

# REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

VOL. IX

Bogotá, noviembre de 1940.

N.º 5

## DIRECTOR

Prof. JORGE E. CAVELIER

## COMITE DE REDACCION

Profesor LUIS PATIÑO CAMARGO  
Prof. agregado HERNANDO ANZOLA CUBIDES  
Prof. agregado FRANCISCO GNECCO MOZO

## LA COLEDOCO - DUODENOSTOMIA INTRAPARIETAL

*Por los doctores Hernando Anzola Cubides, Santiago Triana Cortés y Bernardo Salazar Silva.*

La mayor parte de los autores está acorde en el hecho de considerar la infección ascendente post-operatoria, en los pacientes operados de anastomosis colédoco-duodenales, como el mayor peligro de éstas. Parece demostrado que la fragilidad de dichos pacientes a la infección coledociana tenga como causa primordial la supresión del esfínter de Oddi. Es así como, todas las técnicas propuestas tengan como primordial mira, la posibilidad de crear un neo-esfínter a expensas de las fibras musculares del duodeno, y evitar la estrechez cicatricial en la boca anastomótica, pues si bien es cierto, la ausencia de esfínter predispone a la infección, la estrechez, bien sea ésta discreta, no es menos importante como factor que favorece dicha infección.

En la colédoco-duodenostomía intraparietal que proponemos, hemos tenido en cuenta los factores anotados arriba y después de una serie de experiencias llevadas a cabo en el Laboratorio de Cirugía Experimental de la Facultad de Medicina, a cargo del Profesor Agregado Triana Cortés, hemos llegado a conclusiones bastante satisfactorias, tanto bajo el punto de vista de la creación de un neo-esfínter, como puede verse en las microfotografías adjuntas a la presente comunicación, practicadas amablemente por el Profesor Juan Pablo Llinás, microfotografías que permiten apreciar en

nuestra técnica el desarrollo circular de las fibras circulares duodenales y coledocianas alrededor de la neo-implantación del colédoco, como la ausencia de estrechez en la nueva boca, control que ha sido practicado minuciosamente en animales operados y que han sido sacrificados con este objeto al cabo de un tiempo suficiente después de practicada la intervención, y cuya relación detallada se encuentra en la tesis de grado presentada a la Facultad de Medicina por Salazar Silva, titulada "La Colédoco-duodenostomía intraparietal" (noviembre 8|40).

La neo-implantación del colédoco se hace intraparietal, es decir crea un trayecto en la pared del duodeno perpendicularmente a su eje, y en el sitio que se haya elegido para tal fin, trayecto en forma de túnel que se hace fácilmente trazando dos incisiones transversales paralelas al eje del duodeno: una superior de una longitud proporcional al calibre del colédoco, sobre la serosa y musculosa longitudinal; una inferior paralela a la anterior y a una distancia de uno a uno y medio centímetros. Con una pinza fina introducida por la incisión inferior se disocian la serosa y la musculosa circular, la extremidad de esta pinza sale por la incisión superior creando así el túnel sero-muscular por donde se baja el moñón del colédoco. Esta maniobra es sencilla debido a la facilidad con que la sero-musculosa duodenal se desprende de la submucosa. Una vez practicado el túnel, sobre la incisión inferior se hace la abertura de la mucosa. Para evitar la estenosis, Salazar ha ideado hacer un sursete fino y muy cerrado sobre el borde del orificio que se ha practicado en la mucosa duodenal, que puede compararse al que se hace en los ojales de los vestidos. Esta maniobra es muy útil porque evita la estenosis y da consistencia a los bordes de la boca para hacer la implantación. En seguida se fija el cabo coledociano al orificio de la mucosa duodenal por puntos separados y una vez cerrados éstos, está hecha prácticamente la anastomosis y basta cerrar con uno o varios puntos la incisión inferior de la serosa. En la incisión superior se pueden colocar puntos separados de sostén que van de la serosa duodenal a la del colédoco, para dar consistencia a la anastomosis.

