

FORMAS CLINICAS DE LA COLEDOCOLITIASIS: (SINDROMES INCOMPLETOS) *

Dr. J. PI-FIGUERAS

EN la evolución de la cirugía de las vías biliares es de señalar un período de descrédito considerable debido a que los resultados que se conseguían con la intervención eran muchas veces deficientes o francamente malos. Según los diversos autores, el porcentaje de enfermos que seguían con molestias, oscilaba entre el 30 y el 50 por 100 o más. Se atribuían estos trastornos tan frecuentes al déficit funcional provocado por la extirpación de la vesícula biliar, y por este motivo se denominó al cuadro «síndrome postcolecistectomía». Posteriormente se ha demostrado que en la mayoría de casos el motivo de las molestias postoperatorias era la litiasis residual del hepatocolédoco o a veces, en menor proporción, otras afecciones concomitantes con la litiasis que pasaban inadvertidas o no se trataban debidamente.

Actualmente se admite que la litiasis de la vía biliar principal es muy frecuente, por lo menos en ciertos países, entre ellos el nuestro. Mirizzi, utilizando colangiografía, halló el 26 %; González

Bueno, 40 %; otros, hasta un 50 por 100. Personalmente hemos registrado en los últimos diez años (1955-1964) las siguientes cifras:

Intervenidos por litiasis
biliar 1.016 casos
Litiasis en la vía
principal 263 casos (24,9 %)

(En algunas series anuales esta proporción ha llegado al 33 % [1958].)

Por otra parte, es sabido actualmente que la supresión de la vesícula biliar, extirpada por motivos técnicos, no provoca manifestación patológica alguna o tan sólo en los primeros meses pequeños trastornos, tales como dispepsia para las grasas, meteorismo postprandial, alguna vez diarrea, etc., que suelen desaparecer rápidamente.

A partir de 1932, el empleo de la colangiografía operatoria, debida a nuestro malogrado amigo Mirizzi, permitió mejorar los resultados, al informar con mayor seguridad sobre el estado de la vía principal en el acto operatorio. Más tarde, se añadió a esta técnica la manometría peroperatoria (Mallet Guy, Caroli, Artigas, Goinard).

* Comunicación presentada como Académico Corresponsal en la Sesión del día 5-X-65.

Con la aplicación de estos métodos exploratorios se logró disminuir notablemente el porcentaje de las llamadas secuelas o síndromes postcolecistectomía, principalmente porque la coledocolitiasis residual quedó reducida a cifras muy bajas. (En la experiencia de Mirizzi, al 1,85 %; en la de nuestro Servicio, al 2 %.)

Hoy sabemos que para obtener resultados favorables, es necesaria una exploración peroperatoria completa, además de una técnica operatoria correcta. Pero ambas deben basarse en una orientación clínica lo más perfecta posible. Ciertamente la exploración radiológica peroperatoria mediante el biligrafín ha significado una ayuda considerable para el diagnóstico de la litiasis de la vía biliar. Sin embargo, este método radiológico es inaplicable en los pacientes ictericos, y en otros casos las imágenes no son demostrativas (cálculos de pequeño volumen o escaso número, etc.).

El diagnóstico clínico de la litiasis hepatocolédociana tiene, por consiguiente, un considerable valor. No es infrecuente que, gracias a una precisa orientación clínica, se considere indicada una exploración exhaustiva de la vía biliar principal, a pesar de que las exploraciones peroperatorias resulten normales. Algunas de las observaciones que se exponen más adelante, demuestran el valor del diagnóstico clínico para hallar cálculos en la vía biliar principal, que

de otro modo hubieran pasado inadvertidos en las exploraciones peroperatorias (manual, manométrica, colangiográfica). No cabe duda, pues, que empleando todos los medios posibles (clínico, exploraciones pre y peroperatorias), la litiasis residual se reducirá a cifras mínimas (debida solamente a los cálculos «ratón», los intrahepáticos, etc.).

