

Ambiente común cístico-coledociano

Dres. Luis A. Carriquiry, Alberto Estefan y Raúl C. Praderi *

El ambiente común cístico-coledociano es una entidad anatomoquirúrgica que se ve en litiasis crónicas y antiguos, de patogenia discutida. Se caracteriza por una amplia comunicación entre la vesícula y la vía biliar principal, con desaparición de un cístico reconocible. Se presentan 5 casos, diagnosticados y tratados, todos ellos con buena evolución ulterior.

Se destaca: la imposibilidad del diagnóstico preoperatorio; la necesidad de una exploración quirúrgica prudente ante su sospecha; la importancia de una conducta reglada: apertura del fondo vesicular, evacuación de cálculos, exploración endocavitaria, exploración de la vía biliar principal, colecistectomía subtotal y cierre de la brecha coledociana sobre tubo de Kehr, utilizando para ello el muñón vesicular restante.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Cholelithiasis/complications.

Las alteraciones anatomopatológicas que la enfermedad litiasica imprime a las vías biliares han dado origen a numerosos estudios destinados a precisar su descripción y evitar el riesgo de iatrogenia quirúrgica que suponen.

Vamos a referirnos a una de esas alteraciones, poco citada en la bibliografía pero seguramente más frecuente de lo que de ello se podría inferir: el ambiente común cístico-coledociano, basándonos en 5 casos personales.

Denominamos *ambiente común cisticocoledociano* a la comunicación anormal amplia entre la vesícula y la vía biliar principal, con ausencia de conducto cístico identificable. En esta situación, la vesícula se abre a pleno canal en el hepatocolédoco convirtiéndose en un divertículo sesil de base ancha de este último, cuya pared contribuye a delimitar, transformando así la confluencia en una verdadera cloaca en general habitada por uno o más cálculos.

En la mayor parte de la bibliografía extranjera, esta entidad es descrita como una fístula biliobiliar, de tipo colecistohepaticocoledociana, como la denominara Cinelli en su clasificación inicial de las fístulas biliobiliares (4, 5). Así encontramos casos documentados por Behrend y Cullen (1950) (2), Patt y Koontz (1951) (16),

Clínica Quirúrgica "B" (Prof. Dr. Jorge Pradines). Seccional de Cirugía Hepatobiliar. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo.

Mirizzi (1952) (14), Grimoud y col. (1955) (7), Zavaleta y col. (1957) (18), Cernich y Ciminio (1965) (3), Kourias (1967) (9, 10, 11) y Mansouri y col. (1967) (13). En la escasa bibliografía nacional, no existe mención del ambiente común en el artículo de Morador y Cavaglia (15), pero tanto Pertusso (17), en un trabajo inédito presentado en 1968 al XXV Congreso Médico del Este como Alba (1), en su Relato al XXIII Congreso Uruguayo de Cirugía, emiten al respecto observaciones muy atinadas. Una síntesis de la frecuencia de esta entidad en relación a las fistulas biliobiliares, se muestra en la tabla 1.

A nuestro criterio, el ambiente común cisticocoledociano, debe ser considerado una entidad anatomoquirúrgica, con una etiología definida y constante: la litiasis biliar, y con una patogenia discutible.

Mirizzi y la mayor parte de los autores extranjeros lo consideran siempre secundario a la dilatación progresiva de una fístula biliobiliar (2, 3, 5, 11, 12, 14). La presencia de un cálculo impactado en el bacinete llevaría en sucesivos empujes inflamatorios a la constitución de adherencias firmes entre la vesícula y el hepatocolédoco vecino. La acción sinérgica de nuevos brotes inflamatorios y de la isquemia por decúbito determinada por la compresión calcuosa llevarían a la destrucción del tabique de separación y a la constitución de una fístula biliobiliar que, inicialmente separada de la desembocadura del cístico, terminaría por englobarla en una comunicación única por dilatación progresiva (Fig. 1).