Las técnicas de Schrafer, Ivry y Morgau, así como también la manera de Witzel, con la modificación de Coffey, aun cuando utilizan la musculosa duodenal, no reconstruyen el trayecto intrapa-

rietal. En estas condiciones la acción de las fibras musculares del duodeno es mucho más problemática, puesto que al rededor del orificio se forma una zona de tejido de cicatriz que molesta la contracción, la cual además se hace en un punto muy limitado. Por otra parte la inflamación local por leve que sea expone siempre a una retracción cicatricial que termina con el tiempo en verdadera estenosis. Con nuestra técnica creemos que estos inconvenientes y complicaciones sean menores.

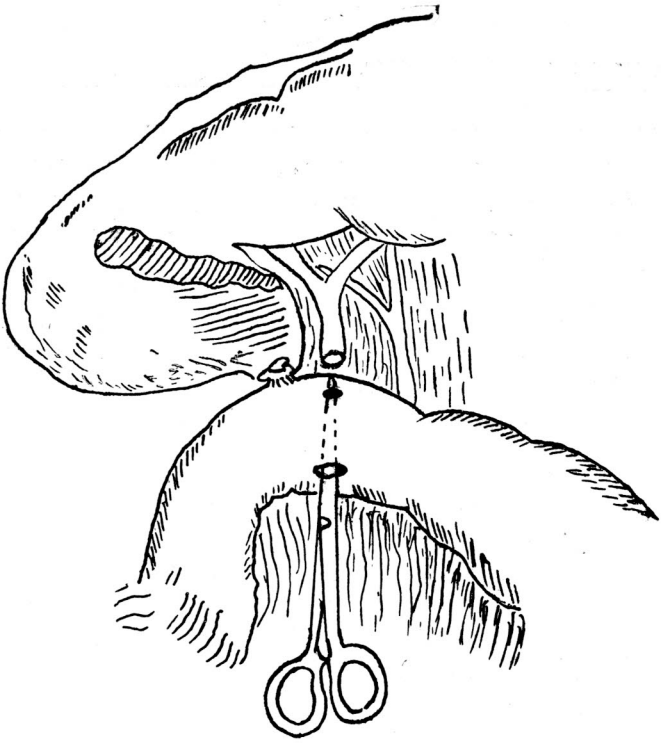


Fig. N° 1.

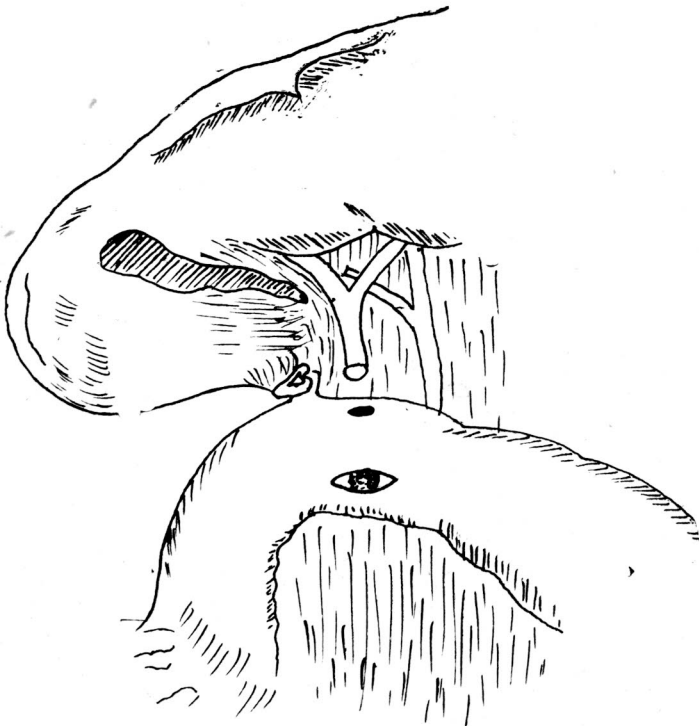


Fig. N° 2.

