

TECNICA QUIRURGICA

Coledoscopia intraoperatoria

Dr. Jorge A. Bermúdez

Se presenta una primera experiencia con un método de exploración visual endoscópica intraoperatoria con coledoscopia rígido.

Se destacan como hechos principales la gran frecuencia de cálculos no extraídos por métodos convencionales (42 %), con 25,7 % de cálculos intrahepáticos, cifras que deben llamar a la reflexión. La extracción de cálculos bajo visión directa, sin traumatismo, es otra de las ventajas del método. Se lo propone como método complementario de extracción.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Bile ducts / Surgery / Cholelithiasis.

La coledoscopia es, como su nombre lo indica, la visualización directa, mediante un instrumento, de la vía biliar principal. Dado que hasta el momento ello sólo es posible, salvo excepciones, durante la intervención de vías biliares, nos referiremos exclusivamente a ella. Los primeros instrumentos se remontan a 1941, con Mc Iver (3) pero no alcanzó gran difusión debido a la imperfección del instrumento. Es así que en 1960 en nuestro país lo introduce Walterskirchen (9), pero, por las mismas razones no alcanza el éxito esperado. Es con el desarrollo del Sistema Hopkins de ópticas, conjuntamente con la iluminación por haz de fibra de vidrio, que se alcanza una claridad de visión que permite su aprendizaje rápido, indispensable para la popularidad de cualquier método. Esto es cierto para el coledoscopia rígido, no así para el flexible, que a un costo varias veces superior une la desventaja de una menor duración, dificultad de esterilización y de manipulación con una visión relativamente poco nítida. Es por ello que, como la mayoría de los cirujanos americanos (1, 2, 5, 8) y europeos (4, 7), nos inclinamos por el instrumento rígido.

El instrumento del que disponemos en el Servicio es el Storz, de procedencia alemana, con un brazo de 6 cm., que es el que se introduce en la vía biliar (ver fig. 1), teniendo como instrumentos accesorios una pinza de biopsia, una de extraer o romper cálculos y una sonda flexible Dormia que se introduce por una guía acoplada al instrumento (ver fig. 2). La fuente de luz es de 150 watts, transmitida por un cable de luz fría. El calibre del brazo explorador es de 5 x 3 mm.

*Clínica Quirúrgica "1" (Prof. A. Aguiar).
Hospital Pasteur. Montevideo.*

TECNICA

Dado el calibre del instrumento es raro que pueda ser introducido por el cístico, limitación principal para su uso rutinario como método de exploración. La táctica empleada por nosotros es la siguiente:

1) Colangiodebitomanometría transcística, si ella es normal bajo todo punto de vista con ello queda terminada la etapa de exploración.

2) Si existe patología de la vía biliar principal que obliga a realizar una coledotomía, ésta se realiza en forma habitual, procediéndose luego a extraer con pinzas de Randall los cálculos que se hubieran visto radiológicamente o palpado, realizándose luego el lavado de arrastre de la vía biliar distal y proximal. Completados luego los procedimientos convencionales, procedemos a explorar visualmente para confirmar la ausencia de patología residual. Esto se realiza bajo lavado continuo con suero, primero hacia la papila, que casi siempre se logra visualizar y, a veces, franquear. Se prosigue luego la exploración de la vía biliar intrahepática, llegando habitualmente hasta la ramificación secundaria y aún terciaria. Esto se ve facilitado con una maniobra de Kocher, habitualmente usada en cirugía de colédoco. Con ello se logra una exploración de 12 a 15 cm. de vía biliar. En caso de existir patología litiasica residual se procede a su extracción instrumental con una pinza o sonda Dormia, de acuerdo a las circunstancias.

En caso de patología tumoral, ya sea ésta de colédoco terminal o proximal, es muy útil la exploración endoscópica, que permite en primer lugar la biopsia pero que además, según ha demostrado Longmire (8), permite asegurarse de que no hay neoplasias multicéntricas o metástasis resurgentes, que contraindicarían una cirugía de exéresis radical. Ello ocurrió en 5 de 72 casos explorados, en dicha serie.

RESULTADOS

Hasta el momento nuestra experiencia se limita a 35 casos desde el momento que conseguimos superar las primeras dificultades (ver cuadro 1 y fig. 3). Llamamos coledoscopías negativas aquellas en las cuales la exploración no demostró la existencia de patología residual. Positivas aquellas que mostraron exis-

Presentado como Tema Libre al 30º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo. noviembre de 1979.

Residente de Cirugía. Fac. de Medicina.

Dirección: Osorio 1275, Montevideo.

tencia de patología, ya fuera en forma primaria como luego de la exploración y manipulación por instrumentos convencionales. En estos últimos casos llamamos cálculos "olvidados" aquellos encontrados sólo endoscópicamente.

CUADRO 1

RESUMEN DE LA EXPERIENCIA ACTUAL PERSONAL CON LA COLEDOSCOPÍA INTRAOPERATORIA

Coledoscopías	35	
Coledoscopías negativas	16	
Coledoscopías positivas	19	
Cálculos "olvidados"	31 en 15 P	42,7 %
Cálculos intrahepáticos	14 en 9 P	25 %
En colédoco distal	21 en 14 P	40 %
Se dejaron	3 en 3 P	
Coledocoduodenostomías	8	
Papilotomías	1	

Destacamos la gran frecuencia de cálculos olvidados (42 %) lo cual no significa que todos ellos hubieran provocado síntomas de litiasis

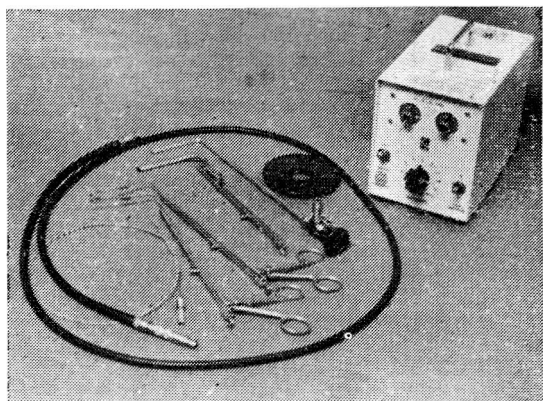


Fig. 1.—Coledoscopia Storz rígida, en ángulo recto, con su fuente de luz y accesorios rígidos y flexibles.