Es necesario, por tanto, dar el justo valor clínico a los síndromes incompletos o mínimos de la litiasis de la vía biliar principal, sin confiar en la existencia del síndrome completo que en bastantes casos no se presenta. En nuestras observaciones, el síndrome coledocal completo (dolor, fiebre con crisis de frío, calor y sudor, e ictericia obstructiva con coluria y acolia), se observó en el 57 % de los pacientes afectos de litiasis de la vía principal, mientras que en el 43 % restante sólo se encontraron dos, uno o ninguno de aquellos síntomas: constituye, por consiguiente, un grave error creer que es indispensable la existencia del síndrome clínico completo para sospechar la litiasis de la vía biliar principal.

La coledocolitiasis puede manifestarse por síndromes incompletos bisintomáticos, monosintomáticos y asintomáticos. Se expone a continuación el valor clínico de cada uno.

Síndromes bisintomáticos

En la mayor parte de casos el

dolor no suele faltar en forma de cólicos hepáticos intensos y duros: estas dos características deben ser tenidas muy en cuenta cuando existen. Si los cólicos no remiten con la administración de un antiespasmódico, y requieren opiáceos, o se prolongan de doce a veinticuatro horas o más, es muy posible la existencia de coledocolitiasis.

La observación siguiente es demostrativa:

Obs. I. M. R. (HC. 4.507) — 64 años.

Síndrome clínico. — Desde hace dos años sufre cólicos hepáticos de 24-48 horas de duración. Sin ictericia ni fiebre. Colecistografía negativa.

Diagnóstico operatorio. — Vesícula no habitada.

Vía principal: se palpan cálculos en el colédoco dilatado.

Colangiografía: 3 grandes cálculos en el colédoco.

Tratamiento. — Colectomía, coledocotomía, esfinterotomía, extracción de los cálculos.

A veces se observa un dolor persistente, que los analgésicos alivian sólo momentáneamente, constituyéndose el llamado «estado de mal». Este puede ser debido a una colecistitis aguda (en cuyo caso existen los síntomas locales habituales de ésta), o bien es producido por la existencia de una litiasis coledocal.

Según mi experiencia, siempre que se presenta «el estado de mal» —con ictericia más o menos intensa o sin ella; con o sin fiebre— se debe a la colecistitis aguda o a la

coledocolitiasis, si no existen ambas a la vez, lo cual es bastante frecuente.

Ejemplo:

Obs. II. D. P. de M. (H. 2.149) — Hembra de 56 años.

Síndrome clínico. — Ingresó en «estado de mal» con cólicos hepáticos repetidos cada uno o dos días. Ictericia intensa. Apirética. Dolor muy acusado a la palpación en región subcostal derecha donde se percibe un empastamiento difuso.

Diagnóstico clínico. — Coledocolitiasis y colecistitis aguda.

Intervención. — Confirma la existencia de colecistitis aguda, con litiasis vesicular y coledocolitiasis.

Tratamiento. — Colectomía. Coledocotomía y extracción de los cálculos. Desagüe con tubo de Kehr.

La ictericia obstructiva se presenta a veces acompañando a manifestaciones dolorosas; en otras ocasiones coexiste con fiebre más o menos intensa. En ambos casos el síndrome bisintomático suele ser fácilmente identificable, pero a veces es de difícil interpretación. La ictericia puede ser persistente o variable. En general, este último dato aboga por el origen litiásico, mientras que la ictericia persistente suele ser más frecuente en la pancreopatía (inflamatoria o neoplásica) y en el cáncer de las vías biliares. A menudo en la coledocolitiasis suele hallarse el antecedente de una ictericia muy ligera y fugaz en episodios anteriores.

Ejemplo:

Obs. III. F. Ch. (HC. 7.126 H) — 56 años.

Síndrome clínico. — Desde hace 4 años, cólicos hepáticos con febrícula y ligera ictericia algunas veces. Perdió 20 kgs. Desde la última crisis persiste una ictericia moderada. Se palpa un pequeño tumor en hipocondrio derecho, que parece vesícula.

