La colangiografía post-operatoria demuestra cálculo residual enclavado en la ampolla, se hace lavaje del colédoco con novocaína y suero. Aparece escalofrío y temperatura, presentándose congestión pulmonar. Reoperado se encuentra intensa perivisceritis. Al retirar el tubo de Kehr dejado en la o peración anterior no sale bilis y al no haber signo de retención biliar se termina la operación. La enferma fa llece a los dos días sin poder efectuar necropsia.



Caso N° 2 - L.C. de C. Histo. N° 16549. Hosp. Policlínico
Servicio de Cl. Quirúrgica del Prof. F. Christmann.

Diagnóstico: litiasis biliar. Odditis retráctil.

Edad 48 años Cama 11.

Antecedentes personales: coqueluche y sarampión. Me
narca a los 15 años, ciclo 28/5. Dismenorrea tipo espusi
va. Casada a los 23 años. Esposo fallecido a los 47 años
de cáncer de "garganta". Tres hijos, uno fallecido a los
9 meses de meningitis. Constipada.

Enfermedad actual: comienza aproximadamente hace 4
años sin pródromo digestivos, bruscamente con dolor pun-
zante en hipocondrio derecho, epigastrio, con irradia-
ción en cinturón a la derecha y dolor escápulo humeral
derecho. Además náuseas y vómitos amargos tipo biliosos.
No hubo ictericia ni acolia pero sí coluria. Es tratada
con sondajes y régimen y a los 7 meses abandona todo, sin
tener ningún transtorno hasta noviembre de 1948 en que
repite un episodio similar, agregándose escalofrío y tem-
peratura. Los episodios vuelven a repetirse en 4 o 5
oportunidades.

Estado actual: apar. respiratorio sin particularidades.
Apar. circulatorio ruidos cardíacos normales. T.
art. Mx. 13 Mn. 9. Pulso tenso regular 70 por minuto. Ab-
dómen: no se palpan vísceras. Murphy positivo. Miembros:
inferior izquierdo: dilatación de la safenas externas
que hace trayecto anómalo por cara externa de muslo. Vá-
rices por reflujo. Inferior derecho: dilataciones vari-
cosas múltiples en cara posterior de pierna. Várices por
reflujo con comunicante en pierna..

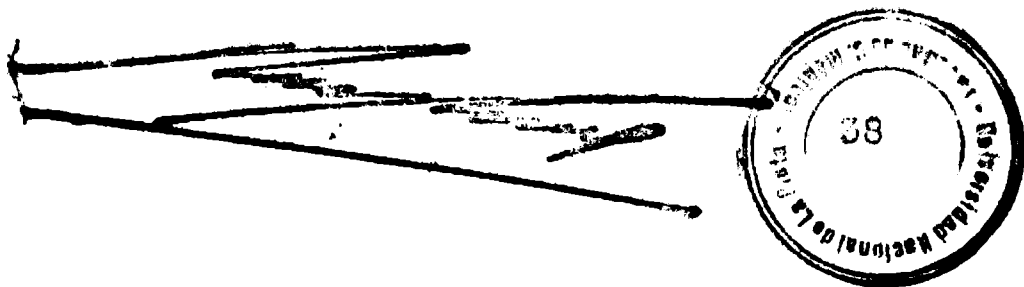
Operación: 7/7/49. Cirujano Dr. O. Zingoni. Ayudante



Dr. Ruiz. Anestesia raquídea. Incisión para mediana derecha transrectal. Vesícula escleroatrófica, litiasica, adherida al colédoco que está muy dilatado. Colecistectomía retrógrada. Del colédoco sale bilis purulenta extrayéndose dos cálculos. Tubo de Kehr. Cierre por planos. La colangiografía post-operatoria muestra escaso pasaje al duodeno, a nivel de la ampolla una falta de relleno que se interpreta como imagen calculosa. Tiempo de perfusión 10 minutos.

Reoperación: 30/7/549. Cirujano Dr. S. Trinca. Ayudante Dr. Ruiz. Anestesia raquídea. Incisión mediana supra umbilical. Adherencias que envuelven al Kehr. Se extrae el tubo y se explora el colédoco con benique N° 30 que no pasa al duodeno. Con la pinza de Mirizzi se extraen los cálculos residuales. Se pasa benique 30 y 31. Papilotomía interna. Tubo de Kehr. Cierre de pared por planos.

