

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
República de Guatemala, Centro América.

«CIERRE PRIMARIO DEL COLEDOCO»

T E S I S

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS MEDICAS DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

POR:

JUAN ALFREDO CARRILLO C.

Ex-interno por oposición de los Servicios: 3a. Medicina de Hombres,
2a. Cirugía de Hombres y Sala Cuna No. 2 del Hospital General de
Guatemala, y del Servicio de Maternidad del Hospital Rooeveult. Ex-
interno del Hospital Infantil de Auxilio Familiar, María Teresa. Re-
sidente del Hospital Centro Médico.

En el acto de su Investidura de:

M E D I C O Y C I R U J A N O



Guatemala, Septiembre de 1963.

PLAN DE TESIS

- I. Introducción
- II. Historia
- III. Tipos de cierre del colédoco después de su exploración
- IV. Condiciones para efectuar cierre primario
- V. Razones por las que no debe dejarse rutinariamente drenaje en «T» o similares.
- VI. Nuestra experiencia — material y método
- VII. Discusión
- VIII. Conclusiones
- IX. Bibliografía

HISTORIA (1)

La Cirugía de vías biliares tuvo sus inicios desde 1877 cuando Charcot hizo una descripción clásica de los síntomas característicos de una litiasis coledociana. Desde entonces, diversos métodos fueron sugeridos para resolver el problema.

En 1878, Handfiel-Jones propuso tratar de pasar la piedra, del colédoco hacia el duodeno, y Musser y Keen sugirieron el mismo procedimiento, pero regresando la piedra hacia la vesícula a través del cístico, que ya había permitido anteriormente el paso de la piedra hacia el colédoco.

Nussbaun propuso una anastomosis biliar intestinal como una posible solución al problema, en 1882; y Gastón, en el mismo año, reportó una serie de operaciones exitosas llevadas a cabo con este procedimiento.

Tait, cirujano asistente del French Hospital de Nueva York propuso, en 1884, destruir los cálculos por medio de un fórceps acolchado, colocado por fuera del Colédoco. Kocher, en oposición a Tait, prefería usar sus dedos en vez de fórceps.

En 1884, Langenbuch propuso resolver la coledocolitiasis extrayendo las piedras por incisión directa sobre el colédoco y, en 1889, se reportó el primer éxito.

En 1887, Thorton describió dos casos de coledocolitiasis que el había resuelto rompiendo las piedras por medio de un fórceps que introdujo por la vesícula abierta y el cístico dilatado instrumentalmente.

Debido a que las operaciones anteriores empezaron a presentar todas las complicaciones que maniobras tan brutales nos hacen suponer, se volvió a insistir en abrir el colédoco y extraer los cálculos.

En 1889, se efectuó la primera extracción directa de cálculos en el colédoco sin que hasta la fecha se pueda establecer con toda certeza quién fue el primero en realizarla.

Abbe, en abril de 1889 realizó una coledocostomía con drenaje dentro del hepático. Thorton realizó dos operaciones similares en mayo y junio del mismo año. También en junio, Heussner efectuó el mismo tipo de operación. En octubre de 1889 Marcy realizó el primer cierre primario del colédoco.

En enero de 1890, Courvoissier efectuó la primera operación de vías biliares en una paciente que había sido colecistectomizada previamente.

En 1890, Kummell reportó que muchos años antes, aproximadamente en 1884 él había abierto un colédoco, pero que el paciente había fallecido veinte horas después.

En 1894, Kehr describió su tubo en «T» para drenaje de vías biliares.

La operación que en Octubre de 1889 efectuó Marcy en una señora de 40 años, con historia repetida de ataques biliares acompañados de ictericia es el primer cierre primario del Colédoco efectuado con éxito. A continuación la propia descripción del autor: «Inmediatamente después de dividir el peritoneo, la vesícula, grandemente distendida, separaba los labios de la herida operatoria. Fue suturada al peritoneo y abierta. Diez onzas de bilis delgada salieron de la vesícula, así como un cálculo del tamaño de una almendra grande. Una exploración cuidadosa reveló la presencia de otro cálculo en el colédoco. Todos los esfuerzos para dislocarlo fallaron, y tanta fuerza como creí justificada fue utilizada para romperla sin ningún resultado... Yo entonces, dividí las paredes del conducto con tijeras y evertí sus paredes sobre el cálculo rugoso, el cual fue extirpado, aún así con dificultad. La mucosa engrosada del conducto y la vesícula fueron suturadas con una sutura continua fina. Rápida convalecencia se produjo sin incidentes y la paciente se mantiene activa y vigorosa. ... Mayo 1890».

TIPOS DE CIERRE DEL COLEDOCO DESPUES DE SU EXPLORACION

Una vez explorado el colédoco, se procede a su cierre, para lo cual, existen diversas opiniones en cuanto a la mejor manera de lograrlo.

En nuestro medio, la mayoría de los cirujanos, una vez explorado el colédoco, colocan un drenaje de tubo en «T» dentro de su luz, sacando el extremo más largo del tubo por el sitio de incisión, y cerrando alrededor con puntos separados de Catgut cromizado 00 ó 000.

En contraposición a esta técnica, se ha practicado lo que se conoce como cierre primario del colédoco, en el cual no se deja drenaje intraductal sino se sutura la incisión por la cual se ha explorado, con puntadas muy finas de Catgut cromizado 000, tomando todas las capas del colédoco, pero la mucosa en muy pequeño grado. Halstead, (2) cerraba el Colédoco sobre unos martillos con puntada de colchonero, sacándolos por un extremo de la incisión, antes de anudar los 2 últimos puntos. Mirizzi, (3). practicaba una incisión transversal sobre el Colédoco, en vez de la longitud que se acostumbra. Algunos cirujanos, como von Krauss de Freiburg (4), aconsejan practicar sobre esta primera línea de sutura, una segunda que invagine las puntadas anteriores. Nosotros creemos que esto es innecesario ya que una buena sutura en un plano es suficientemente hermética y se evita en esa forma el peligro de estrechez. No tenemos evidencia de si el cierre del peritoneo sobre la misma línea de sutura del Colédoco sea conveniente o no.

Más adelante exponeremos las diversas condiciones e indicaciones que se han tenido en cuenta para practicar uno u otro tipo de cierre de los conductos biliares. Naturalmente, en ambos tipos de cierre se deja drenaje de Penrose en la fosita de Morrison; este drenaje puede sacarse por la incisión de la piel, o por una contra-incisión.

CONDICIONES PARA EFECTUAR UN CIERRE PRIMARIO

El cierre primario del colédoco ha venido incrementándose en los últimos veinte y cinco años, debido a los numerosos problemas post operatorios que se observan al dejar drenaje de manera rutinaria en todo colédoco patológico o no, que haya sido explorado.

Así, los cirujanos trataron de encontrar una operación eficaz y segura que resultara tan inocua como la simple colecistectomía, y que tuviera aproximadamente su misma morbilidad. Mucho se ha escrito y más se ha hablado sobre que toda exploración de los conductos biliares produce edema del colédoco, edema de la papila, retención de bilis dentro de los conductos biliares, por consiguiente, aumento de la presión infraductal y, por ende, escape de líquido biliar hacia el peritoneo por la línea de sutura.

Para obviar las anteriores dificultades se aconsejaba la colocación de un tubo de drenaje intracoledociano para permitir la desviación de la bilis hacia el exterior. Sin embargo, esta manera de proceder ameritaba una revisión de las bases fisiológicas en las cuales se apoyaba; y así, en diversos estudios realizados por distintas escuelas, ha podido comprobarse que el edema del colédoco y la papila es mínimo; que a las pocas horas después de la intervención de las vías biliares puede comprobarse la presencia de bilis en el líquido duodenal obtenido por sondaje, (5) y (6) y, sobre todo, que la presión del jugo biliar dentro del colédoco, no aumenta sensiblemente en el transcurso de las primeras 24 horas (4). Además, un cierre cuidadoso impide la salida de bilis hacia el exterior del conducto.

