

Estenosis postoperatoria tardía de la vía biliar intermedia

Dres. Luis E. Bergalli, Guillermo Piacenza, Juan Chifflet, Nisso Gateño, Alberto Estefan, Julio C. Priario y Raúl C. Praderi*

Se presentan 3 observaciones de estenosis tardía de la vía biliar extrahepática intermedia, consecutivas a operaciones en las cuales la continuidad de la vía biliar no fue interrumpida. Las manifestaciones clínicas aparecidas tardíamente, sugirieron cuadros completamente diferentes a los hallados en el acto operatorio. Todas se trataron de estenosis fibro-escleróticas del confluente hepatocístico-coledociano, no neoplásicas y sin ninguna causa etiológica demostrable. Se solucionaron mediante derivación biliodigestiva o reconstrucción termino-terminal de la vía biliar cuando los cabos fueron de calibre similar, montadas sobre tubos calibradores en todos los casos.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Common bile duct/Surgery. Jaundice, obstructive/etiology.

Las estenosis primitivas de las vías biliares extrahepáticas no cancerosas, en razón de su rareza, no ocupan más que un lugar muy modesto en la patología. Cuando son secundarias a procedimientos quirúrgicos, abarcan en cambio amplios capítulos, sobre todo de terapéutica.

Nos referimos en esta comunicación a las estenosis postoperatorias de la vía biliar intermedia, con lo cual excluimos las odditis estenosantes y las estenosis primarias extendidas o segmentarias, uni o plurifocales, sean congénitas o inflamatorias.

Consideramos las estenosis presentadas en el postoperatorio alzado de intervenciones sobre vías biliares, en contraposición a aquellas donde hubo secciones o ligaduras del hepatocolédoco y que se traducen por la aparición rápida de ictericia o de una fístula biliar externa o una peritonitis biliar. La misma presentación puede observarse en casos de estenosis coledociana posteriores a coledocotomía en colédoco fino con cierres estenóticos. Mostraremos 3 observaciones excepcionales en las cuales las manifestaciones de las estenosis aparecieron clínicamente en periodos lejanos a la operación inicial.

Presentado al Forum Experimental del XXV Congreso Uruguayo de Cirugía, el 4 de diciembre de 1974.

* Asistente y Adjunto de Clínica Quirúrgica, Residente de Cirugía, Asistente Supervisor de Semiología Quirúrgica, Residente de Cirugía, Profesores Adjuntos de Cirugía.

Dirección: República Dominicana 2922, Montevideo. (Dr. Bergalli).

Clínica Quirúrgica "B" (Prof. Dr. Jorge Pradines). Seccional de Cirugía Hepatobiliar. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" y Departamento de Cirugía (Prof. Adj. Dr. Rodolfo Sacccone). Hospital Central Militar. Montevideo.

OBSERVACIONES

Observación 1: M.P. 107.986. Operado en el Hospital Militar en agosto de 1967 donde se le efectuó una coledocotomía por litiasis vesicular a cálculos múltiples pequeños.

La exploración colangiográfica intraoperatoria mostró la existencia de 2 cálculos en el colédoco distal. Se decidió a pesar del fino calibre de la vía biliar principal efectuar una coledocotomía longitudinal, la cual fue cerrada sobre un tubo en "T" con catgut fino. No fue visto más hasta agosto de 1972, en que comienza con cuadros de ictericia interpretados como hepatitis. Estos cuadros se suceden hasta marzo de 1974 en que el gastroenterólogo tratante pide una biopsia quirúrgica con exploración de la vía biliar extrahepática.

La ictericia presente nos permitió realizar una colangiotransparietohéptica (Fig. 1) la cual mostró la detención del medio de contraste a 1 cm por debajo de la bifurcación de los dilatados conductos hepáticos. En la operación se comprobó una estenosis nodular, fibrosa, de la pared anterior e interna del colédoco. Esta zona fue reseca a 1 cm por encima y por debajo, reparándose la continuidad de las vías biliares con una anastomosis hepaticoyunal terminolateral con asa desfuncionalizada y tubo calibrador sacado por el hepático derecho (Fig. 2).

