

# La obstrucción aguda de colédoco

Dres. Alberto Valls y Vartan Tchekmedyan

Los autores presentan los problemas que se plantean, con carácter de urgencia al cirujano; las obstrucciones agudas de colédoco, de origen litiásico en su mayoría.

Destacan dos tipos de cuadros: 1º) con vía biliar accesoria permeable, dando procesos peritoneales agudos, de distensión vesicular a contenido bilioso, a diferencia de las colecistitis obstructivas agudas en que no hay bilis en su interior, que puede llegar a permear o pasar a través de una perforación, dando una peritonitis biliar. 2º) Con vesícula no funcionando por obstrucción, en general litiásica de la vía biliar accesoria, cuadros infecciosos gravísimos, de shock séptico, con gran repercusión general y sobre el riñón, dando cuadros de insuficiencia renal aguda; que tienen como substracto una infección masiva de la vía biliar (angiocolitis), con abscesos angiocolíticos, visibles en la colangiografía. Estos cuadros han sido descritos con el nombre de colangitis supurada obstructiva aguda y a menudo llevan a la muerte.

El conocimiento de cada grupo de situaciones es fundamental para el tratamiento de urgencia, bien conducido de estos enfermos, única esperanza de sobrevivida de ellos.

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:*  
Bile Ducts / Pathology.

La patología coledociana puede presentar matices de gravedad súbita cuando se produce la obstrucción del colédoco. Aparecen así un conjunto de situaciones clínicas de gravedad e instalación brusca que, no resueltas quirúrgicamente, pueden llevar a la muerte.

La manera de presentarse estos cuadros depende: A) de la existencia de una vesícula en comunicación con la vía biliar principal; B) de la importancia de la infección de la vía biliar principal, angiocolitis. En general la existencia de una vesícula funcionante, va acompañada, en las obstrucciones agudas de colédoco de cuadros agudos de distensión vesicular (que se prestan a diagnóstico diferencial con las colecistitis obstructivas agudas) pero a menudo se acompañan de ictericia y en el acto operatorio hay bilis en la vesícula, denuncian-

*Clinica Quirúrgica "F" (Prof. Luis Praderi). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo.*

do que la obstrucción no está en la vía accesoria sino en la vía biliar principal. Son cuadros a expresión peritoneal y o pancreática, lo que depende de la altura de la obstrucción.

Frecuentemente la angiocolitis grave cursa asociada a una ausencia de funcionamiento vesicular, vesícula escleroatrófica, común en la litiasis del hepatocolédoco, agenesia vesicular, obstrucción crónica del cístico u obstrucción aguda (colecistitis aguda que agrava el cuadro), aunque alguna vez puede la infección grave ocurrir con vesícula funcionante (caso Nº 8). En esta segunda circunstancia, la enfermedad toma el aspecto de un cuadro general grave, de infección, fiebre con chuchos, shock séptico, colapso, taquicardia, sopor, ictericia y signos de toque renal importante a menudo, configurando el cuadro de colangitis obstructiva aguda, descrita por Reynolds y Dorgan en 1959 (4) y Hinshow (1) entre otros.

## MATERIAL

Presentamos los pacientes en forma ordenada de acuerdo a este concepto.

*Observación 1.*—22 años, sexo femenino (Casmu 533.429). Comienza 5 días antes con dolor en H.D., como el dolor disminuyó se decidió su alta. Vuelve 2 días después con dolor intenso en H.D., chuchos, ictericia y coluria. Reingresó el 9-IX-73. Examen. Regular estado general, apirética, 80 de pulso, ictericia de conjuntivas, no evidenciable en piel por tinte racial. Abdomen depresible indoloro salvo en H.D., donde se palpa hígado a dos dedos del reborde y una vesícula tensa y dolorosa. Con el diagnóstico de distensión aguda vesicular y síndrome coledociano la operamos. Un funcional hepático muestra bilirrubina total de 4,50 gr. con indirecta de 1 gr. y directa de 3,50 %.

Operación. Anestesia general. Dr. Valls, Dr. Puig y Dr. Balboa. Incisión transrectal. Vesícula tensa, congestiva, libre, pedículo hepático edematoso, con ganglios gruesos, páncreas aumentado de consistencia, edematoso; hígado aumentado de tamaño. La punción vesicular da salida a bilis a presión. En ese momento diagnosticamos obstrucción de colédoco. Colecistectomía con drenaje transcístico. Colangiografía, obstrucción total de colédoco distal por un cálculo, sin pasaje al duodeno, dibujándose una cúpula convexa hacia arriba. En la vesícula se había encontrado un cálculo de 3 mm. Coledocotomía longitudinal. Se extrae un cálculo similar, redondeado. Buen pasaje de los beniqués

Presentado a la Sociedad de Cirugía el 28 de abril de 1976.

Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica y Asistente de Clínica Quirúrgica. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Bvar. España 2831 ap. 201. Montevideo. (Dr. A. Valls).

al duodeno. Tubo de Kehr. Nueva colangiografía, no hay cálculos, buen pasaje. Drenaje en cigarrillo. Postoperatorio excelente. Alta al 8º día.

En resumen: se trata de una distensión aguda vesicular por obstrucción de colédoco donde se destaca la vesícula tensa acompañada de ictericia y, en la operación, la presencia de bilis en la vesícula y un cálculo obstructor de colédoco distal.

*Observación 2.*— Sexo femenino, 30 años (H. de C. 293.507). Ingreso: 12-X-69, alta: 20-X-69. Dolores en H.D. desde 7 días antes. Chuchos, fiebre de 39º, vómitos biliosos abundantes. Examen: muy dolorida, algo deshidratada, temperatura 36,6 y 38,6. Defensa en hemiventre derecho. Douglas doloroso. Exámenes paraclinicos: orina no pigmentos biliares, leucocitosis 8,200. Se hidrata y opera. Anestesia general. Dr. Valls. Incisión transrectal, líquido bilioso en peritoneo, 50 a 60 cc. Vesícula tensa, azulada, que deja permear un rocío biliar. Tiene múltiples, pequeños cálculos. Colédoco dilata do de 15 mm. Cálculo en badajo de campana, en la ampolla Vater. Punción de vesícula sacando 70 cc de bilis, que se envía a examen. Coledocostomía, salen muchos cálculos pequeños, sueltos, y se extrae el cálculo enclavado en la ampolla. Lavado del colédoco. Colectistomía, coledocostomía con tubo de Kehr. Colangiografía normal.

Postoperatorio s/p; alta al 7º día. Bilis con E. Coli. No hay fermentos pancreáticos. Acá la distensión aguda vesicular se acompañó de una peritonitis biliar por permeación. La localización en la ampolla de Vater, ileo vateriano agudo de Mallet Guy (2) nos planteó la posibilidad del establecimiento de un canal común biliar pancreático por acción del reflujo de una mezcla de bilis y jugo pancreático, hecho posible, que no se confirmó en este caso.

*Observación 3.*— 68 años, varón (Casmu 15.339). Operado por peritonitis biliar por perforación vesicular. Quedó después de la colectistomía con grandes pérdidas de bilis, se reoperó, comprobándose una litiasis de colédoco y una estenosis de la papila, que obligó a una esfinteroplastia (diagnosticadas previamente por colangiografía). En la bilis vesicular se encontraron 20 unidades pancreáticas. El paciente, muy grave, falleció. En e te caso se sumaron, como obstáculo, la litiasis del colédoco distal y la estenosis de la papila. Se pudo determinar la presencia de fermentos pancreáticos en la bilis vesicular.

*Observación 4.*— Varón, 58 años (Casmu 20.358). Ingresó al Sanatorio Nº 2 en 1966, gravísimo, con vesícula tensa y dolor en barra. Operación, pancreatitis necrótica y vesícula tensa, colectistomía, viene bilis oscura, donde se encontró 6.000 unidades pancreáticas, mejoró con antifermentos y murió bruscamente al octavo día. En este caso la obstrucción fue provocada por una pancreatitis hemorrágica aguda, con reflujo de jugo pancreático.

*Observación 5.*— H.C. (H. de Clínicas) R. 320.907. Varón, 57 años. Ingresó: 10-VII-71; fallece: 28-VII-71. Enviado por tumor pulsátil de epigastrio, aneurisma de aorta. Comienza el 25 con dolor intenso en epigastrio e ictericia poco marcada. El 27 los dolores son más intensos, hay reacción peritoneal, oliguria, estado general grave. Descubierta de vena y se hidrata previamente a la operación. Exámenes: B.I. 0,70 y B.D. 3,30; F. alcalinas, 37U.; urea, 2gr50. Operación. Dr. Valls.