Courtenay, (7) en 1913, demostró que constando el colédoco de mucosa, esta permitía un cierre hermético a la manera de una sutura de asa intestinal, hecho obvio por cierto, ya que las vías biliares no son más que un anexo del aparato digestivo y tienen su misma constitución. (8).

Naturalmente, deben existir ciertas condiciones o requisitos que permitan efectuar el cierre primario del colédoco de una manera segura y satisfactoria. Estamos de acuerdo con Mirizzi, (3), en que estas condiciones son las siguientes:

- 1) La ampolla de Vater debe ser perfectamente permeable antes de intentar el cierre primario.
- 2) Debe explorarse cuidadosamente tanto el colédoco como el conducto hepático, extrayendo todo cuerpo extraño que se halle en ellos.
- 3) Debe explorarse cuidadosamente el páncreas, para poder asegurar su normalidad.
- 4) Toda maniobra en las vías biliares debe ser hecha lo más cuidadosamente posible.
- 5) Von Krauss (4), aconseja que para determinar la permeabilidad de la ampolla de Vater y para evitar lo más posible un edema indeseable desde todo punto de vista, deben pasarse exploradores hasta llegar al esfínter de Oddi, sin hacer presión, solamente por su propio peso, de manera que permitan distender progresivamente el esfínter, usándose en todo caso, exploradores hasta de ocho milímetros únicamente. Nosotros usamos solamente beniqués de 2 mm. No aconsejamos el uso de dilatadores de Bakes porque producen edema masivo de la papila.
- 6) La sutura, como he descrito anteriormente, deberá ser lo más fina y cuidadosa posible, y debe hacerse en un solo plano, ya sea continua o de puntos separados. (9).
- 7) Algunos cirujanos aconsejan dejar además del drenaje de Penrose en la fosita de Morrison, otro en la vecindad del muñón cístico (10). En nuestra experiencia, no lo hemos usado.

RAZONES POR LAS QUE NO DEBE DEJARSE RUTINARIAMENTE DRENAJE EN «T» o SIMILARES.

La situación de los conductos biliares en el hilio hepático, la vecindad tan próxima de estructuras nobles, la angulación del colédoco, que hacen contactar forzosamente su mucosa con un tubo intraductal ya serían de por sí, suficientes razones que hablarían muy poco en favor de dejar un cuerpo extraño dentro del conducto, que luego debe ser retirado a ciegas. Pero la fisiología es talvez más concluyente, puesto que el colocar una derivación hacia el exterior e impedir que la bilis llegue al intestino, produce una menor absorción intestinal de agua y electrolitos, (4), menor absorción de grasas, pues si bien en la absorción de estas es la lipasa pancreática la que desempeña el papel más importante, también es cierto que para que esta última actúe con eficacia, necesita de la acción previa de las sales biliares. (11) y (12).

Además de lo anterior, el uso del drenaje en «T» expone al paciente a varios peligros y es causa de muchos inconvenientes en el post operatorio; los siguientes los hemos observado en nuestra experiencia: (13) y (14).

Además de lo anterior, el uso del drenaje en «T» expone al paciente puede ocasionar trastornos durante el tiempo del drenaje (mala cicatrización, anorexia, constipación marcada, mala absorción intestinal). (6) y (15).

- 2) Todo tubo en T produce reacción a cuerpo extraño dentro del conducto, que va desde una irritación constante de la mucosa hasta la hemorragia provocada por el tubo, habiendo podido observar, cuando se lavan los tubos en T, la salida de grumos y mucosidades por el mismo, lo que es efecto de tal irritación.
- 3) El tubo al exterior deja una vía abierta por la que es posible una infección ascendente de las vías biliares. También hemos observado reacción inflamatoria y secreción purulenta alrededor del tubo en su punto de emergencia en la piel.

- 4) Al extraer el tubo, éste puede romperse y quedar así parte de él dentro del colédoco, necesiéndose una reintervención quirúrgica para extraerlo.
- 5) Casi siempre al desalojar los tubos hemos observado la presencia de concreciones. Estas pueden tapan el tubo cuando está colocado dentro del colédoco, e impedir que se efectúen con éxito colangiogramas directos post operatorios; también puede suceder que quien inyecte el medio de contraste, lo haga con exceso de presión e introduzca en el colédoco concreciones que estaban en el tubo y que van a actuar como núcleo de origen para la formación de nuevos cálculos.
- 6) Puede suceder que el tubo se salga del colédoco antes de su remoción, sin que haya transcurrido suficiente tiempo para que se haya aislado su trayecto de la cavidad abdominal, con lo cual nos dará una falsa seguridad al no drenar bilis hacia el exterior, mientras se colecciona una peritonitis biliar.
- 7) Hemos observado un caso en el cual fue imposible extraer el tubo después de los controles de cierre, habiendo tenido que hospitalizar a la paciente durante 3 días, poniéndole tracción continua con peso a la rama larga, hasta lograr desalojarlo.
- 8) El tubo en T puede ocluir por una de sus ramas el colédoco o uno de los hepáticos, parcial o totalmente.
- 9) En el caso de drenaje en T, del 50% al 75% de la incisión sobre el colédoco, se cierra primariamente. A nuestro entender, una sutura muy tensa alrededor del tubo produce necrosis del colédoco en este lugar.
- 10) Hemos observado al practicar colangiogramas directos, paso del medio de contraste alrededor del tubo, coleccionándose una «bolsa» en la porción inferior del colédoco (por fuera de él), lo que indica que también puede salir la bilis. La presencia de bilis alrededor del colédoco es considerada una causa muy importante en la etiología de la estenosis de colédoco. (16).

- 11) El paciente con tubo de coledocostomía requiere mayor atención y mayores cuidados de enfermería.
- 12) Puede aumentar el tiempo de estancia hospitalaria si ocurre cualquiera de las complicaciones descritas.

También se han reportado:

- 1) Peligro de hemorragia intraductal por traumatismo producido por el tubo. Necrosis por comprensión (4) y (17).
- 2) Al retirar un tubo siempre se lesiona en mayor o menor grado el colédoco, ya que la suma del espesor de las dos ramas cortas del tubo, es mayor que el espesor de la rama larga. (14).
- 3) Producción mayor de fibrosis alrededor del tubo, con lo que aumentan los peligros para una reintervención de las vías biliares, en caso de que ésta fuera necesaria. (4).
Teóricamente, existe la posibilidad de que un asa intestinal rote sobre el tubo produciéndose obstrucción aguda.

NUESTRA EXPERIENCIA — MATERIAL Y METODO

Desde septiembre de 1959 hemos practicado cierre primario del colédoco seguido a su exploración, en veintiún pacientes del Servicio Primera Sala de Cirugía de Mujeres del Hospital General «San Juan de Dios», de Guatemala.

De estos veintiún pacientes, tomaremos en cuenta en este trabajo de tesis, solamente diecinueve ya que los dos restantes fueron intervenidos por diferentes cirujanos, y siendo esta su única experiencia, no posee ningún valor estadístico.

El cierre efectuado se ha hecho usando indistintamente puntos separados o sutura continua, en una sola línea, de Catgut «extra hard» 000.

