

Desaparición espontánea de los cálculos vesiculares

Presentación de dos casos clínicos

Dres. EUGENIO R. ZERBONI* y JULIO C. PRIARIO**

La desaparición de los cálculos de las vías biliares es un hecho extremadamente raro. Muy pocos trabajos científicos se refieren a dicho fenómeno. Buena parte de ellos se refieren a la eliminación de cálculos alojados en el colédoco y olvidados en una intervención quirúrgica realizada sobre las vías biliares. Cole y col. (1) describieron en 1957, 7 casos de desaparición de los cálculos alojados en el colédoco en un conjunto de 9 pacientes.

Es conocido el fenómeno de la eliminación a través del esfínter de Oddi de los cálculos coledocianos, los que pueden ser encontrados en las heces después de cólicos hepáticos intensos seguidos de ictericia. Ortmayer (7) describe tres casos de este tipo. Oschner (6) y Moreau (5) han descrito casos de litiasis vesicular que al cabo de un tiempo presentaban colecistogramas normales.

Linsman (2) describió el caso de un médico que padecía de litiasis biliar y que después de un tratamiento con I^{131} para su hipertiroidismo, vio con sorpresa desaparecer sus cálculos sin que mediara ningún accidente doloroso.

Richard (8) hace recientemente una revisión de la literatura y presenta un caso con disminución del número de cálculos coledocianos.

Miller (4) presentó en 1956 el caso de una joven señora que, al cabo de tres semanas después de un parto, mostraba múltiples cálculos en el colecistograma. Cinco semanas después del colecistograma es operada y en el curso de la intervención no se puede comprobar la existencia de litiasis. Dicho autor aventura dos teorías para

explicar este fenómeno: a) eliminación transcoledociana; b) modificaciones físico-químicas de la bilis durante el puerperio que han permitido la redisolución del colesterol.

Nuestros casos tienen estudio radiológico indiscutible, habiéndose controlado posteriormente con nuevas radiografías para verificar que no hubo confusión de placas. Otro hecho de interés que presenta uno de nuestros casos es que podemos descartar en forma absoluta la fístula colecistoduodenal. Por lo tanto, como en el caso de Miller, nuestras enfermas expulsaron sus cálculos por vía coledociana, o bien éstos se redisolviéron por un mecanismo que nosotros ignoramos. En el segundo caso no existió la comprobación operatoria, pero ni clínica ni radiológicamente hubo sospecha de fístula colecistoduodenal.

Caso 1.— G. H. de S., 24 años. Esta paciente ingresa de urgencia el 5-V-1960 al Sanatorio Nº 1 del C. A. S. M. U. por cuadro agudo doloroso de hipocondrio derecho con los caracteres de un cólico hepático y que tiene 48 horas de evolución. Tuvo un parto hace 40 días. En el curso de estos 40 días ha tenido dos cuadros agudos de hipocondrio derecho con los mismos caracteres que el actual. No tiene ningún antecedentes dispéptico. Al examen, apirética, sin ictericia, con dolor y defensa en el hipocondrio derecho. Orina, indicios de glucosa y 320 unidades pancreáticas Wolgemuth. Hemograma normal. Mejora. Alta al cuarto día.

26-V-1960: *Colecistografía*. Vesícula que se tiñe bien por el medio de contraste, presentándose de forma, situación y tamaño normales. Su opacidad no es uniforme, presentando en su interior múltiples imágenes anulares claras de pequeño tamaño con las características de una evidente litiasis vesicular. En posición de pie los cálculos se disponen en banda horizontal, dando típica imagen de cálculos flotantes. Después de la comida de prueba la vesícula se contrae, deformándose ligeramente y observándose múltiples cálculos a nivel del cuello.

* Ex Jefe de Sección del Instituto de Radiología.
** Profesor Adjunto de Cirugía.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 28 octubre de 1964.