Síntesis: cólico hepático intenso hace 4 años. Período de calma hasta hace 7 meses, que vuelve a presentarse repitiéndose en 4 o 5 oportunidades. Se hace colecistectomía encontrándose vesícula escleroatrófica, litiasica y litiasis coledociana. La colangiografía post-operatoria revela falta de relleno a nivel de la ampolla. Reoperada se extraen los cálculos. Papila estrecha que pasa el benique 31. Papilotomía interna. Enferma de alta curada.



Caso N° 10 - M.G. de Q. Hist. n° 7505. Hosp. Policlínico. Servicio de Cl. Médica, del Dr. M. Estiú.

Diagnóstico: colédoco odditis esclero retráctil.

Edad 31 años. Cama 32.

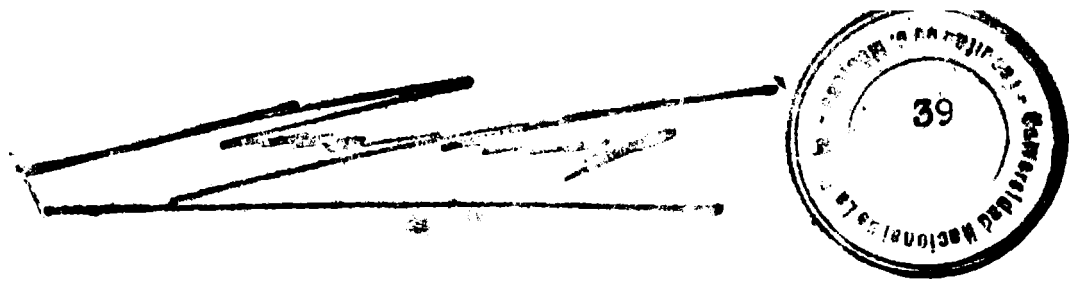
Antecedentes personales: sarampión. Menarca a los 13 años ritmo 28/3-4, Hipomenorrea. Casada a los 15 años, esposo sano. Ovariectomía bilateral a los 18 años. Colectectomizada hace 5 años.

Enfermedad actual: hace un mes presenta dolor en hipocondrio izquierdo irradiado a región dorso lumbar, que permanece 5 días y desaparece en oportunidades, presentándose siempre de noche. Al quinto día tiene chuco de frío, temperatura rectal 40° e intensificación del dolor. Vuelve a repetir cuadros similares con intervalos de 10 días permaneciendo entre los mismos con febrícula.

Estado actual: apar. respiratorio sin particularidades. Apar. cardiovascular normal. Pulso 84 por minuto. T. art. Mx. 12 Mn. 6. Abdomen: dolor en región subhepática y en hipocondrio izquierdo. Se palpa bazo.

Operación: 30/7/949. Cirujano Dr. F. Christmann, Ayudante Dr. O. Zingoni. Anestesia raquídea. Incisión mediana supraumbilical. Hepatocolédoco fibroso, dilatado, papila estrecha, no pasa bujía 30. Papilotomía interna. Cierre de la pared por planos.

Síntesis: es intervenida por síndrome coledeociano hace 5 años y colecistectomizada. Hace un mes dolor en hipocondrio izquierdo con escalofrío y temperatura que repite cada 10 días. Se encuentra papila estrecha que no pasa bujía 30. Con la Papilotomía la enferma cura de sus síntomas.



Caso Nº 11- E.de P.P. Clínica privada del Prof. F. Christmann.

Diagnóstico: coledisquinesia. Odditis retráctil.

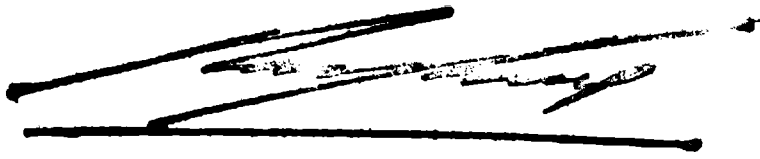
Edad 59 años.

Enfermedad actual: desde hace varios años antecedentes de coledisquinesia con dolores de hipocondrio derecho, que se producían especialmente con la ingestión de comidas grasas, chocolate, etc.. Nunca ha estado icterica ni ha tenido dolores de tipo cólico.

Operación: 30/6/949. Cirujano Prof. F. Christmann.

