



Coledocoduodenostomías

Revisión de 11 años

A. OSSA, MD, SCC, L. A. MARIN, MD, SCC, C.A. GARCIA, MD.

Palabras claves: Litiasis primaria del colédoco, Litiasis coledociana residual, Ca. de la cabeza del páncreas, Dolor cólico abdominal, Ictericia, Coledocoduodenostomía.

Se revisa la casuística del Hospital Universitario San Jorge de Pereira, desde el 1º de enero de 1978 hasta el 31 de diciembre de 1988; se encontró que, sobre un total de 1006 cirugías de vías biliares, se practicaron 27 coledocoduodenostomías y 10 coledocoyeyunostomías. Llama la atención que el primero de los procedimientos ha venido incrementándose a partir del año 1980, en la medida en que se ha tenido en cuenta como una buena opción para derivar la corriente biliar con una técnica relativamente sencilla, una incidencia de complicaciones baja y una mortalidad de cero, en nuestra serie.

INTRODUCCION

La obstrucción benigna o de origen neoplásico en la vía biliar ha sido no solamente un reto terapéutico y quirúrgico, sino motivo de controversia en cuanto a la escogencia del método sencillo y seguro que garantice, hasta donde sea posible, resultados funcionales adecuados. Muchos pacientes con ictericia obstructiva cuya causa es una entidad benigna pero que dadas la edad y las condiciones generales del enfermo, indican un procedimiento relativamente rápido, se benefician de la coledocoduodenostomía; un porcentaje significativo de pacientes con entidades neoplásicas (13.8%) también fueron tratados de manera paliativa con este procedimiento

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron las historias clínicas de 27 pacientes tratados por medio de coledocoduodenostomía en un período comprendido entre el 1º de enero de 1978 y el 31 de diciembre de 1988, que corresponden al 2.7% del total de las cirugías de las vías biliares practicadas en el mismo lapso (Fig. 1).

Doctores: Alvaro Ossa Henao, Prof. Asoc. de Cirugía; Luis Alberto Martín, Prof. Asoc. de Cirugía; Carlos Alberto García, Médico General, Fac. de Medicina, Univ. Tecnológica de Pereira, en Pereira, Colombia

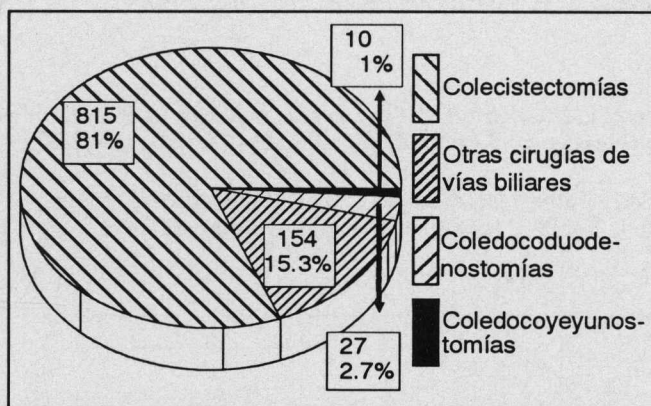


Fig. 1. Procedimientos quirúrgicos sobre las vías biliares, practicados entre el 1º de enero de 1978 y el 31 de diciembre de 1988, para un total de 1.006 cirugías en 11 años.

Se analizaron teniendo en cuenta los parámetros de edad, sexo, ocupación y procedencia geográfica.

Se tuvieron en cuenta algunos datos de la anamnesis tales como el motivo de la consulta y los síntomas predominantes. Los hallazgos al examen físico general y abdominal fueron tabulados, así como las cifras de laboratorio. Se analizaron detenidamente los estudios de imágenes diagnósticas o imaginería. Asimismo, se revisaron las indicaciones, la técnica quirúrgica, la evolución y las complicaciones en este grupo de pacientes.

RESULTADOS

Se observó que con el transcurso de los años se presentó un incremento en el número de procedimientos efectuados hasta el año de 1986, con ligero descenso en 1987 y 88, habiendo realizado el primero en 1981 (Fig. 2).

