

PATOLOGÍA NO TUMORAL DEL ESFÍNTER DE ODDI. Odditis.

Dr. Gilberto Pardo Gómez (1)

1. Clasificación.

- 1.1. Histológicas.
 - 1.1.1. Ulcerosa.
 - 1.1.2. Granulomatosa.
 - 1.1.3. Adenomatosa.
 - 1.1.4. Esclerosas.

- 1.2. Con patología acompañante o no.
 - 1.2.1. Primaria. Odditis primaria.
 - 1.2.2. Secundaria (orgánica).
 - a) Con Colelitiasis
 - b) Con Colelitiasis y colédocolitiasis.
 - c) En paciente colecistectomizados.
 - d) Con Pancreatitis.

2. Diagnóstico.

- 2.1. No operados.
 - 2.1.1. Antecedentes.
 - a) Ictero.
 - b) Intervención de Vías Biliares.

 - 2.1.2. Síntomas y signos.
 - a) Dolor es el síntoma fundamental.
 - b) Fiebre y escalofríos.
 - c) Ictericia, no frecuente, pero si aparece es de gran valor.
 - d) Coluria Transitoria.

 - 2.1.3. Exámenes Complementarios.
 - 2.1.3.1. Laboratorio.
 - Bilirrubinemia.
 - Fosfata Alcalina.
 - Eritro sedimentación.
 - TGP y TGO.
 - Amilasa sérica.

 - 2.1.3.2. Imagenológicos.
 - U.S. Hígado y Vías Biliares después de comida grasa o colecistoquinina.
 - C.P.R.E. Colangiografía retrograda Endoscópica.
 - C.P.T.H. Colangiografía percutánea trans hepática.

(1) Profesor de Mérito (ISCM-H), Prof. Titular de Cirugía (Consultante),
Facultad de Ciencias Médicas Finlay-Albarrán, Especialista de 2º Grado en
Cirugía General, Secretario del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP

2.1.3.3. Otras.

- Biopsia de papila.
- Manometría del esfínter de Oddi. Con catéter de 3 luces. Con un microconductor.

2.2. En el trans operatorio.

2.2.1. Colangiografía transoperatoria transcística.

2.2.1.1. Signos directos.

- a) Afinamiento distal del colédoco (no útil, a menos que tenga fluorografía).
- b) Imagen de terminación en copa.
- c) Estenosis suprapapilar.

2.2.1.2. Signos indirectos.

- a) Dilatación del colédoco a más de 1.2 mm
- b) Colédocolitiasis.

2.2.1.3. Habiendo abierto el colédoco.

- a) No poder franquear el esfínter con el dilatador de Baker de 3 Mm.

3. Tratamiento.

3.1. Quirúrgico.

3.1.1. Si al abrir el colédoco se comprueba Odditis con el explorador de Baker de 3 mm.:

- a) Colédoco mayor de 9 mm y mayor de 60 años: Colédoco-duodenostomía –latero-lateral.
- b) Colédoco de diámetro menor de 1.2 mm. y menor de 60 años y buen estado general: Esfinteroplastia.
- c) Pacientes de cualquier edad no con cualquier diámetro del colédoco y mal estado general: Esfinterotomía Endoscópica.

3.2. Otra concepción del tratamiento de los trastornos del Esfínter de Oddi (Hogan Milwoukec).

Dividir los pacientes en tres grupos:

3.2.1. Grupo Biliar I.

- Dolor biliar moderado y persistente.
- Aspartatoamino transferasa 2 veces la cifra normal en varias ocasiones (2 o 3).
- Fosfata alcalina 2 veces la cifra normal (tomada en varias ocasiones 2 o 3).
- Colangiografía retrograda Endoscópica.
- El Contraste inyectado en colédoco se tarda más de 45 minutos en desaparecer.

3.2.2. Grupo Biliar II.

- Dolor biliar moderado.
- Fosfata Alcalina o Aspartatoamino -transferasa normal en 2 ocasiones determinadas.

- Colédoco dilatado más de 12 mm.
 - Drenaje retardado del contraste de C.P.R.E más de 45 minutos.
- Este grupo tiene 1 o 2 de los últimos síntomas o signos.

3.2.3. Grupo Biliar III.

- Dolor biliar solamente.

Tratamiento.

Frente a estos 3 grupos el tratamiento indicado es el siguiente:

Grupo Biliar I: se considera estenosis orgánica y se le indica Esfinterotomía endoscópica.

Grupo Biliar II: Puede ser una estenosis o disfunción, se le debe hacer una Manometría y si la presión basal es mayor de 40 mm. de Hg. Se le hace Esfinterotomía, pues parece predominar la estenosis, si fuera menor de 40 mm. se considera disquinesia se trata con nitritos y nifedipina.

Grupo Biliar III: Las pruebas fueron negativas. Se tratará con:

- Antiespasmódicos: Nitrito.
- Anti bloqueadores: Nifedipina.
- Relajantes musculares.