

ESFINTEROPLASTIAS EN EL H. G. O.

Dr. Jaime Plaza C.
Dr. Aaron Toledano M.
Dra. Eduviges Congedo

INTRODUCCION

Desde hace muchos años, los trastornos del Esfinter de Oddi han sido tratados quirúrgicamente, por operaciones que intentan mejorar la obstrucción de las vías biliares, bien estableciendo una comunicación entre el coledoco supraduodenal y el duodeno, mediante la coledocoduodenostomía, o mediante sección, o procedimientos plásticos a nivel del esfinter de Oddi propiamente dicho.

En lo que se refiere a la terminología de este último tipo de operaciones, ha habido gran confusión, y se han utilizado términos como: Papilectomía, esfinterotomía, papilo esfinterotomía, papiloplastia, etc. que no son realmente descriptivos y no están acordes con la fisiopatología del problema. La operación motivo del presente trabajo es la ESFINTEROPLASTIA DEL ODDI, la cual también ha sido mal interpretada. Se ha dicho que la diferencia fundamental entre esfinterotomía y esfinteroplastía, es que esta última incluye aproximación o sutura de la mucosa duodenal a la mucosa del coledoco, mientras que en la esfinterotomía no es así.

Como estos conceptos no son válidos, es obvio que en primer lugar debemos describir lo que entendemos por Esfinteroplastía. La esfinteroplastía es un procedimiento transduodenal, por el cual se realiza una anastomosis término-lateral, coledoco-duodenal, con un diametro que es igual a la parte más ancha o dilatada del coledoco. Esta abertura no debe ser contractil, es permanente y todo el mecanismo esfinteriano debe estar abolido. Por otra parte existe la coledocoduodenostomía latero-lateral, o anastomosis biliodigestiva que de acuerdo a nuestra experiencia, practicamente no tiene indicación para ser aplicada en problemas benignos del área coledocoduodenal. Nuestro objetivo es aclarar las posibles confusiones y presentar nuestra experiencia de dos años y medio en el H. G. O.

MATERIAL:

Se revisaron 33 historias de pacientes todos pertenecientes al Departamento Quirúrgico del H. G. O. de Los Magallanes, comprendidas en el período 1974-1976, a quienes se les practicaron Esfinteroplastías del Esfinter de Oddi.

Servicio de Cirugía I. Hospital General del Oeste, Lcs Magallanes Catia.

RESULTADOS:

Masculinos 7, Femeninos 26; la edad promedio fue de 44,1 años, con una máxima de 71 años y una mínima de 19 años. En la tabla No. 1, se analiza el diagnóstico pre-operatorio de los 33 casos, observándose que 78,7% de los pacientes, se presentaron con diagnóstico de Litiasis de las Vías Biliares en sus diferentes formas clínicas, relacionadas algunas con litiasis del tracto biliar.

TABLA No. 1
Diagnóstico Preoperatorio

	No. Casos	Porcentaje
Ictericia Obstruccion por Litiasis Biliar	7	21.2%
Litiasis Residual del Coledoco	7	21.2%
Litiasis Biliar	7	21.2%
Colecistitis Aguda	5	15.1%
Pancreatitis Aguda Recidivante	3	9.0%
Odditis y Colangitis	1	3.0%
Pancreatitis Crónica	1	3.0%
Fístula Colecisto-Cólica	1	3.0%
Colangitis Recidivante	1	3.0%
TOTAL	33	100.0%

En la Tabla No. 2, se observa que solamente 9 enfermos habían sido operados previamente, y que la esfinteroplastia fue realizada como operación definitiva en 72.7%.

TABLA No. 2
Operaciones Previas

Operación	No. Casos	Porcentaje
Colecistectomía	5	15.1%
Colecistectomía + Coledocotomía	3	9.1%
Colecistectomía + Anastomosis Término-Terminal Coledoco-Hepático	1	3.1%
TOTAL	9	27.3%
NO OPERADOS	TOTAL	24
		72.7%
		100.0%

En la Tabla No. 3, vemos que el diagnóstico de los pacientes operados previamente, el caso más frecuente fue el de Litiasis Residual del Coledoco, con 7 de 9 casos, y Odditis sin cálculos en los 2 pacientes restantes.

TABLA No. 3

Diagnóstico Preoperatorio de 9 Pacientes Operados Previamente

	Casos
Colecistectomía	8
Con Coledocotomía	4
Colecistostomía	1
Diagnóstico	
Litiasis Residual del Coledoco	7
Odditis sin Cálculos	2

En la Tabla No. 4, se observan las intervenciones asociadas a la Esfinteroplastia del Oddi, que muestra que cuando el paciente no ha sido reintervenido, el procedimiento usual es practicar Colecistectomía, Colangiografía Coledocotomía, Esfinteroplastia y en algunos casos Pancreatografía, cuando se sospecha patología pancreática asociada. En un solo de estos casos, la Esfinteroplastia se practicó sin coledocotomía. Las reintervenciones fueron acompañadas de Coledocostomía.

TABLA No. 4

Operación Practicada 33 Esfinteroplastias, Asociadas a

Colecistectomía	24	Casos
Coledocotomía	23	Casos
Sin Colodocotomía	1	Caso
Pancreatografía	11	Pacientes
Colangiografía	29	Pacientes
Coledocotomía (Reintervenciones)	9	Pacientes

En la Tabla No. 5, se presentan las indicaciones de la Esfinteroplastia, observando que casi siempre el colédoco está dilatado, con cálculos enclavados, o no, frecuentemente múltiples, hay dos casos P. A. R. y dos de Odditis escleroretractil sin litiasis.