De los 27 pacientes operados, 7 (25,9%) son hombres y 20 (74,1%) mujeres, y la mayoría procedían de la ciudad de

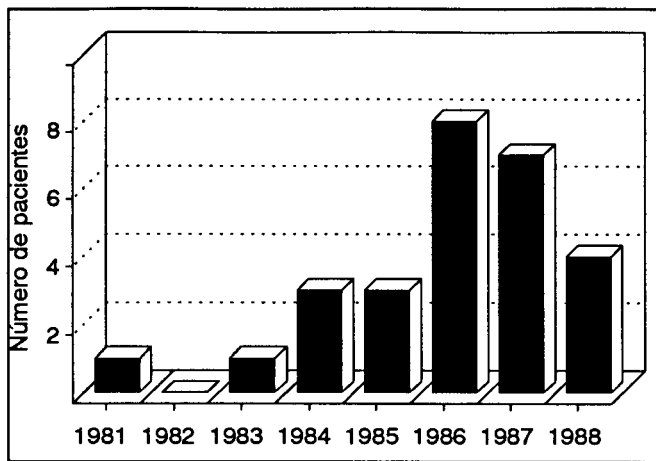


Fig. 2. Registro del número de coledocoduodenostomías practicadas a partir del año de 1981 hasta 1988.

Pereira. La distribución por edades muestra un máximo de incidencia en el grupo de 60 a 80 años (51.9%) (Fig. 3).

En la Tabla 1 se consignan los síntomas predominantes, y en la Tabla 2, los signos hallados al examen físico.

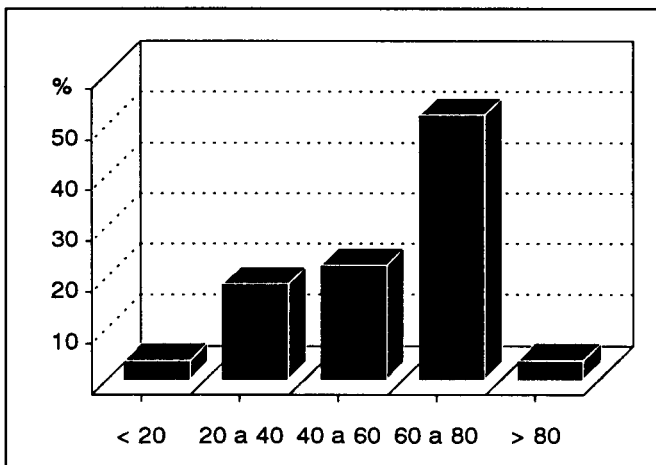


Fig. 3. Porcentajes relacionados con la edad de los pacientes sometidos a la derivación biliar.

Se observó que el vómito y el dolor abdominal estuvieron presentes en más del 60% de los enfermos y que la ictericia acompañada de fiebre se presentó en cerca de la mitad de los pacientes tratados.

Profundizando un poco más en los hallazgos del examen físico, el dolor a la palpación abdominal se presentó en el 43.8% de los casos y el signo de Murphy en sólo un 25%.

Los exámenes básicos de laboratorio mostraron un aumento de las bilirubinas a expensas de la directa en el 100% de los pacientes, encontrándose cifras hasta de 28 mg/dL. Las

Tabla 1. Síntomas predominantes y número de pacientes que los acusaron.

Síntomas	Ptes.	%
Dolor abdominal cólico	20	37.7
Vómito bilioso	14	26.5
Anorexia	5	9.4
Intolerancia a grasas	4	7.5
Escalofrío	4	7.5
Prurito	3	5.7
Adinamia	3	5.7
Total	53	100.0

Tabla 2. Signos clínicos y número de pacientes en quienes se observaron.

Signos	Ptes.	%
Ictericia	15	27.3
Fiebre	12	21.8
Coluria	12	21.8
Acolia	9	16.4
Pérdida de peso	6	10.9
Rash	1	1.8
Total	55	100.0

cifras de fosfatasa alcalina estuvieron elevadas en el 71.4% de los pacientes, con cifra máxima de 868.5 U/L.

Se halló leucocitosis en el 63.6% de los enfermos, pero en el 40.9% de ellos fue moderada.

Los hallazgos ecográficos principales fueron la dilatación de las vías biliares intrahepáticas, en un 23.9%, y de las extrahepáticas, en un 33.3%. Las litiasis del colédoco y de la vesícula se observaron en igual porcentaje del 19% cada una. En los casos en que se realizó colangiografía percutánea, los hallazgos principales fueron la identificación de los cálculos con dilatación de la vía biliar.

Las indicaciones quirúrgicas del grupo analizado se basaron, en su mayoría, en la litiasis primaria del colédoco (Tabla 3).

La técnica quirúrgica estándar de coledocoduodenostomía laterolateral en un solo plano fue practicada en la totalidad de los pacientes (Figs. 4, 5, 6 y 7).