TABLA 1

FRECUENCIA DEL AMBIENTE COMUN
CISTICOCOLEDOCIANO

Autores	Fístulas biliobiliares	A.C.C.C.	%
Mallet-Guy	40	36	90 %
Kourias	47	18	38.2 %
Zavaleta	5	4	80 %
Alba	4	1	20 %
Pertusso	4	2	50 %

Presentado como Tema Libre al XXV Congreso Uruguayo de Cirugía, el 2 de diciembre de 1974.

* Adjunto de Clínica Quirúrgica, Residente de Cirugía y Profesor Adjunto de Cirugía.

Dirección: Rafael Pastoriza 1451 ap. 502, Montevideo (Dr. Carriquiry).

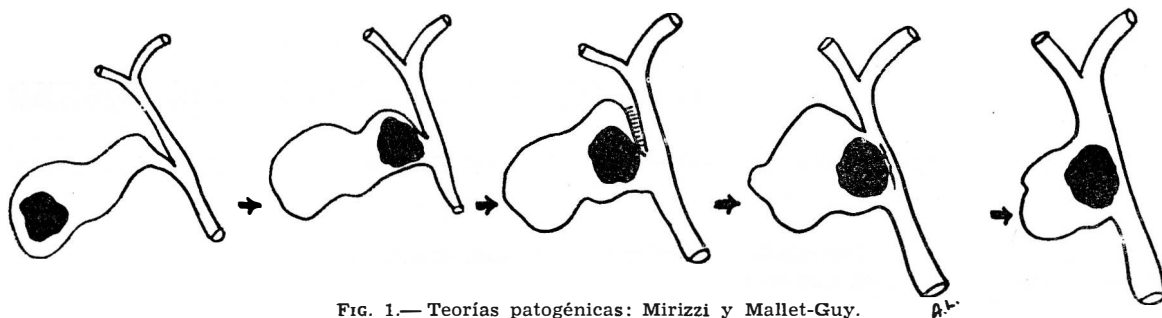


FIG. 1.— Teorías patogénicas: Mirizzi y Mallet-Guy.

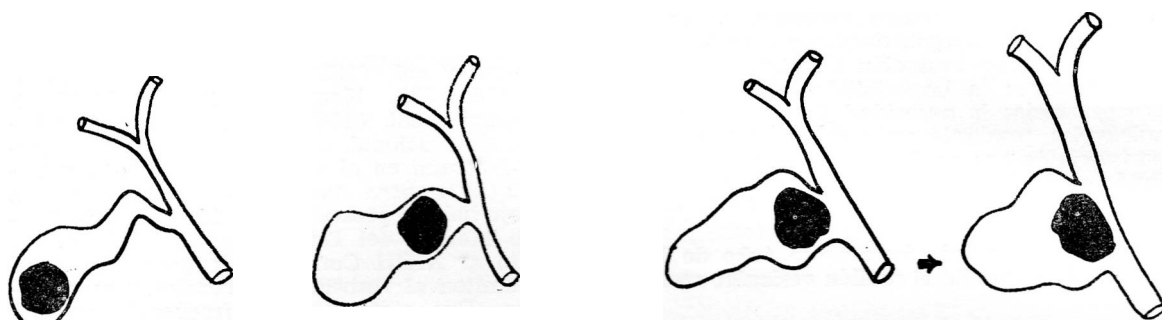


FIG. 2.— Teorías patogénicas: Champeau y Pineau.

Pero también puede pensarse, y así lo hacen Champeau y Pineau (6), así como Pertuso (17) y Alba (1), en que también una dilatación progresiva delístico secundaria al enclavamiento calculoso, con esclerosis retráctil de la vesícula distal, podría llevar a la misma situación anatómica, sin necesidad de postular la fístula previa (Fig. 2).

En nuestra opinión, ambos mecanismos patogénicos son posibles, pudiéndose distinguir:

—el ambiente común cisticocoleleciano primario, originado en dilatación progresiva delístico, sin fístula biliobiliar previa;

—el ambiente común cístico-coleciano secundario, por dilatación progresiva de fístula biliobiliar previa que en su crecimiento incluye alístico.

