

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

E S F I N T E R O P L A S T I A

=====

(CONFERENCIA)

Dr. Ben Eiseman

En esta oportunidad procuraré presentar algunos aspectos controvertidos referentes a la esfinterotomía en varias enfermedades, tales como pancreatitis, colédoco-litiasis, odditis estenosante y síndrome post colecistectomía. Personalmente, este es un procedimiento que indico en forma excepcional.

La historia de la esfinterotomía se inició en Francia, desde donde Henry Doubilet la llevó a Nueva York, aplicándola en gran escala ; también ha sido utilizada por los argentinos y alrededor del mundo durante un tiempo para una variedad de enfermedades extrañas, de diagnóstico dudoso. Después de una época de entusiasmo había caído en desuso considerablemente. El progreso de la endoscopia trajo consigo la posibilidad de practicar la esfinterotomía endoscópica, lo que ha traído un renovado interés en el método. Existe bastante discrepancia en cuanto a su indicación.

Personalmente creo que la esfinterotomía es una mala operación y aunque se la realice con buena técnica, seguirá siendo una mala operación. Hace algunos años realizamos algunos estudios en animales, en los cuales seccionamos el esfínter de Oddi y tal como suce

de cuando se secciona el esfínter anal en un sitio, éste vuelve a unirse. El tejido fibroso cubre la brecha, cicatrizando el esfínter en un plazo de 2 a 6 semanas, lo que comprobamos por estudios manométricos hace ya más de 15 años. De tal modo que si ustedes pretenden seccionar el esfínter deben realizar una esfinteroplastia; esto es reseca una cuña de esfínter de alrededor de 90° y además suturar la mucosa de la ampolla a la mucosa duodenal.

¿Cuál es la indicación de la esfinteroplastia en la pancreatitis crónica? Personalmente creo que no tiene ningún sitio en el tratamiento de pancreatitis crónica con estenosis en diversos niveles del conducto de Wirsung, como ha sido preconizada por Doubilet y Mull holand.

Creo que lo único que debe hacerse en este caso es la operación de Puestow. Se trata de abrir el conducto pancreático longitudinalmente y suturar un asa de intestino delgado en Y de Roux sobre toda la extensión del conducto.

Me parece que la esfinteroplastia sólo se justifica en aquellos casos de pancreatitis crónica en que la pancreatografía muestra una estenosis muy localizada en la región ampular. Estos casos son excepcionales. Maurice Mercadier, de París, ha presentado un grupo de pacientes jóvenes, en general mujeres, con pancreatitis de causa desconocida, sin ninguna de las etiologías comunes: alcoholismo, enfermedad de las paratiroides o sarcoidosis. Mediante la pancreatografía ha demostrado una disposición anómala del conducto de Santorini, que cruza sobre el conducto de Wirsung, bloqueándolo. Estos casos se podrían curar con una esfinteroplastia amplia. Creo que es una condición muy infrecuente, pero pienso que tr

dos hemos tenido pacientes jóvenes en los cuales no podemos establecer por qué se ha producido una pancreatitis y tal vez en este grupo podría estar indicada la esfinteroplastia.

¿Cuál es la indicación de la esfinteroplastia en la colédocolitiasis residual? Comencemos con la panlitiasis. Hasta hace algunos años se recomendaba que en el caso de litiasis múltiple, y al no tener certeza de haber extraído todos los cálculos, debiera necesariamente hacerse una esfinteroplastia o esfinterotomía. Yo no comparto este criterio y tal vez tenga oportunidad de discutir el punto en la mesa redonda sobre colédocolitiasis residual. Pienso que mediante el colédocoscopia puede hacerse una buena exploración de la vía biliar para extraer todos los cálculos. No creo que la esfinteroplastia o la colédocoduodenoanastomosis esté siempre indicada en esta situación. No creo que valga la pena abrir el duodeno y hacer una esfinteroplastia en forma rutinaria. Una situación diferente es la presencia de barro biliar. Esta es una mala enfermedad, en la que posiblemente una colédocoduodenoanastomosis sea útil. No creo que una esfinterotomía esté indicada en este caso. Sin embargo, si el cirujano tiene que hacer una duodenotomía para estar seguro de que hay un buen pasaje al duodeno, si existe la menor duda sobre la presencia de odditis, debe realizar una resección en cuadrante del esfínter y obtener una amplia anastomosis. Se ha argumentado sobre la posibilidad de que se produzca una colangitis por regurgitación alimenticia como complicación de la esfinteroplastia. Esto no es un riesgo en la medida que no exista una estrechez en la desembocadura del colédoco.

