

## *Litiasis recidivante del colédoco*

Dr. RAUL PRADERI \*

La formación de cálculos en la vía biliar principal es posible, aunque poco frecuente (1, 4, 9, 13, 15, 17). Se produce por precipitación del pigmento biliar en forma de barro, que, después, se dispone formando cálculos marrones friables. Con el tiempo, se hacen cada vez más sólidos y oscuros, moldeándose en la forma de los canales. Pero el criterio práctico es pensar, hasta prueba de lo contrario, que los cálculos coledocianos proceden de la vesícula biliar por migración.

Con todo, hay varias situaciones en que es indiscutible el origen autóctono de la litiasis hepatocoledociana (5). Estas son:

1) Cuando hay una *agenesia de vesícula biliar*. Latimer y col. (11) encontraron que, en un total de 71 casos publicados en la literatura, 33 tenían cálculos coledocianos.

2) En las *estenosis biliares altas espon-táneas*, síndrome del hepático (14), estenosis intrahepáticas (3) y en las *dilata-ciones congénitas de la vía biliar intrahepáticas segmentarias* (3).

3) En las *estenosis traumáticas postcolecistectomías*. Se trata, en general, de pacientes con colédoco fino alitiásico. Si la estrictura se mantiene mucho tiempo, se encuentran cálculos por encima en la porción dilatada. Este es muy común en las *anastomosis biliodigestivas estenosadas* durante períodos prolongados, como ya lo señalamos el año pasado en el Congreso Uruguayo de Cirugía (16).

4) En *Oriente* (Japón, China, Indochina, Hong-Kong, etc.), es muy frecuente este tipo de litiasis. A veces, los cálculos se forman sobre huevos de parásitos (6, 7). Esta afección puede presentarse sin cálcu-

los vesiculares clásicos. A menudo, los cálculos son intrahepáticos, sobre estenosis canaliculares.

5) *Por encima de estenosis biliares bajas* (7, 10, 12), papilitis, neoplasmas, etc. En enfermos colecistectomizados que no eran portadores de cálculos coledocianos.

6) Cuando se forman *cálculos sobre cuerpos extraños* (1, 13, 18, 19) canaliculares, como hilos, fragmentos de drenajes, en pacientes ya operados de vías biliares.

Las litiasis altas supraestenóticas no son discutidas por nadie; en cambio, para afirmar que una litiasis es primitiva del colédoco, se requiere la seguridad de que no ha habido migración por el cístico. Para ello es necesario cumplir con varios requisitos (2). Estos son:

a) Que el protocolo operatorio de la primera intervención sea claro en señalar la ausencia de cálculos al terminar el procedimiento.

b) Que éste haya sido confirmado por colangiografías intra o postoperatorias.

c) Que exista un intervalo de más de 6 meses —o de años— entre la intervención previa y la reaparición del sufrimiento.

d) Que los cálculos sean blandos, pigmentarios, con los caracteres señalados

Si la primera operación fue una colecistectomía con colédoco fino y colangiografía normal, es poco probable la litiasis residual. Pero cuando aparece un pequeño cálculo en la vía biliar inferior o en el hepático izquierdo, no nos asombramos mucho porque casi seguramente es una litiasis residual.

Después de una coledocotomía amplia, con exploración instrumental y documentos colangiográficos en los que se ve todo el árbol intrahepático con relleno normal y con buen pasaje al duodeno, no pueden quedar cálculos desapercibidos.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 6 de agosto de 1969.

\* Docente Adscripto de Cirugía (Facultad de Medicina de Montevideo).

Si a un enfermo así le encontramos un colédoco lleno de piedras pigmentarias, habrá que creer que se formaron allí.

En varias oportunidades nos encontramos con esta situación, extrayendo cálculos de bilirrubinato en habano, moldeados por el colédoco. Disponíamos de colangiografías normales, obtenidas en el postoperatorio de intervenciones anteriores y quedamos convencidos de que se trataba de litiasis primitivas.

Pero los enfermos habían sido operados por otros cirujanos... Siempre se tiene tendencia a dudar de los protocolos operatorios o las técnicas no practicadas personalmente. Y eso, nos sucede a todos.

Por eso traigo hoy a esta Sociedad, la historia de una enferma que había operado yo mismo de una litiasis coledociana.