Tal distinción reviste, con todo, un interés limitado, pues la conducta quirúrgica será en todos los casos similar, más allá de las especulaciones patogénicas.

CASUÍSTICA

Nuestros 5 casos se presentan en las Tablas 2 y 3.

Clínicamente se trata casi siempre de pacientes añosos (promedio de nuestra serie 65 años), con antecedentes prolongados de enfermedad biliar (sólo faltaron en el caso 2), que consultan por ictericia obstructiva de entidad variable, constituyendo casi siempre un auténtico síndrome coleleciano —sólo faltó en nuestro caso 2—. El estudio de laboratorio reveló en todos los casos hiperbilirrubinemia con diazorreacción directa positiva, y en casi todos aumento del colesterol total y de las fosfatasa alcalinas, configurando el clásico trípede de obstrucción biliar. No realizamos nun-

ca estudios contrastados de la vía biliar, dado la hiperbilirrubinemia, pero en el caso 4 existía el antecedente de un colecistograma negativo 7 años antes.

COMENTARIO

Los datos de nuestra serie son en todo coincidentes con los de la literatura al respecto, en que el diagnóstico clínico del ambiente común cisticocoleleciano es imposible (1, 2, 11, 12, 13, 14, 17, 18), ya que todos los datos clínicos y paraclínicos pueden corresponder a una litiasis coleleciana, cuya frecuencia en pacientes añosos, con antecedentes biliares, no necesita subrayarse. Algunos autores sostienen la conveniencia de la colangiografía transparieto-hepática (13, 18), pero dados sus riesgos, creemos que puede ser suplida con ventaja por la exploración quirúrgica y los estudios colangiográficos intraoperatorios.

El único diagnóstico posible del ambiente común cisticocoleleciano es intraoperatorio. Precisamente, el problema terapéutico mayor es el reconocimiento oportuno de esta entidad, pues una disección desprevenida puede provocar lesiones difícilmente reparables de la vía biliar, en especial la ligadura y sección del colédoco confundido con elístico inexistente (1, 2).

La exploración detenida debe ser la regla: el hallazgo de una vesícula escleroatrófica —constante en nuestra casuística— y la palpación de cálculos en la zona probable de la confluencia —también constante en nuestros casos, aunque en ocasiones el cálculo puede

TABLA 2
CASUÍSTICA: DATOS CLÍNICOS

Casos	Nombres	Sexo	Edad	Síntomas	Antecedentes	Exámenes de laborat.
1	OM CASMU Nº 240.050	M	71	Dolor HD. Ictericia Hipocolia	Cólicos hepáticos previos	BT: 7 mg. % BD: 5.4 mg. % Colesterol: 300 mg.% FA: 8 UB
2	JAP CASMU Nº 167.368	M	65	Ictericia fría y progresiva	Ausentes	BT: 14 mg. % BD: 10 mg. % Colesterol: 290 mg.% FA: 16 UB
3	JCB CASMU Nº 363.971	M	71	Ictericia. No acolia	Cólicos hepáticos frecuentes	BT: 7 mg % BD: 5.4 mg. % Colesterol: 266 mg.% FA: 10 UB
4	JG de T H de C Nº 118.070	F	82	Ictericia obstructiva en remisión, tras dolor en HD	Dispepsia biliar Ausencia de colecis- tograma previo	BT: 5.4 mg % BD: 3.2 mg % Colesterol: 370 mg.% FA: 4 UB
5	LS de L H de C Nº 53.377	F	37	Cólico hepático. Ictericia	Cólicos hepáticos, ictericia	BT: 3.5 mg. % BD: 2.2 mg. % Colesterol: 235 mg.% FA: 5 UB

haber pasado al colédoco distal— deben hacer pensar en el ambiente común.