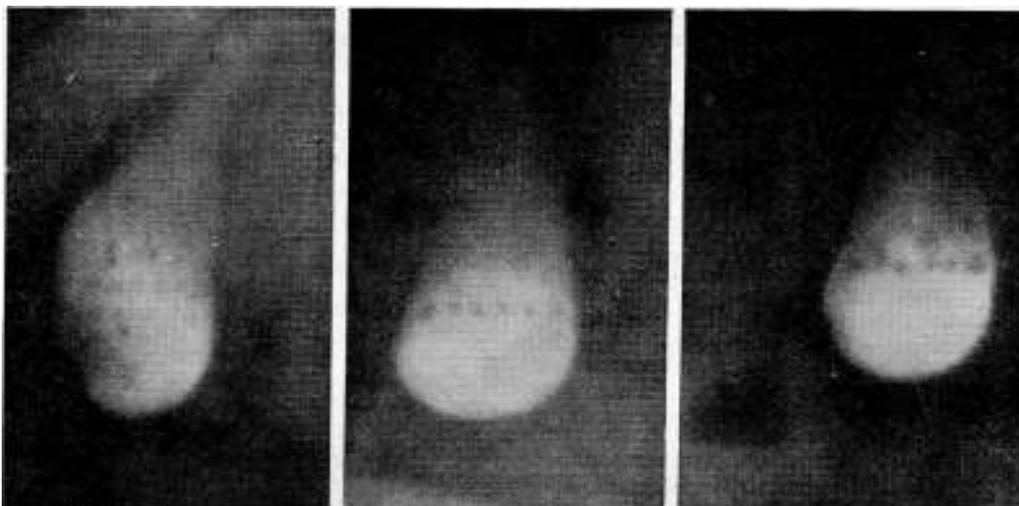


FIG. 1.— Caso 1 (26-V-60). Colecistograma: vesícula bien teñida con múltiples sombras anulares claras que evidencian una litiasis vesicular. En posición de pie, los cálculos se disponen en banda horizontal dando la imagen típica de cálculo flotante.

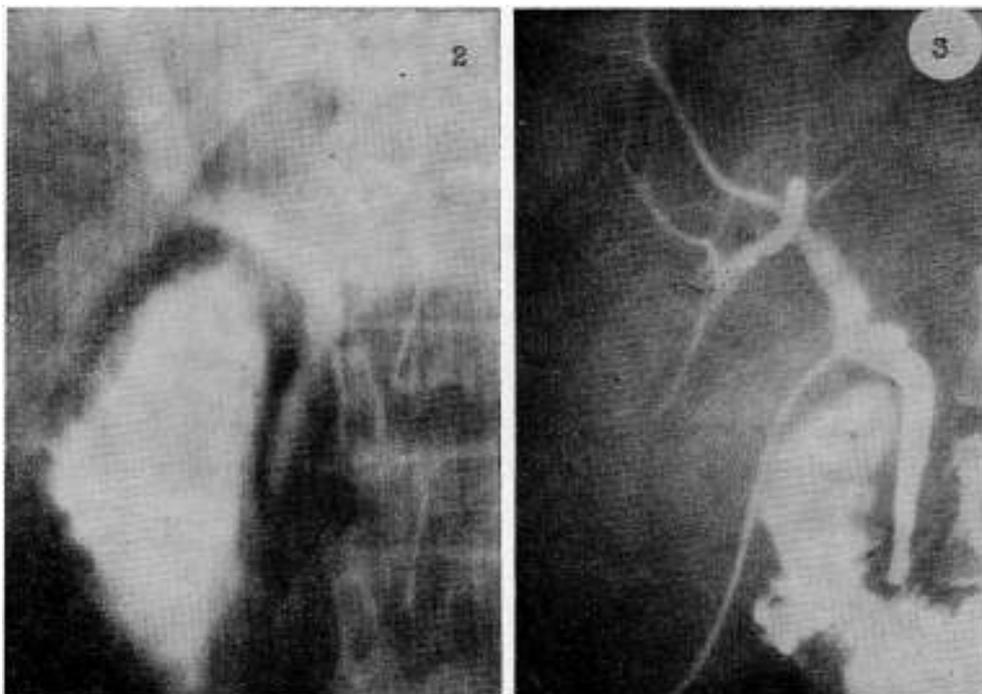


FIG. 2: Caso 1 (12-VIII-60). Colangiografía operatoria. Colédoco normal. La colangiografía se hizo después de extirpación de la vesícula que fue pinzada a nivel del cístico. FIG. 3: Caso 1 (23-VIII-60). Colangiografía postoperatoria. Colangiograma normal.

22-VII-1960: Estudio radiológico de gastro-duodeno normal. Mientras se realizan estos estudios la enferma tiene dos episodios agudos, dolorosos, de hipocondrio derecho, de mediana

intensidad que no requirieron asistencia médica. Un examen de orina realizado después de uno de los cólicos hepáticos, muestra pigmentos y sales biliares positivos. En la misma fecha se

realizó un estudio funcional hepático, cuyo dato más saliente es el de presentar una diazorreacción directa positiva.