Mediana supraumbilical; derrame bilioso, gran aneurisma que lamina el estómago y el pedículo hepático. Vesícula tensa, con placas necróticas, que dejan permear bilis. El colédoco está laminado por el aneurisma. Páncreas s/p. Punción vesicular, la bilis sale a presión. Se reseca un fragmento de pared vesicular, no hay cálculos. Sonda de Petzer. Fallece por la noche. Autopsia Nº 3292-21. Gran aneurisma de aorta, por encima de la mesentérica superior, comprime el colédoco, colapsado. Vesícula con placas necróticas, no hay cálculos. Este caso publicado por nosotros en el año 1972 (5) muestra una obstrucción aguda de colédoco por un aneurisma de aorta, que llevó a una distensión aguda vesicular, con placas de necrosis secundarias, sin participación pancreática. De modo que tenemos obstrucciones de colédoco por litiasis, lo más frecuente, por pancreatitis aguda, que a veces puede ser secundaria a un neoplasma de cabeza de páncreas, por estenosis de la papila asociada a una litiasis y se han descrito por neoplasma de ampolla de Vater y de causa extrínseca, por compresión por un aneurisma de aorta. Se han descrito por elementos hidáticos y por trombos sanguíneos. En 1974 el Dr. Puig operó un traumatismo de hígado, que hizo, en el postoperatorio una hemobilia y una distensión aguda vesicular. La operación mostró el colédoco lleno de trombos, que también ocupaban la vesícula. A su vez la obstrucción aguda de la ampolla puede determinar una pancreatitis junto con una distensión vesicular, actuando en los dos polos de la canalización común.

*Observación 6.*— Operamos recientemente una paciente en el Casmu (C. 255.617) con una distensión aguda vesicular y una subictericia donde encontramos una litiasis vesicular, con vesícula llena de bilis, una pancreatitis edematosa, total, con colangiografía que mostró un relleno amplio del Wirsung. Historias de colangitis obstructiva aguda.

*Observación 7.*— Casmu. R. 18.041 C. 114.996. Sexo femenino, 61 años. Ant. de C.H. 3 días antes, después de ingestión de excito biliares, dolor muy intenso, tipo cólico, en epigastrio e H.D. con irradiación posterior y ambas F.L. Vómitos de alimentos, después biliosos, chuchos y sudoración. Recibe calmantes en la casa. Al día siguiente pérdida de fuerzas de miembros izquierdos. Constipación de 2 días. Ant. de hipertensión de 24 de Mx. Examen: obsea, somnolienta, se queja de dolor en epigastrio. Ictericia de piel y conjuntivas, hidratada. Pulso de 100 regular, presión 15 y temperatura ex. 37,2, rectal 38,5, abdomen globuloso, delantal adiposo. Dolor en hipocondrio derecho y epigastrio. Murphy. Fl. dolor a derecha. Placa de abdomen. Distensión de colon transversal, estómago y primer asa yeyunal. Tenía clínicamente una litiasis de colédoco y pancreatitis. Amilaturia 8 u W. Funcional hepático: B.I. 3,8 - D. 5,05; colesterol 3,23. F. alcalinas 16 unidades. ECG. Sufrimiento coronario y sobrecarga ventricular izq. Se puso en manos de internista. Se hidrató, trató del punto de vista cardiaco. Cloranfenicol y ampicilina. Se operó al día siguiente (28-V-74). Anestesia general. Dr. Valls. Incisión paramediana, hígado grande oscuro, vesícula escleroatrófica, encastrada en su lecho, colédoco dilatado de 15 mm, páncreas nodular, con lesiones de pancreatitis de cabeza y cuerpo. Coledocotomía longitudinal. Viene bilis purulenta, que se envió a examen (estéril, pero en medio para aerobios sólo). En el colédoco no encontramos cálculos. Se pasaron beniqués al duodeno. La colangiografía, sacada en ma-

las condiciones, no mostró cálculos. Colectomía (vesícula con cálculos hasta en el cístico). Tubo de Kehr. Cierre. La colangiografía postoperatoria mostró un cálculo pequeño en la papila. Buen postoperatorio. Colédococlasias diarias. Nueva colangiografía (13-VI-74) anota buen pasaje al duodeno. No se ve más el cálculo. Repetida nuevamente vuelve a confirmarse la ausencia de cálculos. Acá la obstrucción de colédoco se acompañó de una infección biliar importante, con ictericia, fiebre oscilante, sopor, repercusión hemodinámica, seguida de una paresia, que retrocedió, sin toque renal importante. En la operación se encontró un colédoco lleno de pus. Había un cálculo distal, detectado por la colangiografía postoperatoria (ya que no se pudo realizar en buenas condiciones técnicas la operatoria) que se pudo eliminar al duodeno, por coledococlasias diarias.