Y a partir de ello, seguir una conducta reglada: identificación del fondo vesicular y apertura amplia, con evacuación de el o los cálculos y detenida exploración endocavitaria. Esta nos permitió en 4 casos realizar el diagnóstico de ambiente común, al identificar en el sector más proximal de la vesícula dos orificios, uno superior, por el que mana bilis y otro inferior, cuya cateterización combinada con la palpación externa del pedículo hepático, puso de manifiesto como pertenecientes al hepático y al colédoco. Si esta identificación no fuera sencilla, queda el recurso de cateterizar en ambos sentidos con sondas Foley y realizar sendas colangiografías, como se hizo en uno de nuestros casos.

Solamente en el caso 4, donde se identificó fácilmente un gran megacolédoco, se efectuó inicialmente coledocotomía sobre el cálculo, cuya extracción permitió visualizar la amplia brecha correspondiente al ambiente común.

Mirizzi (14) recomienda la colangiografía inicial, por doble punción del hepático y del colédoco a ambos lados del cálculo. Kourias (10, 11) la prefiere por punción vesicular, pues considera que ésta permite identificar mejor la comunicación anormal, aún en ausencia de cálculo enclavado. Por nuestra parte, partiendo de las dificultades de identificación de los componentes del pedículo hepático, preferimos comenzar por la apertura del fondo vesicular y realizar ulteriormente la exploración colangiográfica de la vía biliar principal.

Efectuado el diagnóstico, la presencia de la amplia brecha coledociana obliga a modificar ligera pero decisivamente las directivas generales de la cirugía biliar litiasica. Previa una exploración completa, manual, instrumental y colangiográfica de la vía biliar principal, que podemos realizar a través de la brecha, realizamos —en todos nuestros casos— una colecistectomía subtotal, en sentido retrógrado, con ligadura y sección de la arteria cística rasante a la vesícula. Con ello buscamos conservar in situ, y en buenas condiciones de irrigación, el sector yuxtacoledociano de la misma, que utilizaremos, a falta de pared coledociana, para efectuar la plastia de obturación en torno a la salida del tubo de Kehr (1, 2, 11, 12, 13, 14, 18). El intento de efectuar una colecistectomía total, con sutura directa a nivel de la unión colecistocoledociana, puede llevar, como en un caso de Kourias (11), a la estenosis postoperatoria o como en un caso de Pertusso (17) a la dehiscencia de la sutura, por efectuarse en general en tejidos en mal estado.

La comprobación en el curso de la exploración de patología asociada de la vía biliar principal terminal —papilitis, pancreatitis crónica cefálica estenosante, etc.— puede obligar a asociar nuevos gestos terapéuticos —coledocoduodenostomía, papilotomía, etc.— que por nuestra parte solamente consideramos indicados frente a esos hallazgos. En ninguno de nuestros casos se debió recurrir a ellos.

La evolución fue unánimemente buena en nuestras observaciones, con desaparición rápida de la ictericia y retiro del tubo de Kehr entre los 18 y 30 días después de la operación.

TABLA 3

CASUÍSTICA: EXPLORACION Y TÁCTICA QUIRÚRGICA

Caso	Vesícula esclero-atrónica	Cálculo enclavado	Otros cálculos vesiculares	Otros cálculos de VBP	Lesiones asociadas de VBP	Abordaje de VBP	Cierre de VBP	Evolución
1	sí	sí	no	no	no	transvesicular	plastia con vesícula sobre salida del Kehr	buena
2	sí	sí	sí	no	no	transvesicular	plastia con vesícula sobre salida del Kehr	buena
3	sí	sí	no	sí	no	transvesicular	plastia con vesícula sobre salida del Kehr	buena
4	sí	sí	no	no	no	coledocotomía sobre cálculo	plastia con vesícula y salida del Kehr por la coledocotomía	buena
5	sí	sí	sí	no	no	transvesicular	plastia con vesícula sobre salida del Kehr	buena

RÉSUMÉ

Bourse cystico-choledocienne ("Fistules bilio-biliaires")

Il s'agit d'une entité anatomo-chirurgicale qui se voit chez les lithiasiques d'âge avancé et de longue date, et dont la pathogénie est discutée. Elle se caractérise par une ample communication entre la voie biliaire principale et la vésicule, avec disparition d'un cystique reconnaissable. Nous présentons ici 5 cas traités, ayant tous bien évolué. Nous soulignons l'impossibilité du diagnostic pré-opératoire, la nécessité d'une exploration chirurgicale prudente en cas de soupçon de la maladie, et par étapes rationnelles: ouverture du fond vésiculaire, évacuation des calculs, exploration endocavitare, exploration de la voie biliaire principale, cholécystectomie sub-totale et fermeture de la brèche cholédocienne sur tube de Kehr en utilisant pour ce faire le moignon vésiculaire restant.