27-VII-1960: Sondeo duodenal, pudiéndose comprobar una hiperactividad espasmódica del esfínter de Oddi y una prueba de evacuación vesicular positiva. Llama la atención la escasa cantidad de cristales de colesterol que se encuentran en el sedimento de la bilis, tratándose de una paciente con una litiasis vesicular.

12-VIII-1960: Intervención. Incisión oblicua subcostal, se aborda la vía biliar comprobándose que el colédoco es de aspecto normal. Se cateteriza el cístico y se hace colangiografía operatoria que muestra un colédoco normal sin cálculos en su interior. Inmediatamente se realiza colecistectomía y con gran sorpresa de nuestra parte, al abrir la pieza operatoria comprobamos que ésta no contiene cálculos. La bilis fue recogida, disuelta con agua y filtrada a través de una gasa, no pudiéndose apreciar ningún cálculo.

El informe anatomopatológico dice que la vesícula biliar mide 89 mm. con una serosa lisa grisáceoverdosa por infiltración biliar. La pared presenta un espesor normal y la mucosa es de aspecto vellosa hipertrófica con impregnación biliar. Microscópicamente, proceso de

tipo crónico hipertrófico a nivel de la mucosa y del corion de la vesícula biliar. El epitelio es alto con hipersecreción mucosa y elementos glandulares con un recubrimiento semejante. El corion con infiltración de elementos leucocitarios y monocitarios.

En resumen: colecistitis crónica hipertrófica de la mucosa y del corion.

Caso 2.— G. U. de F., 29 años, consultó el 29-XI-1962 por cólicos hepáticos. Durante su embarazo, que cursó normalmente, tuvo cólicos hepáticos. Después del parto importante cólico hepático, razón por la cual fue estudiada, comprobándose en una colecistografía del 6-XII-62 una litiasis vesicular. El informe del Dr. Zerbóni dice: "En el estudio colecistográfico la vesícula se tiñe bien por el medio de contraste, presentando múltiples imágenes anulares de pequeño tamaño en su interior con las características de cálculos. En posición de pie se disponen en forma de banda horizontal". Después de comida de prueba la vesícula se contrae un poco, persistiendo visibles las imágenes de cálculos.

28-I-1963: *Biligrafina*. Realizado el estudio colangiográfico, previa inyección de biligrafina

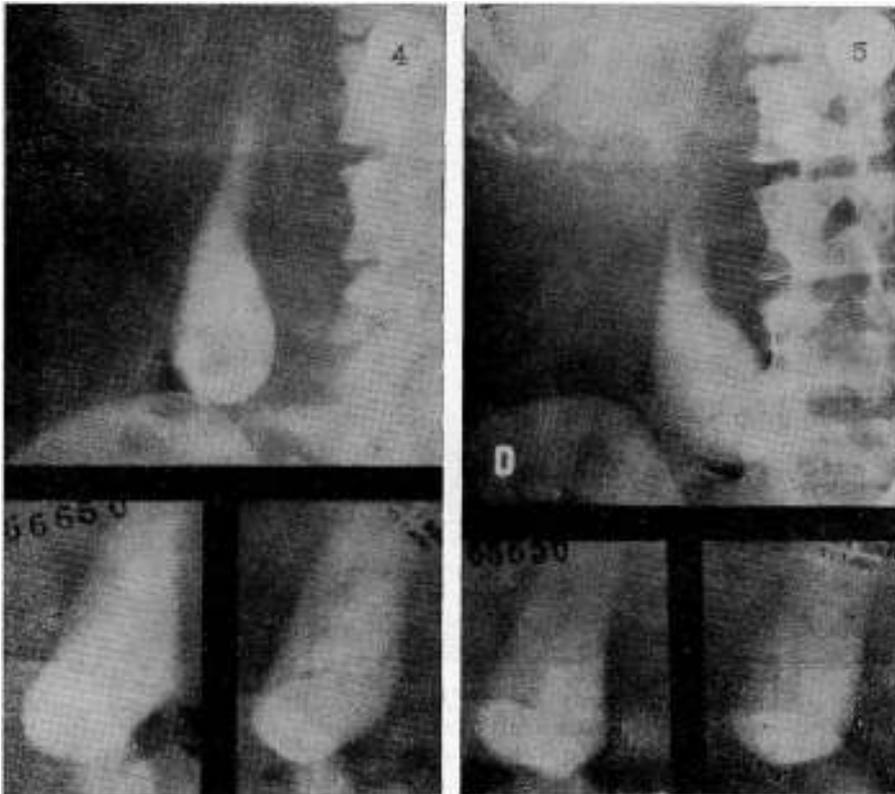


FIG. 4: Caso 2 (6-XII-62). Vesícula con pequeñas imágenes en menos que en las tomas radiográficas en posición de pie se disponen en banda con aspecto de cálculos flotantes.