A continuación, expondremos separadamente cada uno de los casos:

C A S O S

CASO 1. C.L.H., 41 años; Orig. y Res. en las Canoas, La Barreda. Casada con 10 hijos; of. dom. Ingreso 25/VIII/59. Hist. de dolor tipo cólico, escalofríos, fiebre, náusea y vómitos, Ictericia y prurito de 9 años de evolución intermitente. Lab.: Hb. de 11.5 gm., Ascáridis -|-|- y Uncinarias. Pruebas hepáticas: Cef. Col -|-|- a las 48 h. Orina: Sales biliares. Rx: Moderada contracción de la vesícula. Mala preparación. Op. el 4/IX/59. Se encontró Colec. Cr. Calculosa, Colédoco y hepático derecho dilatados con un áscaris muerto y acodado, ocupando el colédoco y el hepático derechos. Se cerró el colédoco con 4 puntos separados de Catgut, extra-hard 000. Hospitalizada 8 días después de la operación, mostrando ligera alza febril hasta 38° C. del 1o. al 3er. día post-op. Trat. con Antibióticos, Cristoides, Sulf. de Mg., expulsando gran cantidad de áscaris. Egreso el 12/IX/59. Controles post-op.: 22/IV/59, 6/X, 3 y 17 Nov. 1959, sin ninguna molestia.

CASO 2. M.C.H.R., 23 años, Orig. y Res. de San Vicente Cabañas, casada, nulípara, Of. dom.; Ingresó 31/III/60. Hist.: de dolor tipo cólico, coluria y vómitos. De 3 años de evol. Además erupción cutánea alérgica, para la cual tomaba Deltacortril 30 mg. al día. Lab.: Tricocéfalos -| Colangiograma no llenó la vesícula por obstrucción del cístico. No se vieron cálculos. Colecistograma anterior: no llenó la vesícula. Op. 2/IV/60. Se encontró Colecistitis Cr. Calculosa, Cístico dilatado, 6 cálculos en el colédoco y 1 en el hepático común. Se cerró colédoco con puntos separados de Catgut crómico extrahard 000. Durante el acto operatorio presentó descenso brusco de la presión que se atribuyó a falta de esteroides, siendo tratada con vasoconstrictores I.V y Solucortef con buen resultado. Presentó además I.R.S. Permaneció 6 días Post. Op. Trat.: Cortisona y Antibióticos. Egresó 8/IV/60. Controlada 3 y 14 Mayo con ligera infección en uno de los puntos de piel. Por lo demás sin molestias.

CASO 3 M.L.C.C., 56 años, Orig. y Res. de Flores, Petén, Soltera por viudez, con 3 hijos. Peso 107 lbs. Ingresó el 10/IX/60. Hist. de anorexia a las grasas de 1 año de evol. y 5 meses de dolor agudo tipo cólico en el Epigastrio. Lab. Tricomoniasis intestinal. Pruebas Hep.: Cef. Col. -| -| -| a las 48 h. Dos colesistogramas no mostraron la vesícula biliar por obstrucción. Op.: 16/IX/60. Hallazgos: cálculos muy pequeños en la vesícula. Colec. Cr. Calculosa, Colédoco sin patología. Se cerró colédoco con Catgut cromizado 000. Permaneció 7 días post op. febrícula de hasta 38.5o. por I.R.S., durante 5 días. Muy mejorada se dió egreso el 23/IX/60. Control Post-op. el 27/IX y 4/X de 1960. Sin molestias.

CASO 4. E.G.S., 34 años, Orig. Canalitos. Res. ésta capital; casada con 6 hijos. Of. dom., Peso 132 Lbs. Ingresó 18/III/61. Hist. dolor tipo cólico en epigastrio, 5 años de evolución, aumentando en los últimos 3 años vómitos e inercia. Tratada con Cibalgina. Lab: N1. Pruebas Hep. N1 Rx. Vesícula poca contracción, no se ven cálculos Op. 20/III/61. Vesícula con múltiples adherencias al duodeno y al colon transversal y con Colec. Cr. calculosa. Colédoco con bilis de color oscuro (por aspiración); cístico penetraba en la cara posterior del Colédoco. Cálculo enclavado en la Ampolla de Vater. Cierre del Colédoco con 5 puntos separados de Catgut extrahard 000.

Permaneció 9 días post. op., presentando estado gripal y fiebre desde el 1o. al 5o. días post op. Se le dió Fósf. de Cod. A.S.A. Poción Expect. saliendo en buenas condiciones el 20/III/61. Control único: 14/IV/61, sin molestias.

CASO 5. F.G.O., 54 años, Orig. y Res. de ésta capital, casada con 2 hijos; Of. Dom. Peso 146 Lbs. Ingresó 16/V/61. Hist.: dolor tipo cólico y sensación de masa en el Hipocondrio derecho, náusea y vómitos y anorexia a las grasas. 8 años de evol. Lab.: Pruebas Hepáticas N1. Rx. Vesícula excluida, con sombras sugestivas de cálculos. Op. el 22/V/61, se encuentra colecistitis Cr. calculosa atrofica, adherencias al epiplón menor, proceso inflamatorio, cístico y colédoco muy dilatados, 3 cálculos en el colédoco que se cerró con puntos separados de Catgut cromizado 000. Permaneció 8 días Post.Op. con Reverin I.V. Febril los 2 primeros días hasta 38o. Egresó 30/V/61. Controles Post-Op.: 6 y 20 de Junio, 18/VII, 22/VIII, 31/X, 12/XII/61 (se le hizo Colangiograma I.V. que mostró colédoco semamente dilatado, estrecho en su cabo terminal, sin cálculos y pasando bien el medio de contraste al intestino), 22/I, 30/IV y 19/V, del 62 sin ninguna molestia. Re-Op. 30/IV/62.: Histerectomía.

CASO 6. E.F.H., 69 años, Orig. y Res. de ésta capital, soltera por viudez, con 9 hijos. Of. Dom. Peso 99 Lbs. Ingresó el 13/VI/61 Hist.: dolor tipo cólico en epigastrio e hipocondrio der. náusea y vómitos. Presentó Excema Numular, siendo trasladada al servicio de Dermatología de Mujeres, donde se trató esta enfermedad. Lab. y Pruebas Hepáticas: N1; Rx.: La vesícula no fué visible, debido a obstrucción; sombras sospechosas de cálculos. Op.: 18/VII/61. Hallazgos: Colec. Cr. Calc., colédoco ligeramente dilatado; se cerró con sutura continua de Catgut extrahard 000. Permaneció 7 días post-op, ligera alza febril el 1o. y 2o. día, hasta 38o. Se le dió Reverin. Controles Post-Op.: 25/VII; 2/VIII; 5/IX; 10/X de 1961; 13/XII/62 y 24/I/63, sin molestias. Control con Biligrafina IV 6/I/63 mostrando normalidad de conductos hepáticos.

CASO 7. P.C.O., 50 años, Orig. y Res. San Pedro Sacatepéquez, casada, nulípara, of. panadera, peso 94 Lbs. Ingresó 10/X/61. Hist.: de dolor tipo cólico en epigastrio e hipocondrio der., náusea, escalafrios y fiebre no controlada. Colecistostomizada en



en 1956 y colecistectomizada en Quezaltenango en 1958. Lab.: As-casis + Pruebas hep. Cef. Col. -|-|-| a las 48 hrs. Rx. mostró ve-sícula sin contracción. Op. 23/X/61. Hallazgos; adherencias de vías biliares al hígado, intestino delgado y epipión. Se cerró el colédoco con puntos separados de Catgut extra-hard 000. Permaneció 7 días Post. Op. Fiebre de hasta 38o. C. del 2o. al 4o. días. Trat. Reverín I.V. Controles Post-Op.: 14/XI. 19/XII de 1961. sin molestias.