Diagnóstico clínico. — Coledocolitiasis. ¿Pancreatitis? ¿Neo de páncreas?

Diagnóstico operatorio. — Coledocolitiasis (un cálculo) con pericolecistitis intensa que es la causa del tumor palpado.

Fistula colecisto-coledocal. Coledocolitiasis. Páncreas normal.

Tratamiento. — Colectomía: Coledocotomía y extracción de cálculos. Tubo de Kehr.

La fiebre se considera típica cuando se presenta en forma de crisis pseudopalúdicas. Otras veces, se trata de fiebre intermitente o incluso febrícula muy discreta.

Es de gran valor cuando se acompaña de crisis dolorosa intensa.

Obs. IV. P. P. (H. 3.172 H). — 51 años.

Síndrome clínico. — Historia de 8 a. Crisis dolorosas en hipocondrio derecho que duran 4-5 horas. Temperatura y escalofríos. No ictericia ni hipocolia. Pérdida de 20 kg. Biligrafín: colédoco dilatado.

Diagnóstico clínico. — Coledocolitiasis.

Diagnóstico operatorio. — Vesícula atrófica, no habitada. Colédocolitiasis: Colédoco dilatado. Palpación positiva. Colangio: Stop. 1 cálculo.

Tratamiento. — Colectomía y coledocoduodenostomía.

El síndrome bisintomático constituido por fiebre con ictericia, sin manifestaciones dolorosas, se observa raras veces; casi siempre existe o ha existido el síndrome completo con cólicos hepáticos más o menos intensos en crisis anteriores o en la última. Sin embargo,

existen pacientes afectados de *coledocolitiasis con fiebre e ictericia que nunca sufrieron dolor*; en ellos el diagnóstico diferencial con la hepatitis suele ser difícil. Hay que apurar los exámenes de laboratorio para averiguar el carácter de la ictericia: parenquimatosa u obstructiva. Pero aun en el caso de que se pueda obtener la seguridad de que se trata de una ictericia obstructiva, es indispensable descartar la colangiolititis, el quiste hidatídico abierto en vías biliares y las pancreopatías. Por otra parte, si existe el antecedente de una operación anterior, deberá pensarse en una estenosis. Todos estos procesos suelen producir síndromes bisintomáticos fiebre-ictericia con tanta o mayor frecuencia que la coledocolitiasis.

He aquí un ejemplo:

Obs. V. M. A. N. (H. 3.326 C). — Hembra de 45 años.

Antecedentes. — Hace 20 años, ictericia de 15 días. Hepatitis.

Síndrome clínico. — Hace 2 meses, anorexia y astenia. Hace un mes, coluria seguida de ictericia progresiva, acolia, coluria y fiebre sin escalofríos ni cólicos. Se palpa vesícula. No hay esplenomegalia ni abertura del marco duodenal.

Diagnóstico operatorio. — Colestrosis vesicular. Colédoco algo dilatado. Contiene tres calculines (1 mm. diámetro) en papila; odditis. Hepatitis crónica, iniciando tumefacción turbia.

Tratamiento. — Colectomía. Esfinterotomía.

Síndromes monosintomáticos

No es frecuente observar casos

de litiasis de la vía principal que presentan únicamente uno de los síntomas básicos: dolor-ictericia o fiebre. Sin embargo, existen, como lo prueban las observaciones siguientes:

Obs. VI. M. V. de C. (H.C. 4.205 C).
Hembra de 61 años.

Síndrome clínico. — Hace 10 meses fue operada por colelitiasis en otro Servicio. Desde hace 6 meses presenta crisis de fiebre con escalofríos. Nunca dolor ni ictericia.

Diagnóstico clínico. — Coledocolitiasis.

Diagnóstico operatorio. — Litiasis del muñón vesicular restante. Coledocolitiasis.