FIG. 5: Caso 2 (6-III-63). Tres meses después el nuevo colecistograma no muestra imágenes de cálculos.

fuerte, se puede observar que la eliminación se hace por las vías biliares, estando la vesícula opacificada desde el comienzo del examen. El colédoco tiene su calibre normal sin que se proyecten sobre ellos imágenes de cálculos. El pasaje al duodeno se hace en forma normal. En los primeros días de marzo de 1962, a los dos meses del último examen, la paciente manifiesta encontrarse perfectamente, pues ha desaparecido todo vestigio de sufrimiento anterior. Pensando en el caso 1, sugerimos realizar nueva colecistografía.

6-III-1963: Nueva colecistografía. Vesícula alargada y de opacidad uniforme, no observándose ahora las imágenes de cálculos que eran visibles en el estudio anterior.

RESUMEN

Presentamos dos casos de desaparición espontánea de cálculos de la vesícula biliar que, en virtud de lo excepcional de este fenómeno, creemos de interés se conozca.

Respecto al mecanismo de desaparición de estos cálculos, no tenemos suficientes elementos de juicio para poder decir cuál ha sido.

RÉSUMÉ

Nous présentons deux cas de disparition spontanée de calculs de la vésicule biliaire; étant donné le caractère exceptionnel de ce phénomène, nous jugeons d'intérêt le faire connaître.

Quant à dire lequel a été le mécanisme de disparition de ces calculs, nous n'avons pas le nombre suffisant d'éléments pour le faire.

SUMMARY

Two cases of spontaneous disappearance of gall stones are reported. This is such an exceptional phenomenon that we are interested in let in know.

We don't have elements enough to know why gall stones have disappeared.

BIBLIOGRAFIA

1. COLE, W H. y HARRIDGE, W. H.: Disappearance of "stones shadows in postoperative cholangiograms". *J. A. M. A.*, Chicago, Ill., 164: 238, 1957.
2. LINSMAN, J. F. y CORDAY, E.: Spontaneous disappearance of gall stones. *J. A. M. A.*, Chicago, Ill., 171: 1098, 1959.

3. MACFARLANE, J. R. y GLENN, F.: The disappearance of demonstrated gall stones. *Arch. Surg., Chicago*, 88: 1003, 1964.
4. MILLER, M. C.: Spontaneous disappearance of gall stones. *Gastroenterology*, Baltimore, 31: 588, 1956.
5. MOREAU, M. y MOREAU, J.: Curación espontánea de litiasis biliar. *Sem. Méd.*, Buenos Aires, 101: 223, 1952.
6. OCHSNER, S. F. y GIESEN, A. F.: The problem of disappearing of gall stones. *Amer. J. Roentgen.*, Springfield, Ill., 83: 831, 1960.
7. ORTMAYER, M. y AUSTIN, M.: The passage of gall stones through the sphincter of Oddi. *Amer. J. Dig. Dis.*, New York, 5: 411, 1938.
8. RICHARDS, P. y CHIR, B.: Spontaneous migration of gall stones. *New Eng. J. Med.*, Boston, 266: 299, 1962.

DISCUSION

Dr. J. L. Badano Repetto: Se trata de una enferma que a raíz de una operación abdominal inferior, comprobamos en la exploración la existencia de pequeños cálculos en la vesícula y tiempo después, sin estudio colecistográfico por falta de placas en el hospital, se opera de su vesícula, encontrándose que la misma no tenía cálculos. La primera oportunidad pensé que en realidad mi semiología hecha a través del abdomen abierto había sido errónea. Pero eso me pasó una segunda vez. Y ahora cuando estuve en el Congreso de Gastroenterología en Bogotá, Moyena (de España) trajo el problema al tapete y dio una serie de explicaciones muy interesantes sobre la disolución espontánea de estos cálculos de colesterol (por las características radiológicas) y naturalmente eso me entusiasmó muchísimo; hice llevar a la práctica en laboratorio, la producción y desaparición de cálculos, los cuales invito a los que quieran verlo, cómo se forman cálculos hasta de 50 micras, formándose cristales de colesteroína, cambiando la temperatura, en soluciones sobresaturadas de la propia bilis y colesteroína, de cálculos de otros enfermos, parece que lo que interviene más es la relación colesteroína-sales biliares, más que la concentración, es decir, que conociendo las leyes de la cristalografía, un cristal es suficiente para producir cristalización masiva en determinadas circunstancias.