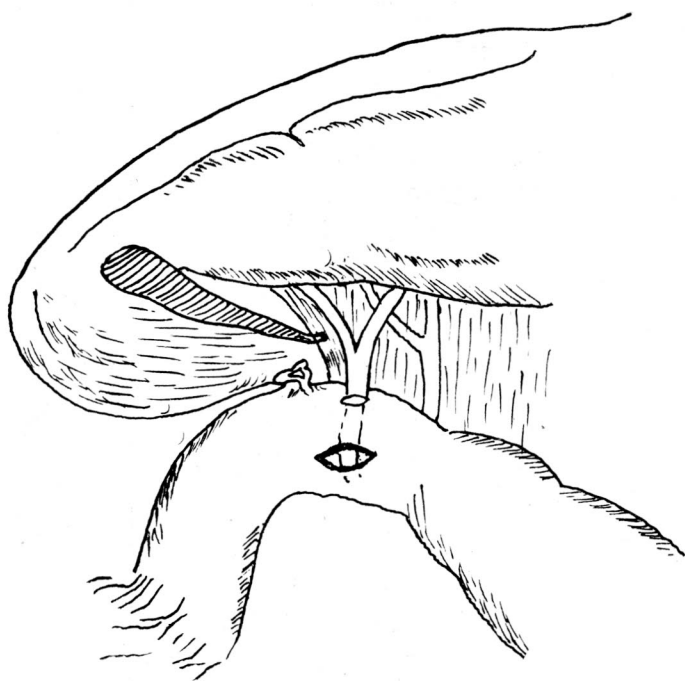


Fig. № 3.

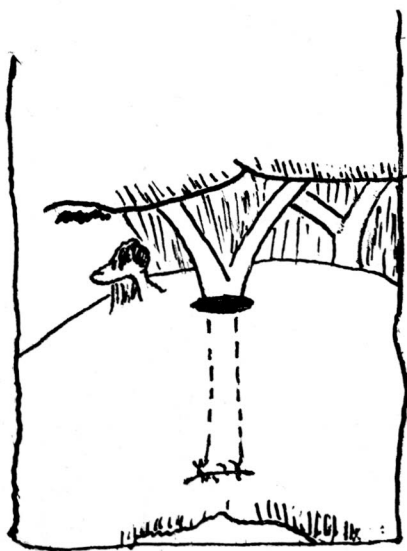


Fig. № 4.

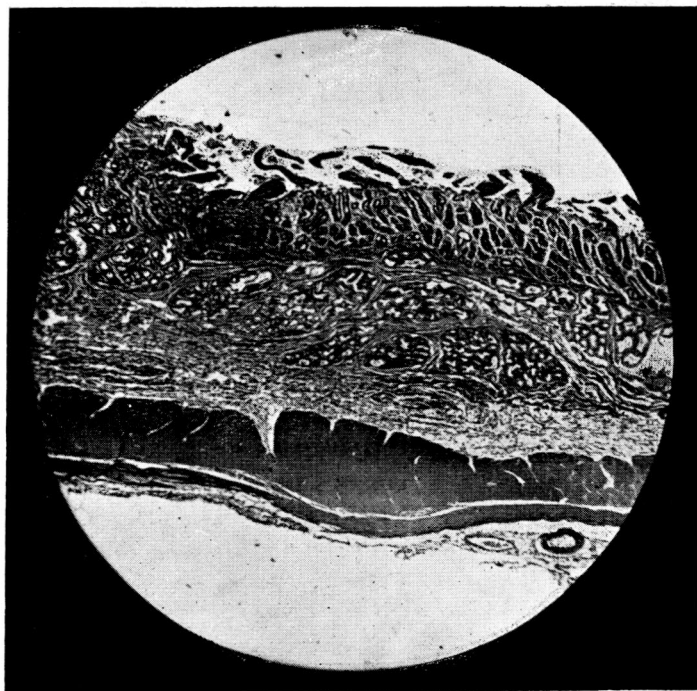


Fig. N° 5. Duodeno normal (perro).