*Observación 8.*— M.F. sexo femenino, 45 años (H. de Clínicas R. 378.362). Ingreso: 18-VII-75. Hace un mes y medio ingresó al Instituto de Higiene con ictericia, con repercusión general, que retrocede con tratamiento médico. Posteriormente es interpretada como obstrucción coledociana. Vuelve a la casa hace 20 días, mejora los 10 primeros días, desapareciendo la ictericia. 5 días antes del ingreso comienza de nuevo con dolor en H.D., fiebre, chuchos, ictericia, colia y sopor. Ingresó la noche del 18-VIII. La vemos el 19. Examen. Estado general grave, soporosa; estado toxiinfectioso, temp. ax. 38,5 rectal 40; pulso 116 fino; presión arterial Mx 8, Mín. 4. Ictericia marcada. Abdomen depresible, hígado a 3 dedos del reborde; no se palpa vesícula Murphy positivo. Lengua húmeda (está con descubierta de vena, pasando suero glucoclorurado). Funcional hepático: B.I. 1,95, B.D. 7,5; colesterol 1,49; F. alcalinas 8 u. B.; hematocrito 30%, leucocitosis 7.900, orina: densidad 1.013, pigmentos biliares y urobilina; urea 0,45, ionograma Na 136, K 3,1; Cl 100; R. A. 22; amilasemia 40 u.W. Se le hizo penicilina 3 millones de unidades cada 4 horas, cloranfenicol 500 miligramos. c/6 horas; vitaminas K y C. Por descubierta de vena se hizo suero glucoclorurado más cloruro de potasio. Se opera, algo mejorada, pero grave aún, el 20-VIII. Dr. Tchekmedyan, Dr. Perdomo, Dr. Gutiérrez. Anestesia general. Incisión subcostal. Vesícula distendida pero no tensa. Hígado aumentado, con pequeños nódulos en la cara superior (abierto uno de los cuales dio pus). Colédoco dilatado, de 2 cm, páncreas s/p. Se abre colédoco en sentido transversal. Bilis purulenta, gran cálculo obstructor, de 4 cm por 2 cm. A su nivel, en el colédoco, debajo de la embocadura externa del cístico hay una zona de pared necrosada por usura del cálculo, que se abrió y fue comprendida, después en la sutura del colédoco. Se evacua el cálculo. Se pasan exploradores al duodeno fácilmente lo mismo que a los hepáticos, que están dilatados. Se abre el cístico, que es grueso, habiendo un ambiente común colecisto-cístico-coledociano. Se extirpa la vesícula, que tenía dos cálculos gruesos. Sutura del colédoco, dejando un tubo de Kehr. Colangiografía, vía biliar principal dilatada, buen pasaje al duodeno. Se ven imágenes redondeadas, que pueden corresponder a abscesos biliares angiocolíticos.

Postoperatorio. Viene mejorando, con desaparición de la ictericia.

Esta paciente representa un caso típico de colangitis obstructiva supurada aguda. Cuando la vimos tenía un estado general gravísimo, de shock séptico, con

hipotensión arterial, taquicardia, febril, con oliguria, en periodo de recuperación de una deshidratación marcada, con una ictericia profunda, con un estado de sopor. La decisión de continuar 24 horas el tratamiento, la institución de la antibioterapia y la operación decompresiva, extrayendo el cálculo obstructor y el drenaje del colédoco, salvaron su vida. Además se mostraron los rasgos anatómopatológicos fundamentales; obstrucción calculosa del colédoco, lleno de pus por detrás; vía biliar dilatada, abscesos angiocolíticos, que se evidenciaron en la superficie del hígado y en la colangiografía.

## CONCLUSIONES

Como vimos, la litiasis del colédoco puede presentar una sintomatología aguda, dramática, como destacamos en nuestra tesis de Agregación, en 1954 (6), como consecuencia de su obstrucción aguda. En forma esquemática puede adoptar dos aspectos: en una primera situación, con vesícula funcionante puede dar cuadros de aspecto peritoneal de distensión vesicular, pero con bilis en su interior, que puede llegar hasta la peritonitis biliar. Este aspecto de distensión vesicular aguda puede ser originado también, por coexistir una colecistitis aguda con una litiasis de la vía biliar principal, cuadro con el cual es necesario hacer el diagnóstico. La causa más frecuente de la obstrucción es la litiasis pero juegan también la pancreatitis aguda (que puede ser a su vez originada en una obstrucción de la vía biliar, en la ampolla de Vater) y la estenosis de la papila y los neoplasmas de cabeza de páncreas (por sus empujes de pancreatitis) y los de ampolla de Vater.