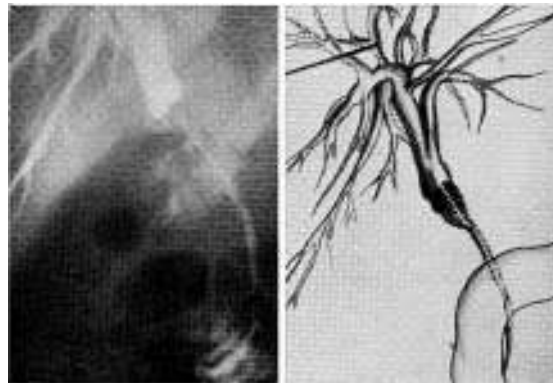


Fig. 1.— *Observación Nº 1:* Colangiografía transparietohéptica y esquema explicativo. Estenosis muy marcada del hepático común. Vía biliar superior dilatada.

La evolución postoperatoria ha sido buena y el estudio anatomopatológico confirmó una cirrosis biliar incipiente y un proceso fibroesclerótico no neoplásico del colédoco.

Observación 2: J.R. H. de C. 363.861. Operada en Tacuarembó en 1962. Se realizó colecistectomía por litiasis biliar que pasó sin incidentes postoperatorios hasta 1968. En esa oportunidad, fiebre e ictericia que retroceden rápidamente en 2 a 3 días.

Otro episodio similar en 1971 y en 1974. Se piensa en esta fecha en una litiasis residual coledociana por lo que se realizó un estudio colangiográfico intravenoso que mostró la existencia de una estenosis infundibular de la vía biliar extrahepática media (Fig. 3).

Operada, se comprobó un proceso escleroso y fibroso del colédoco medio supraduodenal extendido hasta 2 cm por debajo de la bifurcación de los hepáticos. Este proceso fue resecaado y como el cabo distal del colédoco es compatible con el proximal, se efectúa una anastomosis terminoterminal montada sobre tubo calibreador, sacado por el hepático izquierdo en la forma que se observa en la figura 4.

A los 3 meses de operada la evolución sigue siendo excelente. El estudio anatomopatológico confirma la

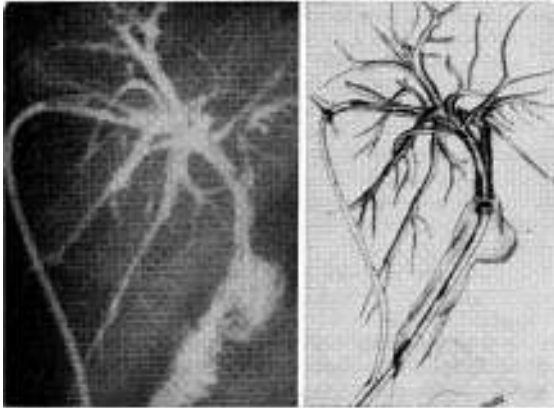


Fig. 2.— Observación N° 1: Colangiografía postoperatoria y esquema explicativo. Hepaticoyeyunostomía terminolateral sobre asa yeyunal desfuncionalizada, calibreada con tubo transhepático derecho.

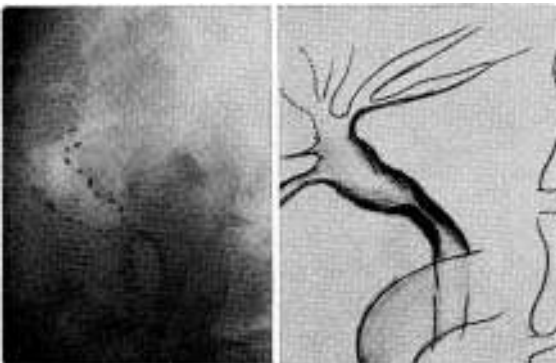


Fig. 3.— Observación N° 2: Colangiografía intravenosa y esquema explicativo. Estenosis infundibular de la vía biliar intermedia.