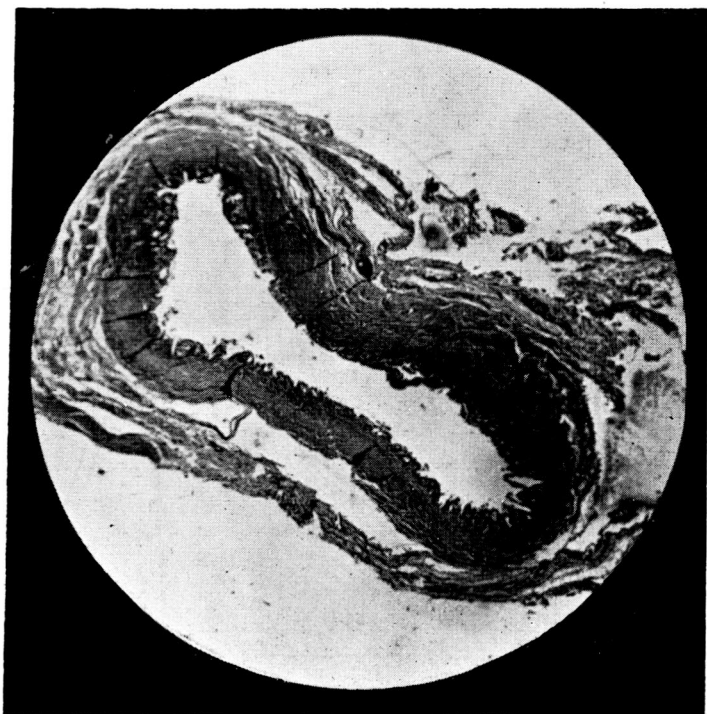


Fig. N° 6. Colédoco normal; Corte Transversal (perro).



Fig. N<sup>o</sup> 7. Sitio de la neo-implantación: obsérvese la zona cicatricial, todavía infiltrada de linfocitos, que separa las t<sup>u</sup>nica de los dos canales, especialmente al nivel de las mucosas. Obsérvese además la hipertrofia de las fibras musculares tanto duodenales como coledocianas, notable sobre todo cuando se compara con otros cortes situados más allá.

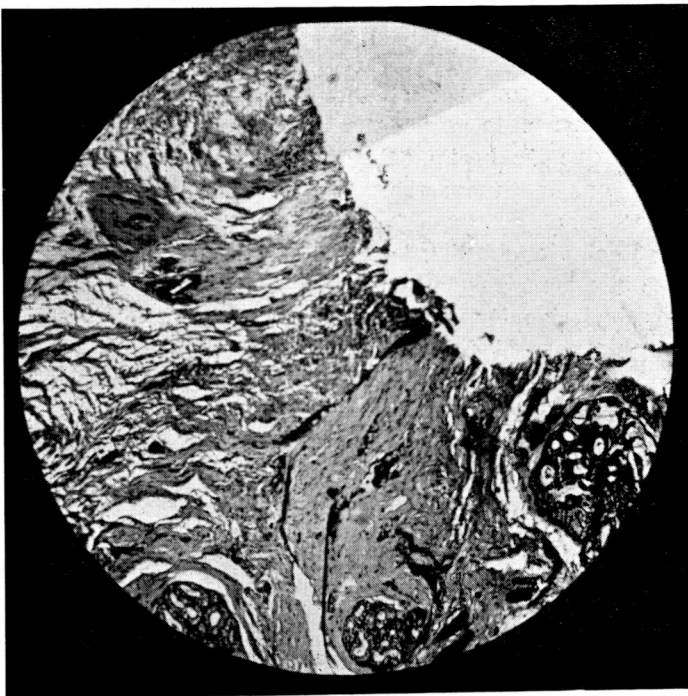


Fig. N<sup>o</sup> 8. Neo-implantación coledociana: la misma figura N<sup>o</sup> 7 con grande aumento.