Anestesia raquídea: novocaina 0.075 grs., percaína 0.005 grs. Incisión mediana. Vesícula atónica, sin cálculos, grande. Colectectomía retrógrada típica. Colédocotomía supraduodenal, colédoco de calibre 32 (beniqué). Papilotomía interna por papila fibrosa con papilótomo de Christmann, notándose el resalto. Colédocorrafia con 4 puntos de catgut cromado 000 con aguja atraumática, sin dejar Kehr. Pequeño drenaje lateral. Al día siguiente perfectamente bien sin trastornos se retira drenaje.

Síntesis: antecedentes de coledisquinesia. Con colectectomía y papilotomía interna por papila estrecha y fibrosa, la enferma recupera su estado de salud.



Técnicas de la papilotomía

Técnica del Dr. D. Del Valle. (Dilatación o dilatación
(Esfinterotomía y papilo-
(coledocoduodenostomía.

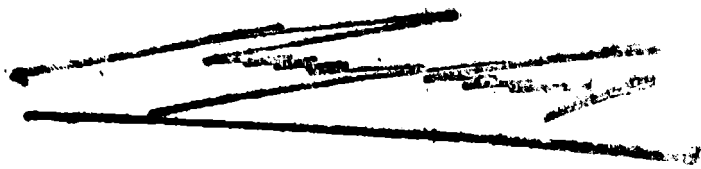
Incisión cutánea de Mayo-Robson. Se busca el lóbulo hepático derecho, se aísla el colédoco, siguiendo la vesícula, si existe, sino disecando el colon transversal o el duodeno que se han fijado al lecho vesicular. Se moviliza el duodeno dejándolo listo para la futura duodenotomía. Una vez reconocido y aislado el colédoco, practica una coledocotomía vertical sobre el borde externo de 8 a 12 mm., procurando que su tercio inferior descienda en el colédoco retroduodenal. Con dos pinzas mosquito largas tipo Mirizzi, se separan los bordes y se inicia la exploración intracoleciana y vateriana, utilizando bujías cónicas uretrales n° 7 a 15 se inicia la exploración con la n° 7 u 8, que siempre franquean el esfinter, no habiendo cálculo enclavado o neoplasma, se sigue dilatando. Después de la n° 15 se debe seguir con la sondas bequille, lo que permite realizar la dilatación con la punta de la sonda hasta el n° 20 por los menos, para tener una buena divulsión. Si la tonicidad la retracción han sido fácilmente vencidas puede utilizarse el benique 40 a 45 o menores según el calibre del colédoco, como aconseja R. Finochietto.

Al practicar la divulsión se debe recordar que el esfinter de Oddi puede ser: normotónico, hipertónico, atónico, esclero retráctil o en otras palabras, cuando



el esfinter es normal la sensación es similar a la exploración del cuello vesical y cuando es escleroso similar a la de una estrechez de la uretra penéana.

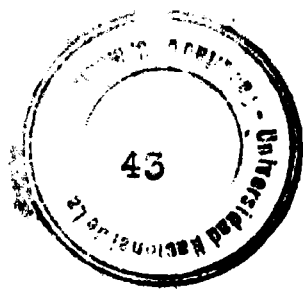
Si por la divulsión no ha sido posible vencer la resistencia del esfinter más allá de una bujía 10 a 12, se impone realizar la esfinterotomía a cielo abierto, seguida de papilo-coledocoduodenostomía. Habiendo efectuado el cateterismo con la bujía n^o 7 a 10 se palpa la punta de la sonda que ha franqueado la papila y se halla en el duodeno, con el pulgar e índice se reconoce su extremo y se la fija, para que levante en "carpa" la pared anterior del duodeno, permitiendo reconocerla por transparencia. Sobre ella se practica un pequeño ojal transversal, por el que se exterioriza y extrae la bujía por vía retrógrada. El pabellón al llegar al esfinter, calza sobre él y al traccionar exterioriza toda la papila. Cuando la sonda safa del esfinter es la mejor prueba que éste está dilatado, como ocurre en los eliminadores de cálculos, que presentan ectasia del colédoco. Luego se fija la ampolla con dos puntos de lino fino que muerden a ambos lados de la sonda. Sobre ella en la porción media se secciona la mucosa duodenal en la extensión de 12 a 15 mm.. Con una sonda acanalada se separan hacia los lados los bordes mucosos, visualizándose las fibras circulares del esfinter. Los dos puntos de lino sirven de tracción y reparo para el tiempo que sigue, que consiste en la sección del esfinter a bisturí, que se realiza en dos veces, colocando a medida que se avanza, otros dos puntos laterales de lino, que toman co