Tabla 3. Indicaciones de la coledocoduodenostomía en nuestra serie.

Indicación quirúrgica	Ptes.	%
Coledocolitiasis primaria	13	44.8
Coledocolitiasis residual	8	27.6
Ca. de la cabeza del páncreas	4	13.8
Fibrosis del colédoco distal	2	6.9
Fibrosis del esfínter de Oddi	2	6.9
Total	29	100.0

La evolución posoperatoria fue calificada como buena en un 88.9%, y regular en un 11.1%.

No hubo mortalidad; sólo un paciente presentó fístula biliocutánea e infección de la herida quirúrgica, como complicaciones inmediatas.

Se presentaron dos complicaciones tardías, a saber: 1 estenosis de la coledocoduodenostomía, y 1 litiasis residual intrahepática.

Es importante anotar que durante los últimos 3 años del estudio, no se presentaron complicaciones, aunque en este período fue operado el 81.5% de los pacientes.

DISCUSION

Siendo la coledocoduodenostomía una técnica quirúrgica sencilla, rápida y eficaz para sortear las obstrucciones ba-

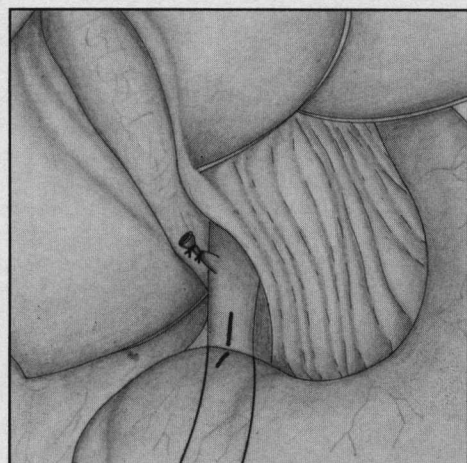


Fig. 4. Area de la anastomosis; movilización del duodeno; incisiones en el colédoco (longitudinal) y en el duodeno (transversal).

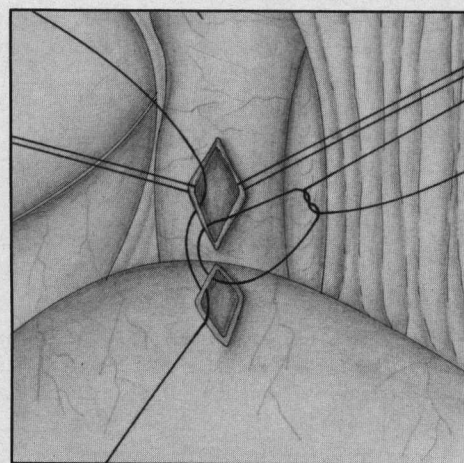


Fig. 5. Iniciación de la sutura de la cara posterior de la coledocoduodenostomía.

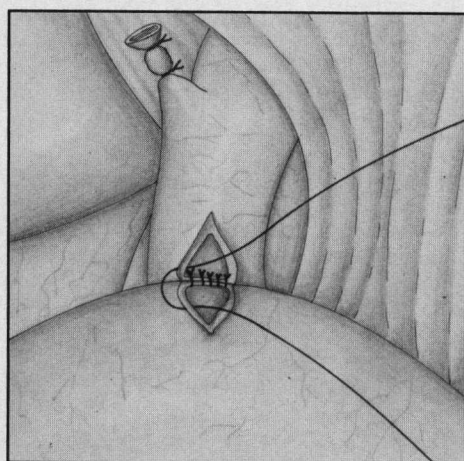


Fig. 6. Iniciación de la sutura de la cara anterior de la coledocoduodenostomía.

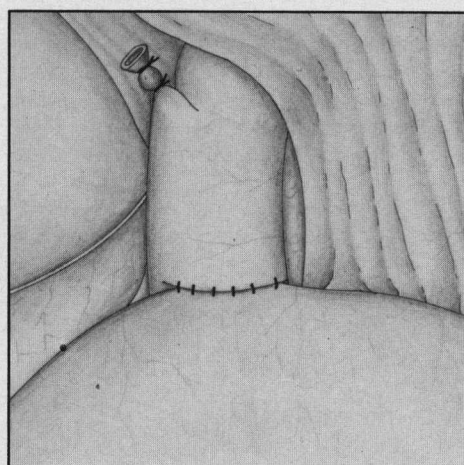


Fig. 7. Aspecto final de la anastomosis ya terminada.

jas de la vía biliar principal, creemos conveniente insistir en su aplicabilidad práctica, especialmente en situaciones que requieran una solución definitiva.