TABLA No. 5

Indicación de la Esfinteroplastía	
Colédoco Dilatado + Cálculos + Cálculo Enclavado	9
Colédoco Dilatado + Cálculos + Fibrosis de Papila	7
Colédoco Dilatado + Fibrosis de Papila	7
Colédoco Dilatado + Cálculos	4
Pancreatitis Aguda Recidivante	2
Odditis Escleroretractil	2
Colédoco Dilatado + Cálculos + Odditis Necrotizante	1
Colédoco Dilatado + Cálculo Unico no Enclavado	1
TOTAL	33

En la Tabla No. 6, observamos que las complicaciones pueden ser muy variadas, siendo las más importantes: 3 casos de Fístula Duodenal de Gasto bajo, 1 Pancreatitis Aguda y 1 Septicemia en 1 de los casos de Fuga Duodenal.

TABLA No. 6

Complicación	No. Casos	Porcentaje
Infección de la Herida	4	12.1%
Fístula Duodenal	3	9.0%
Derrame Pleural	2	6.0%
Neumonía Basal	1	3.0%
Absceso Subhepático	1	3.0%
Pancreatitis Aguda	1	3.0%
Septicemia	1	3.0%

En la Tabla No. 7, observamos que en nuestra serie de 33 casos, hubo una mortalidad de 1 caso, 3.3%, el cual se debió a una septicemia fulminante en una paciente de 70 años, que había tenido una colecistitis aguda, y se le había practicado colecistostomía, la cual demostró a la colangiografía, un cálculo enclavado en el colédoco.

TABLA No. 7

Mortalidad Operatoria		
Septicemia	1 Caso	3.3%

En la Tabla No. 8 presentamos el estudio Anatomopatológico de 14 biopsias del Esfinter de Oddi, demostrándose que la patología del Esfinter es muy variada. Consideramos que la biopsia no es indispensable y la hacemos con fines didácticos más que prácticos.

TABLA No. 8

Anatomía Patológica de la Ampolla de Vater	
Fibrosis + Inflamación Crónica	6 Pacientes
Inflamación Crónica	5 Pacientes
Fibrosis + Inflamación Aguda	1 Paciente
Papilitis Hipertrófica Necrotizante	1 Paciente
TOTAL	14 Pacientes

En la Tabla No. 9, vemos que el 84% (27 casos) se controlaron post-operatoriamente, y solo 5 pacientes (15%), no vino a control post-operatorio tardío, el cual fue desde 2 meses hasta 2 años.

TABLA No. 9

Controles Post-Operatorios		
Evolución Excelente	23 Pacientes	71.8%
Buenos Resultados	2 Pacientes	6.2%
Malos Resultados	2 Pacientes	6.2%
No se Controlaron	5 Pacientes	15.6%

El 78% de los casos tuvieron buenos resultados, de los cuales en 71.% fue excelente, estando todo este grupo totalmente asintomático, y reincorporados a sus quehaceres habituales. Solo 2 pacientes persisten con síntomas, como dolor en H. D. y náuseas.

DISCUSION:

En Venezuela se han publicado recientemente 2 trabajos sobre Cirugía del Esfinter de Oddi. Baroni (1), reporta 112 casos para un período de 1958-1970, es decir 12 años, pertenecientes a 3 Hospitales; y después de revisar la literatura nacional, encontramos que es la serie más numerosa reportada en nuestro medio. El porcentaje de pacientes reintervenidos en dicha serie es de 23.2%, lo cual es comparable con nuestros datos (27.3%). Hemos pensado que hay factores importantes en relación a los problemas del Esfinter de Oddi: **Indicaciones:** 1.- Cuando el coledoco está dilatado y no haya paso del medio de contraste al duodeno, o el dilatador de Bakes No. 3, no pueda franquear la ampolla de Vater fácilmente. 2. - Cuando exista litiasis múltiples del coledoco, indifereentemente de que un cálculo esté enclavado en la ampolla de Vater. 3. - Cuando exista un cálculo único enclavado en la Ampolla, y el coledoco esté dilatado. 4. - En casos de Pancreatitis. 5 - En casos seleccionados de espasmos hipertónico del Esfinter de Oddi y 6. - Cuando exista litiasis residual del coledoco.

De lo cual, se deduce que las indicaciones para las esfinteroplastias, son mucho más amplias en la actualidad, y que cada vez es más un procedimiento operatorio primario para resolver la patología del tracto biliar, que usualmente se asocia a la litiasis del mismo.

En cuanto a la longitud de la Esfinteroplastia, según Jones (2) desde 1963 la amplitud de la esfinteroplasia es de aproximadamente 25 mm. de modo que el mecanismo esfinteriano sea totalmente destruido. Para tal efecto hemos realizado la manometría biliar, (3) la cual viene a constituir el control de calidad de la extensión de la esfinteroplastia.

BIBLIOGRAFIA

- 1 BARONI RIVAS A. y QUINTERO CIRIMALE C. Papilo Esfinterotomía. Análisis de 112 casos. Bo. Soc. Ven. Cir.
- 2 A. JONES, L. SMITH. A reappraisal of sphincteroplasty. Surgery 71: 565; 1972.
- 3 M. GUELRUD, E. ROA, J. PLAZA, V. ZAMBRANO, A. TOLEDANO y S. BEKER. Colangio Manometria en el control de las Esfinteroplastias. En Prensa.