mo los primeros, la mucosa del duodeno, la sección del esfínter y la mucosa del colédoco terminal. Se termina de seccionar el esfínter y se comprueba esto por que simultáneamente el pabellón de la sonda retenido, escapa saliendo bilis. Colocados otros dos puntos se termina la sutura de la V, colocando un punto final en su ángulo superior, quedando realizada la esfinterotomía y la papilo-coledocoduodenostomía. Al seccionar los puntos de lino de reparo y sostén, la ampolla vuelve en el duodeno. Se sutura el ojal duodenal con sutura a lo Connell y una sero serosa a puntos separados de lino fino. Se coloca tubo T en hepatocolédoco y un drenaje tipo rubber-dam en el lecho subhepático.

Técnica de Walpa Colo. El esfínter del conducto biliar común y el músculo de la ampolla pueden ser seccionados sin abrir el duodeno, por vía intracolédociana, por medio del esfinterotomo, descripto por vez primera en 1938.

La coledocotomía es ejecutada y se establece la tensión de la papila por el pasaje de una sonda de tamaño justo en el duodeno. El esfinterótomo cerrado es entonces introducido a travez del conducto biliar común y de la papila en el duodeno. Después las asas son separadas y una pequeña hoja de cuchillo aparece en su extremo. El esfinterotomo es cuidadosamente retirado hasta que la hoja abierta tropieza sobre la musculatura de la ampolla o papila. El asa del esfinterótomo se cierra, lo cual conduce el cuchillo a su lugar, dividiendo el esfínter y permitiendo al mismo tiempo que el instrumento sea cuidado-



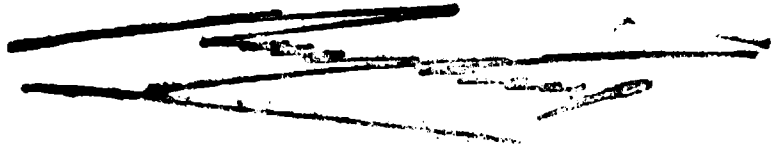
samente retirado, pudiéndose encontrar a veces en la abertura del aparato resto del tejido del esfínter, en la hendidura del chchillo. El colédoco es entonces drenado con un tubo T que proporciona el drenaje biliar en el período del edema post-operatorio y se pueden obtener las interpretaciones manométricas de la presión intraductal y estudios con lipiodol.

Técnica del Prof. F. Christmann. El Prof. Christmann utiliza para hacer la papilotomía interna su papilótomo, derivado del uretrótomo de Maissonneuve.

Consta de un tallo conductor que en un extremo tiene un anillo doble que sirve de mango y para orientar el corte. En el otro extremo termina en punta roma. El tallo conductor hasta 2 mm. del extremo distal está excavado para poder deslizar en su interior el cuchillo y describe una amplia curva más pronunciada en su extremo distal. El instrumento cortante consta de un delgado tallo flexible que en su extremo distal tiene una lámina triangular cortante por su cateto distal y fija por la hipotenusa al tallo. El vértice libre del triángulo tiene un pequeño botón que limita el corte al espesor del instrumento armado que es de 7 mm. Esta parte cortante o papilótomo se desliza por la rama del tallo conductor.

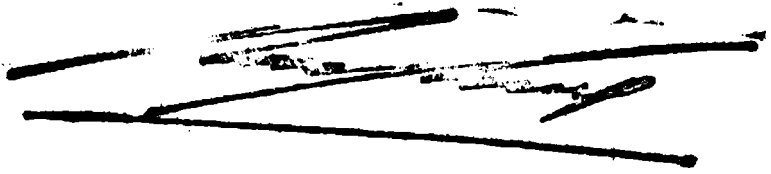
El Prof. Christmann procede con la siguiente técnica quirúrgica:

"Anestesia: raquídea de elección, abierto el abdomen, anestesia de ambos neumogástricos a nivel del cardias. Incisión pararectal interna supraumbilical. Exploración



cuidadosa del abdomen superior. Exploración del hilio hepático, vesícula biliar, hepatocolédoco, duodeno y páncreas. Resuelta la exploración intracoleleociana y la papilotomía, se abre el colédoco sobre el duodeno previa disección quirúrgica de su cara anterior. Coleleocotomía transversal pequeña. Controlada la ausencia de litiasis coleleociana y verificada la estenosis de la papila o la disquinesia biliar, se toma con una pinza delicada el labio inferior de la coleleocotomía, se introduce el tallo del papilótomo deslizándolo con toda cuidado hasta la aparición dentro del duodeno, siguiendo para ello la incurvación del tallo del papilótomo adaptado a la incurvación del colédoco. Comprabado el signo de Waltzel, se toma el cuchillo o papilótomo triangular y se desliza por dentro del tallo hasta llegar a la coleleocotomía. Al llegar a este punto se tracciona suavemente el labio inferior de la coleleocotomía para facilitar la entrada del botón protector y manteniendo siempre firme el tallo, se continúa el deslizamiento suave del papilótomo. Al llegar a la papila se tiene la sensación clara de la estenosis y de su sección. En el momento de la sección el papilótomo debe estar orientado con su cavidad hacia adelante y a la derecha. Una vez efectuado el corte, se retira el papilótomo siempre dentro del tallo, pero teniendo cuidado de deprimir el aparato hacia atrás y adentro con el objeto de facilitar la salida del papilótomo del duodeno. Para ello la lámina proximal del cuchillete no tiene filo"

La técnica de esta papilotomía es mucho más fácil, simple y segura que las demás.



Indicaciones de la papilotomía

La papilotomía está indicada en los síndromes de estenosis orgánicas o funcionales que disminuyen la luz de la papila de Vater, que son la causa de la mayoría de las recividas de síntomas en los colecistectomizados, a los que no se les ha explorado el calibre de la papila de Vater. Estos síndromes son:

Odditis esclero retráctil.

Disquinesia biliar.

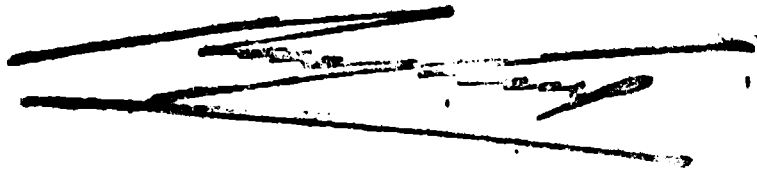
Espasmo o hipertomía del esfinter de Odd.

La odditis e clero retráctil anatomopatológicamente hablando, se caracteriza por una estenosis orgánica del esfinter de Oddi. La estenosis del esfinter es el resultado de la inflamación de las vías biliares extrahepáticas que comienza por una odditis, coledocitis o colecistitis.

La infección provoca el espasmo del esfinter de Oddi en una primera faz, para luego originar su infiltración inflamatoria, con hipertrofia de las fibras musculares y llegar a la esclerosis con la consecutiva estenosis.

La sintomatología acusada por estos enfermos es muy variada, pasando primero por un período crónico o latente acompañado con accesos agudos que aparecen a intervalos variables.

Durante el período crónico o latente el enfermo tiene trastornos dispépticos traducidos por pesadez postprandial, pirosis, digestiones lentas, flatulencia y pequeños dolores en epigastrio e hipocóndrio derecho. También acusa cefaleas, constipación y rebrículas vespertinas.

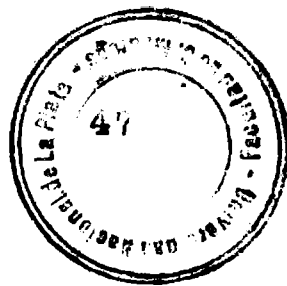
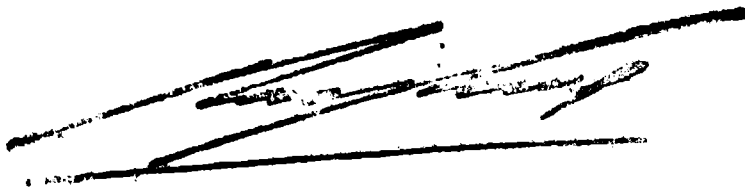


nas, quedan una curva quebrada. En el abdomen encontramos a la palpación, dolor en la zona pancreático duodenal de Chauffard, con irradiación a las zonas escapulares. El enfermo sufre estas perturbaciones durante varios meses, tiempo en el que transcurre el período crónico, hasta que sin causa alguna, o una gripe o desarreglos alimenticios, aparece el período agudo con dolor epigástrico localizado en la zona pancreático duodenal de Chauffard. Va acompañado de náusea, fiebre que puede llegar a 38 o 39 grados y coluria que demuestra la retención biliar. Puede presentarse a veces hipocloria y subictericia que no son constantes.