CASO 8. M.G.T., 29 años, Orig. de San Miguel Pochuta y Res. de esta capital, soltera, por separación; con 5 hijos. Of. Dom. In-greso 13/XI/61. Hist. de dolor tipo cólico en epigastrio e hipocondrio der. 2 años de evolución. 4 días antes de su ingreso presentó mareos, náuseas, vómitos, dolor en epigastrio, fiebre, icterica, cefalea y ano-rexia. Lab.: Eritrosed. de 41 mm/ hora y sales biliares en orina. Pruebas Hep.: Bil. total 6.6 mg. %; Bil. dir. 4.6 mg. %; Bil. Ind. 2 mg. % Ind. Ict. 38 u.; Turb. del T. 4 u. Cef. Col. -|-|-| a las 24 horas; Urobil, en orina dil. al 1x40. Colecistograma: no fué visible la vesícula, por probable obstrucción vesicular. Op. 27/XI/61. Hallazgos: vesícula friable, llena de cálculos con adherencias al colon transverso y al hígado; colédoco dilatado dos veces su tamaño normal; 2 cálculos en su interior. Cierre del colé-doco con sutura continua Catgut extra-hard 000. Se practicó colangiograma I.V. al 3er. día de la Op., pero desafortunadamente no se visualizaron las vías biliares. Permaneció ocho (8) días post. Op.; fiebre hasta de 38o. los días 1, 3, 4 y 7. Trat.: terramicina, El. pareg., limón, lact., poc. exp. Presentó drenaje purulento por el Pen-rose, egresando muy mejorada el 5/XII/61. Control posterior: 9, 16 y 19 de diciembre de 1961 encontrándose granuloma infeccioso en sutura. Otros controles: 23/XII/61, 10/IV, 25 y 27 de noviembre de 1962, sin molestias. El 5/II/63 se le controló embarazo en el 7o. mes; parto el 12/III/63. Nuevos controles: 21/V y 25/VI de 1963, sin molestias.

CASO 9. V.A.R.S. 36 años, Orig. y Res. de esta capital; casada por 9 años; nulípara; of. dom.; peso 104 Lbs. Ingresó 6/I/62. Hist.: dolor cólico en epigastrio desde hace 6 años. 5 días antes de su in-greso presentó dolor tipo cólico con náusea, vómitos, erupciones y re-

gurgitación amarga. Diabética desde 1960 siendo controlada única-mente por dieta. Lab.: glicemia de 210 mg% en ayunas. Pruebas Hep.: Bil. total de 1 mg% Ind. y Dir. 0.5 mg.% respect Ind. Ict. 13 u. Turbid. del T. 5 u. Cef. Col. -|-|-| a las 24 horas. Control de de su diabetes por endocrinólogo: insulina NPH y dieta para diabético de 1500 Cal. Op. 22/I/62. Hallazgos: vesícula muy pequeña, atrófica, llena de cálculos; Col. Gr. atrof., colédoco sin patología. Se cerró con sutura continua. Catgut extra-hard 00. Permaneció 8 días en el Post. Op., febril hasta 38.5o. los primeros 4 días. Trat.: NPH. Egresó sin molestias el 30/I/62. Controles Post. Op. 6, 14, 20 de febrero, 13/III y 17/VII de 1962, sin molestias.

CASO 10. R.A.A., 54 años, orig. de Quezaltenango y Res. de ésta capital, soltera por viudez, 2 hijos; of. costurera; 121 Lbs. Ingresó 14/II/62 por dolor cólico en región epigástrica, irradiado a la espalda; 15 años de evol. Desde tres semanas antes de su ingreso la pt. había padecido náuseas y evacuaciones blandas y vómitos verde amari-lento. Lab.: Sed 27 mm. Pruebas Hep. N1. Vesícula no fue visible en las pruebas radiográficas. Op. 26/II/62. Hallazgos: Vesí-cula edematizada, grande, múltiples cálculos en su interior. Colédoco y Cístico dilatados. con tejido inflamatorio friable. Al explorar Colédoco, salió un líquido blanco amarillento bien liga-do y un cálculo, aprox. de 3 x 3 mm. Se cerró el Colédoco con su-tura continua de Catgut cr. extra-hard 000 Anat. Pat.: Colec. Cr. con brote Ag. purulento. Permaneció 8 días en el post-op. Trat.: Reverín I. V. y Penic. Febril 7 días. hasta 38'45. Egresó 6/III/62, afebril. Controles post.: 13 y 20/III, 3/IV y 24/VII del 62, sin mo-lestias.

CASO 11. M.J.M.S.. 43 años, orig. y res. de esta capital, casada, 9 embar.; of. dom. 135 Lbs. Ingresó 24/III/62 con historia de dolor tipo cólico en epigastrio, náusea y vómitos, ictericia ocasional de 8 años de evol. Lab.: pruebas Hep. N1. Colecistograma, la ve-sícula biliar no fue visible. Op. 30/III/62; Hallazgos:: Vesícula atrófica; Colec. cr. cal. con reacción severa tipo a cuerpo extraño en la lámina propia. Colédoco sin patología. Cierre: puntos separados extra-hard 000. Permaneció 10 días en el post op., febril el primer día hasta 39o. Afebril el resto. Egreso sin mo-

lestias 9/IV/62. Controles posteriores: 14/IV, 19/V, 31/VII 10/VIII/ y 27/X/62 sin molestias. Colangiograma I.V. de control el 31/VII/62 mostró cond. bil. con buena eliminación del medio de contraste; aspecto NI. sin evidencia de litiasis residual.

CASO 12. M.L.M. 16 años; orig. de Pajapita y res. de esta capital; of. niñera; soltera. Ingresó 13/IX/62 por dolor abdominal y flatulencias de 4 meses de evol. Urg. de 8 días. Lab: Uncinaria -. Colecistograma: Ves. Bil. grande, apte. sin señas de cálculos; poca contracción con la comida de prueba. Op. 14/IX/62. Hallazgos. Ves. Bil. grande, violácea, con cálculos minúsculos. Cístico dilatado en su desembocadura en el Colédoco, donde se encontró un cálculo. Colédoco sin patología; se cerró con sutura continua de Catgut extrahard 000. Anat. Pat. Colec. cr. calc. Permaneció 7 días post-op. Fiebre ligera de 37'50., Trat. Antibióticos. Egresó 21/IX/62, sin molestias. Controles posteriores 25/IX, 2/X, 11/XII/62 y 11/VI/62, sin molestias. Colangiograma I.V. 4/VI/63, mostró cond. excretores permeables, sin patología.

CASO 13. M.V.M.D.S., 36 años; orig. y res. de Amatitlán, 4 hijos; Of. dom. Ingresó 2/X/62 para colecistectomía ya que en Op. ant. por absceso pancreático retrogástrico del 23/II/62 se había dignosticado Col. Cr. Calc. No tenía molestias. Lab.: Pruebas Hep. nls. Op. 8/V/62. Hallazgos: vesícula con abundantes cálculos; Colec. Cr. Calc; cístico y Colédoco lig. dilatados, con múltiples adherencias, sin otra patología. Cierre con sutura continua Catgut Crom. 000. Permaneció 8 días Post. Op. con fiebre ligera hasta 380. los días 1, 2 y 4. Trat: Sintomicetina. Egresó sin molestias el 10/X/62. Controles posteriores. 23 y 30 de octubre, 18/XII de 1962 y 19/III de 1963, sin molestias.