Tratamiento. — Colectectomía (resto muñón). Coledocotomía. Esfinterotomía. Kehr.

En otros casos, los más frecuentes, el único *síntoma apreciable es el dolor en forma de cólicos típicos*; no es fácil sospechar entonces la existencia de cálculos en la vía principal, a no ser que se trate de cólicos muy intensos o muy duraderos, cuyo valor diagnóstico hemos señalado antes; es en estos casos cuando se requiere la exploración peroperatoria más completa y minuciosa; casi siempre se trata de cálculos de reducido tamaño que no suelen percibirse por la exploración manual y solamente los datos colangiográficos y manométricos pueden descubrirlos.

Ejemplo:

Obs. VII. J. P. (HC. 4.243). — Varón de 59 años.

Síndrome clínico. — Desde hace dos meses sufre crisis dolorosas en hipocondrio derecho sin fiebre ni ictericia. Se palpa vesícula. Colecistografía: negativa.

Diagnóstico clínico. — Colecistitis subaguda. Vesícula excluida.

Diagnóstico operatorio. — Colecistolitiasis. Coledocolitiasis: colédoco de tamaño normal. Manometría 20 cm. agua. Colangiografía: defectos de replección en colédoco supraduodenal y en la ampolla de Vater.

Tratamiento. — Colectectomía: Coledocotomía. Esfinterotomía y extracción de los cálculos. Kehr.

Síndromes inespecíficos

También existen casos de coledocolitiasis totalmente carentes de los síntomas de ocupación de la vía principal, por lo cual no se sospecha clínicamente su existencia.

Ejemplo:

Obs. VIII. F. V. (HC. 3.834 H). — Hembra de 27 años.

Síndrome clínico. — Historia de 5 años. Crisis dolorosas en hipocondrio derecho con vómitos. Dispepsia para las grasas. Nunca ictericia ni fiebre. Colecistografía: revela la presencia de múltiples cálculos en la vesícula.

Diagnóstico operatorio. — Colecistolitiasis. Colédoco no dilatado. Colangiografía: retención del contraste a los tres minutos. Sin imagen de cálculo.

Tratamiento. — Duodenotomía. Esfinterotomía. Obtención de un pequeño cálculo.

Solamente la exploración peroperatoria completa y reglada será capaz de descubrir los cálculos asintomáticos de la vía principal y permitirá evitar la coledocolitiasis residual. A este efecto he de resaltar la importancia que tienen la manometría y la colangiografía peroperatorias; gracias a ellas principalmente, hemos conseguido la considerable disminución que

ha sufrido el porcentaje de la coledocolitiasis residual.

Se han expuesto un considerable número de motivos de orden clínico y de exploración visual y manual peroperatoria que cuando existen señalan al cirujano la necesidad de explorar minuciosamente la vía biliar principal. Ciertamente, es una norma de conducta recomendable conocer y atender tales indicaciones. Pero a nuestro

juicio lo es todavía más la exploración sistemática, colangiográfica y manométrica de la vía biliar principal en todos los casos de operaciones por litiasis biliar, sean sospechosos o no de ocupación coledocal. Solamente procediendo en esta forma pueden reducirse a un mínimo (1 ó 2 %) los casos de litiasis residual, evitando al propio tiempo un importante número de coledocotomías o de esfinterotomías innecesarias e injustificadas.

Discusión. — El doctor A. Gómez Gómez se extiende en consideraciones personales sobre el diagnóstico y tratamiento de la coledocolitiasis y ratifica los puntos de vista del disertante, muy justos. Cálculos pequeños y síntomas molestos abundan bastante.

El profesor A. Pedro Pons (Presidente) cree en la frecuencia de dicho proceso y en la importancia grande del diagnóstico y del tratamiento, asimismo, cierto o seguro. En ocasiones, la fiebre séptica es lo que tan sólo se nota.

El comunicante, finalmente, se muestra de acuerdo al respecto.