En una segunda situación, predominan los fenómenos infecciosos, angiocolitis, con bilis purulenta en la canalización principal, con abscesos biliares angiocolíticos y lesiones hepáticas graves. Estas lesiones se ven más a menudo en ausencia de funcionamiento vesicular, que amortigüe los efectos de la hipertensión de la vía biliar, con edema hepático (6) y el ascenso de la infección en consecuencia. Esta segunda situación está descrita como colangitis obstructiva aguda. Está caracterizada por la presencia de un shock séptico con hipertermia y colapso, una ictericia obstructiva con fenómenos de insuficiencia hepática, sopor, y a menudo insuficiencia renal.

El tratamiento médico de reanimación, y el quirúrgico de decompresión y levantamiento del obstáculo, urgentes, constituyen en ambas situaciones la sola esperanza de salvación.

## RESUME

### Obstruction aigue du cholédoque.

Etude des problèmes d'urgence qui se posent au chirurgien. Les obstructions aiguës du cholédoque, la plupart d'origine lithiasique.

Deux types de tableaux cliniques sont mis en valeur :

1) La voie biliaire accessoire est perméable et provoque des processus péritonéaux aigus, et distension vésiculaire à contenu bilieux, contrairement aux cholécystites obstructives aiguës qui ne contiennent pas de bile. Il peut se faire que le contenu bilieux traverse par perméabilité ou écoulement une perforation, provoquant alors une péritonite biliaire.

2) En raison de l'obstruction la vésicule ne fonctionne pas, obstruction en général lithiasique de la voie biliaire accessoire, avec tableaux infectieux très graves de shock septique, grande répercussion sur l'état général et sur le rein, avec tableaux d'insuffisance rénale aiguë. L'infection-substrat de la voie biliaire est massive (angiocholite), avec abcès angiocholiques, visibles dans la cholangiographie. Ces tableaux ont été décrits sous le nom de cholangite suppurée obstructive aiguë qui est souvent mortelle.

Il est fondamental d'avoir une connaissance approfondie de ces deux types de situations pour mener à bien le traitement d'urgence, qui est l'unique espérance de survie pour ces malades.

## SUMMARY

### Acute obstruction of common bile duct

Among the urgency cases that appear before surgeons, there is the acute obstruction of common bile duct, generally of lithiasic origin. There are two types:

1) With permeable accessory bile duct, which gives rise to acute peritoneal processes, and gall bladder distension due to bile contained —thus differing from obstructive cholecystitis when no bile is contained the-

rein— which may permeate or flow through a perforation, causing biliary peritonitis; and

2) Non functioning gall bladder due to obstruction of accessory bile duct; —generally lithiasic— an extremely serious infection with septic shock; general and kidney repercussion and acute renal insufficiency. This results in massive infection of biliary tract (cholangitis), with angiocholitic abscesses visible by means of cholangiography. This type of picture has been described under the name of acute obstructive suppurated cholangitis and very often results in the death of the patient.

Knowledge of the exact nature of the obstruction is vital for its urgency treatment, because correct handling of these patients is their sole hope of survival.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. HINSHAW DB. Colangitis supurada obstructiva aguda. *Clin Quir N Am*, 1973, p. 1089.
2. MALLETT GUY P et COLLENET J. Calculs enclavés de l'ampule de Vater (a propos de treize observations personnelles). *Lyon Chir*, 40: 38, 1945.
3. OPIE EL. Etiology of acute pancreatitis. *Bull Johns Hopkins Hosp*, 12: 182, 1901.
4. REYNOLDS BM and DORGAN EL. Colangitis obstructiva aguda. Un síndrome clínico típico. *An Cir*, 6-319-324, 1959.
5. VALLS A, MORELLI R, FONTAN W y LIARD W. Peritonitis biliar por permeación de distensión vesicular secundaria a la compresión de colédoco por un aneurisma de aorta. *Cir Urug*, 42: 292, 1972.
6. VALLS A. Litiasis del hepato colédoco. Tesis de Agregación. Montev, 1955.