CASO 14. M.T.O. Ch., 56 años, orig. de Copán, Honduras y Res. de Ocotepeque; solt. por viudez; 5 hijos, of. dom. peso: 118 Lbs. Ingresó 16/XI/62. Hist.: dolor tipo cólico en epigastrio e hipocondrio der. y espalda, náuseas y vómitos de 30 años de evol. Ictericia en varias ocasiones, la última vez, 12 años antes. Lab.: nl. Colecistograma y colangiograma no mostró la vesícula. Colédoco apte. dilatado. Op.: 16/XI/62. Hallazgos: múltiples adherencias en la

cavidad abdominal; vesícula atrofica; colédoco dilatado; ausencia de cístico por adosamiento de la vesícula al colédoco. Colédoco sin patología. Se cerró con sutura continua de Catgut Crom. 000. Anat. pat. Colec. Cr. atrofica. Permaneció 12 días en el Post. Op. Lig. febrícula de 380. el 20. día. Trat. antibióticos. Egresó sin molestias el 1/XII/62. Control: 10/I/63, sin molestias.

CASO 15. E.C.G., 59 años; orig. y res. de Jutiapa. Unida; 8 Emb. Of. Dom. Peso: 86 Lbs. Ingresó 12/XI/62. Hist.: dolor epigástrico 10 años de evol. urgencia 1 año. Desde el 5/XI náuseas, vómitos, coluria y acolia. Lab.: Sed. 42 mm/hora y sales Bil. en orina. Pruebas Hep.: primeras Bil. total: de 1.8 mg%; Bil. dir. 0.8 mg%; Bil. Indirec. 1 mg% Ind. Ict. 15 u. Turb. del timol 7 u; Cef. Col. -|-|- en 24 h. 2 pruebas de B.S.P.; retención en el suero 5% y 6% Respect. a los 45'. Segundas pruebas Hep.: Bil. total 0.6 mg%; Turb. del timol 10 u. T. de Protomb. 40% del total. Serie G.D.: neg. Colecistograma, vesícula no visible, aunque pasó el medio de contraste al intestino. Colangiograma: no visualizó Cond. Bil. Controlada por Gastroenterólogo quien recomendó exploración quirúrgica. Op. 7/XII/62. Hallazgos: ves. bil. atrofica, blanquecina, con calc.; Cístico y Colédoco dilatados, sin calc; Cierre Catgut cromizado 000. Anat. Pat. Col. Cr. con marcada atrofia de la mucosa y esclerosis de la muscular. Permaneció 6 días Post. Op. fiebre ligera hasta 380. los primeros 3 días. Trat.: Antibióticos y egresó sin molestias 14/XII/62. Controles posteriores: 18/XII/62 y 26/II/63, sin molestias.

CASO 16. G.F.L., de 23 años; orig. de Asunción Mita; Res. de esta capital; casada, nulípara; Of. Dom. Peso 188 Lbs. Ingresó el 12/II/63. Hist.: dolor tipo cólico en epigastrio, 11 meses de evol., náusea y vómitos, Int. a las grasas, flatulencia, erupros, regurgitación amarga. Lab. sales biliares en orina. Pruebas Hep. NI. Colecistograma: densidades radiotransparentes con apariencia de cálculos de colesterol; buena contracción después de comida de prueba. Op. 18/II/63. Se encontró Colédoco perfectamente normal; se cerró con sutura continua. Colecistitis crónica calculosa. Permaneció 8 días Post. Op: febril el segundo día con 38.50. Egresó 26/II/63, sin molestias. Control de colangiografía I.V. 28/V/63, mostró colédoco. de calibre y tamaño nl.

CASO 17. I.L.C., 23 años; Orig. de San José Pinula; Res. de ésta capital; soltera; Of. Dom. Ingresó 26/II/63. Hist.: dolor tipo cólico en reborde costal der. y epigastrio, 9 meses de evol.; náusea y vómitos, sabor amargo en la boca, asientos líquidos, aumentando desde hace 3 meses. Ex. Fis.: dolor a la palpación en hipocondrio der. Lab.: ameba histolítica. Vesícula con múltiples zonas radiolucientes debido a cálculos biliares. Op. 1/III/63. Vesícula grande, verde violácea, con cálculos. Colédoco sin patología; se cerró con sutura continua de Catgut cromizado 000. Permaneció 6 días Post. Op., febril durante primeros 3 días hasta 38o. Egresó 7/III/63, sin molestias. Controles posteriores. 19/III; 2/IV, y 18/VI de 1963, sin molestias. Colangiograma I.V. 4/I/63 conductos excretos permeables, sin evidencia de cálculos residuales.

CASO 18. J.R.G.. de 25 años; Orig. de Chimaltenango; Res. de esta capital; casada; 8 embarazos; Of. Dom.; Peso. 100 Lbs. Ingresó 19/III/63. Hist.: dolor cólico en epigastrio; náusea y vómitos, asientos, fiebre, cefalea, 1 año de evolución y 3 meses de urgencia. Ex. Fis.: dolor a la palpación en hipocondrio der. Lab.: sangre oculta en heces positiva y quistes de ameba histolítica. Pruebas Hep.: N1, dos colecistogramas no mostraron la vesícula. Conductos excretos, visibles y permeables. Op. 1/IV/63. Vesícula atrófica, muy pequeña, con cálculos. Colédoco sin patología. Se cerró con sutura continua de Catgut cromizado 000. Permaneció 7 días Post. Op., febril los primeros 3 días hasta 38o. Egresó 8/IV/63, sin molestias. Controles posteriores 21/V, 28/VI 16/VII y 17/VII de 1963 sin complicaciones. Colangiograma 25/VI/63, no delimitó debidamente el conducto colédoco.

CASO 19. E.B.C., 19 años; Orig. de Aguas Calientes; Res. de ésta capital; soltera; 1 hija; enfermera auxiliar. Lab.: N1. Colecistogramas múltiples cálculos pequeños dentro de la vesícula Op. 14/VI/63. Se encontró vesícula con un solo cálculo. Colédoco con un cálculo en la ampolla de Vater, el cual pasó súbitamente al duodeno durante la exploración; se cerró colédoco con sutura continua extra-hard 000. Permaneció 7 días Post. Op., febril el primero hasta 38o. Egresó en buenas condiciones el 21/VI/63. Controles posteriores: 2/VII/63 sin presentar ninguna molestia.

De nuestra serie de casos de cierre primario del Colédoco podemos extractar los siguientes datos:

1.—Tiempo desde que fueron operadas: La 1a. hace 48 meses. La última hace 3 meses. En promedio 20 meses.

CUADRO I

1959	1 caso	5.3 %
1960	2 casos	10.5 %
1961	5 casos	26.3 %
1962	7 casos	36.8 %
1963	4 casos	21.1 %

2.—Edad. Fluctuó entre 16 años y 69 años, con una media de 39 años.

De 16 a 19 años	2 casos	10.5 %
De 20 a 20 años	5 casos	26.3 %
De 30 a 39 años	3 casos	15.8 %
De 40 a 49 años	2 casos	10.5 %
De 50 a 59 años	6 casos	31.6 %
De 60 a 69 años	1 caso	5.3 %

El mayor número de casos se registró entre los 50 y los 59 años de edad con 6 casos: 31.6%.

3.—Sexo: Femenino todas: 100%.

4.—Raza: Indoamericana todas: 100 %.

5.—Tiempo de padecimiento: El menor 4 meses, el mayor 30 años. En promedio 6 años.