El porvenir de estos enfermos es incierto, pues abandonados a sí mismos llegan a la insuficiencia hepática y cirrosis biliar, y con tratamiento médico pueden mejorar algo espaciándose los intervalos entre las crisis agudas, pero nunca alcanzar la curación completa.

La disquinesia biliar es una perturbación funcional del esfínter de Oddi comprobada por Westphal por la experimentación y corroborada por Mirizzi por medio de la colangiografía operatoria, debida a la disfunción del esfínter entre su parte superior o antral y la inferior "pilorus" (ver parte de fisiología y patología). Esta perturbación lleva con el tiempo a la hipertrofia y fibrosis del esfínter de Oddi.

La sintomatología de estos enfermos está dada por pesadez post-prandial, digestiones laboriosas y flatulencia, trastornos dispépticos que son acompañados de ligeros dolores en el cuadrante derecho, pudiendo haber subictericia, y que se desencadenan especialmente con co



midas grasas y fritos (caso n°11).

La disquinesia biliar se presenta más comunmente en personas con trastornos neurovegetativos, teniendo mucha importancia el sexo, pues sabemos de la labilidad que tiene en la mujer el sistema neurovegetativo, que aumenta durante el período menstrual y tambien en el embarazo.

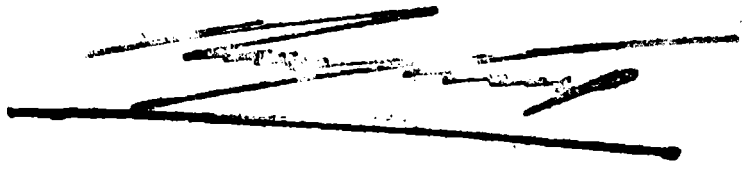
El espasmo o hipertomía del esfínter de Oddi es otra de las perturbaciones que originan la estrechez del esfínter de Oddi.

Tiene su origen, en procesos de vecindad como la úlcera gastroduodenal y en las inflamaciones de las vías biliares extraneopáticas.

La hipertomía del esfínter ocasiona los transtor nos dolorosos que se presentan en el período crónico y en el agudo de las odditis esclero retráctil por un mecanismo de retención biliar, que es la causa del sín drome de cólico hepático que ella presenta y que pasa cuando el espasmo desaparece.

Los síntomas clínicos que presentan los enfermos de hipertomía del esfínter son los mismos que se manifiestan durante los accesos agudos de las odditis esclero retráctil: dolor en hipocondrio y epigastrio que a la palpación se localiza en la zona pancreático duodenal de Chauffard, seguido de ná seas, fiebre (incons tante), colorea y algunas veces hipocolia y subictericia.

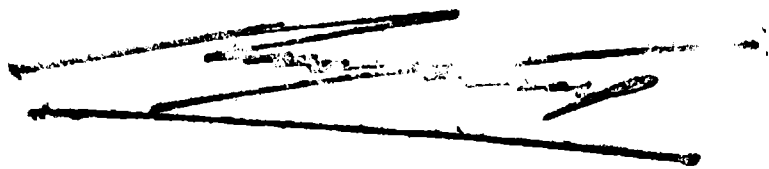
Las alteraciones del esfínter de Oddi perturban la evacuación biliar y de la vesícula, elevando al máximo la concentración biliar con repercusiones congestivas



sobre el hígado y tóxicas sobre el organismo, favoreciendo además la infección.

El éstasis biliar provocando la infección y exaltando el microbismo latente, favorece la pululación microbiana. Al ocurrir ésto en las vías biliares y si el enfermo reúne las condiciones necesarias favorables para la infección, se pueden originar abscesos de hígado de origen colangítico.

Antes de hacer la papilotomía se debe constatar por todos los medios a nuestro alcance, si el enfermo presenta infección ascendente de las vías biliares o abscesos de hígado, para no culpar luego a la papilotomía de ellos y poder comprobar su posterior curación por medio de este tratamiento quirúrgico.



Conclusiones

1ª) La papilotomía es inobjetable en todos los sin dromes de estenosis orgánicas o funcionales que provo- can la estrechez de la papila de Vater.

2ª) La papilotomía es indispensable para restable- cer el drenaje de las vías biliares y asegurar el flu- jo biliar al duodeno.

3ª) La papilotomía tiene indicación precisa para e vitar la infección ascendente de las vías biliares, que es una secuela de todas las estenosis..