Las indicaciones clásicas pueden resumirse así:

- Litiasis primaria del colédoco
- Litiasis intrahepática
- Estenosis de la desembocadura del conducto biliar, benignas o malignas.
- Colédoco de diámetro mayor de 1.5 cm.
- Solución definitiva para pacientes de alto riesgo en los cuales una reexploración de la vía biliar podría ser peligrosa posteriormente (ancianos, diabéticos, cardiopatas, etc.).

Ha existido dentro de los grupos quirúrgicos un temor, al parecer infundado, a relizar la coledocoduodenostomía en presencia de colangitis; sin embargo, la experiencia nos ha demostrado la bondad del procedimiento en estos casos, sin que prolongue significativamente el tiempo quirúrgico.

Queremos insistir en los detalles técnicos de una adecuada movilización del duodeno-páncreas por medio de la maniobra de Kocher, y la realización de la anastomosis amplia en un solo plano.

En nuestra experiencia es indiferente hacerlo con mate-

riales absorbibles, pero por facilidad práctica y bajos costos preferimos hacerlo con seda 4-0 ó 5-0.

No hemos encontrado una incidencia significativa de colangitis posderivación y creemos que ésta sólo se presenta cuando existen obstáculos al libre drenaje. Asimismo, creemos que el llamado "efecto de pozo" no parece tener un asidero en la realidad.

Recomendamos esta técnica, sin detrimento de procedimientos igualmente efectivos pero más elaborados y con indicaciones precisas, como la esfinteroplastia transduodenal.

ABSTRACT

this is a review of the cases of biliary tract surgery performed in San Jorge Hospital, Pereira (Colombia), between the 1st of January 1978 and the 31st of December 1988. Out of a total of 1006 biliary surgical procedures, 27 were choledochoduodenostomies and 10 were choledochojunostomies. Interestingly, the use of choledochoduodenostomy shows a steady increase since 1980. this reflects growing awareness among surgeons that choledochoduodenostomy is a good option to deviate the bile stream using a relatively simple technique associated with low incidence of complications and zero mortality, as shown in our series.

REFERENCIAS

1. Degenschein G A: Choledochojunostomy: An 18 year study of 175 consecutive cases. *Surgery* 1974; 76: 319
2. Johnson A G, Rains A J H: Choledochojunostomy: A reappraisal of its indications based on a study of 64 patients. *Br J Surg* 1972; 59: 277
3. Jones S A: The prevention and treatment of recurrent bile duct stones by transduodenal sphincteroplasty. *West J Surg* 1978; 2: 473
4. Engelberg M A, Erdman S et al: Choledochojunostomy a useful procedure in the management of benign disorders of the biliary tract: A review of 53 cases. *Am Surg* 1980; 46: 344
5. Mallet-Guy P: Value of peroperative manometric and roentgenographic examination in the diagnosis of pathologic changes and functional of the biliary tract. *Surg Gynecol Obstet* 1952; 94: 385
6. Rutledge R H: Sphincteroplasty and choledochoduodenostomy for benign biliary obstructions. *Ann Surg* 1976; 183: 476
7. Schein C J, Beneventano T C: Biliary manometry: Its role in clinical surgery. *Surgery* 1970; 67: 255
8. Stuart M, Hoerr S O: Late results of side- to side choledochoduodenostomy and of transduodenal sphincteroplasty for benign disorders. *Am J Surg* 1972; 123: 67
9. White T T, Waisman H, Hopton D et al: Radiomanometry, flow rates, and cholangiography in the evaluation of common bile duct disease- a study of 220 cases. *Am J Surg* 1972; 123: 73
10. Thomas C G Jr, Nicholson C P, Owen J: Effectiveness of choledochojunostomy and transduodenal sphincterotomy in the treatment of benign obstruction of the common duct. *Ann Surg* 1971; 173: 845
11. Jones S A, Smith L L, Keller T B, Joergenson E J: Choledochoduodenostomy to prevent residual stones. *Arch Surg* 1963; 86: 1.014
12. Madden J L, Chun J Y, Kandalaf S, Parekh M: Choledochoduodenostomy, an unjustly maligned surgical procedure. *Am J Surg* 1970; 119: 45
13. Wilson H: Discussion. In: Madden J L, Chun J Y, Kandalaf S, Parekh M: Choledochoduodenostomy, an unjustly maligned surgical procedure. *Am J Surg* 1970; 119: 45