CUADRO III

Menos de 1 año	4 casos	21.1 %
De 1 a 3 años	4 casos	21.1 %
De 4 a 6 años	5 casos	26.3 %
De 7 a 9 años	3 casos	15.8 %
De 10 años o más	3 casos	15.8 %

6.—Síntomas. Los clasificamos por orden de frecuencia, según refirieron nuestras pacientes a su ingreso:

CUADRO IV

Dolor	18 casos	94.7 %
Náusea y vómitos	13 casos	68.4 %
Sabor amargo	8 »	42.1 %
Intolerancia a las grasas	5 »	26.3 %
Anorexia	4 »	21.1 %
Flatulencia post-prandial	4 »	21.1 %
Fiebre y escalofríos	4 »	21.1 %
Deposiciones diarreicas	3 »	
Coluria y Acolia	2 »	10.5 %
Pérdida de peso	2 »	10.5 %
Eruptos	2 »	10.5 %
Cefalea	1 »	5.3 %

7.—Antecedentes patológicos Médicos: Además de enfermedades de la primera infancia, encontramos que 9 pacientes o sea el 47.4% habían padecido de uno o varios ataques de Paludismo. Otras enfermedades encontradas fueron: Parasitismo Intestinal, Artritis Reumatoidea, Fiebre Tifoidea, Excema Numular y Diabetes.

8.—Antecedentes patológicos Quirúrgicos: Sólo un caso presentaba operaciones anteriores de la Vesícula: Primero Colectostomía y luego Colectectomía. El resto operaciones en otros sistemas, sin relación alguna con las Vías Biliares.

9.—Examen físico: Al ser examinadas el día de su ingreso, nuestras pacientes presentaron la siguiente signología:

CUADRO V

Dolor en Hip. der. a la palp.	13 casos	68.4 %
Vesícula palpable	1 »	5.3 %
Ictericia	1 »	5.3 %
Examen físico negativo	5 »	26.3 %

CUADRO VI

Menos de 100 libras	3 casos	15.8 %
De 100 a 110 »	3 »	15.8 %
De 111 a 120 »	2 »	10.5 %
De 121 a 130 »	1 »	5.3 %
De 131 a 140 »	2 »	10.5 %
De 141 a 150 »	1 »	5.3 %

La menor con peso de 86 libras y la mayor con 146 libras. En promedio 114 libras.

10.—Peso: 7 pacientes no fueron controladas. El resto presentó los siguientes pesos:

11.—Presión Arterial: La mayoría de pacientes presentaron P.A. dentro de límites normales: en total 16 o sea el 84.2%. De las restantes tres, una con 160/110, otra con 140/100 y la otra con 160/90.

12.—Laboratorio:

a) Hemoglobina: La mayoría con Hb. fluctuando entre 13'5 gm. y 16 gm.

CUADRO VII

Hb. mayor de 13.5 gm.	12 casos	63.2 %
Hb. 12.5 gm.	3 caso	5.3 %
Hb. 11.5 gm.	3 casos	15.8 %
No se controló Hb.	3 casos	15.8 %

b) Orina: 5 pacientes presentaron Sales biliares en la orina: 26.3%. — 10 pacientes con orina negativa: 52.6%. En 4 pacientes no se controló: 21.1%.

c) Heces: Se encontraron las siguientes parasitosis: Uncinarias 2 casos, Ascaris 2 casos, Ameba histolytica 2 casos, Tricocéfalos 1 caso, Tricomonas 1 caso y Lamblias 1 caso.

d) Pruebas hepáticas: Fueron normales en 14 pacientes: 73.7%. Anormales en 3 con Turbidez del Timol elevada. Bilirrubi-

na alta. tanto la total como la directa y B.SP. mayor que lo normal.

e) Urobilinógeno: 1 caso positivo. dil. al 1/40.

f) Glicemia: Elevada en una paciente a la que se le había diagnosticado Diabetes mellitus dos años antes: 210. %. Fue controlada con dieta e Insulina.

13.—Rayos X.

CUADRO VIII

Vesícula excluida	10 casos	52.6 %
Cálculos visibles	5 casos	26.3 %
Poca contracción con comida de prueba	3 casos	15.8 %
Colédoco dilatado	1 caso	5.3 %

14.—Embarazo:

Nulíparas	5 casos	26.3 %
1 embarazo	2 casos	10.5 %
2 embarazos	2 casos	10.5 %
3 embarazos	1 caso	5.3 %
Más de 3 embarazos	9 casos	47.4 %

15.—Pre-Operatorio: Durante el tiempo de hospitalización pre-operatoria. que varió de uno a 10 días. 17 pacientes no mostraron ninguna molestia o sea el 89.5% y únicamente dos presentaron fiebre y dolor tipo cólico. Se les trató pre-operatoriamente con soluciones I.V. y Vitaminas. Se usó Cortisona en una paciente que presentó Excema Numular y se trató con Insulina y dieta de 1500 calorías a la paciente diabética. El tratamiento preoperatorio inmediato fue igual en todos los casos. con barbitúricos P.O. la noche anterior y el día de la operación, Morfina atropina antes de ser llevada a sala de operaciones.

16.—Operación: Se usó Anestesia general de Eter-Oxígeno endotraqueal en todos los casos.

La incisión usada fue: Paramediana derecha en 16 casos: 84.2%; Oblicua subcostal derecha en 2 casos: 10.5% y Transversa derecha en un caso 5.3%.

Durante la exploración del Colédoco se encontró Patología en 7 casos o sea el 36.8% y fue negativa en 12 casos o sea el 63.2%. Merecen mención especial: el caso No. 1 en el que se encontró un áscaris muerto y acodado dentro del colédoco y el hepático derecho, los cuales estaban dilatados. Posteriormente se le trató con antihelmínticos con buen resultado; actualmente se encuentra asintomática. El caso No. 5 que a la exploración del Colédoco presentó 2 cálculos que al examen detenido de sus fascetas, hicieron sospechar la presencia de otro cálculo aún no descubierto, como efectivamente sucedió tras una cuidadosa búsqueda. Y el caso No: 10 con franco proceso purulento de Vías Biliares. Todos los casos se resolvieron con Cierre Primario.

Se usó para el cierre del Colédoco una sola línea de Catgut extra-hard 000 con cinco casos de puntos separados: 26.3% y 12 casos de sutura continua: 63.2%. En dos casos no se reportó qué tipo de sutura se había empleado. Para la exploración del Colédoco, sólo se usaron Beniqués de 2 mm. y nunca se forzó su paso hacia el Duodeno. No se usaron dilatadores de Bakes, ya que dan edema masivo de la papila. En dos pacientes se efectuó biopsia del Colédoco con resultado normal. Dos fueron explorados por el muñón del Cístico habiendo efectuado en uno de ellos sutura en el muñón y otra en la cara anterior del Colédoco. Tuvimos un caso de reintervención de Vías Biliares, ya que había sido Colectectomizada anteriormente.

17.—Complicaciones durante la operación: Un caso: Paciente que sufrió Shock por insuficiencia suprarrenal secundaria al uso prolongado de Esteroides. Se trató con éxito por medio de Solucortef y Levophed, continuando después con Cortisona.

18.—Mortalidad Operatoria: Ninguna. 0 %.

19.—Diagnóstico Post-operatorio:

CUADRO X

Colecistitis cr. Calculosa	15 casos	79.0 %
Adherencias gastro-cólicas	1 caso	5.3 %
Colecistitis sub-aguda	1 caso	5.3 %
Colecistitis cr. atrófica	1 caso	5.3 %
Caso no reportado	1	5.3 %
Total	19 casos	5.3 %

20.—Por Anatomía Patológica obtuvimos los siguientes diagnósticos:

CUADRO XI

Colecistitis cr. calculosa	12 casos	63.2 %
Colec. cr. calc. con colesteroles	1 caso	5.3 %
Colec. cr. atrófica	4 casos	21.1 %
Colec. cr. calc. con brote a-g. pur.	1 caso	5.3 %
Angiocolitis crónica	1 caso	

21.—Post-Operatorio: A todas las pacientes se les trató con Analgésicos, Fluídos I.V. y Vitaminas. Succión gástrica continua retirada a los dos días. En 9 pacientes se usaron antibióticos. En una paciente Esteroides (Cortisona) y en una, Insulina y dieta para Diabético. Transfusión de sangre en un caso.

