Litiasis biliar por hilo * **

A propósito de 2 observaciones

Dr. BOLIVAR DELGADO ***

Obs. 1.— I. C. Hospital de Clínicas, 83.543. El 30-4-58 se le efectúa una colecistectomía y coledocostomía por litiasis vesicular y coledociana. Sutura del colédoco con catgut y lino. El 12-4-61 reingresa por sufrimiento coledociano y pancreático. En la reintervención se encuentra una litiasis coledociana formada por barro biliar conglomerado alrededor de un hilo de lino, y una papila esclerosa. Duodenopapilotomía y coledocostomía con tubo de Kehr. Buena evolución ulterior.

Obs. 2.— A. M. de F. Hospital de Clínicas, 109.057. En 1953 fue colecistectomizada por litiasis vesicular en el Hospital Pasteur. En 1959 desde hace 3 años repetidos ataques de síndrome coledociano. La reintervención muestra: muñón cístico residual con cálculos; el núcleo de uno de ellos es un hilo de lino. No hay litiasis coledociana. Resección del muñón cístico y coledocostomía con tubo de Kehr. 1960: recidiva de síndrome coledociano. Reintervención: colédoco dilatado; papilitis. Se realizó duodenopapilotomía, biopsia de papila y coledocostomía con tubo de Kehr. Buena evolución.

COMENTARIO

Es perfectamente conocida la tendencia natural a eliminar hacia la luz de los órganos canaliculares los hilos de sutura de material irreabsorbible colocados en su pared.

En aquellos órganos canaliculares que frecuentemente forman cálculos, estos hilos eliminados en su luz constituyen a veces el núcleo calcuoso. Ejemplos característicos los tenemos en el aparato urinario.

El mismo hecho acontece con mucha frecuencia en el árbol biliar y han sido publicadas numerosas observaciones (1, 4, 5, 6). En algunas oportunidades no se ha lle-

gado a formar el cálculo y el hilo se encuentra como cuerpo extraño en la luz biliar (3).

La mayoría de los casos publicados corresponden a pacientes colecistectomizados y la litiasis coledociana que aparece ulteriormente contiene en su núcleo el hilo de la ligadura del cístico. Pero también hay observaciones después de coledocostomías donde el colédoco fue suturado con hilo irreabsorbible.

En nuestra primera observación la paciente fue colecistectomizada y coledocostomizada y se usó en el cístico y colédoco hilo de lino. En la segunda observación el hilo corresponde a la ligadura del cístico.

El tiempo necesario para la constitución de estos cálculos es variable, de meses hasta años (1); en nuestros casos fue de 3 años aproximadamente.

Su frecuencia ha sido estimada por Ahlberg (1) analizando la evolución de 493 colecistectomías en 0,6 % (3 casos). En uno de sus casos la litiasis coledociana por hilo era múltiple (2 cálculos) y correspondía a una paciente colecistectomizada y coledocostomizada.

Seguramente esta frecuencia aumentaría si se buscara sistemáticamente, en los cálculos biliares de pacientes reintervenidos por litiasis biliar, la constitución del núcleo calcuoso.

Es muy importante señalar que estas litiasis coledocianas primitivas por hilo ocurren frecuentemente en presencia de procesos obstructivos del colédoco distal que favorecen la estasis biliar y la precipitación calcuosa (2, 4), tal como ocurrió en nuestras dos observaciones donde existía una estenosis papilar inflamatoria.

Estos hechos han llevado a numerosos autores a afirmar que se debe eliminar el uso de hilo irreabsorbible en la cirugía biliar (1, 3, 4).

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" del Prof. A. Chifflet

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 24 de julio de 1968.

*** Asistente de Clínica Quirúrgica.

Creemos adecuada esta medida, pero creemos también como hecho fundamental que no se deben dejar procesos residuales que provoquen estasis y faciliten la precipitación calculosa.

RESUMEN

Se presentan dos observaciones de litiasis biliar por hilo. Se hacen consideraciones sobre su frecuencia, mecanismo de producción y formas de evitarla.

RÉSUMÉ

On présente deux observations de lithiasse biliaire par fil. Des considérations sont faites sur la fréquence de ces cas, le mécanisme de leur production et la manière de les éviter.

SUMMARY

Two observations of biliary lithiasis by thread are presented. Considerations as to their frequency, production mechanisms and means of preventing them, are also included.

BIBLIOGRAFIA

1. AHLBERG, A. Silk ligature as a cause of choledocholithiasis after colecistectomy. *Act. Chir. Scand.*, 118: 22, 1959.
2. ALBOT, C. et POILLEUX, F. *Lithiase du Cholécdoque. Actualités Hépatogastro-Entérologiques de l'Hotel Dieu.* Masson, Paris, 1960.
3. JAUBERT DE BEAUJEU, M. Corps étranger du cholécdoque. *Lyon Chir.*, 51: 370, 1956.

4. CLAVEL, Ch. Les conditions de tolérance des protheses et fils perdus non métalliques. *Lyon Chir.*, 51: 338, 1956.
5. MILLBOURN, A. On re-operation for choledocholithiasis. *Act. Chir. Scand.*, 99: 285, 1949.
6. OLIVIER, C. *Chirurgie des voies biliaires.* Masson, Paris, 1961.

DISCUSION

Dr. Del Campo: Yo he visto un caso de cálculo centrado por un hilo de lino dentro del colédoco, acompañado también de barro biliar. Son casos que, como el Dr. Delgado lo debe saber, están citados en la literatura, y daría la impresión que si la sutura se hace en determinada forma, uno no se explica cómo la sutura puede caer dentro del colédoco, sobre todo la sutura coledociana, sino que tendría que eliminarse hacia afuera, no? Uno no ve la manera como puede care, pero cae. Como cuestión de hecho, se han citado numerosos casos.

Este capítulo forma parte de uno más grande que es el de "Cuerpos extraños arrojados en las vías biliares", no me refiero a cuerpos extraños animados, a parásitos, a hidatidosis, a distoma, etc., sino que me refiero a otros cuerpos extraños. Yo tengo otro caso muy interesante. Se trata de un enfermo que desvía a mi Servicio con una ictericia crónica pués de dos operaciones por quiste hidático de tipo obstructivo, con un hígado grande, irregular, pareciendo un hígado cirrótico o precirrótico, y con una fístula biliar pequeña. En la intervención sigo la fístula biliar, pero en un momento dado llego a una parte de parénquima cirrótico sin otras lesiones. Al abordar el pedículo hepático toco un cordón duro correspondiente al colédoco, sin la dureza de un neoplasma y tampoco la dureza de un cálculo. No sabía lo que era, pero fui al colédoco, abrí el colédoco y de adentro del colédoco saqué una gasa, esa gasa indudablemente había penetrado en el colédoco a través del drenaje del quiste hidático, una gasa perdida en la intervención o después de una curación ulterior. Como el caso anterior, tampoco fue operado primitivamente por mí; los casos operados por mí, serán secundariamente operados por otro como es la regla, no?