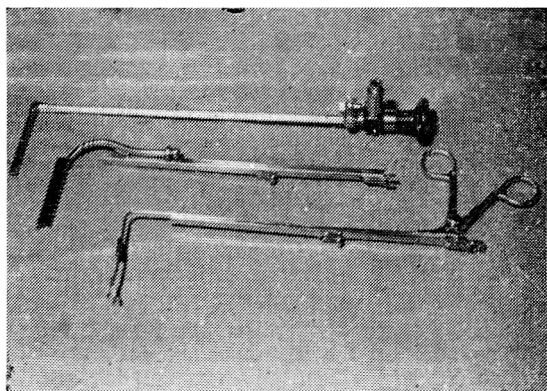


Fig. 2.—Endoscopio, camisa para accesorios flexibles y pinza de extracción de cálculos.

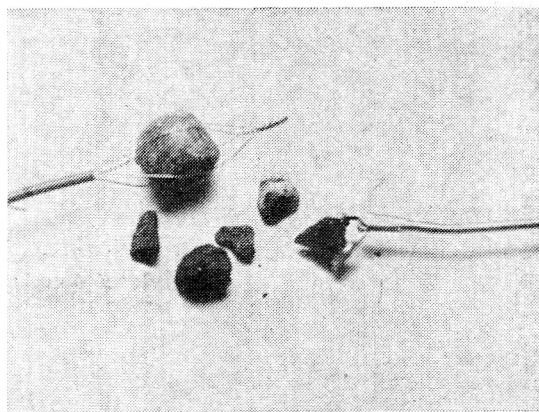


Fig. 3.—Cestilla Dormia con un cálculo de 11 mm. extraído de un hepático. Los otros cálculos fueron extraídos a otro paciente también de los hepáticos.

residual, ya que un número indeterminado de ellos hubiera pasado al duodeno sin provocar mayor sintomatología. Sin embargo es una cifra muy alta, que nos obliga a pensar en la insuficiencia de los métodos habitualmente empleados en la exploración biliar, no por los métodos en sí, sino en la forma *no exhaustiva* que los empleamos, sobre todo la colangiografía intraoperatoria.

El otro hecho de importancia que destacamos es la frecuencia inesperada de litiasis intrahepática (25,7 %). En su mayoría estos cálculos estaban alojados en la desembocadura de las ramas secundarias en los hepáticos izquierdo o derecho, siendo así difíciles de detectar por la radiología y más difíciles aún de extraer de otra manera que bajo visión endoscópica.

Es por ello que creemos que la coledoscopia intraoperatoria es un método de gran valor como complemento de la exploración radiomanométrica de la vía biliar. De su uso sistemático en la cirugía de colédoco se podrá sin duda disminuir la frecuencia de litiasis residual.

RESUME

Choledocoscopia intraopératoire.

On présente une première expérience avec une méthode d'exploration visuelle endoscopique intraopératoire avec un choléscope rigide. D'après cette expérience, les faits principaux mis en relief sont la grande fréquence de calculs non extraits par des méthodes conventionnelles (42 %) et un 25,7 % de calculs intrahépatiques, chiffres qui doivent faire appel à la réflexion.

L'extraction des calculs sous la vision directe, sans traumatisme, est un autre avantage de la méthode.

On la propose en tant que méthode complémentaire de l'extraction.

SUMMARY

Intraoperative Cholelithotomy

A primary intraoperative experience with a rigid choledoscope is reported. The high rate of residual calculi overlooked by conventional methods (42 %) and 25,7 % of intrahepatic stones are pointed out.

The removing of calculi under direct view without trauma is another advantage of this procedure. It is proposed as a complementary extraction method.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. HEATHER B. Cholelithotomy appearance of hepatic ducts in polycystic disease of the liver. *J Royal Soc Med*, 71: 526, 1978.
2. MADDEN JLF, KANDALFT WJ, MCCANN BY, LEE Y. Consideration in diagnostic Surgery of the Common Duct. *Curr. Probl. Surg.* May, 1968.
3. MCIVER MA. An instrument for visualizing the interior of the common duct at operation. *Surgery*, 9: 112, 1941.
4. OTTINGER LW, WARSHAW AL and BARTLETT MK. Intraoperative endoscopic evaluation of bile ducts. *Am J Surg*, 127: 465, 1974.
5. SHORE JM, LIPPMANN HN. A flexible choledoscope. *Lancet*, 1: 1200, 1965.
6. SHORE JM and LIPPMANN HN. Operative endoscopy of the biliary tract. *Ann Surg*, 156: 951, 1962.
7. STOTTER, WIENDL, ULTACH. An improved flexible cholangioscope. *Endoscopy*, 7: 150, 1975.
8. TOMPKINS LK, JOHNSON J, KRISTIAN STORM F and LONGMIRE WP. Operative endoscopy in the management of biliary tract neoplasm. *Am J Surg*, 132: 174, 1976.
9. WALTERSKIRCHEN M. Primeras experiencias con el coledoscopio. *Bol Soc Cir Uruguay*, 31: 291, 1960.