4ª) Debe hacerse papilotomía en todos los casos que al hacer la exploración instrumental de las vías biliares durante una operación de colecistitis crónica litiásica o alitiásica con cístico permeable, se encuen- tre un calibre de la papila de Vater menor al número 40 de la escala de Benique.

5ª) La papilotomía debe hacerse como complemento en todos los casos de litiasis coledociana.

6ª) La técnica de la papilotomía debe ser interna, con la técnica del Prof. Christmann y con su papilóto- mo, por la simplificación que ha conseguido con este instrumento, que evita maniobras difíciles y peligrosas.

Indalecio Benique



Bibliografía

- Baker H.L. y Caldwell D.W. - Vater's ampulla lesions. Surgery 21: 523-531. April/947.
- Best R.R. y Ban J.H. - Administration of morphine and antispasmodics in biliary colic. Annals of Surgery 117: 207-215. Feb/943.
- Branch C.D., Bailey y Zollinger R. - Consequences of instrumental dilation of papilla of Vater; experimental study. Archives of Surgery. 38: 358-371. Feb/939.
- Brooks B. y Weinstein A. - Cyst of ampulla (in duodenum); case. Annals of Surgery 117: 728-34. May/943.
- Bustos F.M. - Cuatro observaciones sobre cirugía del Oddi. Boletines y trabajos de la Academia Argentina de Cirugía Nros.: 15, pág. 455/ año 1949; N° 16, pág. 472 año 1949; N° 20, pág. 589 año 1949; N° 23, pág. 728 año 1949; N° 24, pág. 760 año 1949;
- Cinelli A.P. - Colangiografía operatoria de la ampolla de Vater (cálculo, odditis). Prensa médica argentina. 32: 707-12. Abril 20/945.
- Colp Ralph - The treatment of Post operative Biliary Diskinesia. Gastroenterology, pág. 414, october 1946.
- Colp R., Doubilet H. and Gerber I.E. - Endocholedochal section of the sphincter of Oddi. Archives of surgery 33:696-707 Oct./936.
- Christmann F.E. - Papiilotomía interna. Boletines y traba-



- jes de la Academia Argentina de Cirugía
Nros. 9, pág 293, año 1948; n° 15, pág 455
año 1949; n° 19 pág. 575, año 1949.
- Del Valle D. - Patología y cirugía del esfínter de Oddi,
año 1939.
- Cuatro observaciones sobre cirugía del
Oddi. Boletines y trabajos de la Academia
Argentina de Cirugía. Nros. 17, pág. 496,
año 1948; n° 25, pág. 785, año 1949.
- Dónovan - Cuatro observaciones sobre cirugía del
Oddi. Boletines y trabajos de la Academia
Argentina de Cirugía, Nros. 16, pág. 472,
año 1948; n° 23, pág. 723, año 1949.
- Doubilet H. y Mulholland J. - Pancreatitis aguda recidivante. Annals of
Surgery n° 10 1907 Oct. 1948.
- Feldman L. - Terminal common duct and duodenal papilla
reengineering consideration. Surg. Gynec.
and Obst. 73: 833-844, dicembar 1941.
- Ferracani J. - Exámen farmacológico del esfínter de Oddi
acción sobre la presión intracanalicular.
Sec. de Cirug. de Rosario 9: 297-306, set. 1948.
- Valor de la exploración funcional para apre-
ciar la constricción normal e hipertónica.
La semana médica 1: 655-659, Mayo 15/1947.
- Flickinger F. M. - Reconstructive operations for benign
stricture. Surg. Gynec. and Obst. 83: 24-
36, July 1948.
- Goni Moreno I. - Cuatro observaciones sobre cirugía del Oddi
(esclero odditis retráctil e hipertonia).



~~Boletines y trabajos de la Academia Argentina de Cirugía. Gros. 13, pág. 412, año 1949; n° 16, pág. 472, año 1949.~~

Guillet R. - Les dystomies de la voie principale. Journal de chirurgie 63:564-584 /1947.

Kirschner M. y Mordmann O. - Patología quirúrgica. T. VII, pág. 129, año 1947.

Lagerlof H. O. - Choledochal denervation en biliary dyskinesia. Acta chirurg. Scandinava 95:297-306, año 1947.

Lasala A. J. - Colédoco-odditis; colangiografía durante colédoco-duodenostomía externa. Prensa médica Argentina. 50: 2027-29, set. 20/1945.