Se les retiró sonda nasogástrica a los dos días post-operatorios. El drenaje de Penrose entre el 5o. y el 7o. día, así como puntos de piel. Los puntos profundos de piel se usaron en 9 pacientes y se retiraron a los 15 días.

Se practicó Colangiograma I. V. en 9 pacientes. de las cuales 5 fueron normales; en tres no se visualizaron los conductos excretores y en una se vió el Colédoco dilatado. con buen paso del elemento opaco hacia el duodeno.

22.—Complicaciones Post-operatorias: 17 pacientes no presentaron ninguna molestia o sea el 89.5%. Dos pacientes presentaron ligera infección de un punto superficial. El tratamiento con antibióticos tuvo completo éxito.

23.—Mortalidad Post-operatoria ninguna:

24.—Tiempo hospitalario post-operatorio: Ha variado entre 6 y 10 días. La máxima frecuencia es de 7 días. En promedio 7.6 días.

En resumen, durante cuatro años en el Servicio Primera Cirugía de Mujeres del Hospital General practicamos 84 intervenciones de vías biliares; de éstas, 46 fueron colecistectomías simples, o sea el 54.7%; 38 operaciones tuvieron exploración de colédoco. o sea el 45.3%, de las 38 últimas, hicimos 19 cierres primarios del colédoco. o sea, el 50% de las exploraciones del colédoco; en las 19 restantes se dejó drenaje intraductal.

En nuestros 19 casos de cierre primario encontramos patología en 7 casos: 36.8% y fue negativa la exploración en los 12 restantes: 63.2%.

Usamos para cierre del colédoco puntos separados en cinco casos: 26.3%; 12 casos cerrados con sutura continua; 63.2%; en los dos casos restantes, no se tiene reporte de la clase de cierre empleado.

Hemos expuesto nuestra experiencia con el cierre primario del colédoco, el cual nos ha dado muy buenos resultados, no sólo en los casos en los que no se ha encontrado patología a pesar de existir indicaciones de explorar las vías biliares, sino también en aquellos casos en que se ha encontrado franca patología (cálculos y ascárides) con o sin dilatación del colédoco.

Los pacientes intervenidos con esta técnica han sido observados desde el momento de la operación hasta la fecha. sin que se haya encontrado ninguna consecuencia indeseable atribuible a la misma. El tiempo hospitalario post-operatorio ha sido de un promedio de siete días, resultando en una buena recuperación orgánica y psíquica. Hacemos énfasis en el hecho de que esta última ha sido altamente satisfactoria, ya que hemos comprobado repetidas veces, estado de ánimo ansioso, aprensión y características similares en pacientes preocupados por la presencia de bilis saliendo por el tubo, con consiguiente cauda de molestias y mal olor.

En los casos que nos ocupan, los pacientes han podido tener dieta libre y, aún excesos en cuanto a la ingestión de grasas. sin consecuencia de trastornos biliares.

En general, los problemas hospitalarios con pacientes intervenidos con cierre primario, han sido considerablemente menores que con quienes se ha dejado drenaje intraductal.

DISCUSION

Ha sido el objeto del presente trabajo exponer nuestra experiencia con una técnica operatoria poco usual en nuestro medio./ En una encuesta que llevamos a cabo en Centro América, únicamente el Dr. R. Ferris Iglesias de Costa Rica, (18), nos informó que ha operado cinco casos de Cierre primario del Colédoco, el primero hace 18 meses. En Honduras no se ha practicado este tipo de operación. (19). En Guatemala, el Dr. Molina Fuentes publicó un trabajo con 8 casos iniciales de cierre primario, efectuados en Quezaltenango de Nov. del 59 a Nov. del 60. (20). Posteriormente ha practicado 20 operaciones más de este tipo con éxito. (21) y (22).

No es nuestra intención el tratar de imponer nuestro criterio en cuanto a sistematizar el uso de cierre primario del colédoco y el uso de drenaje. Sin embargo, si queremos demostrar que nuestra técnica encierra ventajas muy apreciables, dignas de ser tomadas en cuenta para mejor atención de los pacientes.

Aunque nuestra serie de casos es pequeña hasta la fecha, nuestro promedio de exploraciones del Colédoco, de 45.3%, está de acuerdo con la estadística de la Clínica Lahey que es de 45.7%. (23). Sin embargo, Rienhoff (6) de 722 operaciones de vías biliares, sólo efectuó exploración de colédoco en cien de ellas o sea 14%, aunque todos fueron suturados primariamente.

Anteriormente hemos presentado las desventajas y complicaciones que pueden suscitarse usando drenaje rutinario de vías biliares. Aún en las manos más experimentadas, ese tipo de operación trae diversos problemas y no es todo lo feliz que pudiera desearse.

Muchos cirujanos opinan que cualquier paciente puede sentirse satisfecho con su tubo de drenaje y su frasquito colgando, pero esta manera de ver las cosas no está de acuerdo con la realidad. Nos parece mucho más práctico el no tener que utilizar todos estos administrículos, sobre todo si la presencia o ausencia del tubo de drenaje no va a modificar en lo absoluto el éxito final de la intervención.

En nuestra serie de 19 casos, observados estrechamente en reconocimientos post operatorios efectuados en un mismo hospital, hemos comprobado la ausencia de molestias imputables a defectos de vías biliares. Hemos controlado por medio de colangiogramas intravenosos a nuestros pacientes, comprobándose la ausencia de cálculos residuales u otra patología.

Aunque ya dicho repetidas veces, volvemos a recalcar que la base primordial para efectuar con éxito un cierre primario del colédoco consiste en la cuidadosa exploración de las vías biliares, y en la absoluta certeza de no dejar ningún cuerpo extraño en su interior, para lo cual deben usarse los métodos clásicos de lavado; uso de la Colangiografía pre y per operatoria, Colangio manometría, coledoscopia, ondas ultrasónicas, etc.

Un punto muy importante para el buen éxito de un cierre primario es la continencia del esfínter de Oddi, desnaturalizado por el espasmo y por el edema operatorio. Nosotros creemos que este problema es dado en gran parte por la dilatación forzada del esfínter con los dilatadores usuales de Bakes. por lo que nunca los hemos usado, ni recomendamos su empleo, cuando se efectúa un cierre primario. Hemos empleado beniqués que no pasen de 3 mm., únicamente con el propósito de comprobar la permeabilidad y si posible paralizar el esfínter y los resultados satisfactorios que hemos obtenido, son la mejor prueba de que esto es bueno.

Los tubos de drenaje de Penrose colocados en la fosita de Morri-con como ya es clásico en esta clase de intervención, ha sido posible retirarlos 5 a 6 días después, ya que el escape de bilis ha sido mínimo.

En nuestra experiencia con este tipo de intervención, hemos llegado a practicar el cierre primario con muy buenos resultados en colédocos con franca patología, en presencia de cálculos, en un caso de áscaris, en una reintervención de las vías biliares con colecistectomía previa y en un caso de Colangitis purulenta, asociada a Coleocolitiasis.

Si bien es cierto que pacientes con drenaje en «T» han sido dados de alta, en promedio, al décimo día después de la intervención, esto se ha debido principalmente a que estamos trabajando con un grupo hospitalario de atención gratuita, de manera que los pacientes deben ser evacuados antes del tiempo más recomendable, por razones de espacio. En todos los casos se ha practicado cierre progresivo del tubo en «T» durante el undécimo, duodécimo o décimotercer día, maniobra que ha tenido que dejarse al cuidado del propio paciente, practicándose colangiograma directo a través del tubo en «T» durante el decimocuarto día post operatorio, antes de proceder al retiro del mismo. Por las razones expuestas, un control estricto de cada paciente, ha resultado prácticamente imposible.