Me parece que en el primer caso, dadas las características anatomopatológicas de la vesícula biliar, no debe haber ocurrido una disolución porque es una colecistitis crónica y seguramente están alteradas las funciones del colecisto. Posiblemente ha habido una migración de cálculos en ese caso, pero en el segundo caso puede adaptarse perfectamente a esta explicación. Creo que el trabajo de Moyena va a ser publicado en dicho Congreso y sería interesante conocerlo porque él mostró cálculos muy grandes, formados experimentalmente y hechos desaparecer también en forma experimental.

Dr. W. Suiffet: El problema de la desaparición espontánea de cálculos, tiene dos aspectos. Uno es el que termina de hacer mención el

Dr. Badano, respecto a las posibilidades de desaparición por disolución de los cálculos. Ese es un problema en estudio. El otro aspecto del problema, la migración espontánea a través de canales biliares normales hacia el duodeno y la eliminación de los cálculos, es un hecho conocido.

Nosotros podemos referir algunas cosas de nuestra experiencia: uno es un hecho que no puede ser documentado. Recuerdo una paciente que estuvo internada en la Clínica del Prof. Stajano en 1946, que trajo un frasco con varios cálculos facetados, pigmentarios y mixtos y fueron estudiados por el Dr. Scandroglio. Habían sido expulsados en la defecación. Se comprobó que eran cálculos biliares. Esa enferma se estudió. En aquella época se realizaba solamente colecistografía, tenía un colecistograma negativo. Fue operada por el Prof. Stajano, ayudado por mí, pensando que se iba a encontrar una fístula colecistoduodenal o colecistocolónica. No se encontró absolutamente nada, ni adherencia de la vesícula a ninguna estructura vecina, ni litiasis biliar. Quedó siempre eso, como un hecho de confusión de la enferma. Lo que hemos podido documentar y lo mostramos a la Sociedad de Cirugía, es una persona que nosotros operamos por litiasis vesicular. Tenía un colecistograma donde se veían varios cálculos facetados y una colecistocolangiografía donde se veía el colédoco ligeramente dilatado sin cálculos. En el momento de la intervención se comprobó que tenía ocho cálculos en el colédoco. Al enterarse la enferma de eso dijo que ella expulsaba cálculos al mover el intestino, cosa que no nos había mencionado antes. Entonces trajo un frasco con cálculos exactamente iguales a los que nosotros le había-

mos sacado del colédoco. En esas condiciones la enferma fue estudiada por el Dr. Julio Varela. Le hizo una colangiomanometría y mostró que la presión de abertura del Oddi era 6 cm. de agua y la presión residual muy baja. El esfínter de Oddi fácilmente permeable, por lo cual seguramente habían pasado los cálculos al duodeno y luego seguían el tránsito digestivo. No había, desde luego, ninguna manifestación de fístula en ese caso.

El otro caso es más complejo y lo recordarán algunos consocios. Es una observación del Dr. Gómez Gotuzzo (de Artigas), que yo mostré en la media hora previa. Se trataba de una paciente operada de un íleo biliar por un grueso cálculo de 3 cm. de diámetro. Como la enferma seguía con colangitis, le aconsejamos la intervención, pensando que tenía una fístula colecistoduodenal o colecistocolónica. Fue operada por el Dr. Gómez Gotuzzo y no encontró la más mínima adherencia entre la vesícula y las estructuras digestivas vecinas. El colédoco relativamente dilatado y un pasaje muy fácil de contraste al duodeno. No se hizo la manometría.

Estos hechos hablan de la posibilidad del pasaje de cálculos por la canalización biliar normal, si se acompaña de una hipotonía del Oddi. Desde luego que estos casos han sido perfecta y cuidadosamente controlados para ver si no ha habido un error en el material por haber operado.

Nosotros creemos que puedan eliminarse cálculos por la vía biliar principal a través de la canalización normal y que pueda desaparecer completamente la litiasis y algunos de estos documentos abogan en este sentido.