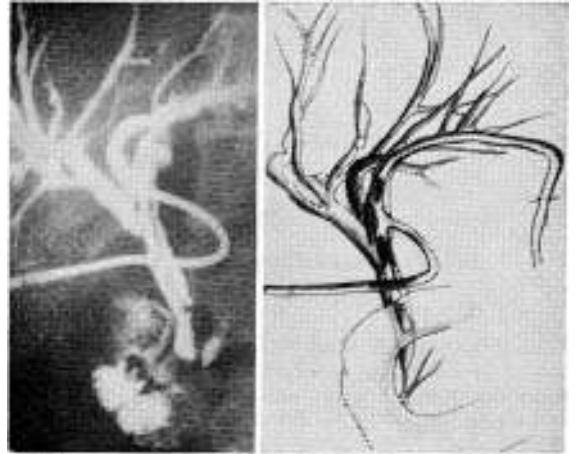


Fig. 4.— Observación N° 2: Colangiografía postoperatoria y esquema explicativo. Reconstrucción biliar terminoterminal, calibreada con tubo en "T" con rama larga transhepática izquierda



Fig. 5.— Observación N° 3: Colangiografía operatoria. Obstrucción total de la vía biliar intermedia. Gran dilatación de la vía biliar superior.

presencia de un proceso fibroesclerótico del colédoco no neoplásico.

Observación 3: R.L. de K. Casmu. 23.100. Operada en febrero de 1964 por un cuadro agudo de abdomen con ictericia, hepatomegalia, vesícula palpable. En el acto quirúrgico se confirma la existencia de una litiasis coledociana a cálculo único con vesícula escleroatrófica. Se practicó una coledocotomía longitudinal con extracción de cálculo de 3 cm de diámetro. Buen pasaje al duodeno. No se saca la vesícula que es escleroatrófica.

La coledocotomía se cierra sobre tubo en "T" con catgut crómico. La colangiografía postoperatoria es prácticamente normal. El 26 de marzo de 1973 nuevo cuadro agudo de abdomen con ictericia, acolia y coluria, en una paciente en mal estado general, en la cual se plantea el diagnóstico de neoplasma de páncreas.

Operada se comprueba un hepatocolédoco muy dilatado, la existencia en el bacinete vesicular de un cálculo y en la unión cisticocolédociana una estenosis que impide totalmente el pasaje de bilis hacia el duodeno (Fig. 5). Se hace una resección del bacinete, del hepático y del colédoco en una pieza, reconstruyéndose el tránsito biliar con hepaticoyunostomía calibrada sobre tubo sacado por el hepático izquierdo.

COMENTARIO

Estas 3 observaciones corresponden a pacientes a los cuales se les practicó una intervención sobre su vía biliar con varios años de antelación sin haber una solución de continuidad del hepatocolédoco. No hubo secciones, no hubo ligaduras y las reparaciones coledocianas cuando hubo coledocotomía fueron las adecuadas.

Pasaron todos largo tiempo, entre 5 y 12 años de su evolución sin signos clínicos evidentes de estenosis. En esa fecha aparecieron pequeños empujes de fiebre o ictericia. En uno, se pensó en una hepatitis, en otro en una litiasis residual de colédoco, en otro en un neoplasma de cabeza de páncreas.

A ninguno de ellos se le había realizado derivación biliodigestiva. Estas sí pueden verse tardíamente complicadas por estenosis como las reparadas por uno de nosotros 10 y 20 años después de efectuada (5).