En contraste, nuestros casos de cierre primario del colédoco han sido dados de alta el séptimo día post operatorio, después de retirarles los puntos de piel, y no teniendo que efectuar ninguna otra maniobra posterior a su egreso. Además, hemos observado que nuestros pacientes, desde el punto de vista psicológico, muestran una evolución más satisfactoria que quienes llevan un drenaje al exterior.

Para concluir, estamos firmemente convencidos de las numerosas ventajas que un cierre primario del colédoco ofrece. Lo hemos podido comprobar así con nuestra práctica. Actualmente estamos efectuando un estudio, comparando la salida de bilis por el penrose en: 1) colecistectomía simple; 2) colecistectomía y coledocostomía; 3) colecistectomía y coledocotomía con cierre primario y reintervenciones de vías biliares con coledocostomía y drenaje en «T» y colédocotomía y cierre primario.

Asimismo está en estudio, examen de líquido biliar obtenido del colédoco en coledocostomía y coledocotomía. Los resultados aun no pueden establecerse definitivamente.

No estamos en lo absoluto en contra del drenaje «T», pero creemos que su empleo debe sistematizarse únicamente para los siguientes casos:

- 1) anastomosis de las vías biliares;
- 2) cáncer inoperable de la cabeza del páncreas;

- 3) estenosis en el colédoco;
- 4) dificultades insuperables, a nivel de la ampolla de Vater;
- 5) cuando se han practicado dilataciones del esfínter de Oddi;
- 6) en caso de duda.

Para el resto de los casos, altamente recomendamos cierre primario, por las siguientes razones que nos parecen de la máxima importancia:

- 1) Es más anatómica la cicatriz del colédoco;
- 2) La fisiología biliar normal se restablece prontamente;
- 3) Se evitan todas las complicaciones que hemos descrito para el drenaje en «T»;
- 4) Los pacientes regresan más pronto a la normalidad; y
- 5) Los cuidados de enfermería son menores.

CONCLUSIONES

- 1) Hemos presentado la historia de la cirugía de Colédoco.
- 2) Presentamos los dos sistemas para cerrar el colédoco después de su exploración.
- 3) Analizamos las condiciones necesarias para efectuar cierre primario del colédoco con éxito.
- 4) Expusimos las que, a nuestro parecer, son indicaciones precisas para dejar drenaje en T o similares, así como las razones por las que no debe dejarse rutinariamente esta clase de drenajes.
- 5) Presentamos nuestra experiencia, material y método usados.
- 6) Creemos que el cierre primario es un método que debe ser tomado en cuenta, ya que presenta numerosas ventajas sobre el drenaje intraductal rutinario.
- 7) No pretendemos que todos los casos de cirugía del colédoco deban cerrarse con esta técnica; solamente queremos que se siga la técnica que ofrezca mayores ventajas para el paciente.
- 8) No hemos tenido hasta la fecha ninguna complicación imputable a la falta de drenaje intraductal.
- 9) Esperamos que nuestro trabajo sirva de estímulo para que otros cirujanos se interesen en esta técnica y para que nosotros mismos adquiramos más experiencia.

JUAN ALFREDO CARRILLO C.

Dr. RAFAEL MINONDO H.

Asesor

Dr. CARLOS EDUARDO AZPURU
Revisor.

Vo. Bo.

Dr. CARLOS ARMANDO SOTO,
Secretario.

Imprimase

Dr. CARLOS M. MONSON MALICE
Decano.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—James E. Mc Manus: «The early history of surgery for common duct stones, New England Jour. Med. 254 (1) pág. 17-20 Jan. 5 1956.
- 2.—Halstead, William S.: «Surgical papers», Vol 11 — John Hopkins Press, Baltimore, Maryland.
- 3.—Mirizzi, P. L.: «Primary suture of the common bile duct in Choledocholithiasis», Arch. Surg. 44, pág. 44, 1942.
- 4.—Krauss, Hermann — Kern, Ernst: «Der primäre Choledochusverschluss nach Choledochotomie», Deutsch Med. Wschr. 86, pág. 566—8, März, 31, 1961.
- 5.—Herrington, J. L. Jr. — Dawson, R. E. — Edwards, W. H. — Edwards, L. W.: «Further considerations in the evaluation of primary closure of the common bile duct following its exploration», Ann. Surg. 145 (2) pág. 153-61, Feb. 1957.
- 6.—Rienhoff, W. F. Jr.: «Primary closure of the common duct», Ann. Surg. 151, pag. 255-60, Feb. 1960.
- 7.—Richter, H. M. — Buchbinder, J. R.: «The omission of drainage in common duct surgery», J. A. M. A., pag. 1750, Dec. 6, 1919.
- 8.—Testut, L. — Latarjet, A.: «Tratado de Anatomía humana» Tomo 4, pág. 662-705, 9a. Ed. 1954.
- 9.—Edwards, L. W. — Herrington, J. L. Jr.: «Closure of the common bile duct following its exploration «Ann. Surg. 137 (2), pag. 189-94, Feb., 1953.
- 10.—Goinard, P. — Pelissier, G.: «Chirurgie de la lithiase coledocienne sans drainage», Mem. Acad. Chir. Par., 83 (19-20), pag. 19-26. Jun. 1957.
- 11.—Best, C. H. — Taylor, N. B.: «Bases fisiológicas de la práctica Médica», Tomo I, pág. 629-45, 5a. Ed. 1954.



- 12.—Houssay, B. A. et al.: «Fisiología Humana», pag. 472-8, 3a. Ed. 1954.
- 13.—Minondo Herrera, R.: «Cierre primario del Colédoco», Trabajo presentado en el ciclo de conferencias científicas para conmemorar las Bodas de Plata profesionales del Dr. Pablo Fuchs, Sept. 1962.
- 14.—Minondo Herrera, R.: «Cierre primario del Colédoco», Comunicación personal, Jul. a Sept. 1963.
- 15.—Herrington, J. L. Jr. — Edwards, W. H.: «Repraisal of results of primary closure of the common bile duct would following exploration for Calculi», Surgery 52, pág. 402-5, Aug. 1962.
- 16.—Telford, D.: «Primary closure of the common bile duct after Cholecholestomy», J. Int. Coll. Surg. 35, pág. 1-5, Jan. 1961.
- 17.—Collins, P. G. — Redwood, C. R. — Wynne Jones, G.: «Common bile duct suture without intraductal drainage following Cholecholestomy», Brit. J. Surg. 27, pag. 661-7, May 1960.
- 18.—Iglesias, R. F. — Guzmán, A. V.: Comunicación personal sobre cierre primario del Colédoco, Agosto, 12 1963. — Costa Rica.
- 19.—Zúñiga, C. A.: Comunicación personal, Set. 5, 1963. Honduras.
- 20.—Molina Fuentes, E.: «Cierre primario del Colédoco», Rev. del Col. Méd. de Guatemala, 12 (2), pag. 92-4, Jun. 1961.
- 21.—Molina Fuentes, E.: «Cierre primario del Colédoco», Trabajo inéd. Archivos de la Rev. del Col. Méd. de Guatemala, 1961.
- 22.—Molina Fuentes, E.: «Cierre primario del Colédoco», Comunicación personal, Ag. 16, 1963.
- 23.—Colcock, B.: «Surgical practice of the Lahey Clinic», pag. 474; 1951.
- 24.—Welch, C. E.: «Cholecholestomy», Surg. Gyn. and Obs. 102, pag. 495, 1956.