SUMMARY

Joint cystic-common bile duct ("Bilio-biliary fistulae")

The authors refer to an anatomical-surgical entity which occurs in aged, long course litiasic patients. The pathogenesis of the entity remains obscure. It is characterized by a wide communication between the common bile duct and the gallbladder, with disappearance of a recognisable cystic duct. Five cases are reported, all of which evolved well. It is remarked: the impossibility of a pre-operative diagnosis; the necessity of cautious surgical exploration when the entity is suspected; the necessity of a regulated approach: opening of the gallbladder fundus, evacuation of the gall stones, exploration of the cavity, exploration of the common bile duct, subtotal cholecistectomy, and closure of the choledocal opening upon a T-tube, using for this the remaining vesicular stump.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALBA E. Fistulas biliodigestivas espontáneas y sus complicaciones. *Cir Urug*, 42: 304, 1972.
2. BEHREND M and CULLEN M. Cholecysto-choledochal fistula. An unusual form of internal biliary fistula. *Ann Surg*, 132: 297, 1950.
3. CERNICH C y CIMINO C. Fistulas biliares internas espontáneas. *Prensa Méd Argent*, 52: 1838, 1965.
4. CINELLI A. Aporte de la colangiografía operatoria al tratamiento de las fistulas espontáneas biliodigestivas. *An Cir*, 8: 1632, 1949.
5. CINELLI A. Fistulas bilobiliares espontáneas. *Prensa Méd Argent*, 39: 988, 1952.
6. CHAMPEAU M, PINEAU P, LEGER P. Chirurgie du foie et des voies biliaires. Paris, Flammarion, 1967.
7. GRIMOUD M, LAPEYRE J et MALECAZE J. Contribution a l'étude des fistules bilobiliares. *Arch Mal App Dig*, 44: 381, 1955.
8. HEPP J et MERCADIER M. Fistules biliaires internes. *J Chir* (Paris), 68: 648, 1952.
9. KOURIAS B et TSOUFIS E. Fistules biliaires internes spontanées d'origine litiasique. *J Chir* (Paris), 75: 353, 1958.
10. KOURIAS B. L'interêt de la cholangiographie per-opératoire dans le diagnostic des fistules spontanées bilio-biliares. *Mem Acad Chir*, 86: 281, 1960.
11. KOURIAS B. Fistulas espontáneas bilio-biliares. 47 observaciones. *Prensa Méd Argent*, 54: 1043, 1967.
12. MALLET-GUY P, ROGET CL, LODI R et TAVARES P. Les fistules cholecysto-choledociennes. *Lyon Chir*, 56: 231, 1960.
13. MANSOURI H, BENDALI S, ILLOUL G et BENABADJI R. Fistules bilobiliares spontanées. *Ann Chir*, 21: 508, 1967.
14. MIRIZZI P. Les fistules bilio-biliares internes spontanées. *J Chir* (Paris), 68: 32, 1952.
15. MORADOR JL y CAVIGLIA STARICCO E. Las fistulas bilobiliares internas espontáneas. *An Ate-neo Clin Quir* (Montevideo), 11: 9, 1958.
16. PATT HH y KOONTZ A. Cholecysto-choledochal fistulae. *Ann Surg*, 134: 1064, 1951.
17. PERTUSSO FIERRO JC. Fistulas bilobiliares. *Congreso Médico del Este*, 259, 1968 (inérito).
18. ZAVALETA D, COLLARINI H y SENATORE C. Fistulas bilobiliares. *Prensa Méd Argent*, 44: 1425, 1957.