Examinemos ahora la odditis o estenosis del esfínter de Oddi. Realmente no sé lo que es esta enfermedad, ni cómo puede diagnosticarse, a pesar de una ex

tenza revisión de las publicaciones sobre este tema. Se trata de una condición en la que el paciente se queja de dolor en el cuadrante superior derecho, que puede presentar una leve ictericia, que puede o no tener cálculos vesiculares y que en el examen endoscópico se aprecia un conducto muy estrechado, que difícilmente puede canularse. En esta situación decimos: "Bien, existe una odditis y tal vez sea la causa de los síntomas". Puede aprovecharse la oportunidad para realizar una esfinterotomía endoscópica. Si los síntomas persisten, indicaremos una exploración para practicar una resección en cuadrante.

En lo que respecta a la técnica, diremos en primer lugar que la papila y el esfínter de Oddi siempre está más distal que lo que piensa el residente o el cirujano joven. Me sorprende que los endoscopistas la identifiquen tan fácilmente. Siempre se localiza entre la 2a. y 3a. porción del duodeno y es preciso efectuar la maniobra de Kocher para localizarla. Creo que no tiene importancia si la duodenotomía es longitudinal o transversal.

A veces, empero, ustedes no encontrarán el esfínter de Oddi y no hay que avergonzarse por ello. A muchos de nosotros nos sucede lo mismo, pero en lugar de perder 10 a 15 minutos tratando de ubicarlo y alargando la duodenotomía, debe procederse a practicar una coledocotomía y mediante un explorador fino franquear la pasada al duodeno y ahí lo podrán identificar. A continuación debe colocarse puntos de tracción en posición a las 9 y a las 13 horas del reloj y aplicando tracción sobre el esfínter se procede a seccionar un segmento entre las 11 y las 2 horas del reloj, suturando la mucosa de la ampolla a la mucosa duodenal.

¿Cuánto y a qué profundidad debe resecarse?

Algunos estudios anatómicos muy elegantes muestran que el mecanismo esfinteriano es semejante al esfínter anal. El esfínter no está constituido solamente por una banda única ; puede profundizarse 1 cm y más. El cirujano deberá seccionar de 1 a 1 1/2 cm ; algunos recomiendan aún 2 cm. Personalmente me produce algún temor seccionar tan profundamente, pues la sección puede llegar a tejido pancreático y la eventualidad de constituir una fístula sería un desastre, ya que probablemente conduciría a una estenosis. De modo que recomiendo seccionar entre 1 y 2 cm de profundidad. Hay varios métodos para hacerlo ; uno es poner dos clamps, seccionando entre ellos y suturando las mucosas ampular y duodenal sobre cada clamp, o bien puede seccionarse en forma directa y suturar las mucosas. Hay que asegurarse de que quede ampliamente abierto.

Frank Moody, de Salt Lake City, ha hablado recientemente respecto a hacer esfinteroplastia para el síndrome post-colecistectomía. El síndrome post-colecistectomía tiene una mala reputación como enfermedad. Clásicamente es el paciente que ha sido colecistectomizado y quien persiste en presentar dolor en el cuadrante superior derecho. Estos pacientes han tenido cálculos generalmente, pero después de la remoción de la vesícula, el dolor persiste en el mismo sitio, y tanto los internistas como los cirujanos detestan ver a estos pacientes, porque son difíciles de manejar. Se ha sugerido desde Nathan Warmer, hace 25 años, que esto pudiera deberse a un neuroma cicatrizal de los nervios que van a la vesícula, o que el muñón del cístico no fue extirpado, o mil otras cosas.

Nardy, en Boston, ha propuesto una prueba farmacológica que consiste en inyectar morfina o prostig-

mina a estos pacientes, lográndose reproducir el dolor debido a que se produce un espasmo del esfínter ; probablemente esto produzca regurgitación del jugo pancreático hacia la parte alta del árbol biliar o viceversa, siendo esto menos probable dado que la presión de secreción de jugo pancreático es superior a la de la bilis. Este test podría ser de utilidad en el diagnóstico.

Frank Moody ha comunicado recientemente su experiencia en 25 casos y recomienda seccionar de 1 1/2 a 2 cm y extirpar la membrana transampular, de modo que quede una amplia abertura que permita un fácil drenaje. Tengo absoluta confianza en Frank Moody y no creo que trate de vender una nueva operación. El está tomando una enfermedad que no hemos sabido tratar correctamente, como el síndrome post-colecistectomía ; ha tratado de definirlo y ha comunicado que en 90 % de los pacientes tratados en la forma descrita, tiene buenos resultados. Pienso que en esta situación vale la pena indicar la esfinteroplastia. No prometería al paciente que lo voy a curar, pero creo que ya que algunos de ellos están sin duda incapacitados por el dolor, valdría la pena intentar este tratamiento.

Finalmente existe el paciente, aunque extremadamente raro, que tiene un trastorno de múltiples esfínteres. Ellos tienen una estrechez del esfínter de Oddi ; pueden tener una achalasia esofagogástrica, pudiendo tener otros problemas por falta de relajación esfinteriana. Es probable que en el futuro alguien encuentre que tienen una disminución de PGE o algo por el estilo.

Bien, les he hablado sobre una operación por la cual no soy muy entusiasta, pero esta es la tarea que me ha sido encomendada.