- Síndrome colédociano debido a litiasis canalicular y cálculo enclavado en la papila; papilotomía transduodenal mínima de acuerdo con la técnica de Mirizzi. Prensa médica Argentina 53:2273/79. ov. 8/46.

Lasala A. y Uriburu J. V. - Colédoco, cirugía de la porción pancreática, por la técnica de R. Finocchietto. Prensa médica Argentina 51: 1491-99, agosto 9/1944.

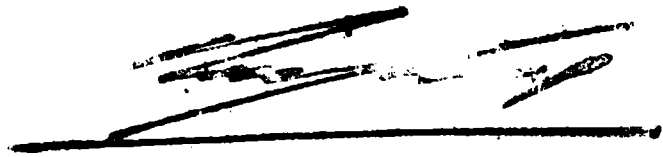
Mirizzi P. L. - Fisiología del hepatocolédoco. 1959.

- Cirugía de la litiasis biliar. Cursos: 1er. curso, año 1941; 2º curso, año 1945; 3er. curso, año 1945; .

- Distonía; patogenia y diagnóstico. Prensa médica Argentina 52:1777-85, set. 14/1945.



- ~~_____~~
- Transtornos funcionales del conducto hepático y colédoco. Surgery Gynecology and Obstetric 74: 306-18, feb. 24/42.
 - Müller L.R. - Sistema nervioso vegetativo. Año 1937.
 - Negri A. - Consideraciones sobre el mecanismo del reflujo bilio pancreático. Prensa médica Argentina 22: 994-1002. Junio 1945.
 - Patología del colédoco terminal; perturbaciones funcionales. Prensa médica Argentina 1:36-51. Enero 5, 1947.
 - Pasman R.E. - Cuatro observaciones sobre cirugía del Codi. Boletines y trabajos de la Academia Argentina de Cirugía. N° 17, pág. 496, año 1949.
 - Poirier, Charpy y Cuneo. - Anatomía humana. T. III. Pág. 252. Año 1909.
 - Rolleston H. and Mc Nee J. - Diseases of the liver, gall-bladder and bile ducts. Page 655. 1929.
 - Rosental F. - Enfermedades del hígado y vías biliares. Pág. 185. Año 1939.
 - Russo A. - Cuatro observaciones. Cirugía del Codi. (Esclero Odditis retráctil e hipertonia) Boletines y trabajos de la Academia Argentina de Cirugía. N° 13, pág. 412, año 1949.
 - Sanders R.L. - Indications for and value of choledochoduodenostomy. Annals of Surgery. 123: 847-858. May / 1946.
 - San Martín A. - Esfinterótomo. Boletines y trabajos de la Academia Argentina de Cirugía. N° 26,



pág. 813. Año 1949.

Strode J.E. - Diskinesia from surgical view point.

Annals of surgery 117:198-206. Feb./ 1943.

Testut L. y Latarjet A. - Tratado de Anatomía Humana 8º ed. T.IV,

pág 674-688. Año 1938.

Velasco Suarez C.- Algunas consideraciones acerca del diagnóstico y tratamiento de los trastornos funcionales de las vías biliares.

Revista Médica Argentina 22:1122-1139.

Año 51, 1946.

Prueba de perfusión para el estudio de la parte terminal del colédoco. Boletines y trabajos de la Academia Argentina de Cirugía Res. 20:609 agosto 5/42;.

- Cuidados pre y post operatorios en cirugía hepatobiliar. Asociación Argentina de Cirugía XVI Congreso. Pág. 141. 1947.

Cirugía del Cálcul. Cuatro observaciones.

Boletines y trabajos de la Academia Argentina de Cirugía Res. 15: pág. 499, año 1940; n° 18, pág. 500, año 1940; n° 20, pág. 723, año 1940; n° 24, pag. 760, año 1940.

Walters W. - Abnormal function of common bile ducts resulting from benign conditions. Annals of surgery 106:726-736. October 1937.

Womack H.A. y Crider H.H. - Persistence of symptoms following cholecystectomy. (role of nerve supply of biliary tract). Annals of Surgery 126:51-55. Jan. 1947.

V. P. V. Federico R. Lellman
Revisado 7 de 1949

Rodrigo G. Rosa

*San (54) Fejos -
Cauy*



Rodrigo G. Rosa
ROSA G. ROSA
PROSECRETARIO

Jhe
20.XII.49