Tres años después, la reintervine con un "empierrement" biliar. Verán ustedes los documentos colangiográficos y tendrán que acordar conmigo que la litiasis era autóctona del colédoco.

## HISTORIA

A. V. P. H. Cl. 19-36-183. Sala 18 del Hospital Pasteur. Fue operada en el año 1920, en Rocha. Se le hizo una colecistectomía (tenía entonces 22 años). En 1955, a los 57 años, otro cirujano le practicó una coledocotomía.



FIG. 1.—Colangiografía practicada después de la tercera operación, en la placa siguiente se evacuó con excelente pasaje al duodeno.

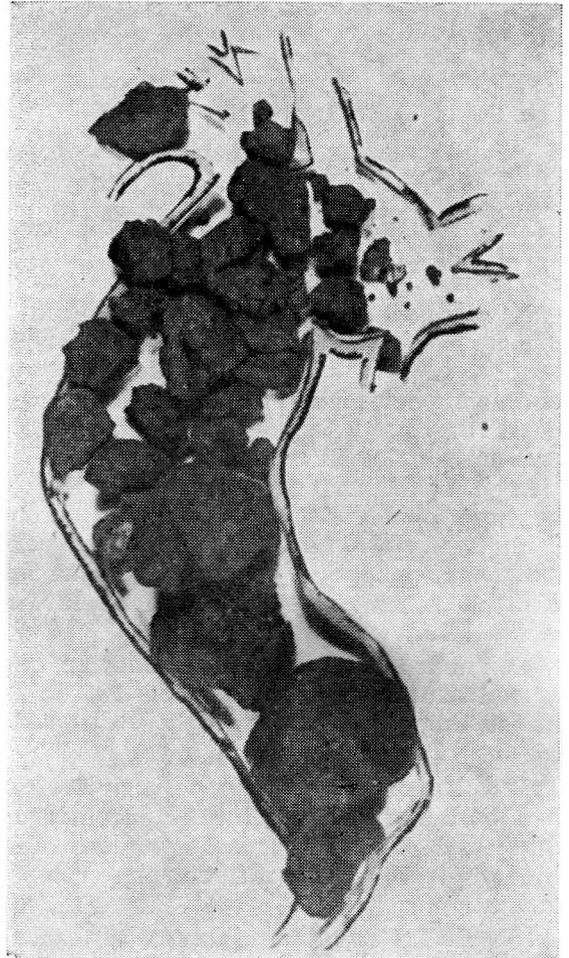


FIG. 2.—Se han colocado los cálculos extraídos sobre un calco de la colangiografía.

En 1965, a los 67 años, nos consultó con una ictericia obstructiva y la operamos el 8-2-965 con anestesia general.

*Tercera operación.* Transversa de hipocondrio derecho. Se encuentra un colédoco grueso, llano de cálculos pigmentarios moldeados y un muñón cístico dilatado en caño de escopeta. Coledocotomía: se extraen múltiples cálculos del colédoco y de ambos hepáticos. Para evacuar el hepático izquierdo, es necesario abrir la cisura izquierda y con maniobras digitales, desplazar los cálculos hasta la pinza de Randall para poder extraerlos. Se reseca el muñón cístico. La papila es permeable y permite el pasaje de un Béniqué grueso. Se coloca un pequeño tubo en el orificio cístico y un Kehr en la coledocotomía.

La colangiografía postoperatoria (fig. 1) muestra una vía biliar bien dilatada, pero vacía. La enferma evoluciona bien. Se retira el Kehr y es dada de alta en buenas condiciones.

Dos años y medio después, nos consulta por sufrimiento coledociano de aparición reciente con ictericia. La operamos.

**Cuarta operación.** Anestesia general. 10-6-968. Se encuentra un colédoco dilatado, igual que en la operación anterior. Papila permeable. Coledocotomía transversal. Nuevo "empierrement" biliar (fig. 2). Se evacúa el colédoco de cálculos y barro, y se practica una coledoco-duodenostomía laterolateral amplia. Evolucionó sin incidentes. No ha vuelto a sufrir.

Los hechos son claros: era una litiasis primitiva, la cual, tal vez, esté vinculada a su colédoco dilatado.