Evidentemente en estos casos presentados debemos pensar que se trata de otra patología. Pueden corresponder a un síndrome organofuncional del canal hepático como lo describió Mirizzi (4) y el cual comporta una causa anatómica variable (un nódulo cicatrizal o adherencias consecutivas a una colecistitis esclerotrácil) como en el caso 3. La desvascularización de la vía biliar y la filtración de bilis en el curso de empujes de colecistitis o de coledocostomías pueden implicar una peritonitis plástica pericoledociana como ha sido invocada por Bruguiet y Grimoud (2).

Finalmente, una hiperplasia del confluente cisticocolédociano ha sido invocada por Caroli y Soupault (1) como consecuencia de una displasia parietal consecutiva a una inflamación o infección posteriores a la ligadura muy proximal del conducto cístico sobre el colédoco. En este caso se puede agregar también la responsabilidad de un foco infeccioso vecino secundario a una colecistectomía (3).

Los procedimientos de reparación usados son los ya reiteradamente insistidos en nuestra clínica. El uso de derivaciones hepaticoyunales (5) con asa desfuncionalizada y tubo transhepático para calibrarlas o anastomosis terminales del colédoco cuando los cabos coledocianos lo permiten, siempre montadas sobre tubos que deben impedir la movili-

ción de los mismos durante el período necesario para la consolidación de la sutura. Procedimientos estos que consideramos superiores por sus mejores resultados y menor morbilidad que el tubo de Warren (6).

RÉSUMÉ

Sténose postopératoire tardive de la voie biliaire intermédiaire.

Présentation de 3 observations de sténose tardive de la voie biliaire extrahépatique intermédiaire à la suite d'opérations dans lesquelles la continuité de la voie biliaire ne fut pas interrompue. Les manifestations cliniques ayant apparû avec un certain retard, elles suggèrent des tableaux tout à fait différents de ceux qui avaient été trouvés dans l'acte opératoire. Il s'agissait dans tous les cas de sténoses fibrosclérotiques du confluent hépato-cystico-choledocien, non néoplasiques et sans aucune cause étiologique démontrable. Elles furent résolues par dérivation bilio-digestive ou reconstruction termino-terminale de la voie biliaire quand les bouts étaient de calibre similaire, toutes montées dans tous les cas sur des tubes calibreurs.

SUMMARY

Late stenosis of the intermediate common bile duct.

The authors report 3 observations of late stenosis of the intermediate extrahepatic bile duct, following operations in which the continuity of the bile duct was not interrupted. The clinical signs occurred late and they suggested completely different pictures to those found in the surgical act. All of them were fibro-sclerotic strictures of the hepato-cystico-choledochus confluence, non-neoplastic, and without any apparent etiological cause. They were solved by biliary-digestive derivation or end-to-end reconstruction of the bile duct when both ductal ends were of a similar caliber. A tube was always placed through the anastomosis, to act as a stent of it.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- CAROLI J, SOUPAULT R et MORY G. Contribution à l'étude des rétrécissements bénins, hiliaires, de la voie biliaire principale. *Sem Hôp (Paris)*, 27: 1701, 1954.
- GRIMOUD J et LAPEYRERE D. Sténose spontanée de la voie biliaire principale dans la lithiase vésiculaire. *Mém Acad Chir*, 81: 355, 1955.
- LEGER L, DETRIE Ph, CHAPUIS Y, WOELL G et LEMAIGRE G. Sténoses inflammatoires des voies biliaires extra-hépatiques. *J Chir*, 95: 43, 1968.
- MIRIZZI PL. Rétrécissements bénins spontanés du canal hépatique. Syndrome du canal hépatique. *Marseille Chir*, 11: 169, 1959.
- PRADERI R. Aplicaciones de los drenajes transhepáticos. *Rev Cir Urug*, 35: 21, 1965.
- WARREN K, JEFFERSON M. Prevention and repair of strictures of the extrahepatic bile ducts. *Surg Clin North Am*, 53: 1169, 1973.