Hecho curioso, la papila seguía permeable. El tratamiento consistió en practicar una buena anastomosis biliodigestiva.

Como el colédoco era grueso, hicimos una coledoco-duodenostomía.

## RESUMEN

Se presenta una observación de litiasis recidivante del colédoco, afección más frecuente de lo que se cree habitualmente. El interés del caso se debe a que la paciente había sido operada por el mismo cirujano, dejando el colédoco limpio como se ve en la colangiografía.

## RÉSUMÉ

Présentation d'une lithiase récidivante du cholédoque, affection plus fréquente qu'on ne pourrait le supposer. Le cas est particulièrement intéressant du fait que la malade avait déjà été opérée par le même chirurgien, qui avait nettoyé le cholédoque, comme on le voit sur la cholangiographie.

## SUMMARY

A case of recurrent lithiasis in the common duct which is a more frequent disease than is generally supposed is presented. The interest of the case lies in the fact that the patient had been operated three years before by the same surgeon, and the biliary tract had been left clean as can be seen in the cholangiography.

## BIBLIOGRAFIA

1. AYARI, H. et CAROLI, J. Contribution à l'étude des recidives authentiques des cholédolitiasis. *Arch. Mal. Appar. Dig.*, 44: 795, 1955.
2. BUFFIN, R. Colloque sur la lithiase résiduelle et récidivante de la voie biliaire principale (Paris-Lille). Conclusions générales. *Ann. Chir.*, 22: 1513, 1968.
3. CAROLI, J. et CORCOS, V. *Maladies des voies biliaires intrahepatiques segmentaires*. Paris Masson, 1964.
4. DELGADO, B. Litiasis biliar por hilo. A propósito de dos observaciones. *Rev. Cir. Uruguay*, 39: 25, 1969.
5. FERRIS, D., THOMFORD, N. and CAIN, J. Recurrent common bile duct stones. *Arch. Surg.*, 88:
6. FUNG, J. Liver fluke infestation and cholangio hepatitis. *Brit. J. Surg.*, 48: 404, 1961.
7. HARDING RAINS, A. *Gallstones*. London, W. Heinemann, 1964.
8. HARRISON-LEVI, A. The biliary obstruction syndrome of the chinese. *Brit. J. Surg.*, 49: 674, 1962.
9. HEPP, J., MERCADIER, M., MOREAUX, J., PERNOD, R. et JULIEN, M. Reflections à propos de 100 cas de lithiase dite "résiduelle" de la voie biliaire principale. *Mem. Ac. Chir.*, 90: 335, 1964.
10. LARRIEU, H. et ADLE, F. La lithiase récidivante de la voie biliaire principale. *Ann. Chir.*, 22: 1457, 1968.
11. LATIMER, E., MENDEZ, F. and HAGE, W. Congenital absence of gallbladder. *Ann. Surg.*, 126: 229, 1947.
12. MALLET-GUY, P. et GIGNOUX, M. La dilatation isole persistante post-opératoire de la voie biliaire principale facteur éventuel de précipitation lithiasique. *Lyon Chir.*, 63: 321, 1967.
13. MILLBOURN, E. On re-operation for cholecho lithiasis. *Acta Chir. Scand.*, 99: 285, 1949.
14. MIRIZZI, P. *Chirurgie du système du canal hépatique*. Paris, Masson, 1962.
15. PARIS, J. et SALEMBIER, Y. La lithiase récidivante de la voie biliaire principale. *Ann. Chir.*,
16. PRADERI, R. Tratamiento de las heridas de vías biliares y sus secuelas. *XIX Congreso Uruguayo de Cirugía*, 2: 141, 1968.
17. ROUX, M., VAYRE, P., HUREAU, J., LEVASSEUR, J. et FARAH, H. Reflexions a propos de 40 cas de lithiase résiduelle de la voie biliaire principale extra-hepatique. *Ann. Chir.*, 22: 1515, 1966.
18. THUREBORN, E. Formation of gallstones in man. *Arch. Surg.*, 91: 952, 1965.
19. WENZEL, M., LORBECK, W. Fremdkörper im choledochus als ursache von postcholecystektomiebeschwerden. *Wien. Klin. Wschr.*, 66: 451, 1954.