

La esfinteroplastia en los quistes hidáticos del hígado abiertos en la vía biliar (Q.A.V.B.)

Dres. Luis Perrone, Roberto Estrugo, Mario Bounous, Juan A. Paperán (h.), Carlos Bercianos y Alberto Lerena

Los autores presentan cuatro casos de quistes hidáticos abiertos en la vía biliar. En dos se hizo papilotomía, sin bilirragia por la quistostomía; en los otros dos no se hizo y se constituyeron fistulas biliares externas por las antiguas quistostomías.

En base a esta casuística se insiste en la importancia de la esfinteroplastia del Oddi en los quistes abiertos en la vía biliar, como medida terapéutica para solucionar las hipertensiones biliares que mantienen la persistencia de la fistula o las bilirragias postoperatorias, siendo atribuible esta hipertensión a la patología oddiana presente en mayor o menor grado.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Echinococcosis / Hepatic / Surgery.

Dentro de las complicaciones que ocurren en los quistes hidáticos del hígado abiertos en la vía biliar (Q.A.V.B.), nos ha llamado la atención los trastornos que se producen a nivel del esfínter de Oddi; que influyen en forma manifiesta en el postoperatorio inmediato y alejado de un enfermo grave, con una ictericia obstructiva, una angiocolitis supurada y en alguna oportunidad una sepsis de origen biliar.

Esta comunicación no es un trabajo estadístico, ni analiza todos los problemas patogénicos y de tratamiento de los Q.A.V.B. Se basa en los hallazgos operatorios, los documentos radiológicos, el tratamiento y las evoluciones.

Analizamos cuatro observaciones asistidas en el curso de dos años; en tres de ellos existió patología oddiana demostrable, en los cuatro hubo gruesa comunicación quisto-biliar y una evidente patología inflamatoria a nivel de la vesícula.

La patología oddiana puede tener diferente intensidad: desde una simple odditis espasmódica, edematosa, a una odditis esclerorretráctil.

Presentado en la Sociedad de Cirugía, el 13 de octubre de 1976.

Residentes de Cirugía, Cirujano y Médico Colaborador del Ministerio de Salud Pública.

Dirección: Félix Laborde 2571. (Dr. L. Perrone).

Hospital Pasteur. Montevideo.

Se insiste sobre la repercusión que tiene la hipertonia oddiana, provocando una hipertensión biliar coledociana retrógrada, sobre la persistencia o mantenimiento de la comunicación quisto-biliar.

Hacemos notar la evolución postoperatoria de las bilirragias en los papilotomizados y no papilotomizados.

Se hace hincapié en la aparición de una litiasis pigmentaria intraquisto biliar secundaria a la estasis por odditis en un Q.A.V.B. evacuado previamente.

Es Rissi (16) en 1960 el primero en ocuparse del tema del punto de vista patogénico. En 1962 Larghero y Venturino lo analizan en su libro de hidatidosis.

Porras (15) y Marella (12) en 1973 citan esta patología en el 24º Congreso de Cirugía.

Según Caleri (2) la apertura del Q.H. en las vías biliares es del 3 %; para Larghero (10) va del 5 al 8,5 %; para Porras (15) es del 6,9 %. No citan la incidencia de la odditis.

Porras tiene un solo caso y está asociado a una litiasis vesicular coledociana (0,8 %).

Coincidimos con Goinard (6) y Pera Blanco (13) que las odditis están presentes en alto porcentaje en los Q.A.V.B., más en los supurados, envejecidos, con gruesa fistula quisto-biliar (F.Q.B.).

CASUÍSTICA

Observación Nº 1.—M. S. 26 años, sexo femenino. Síndrome de obstrucción coledociana de 20 días de evolución. Hepatomegalia dolorosa. Funcional hepático de ictericia obstructiva.

Operación (24-II-75). Se comprueba Q.A.V.B. Quiste hidático de lóbulo derecho e izquierdo. Colédoco dilatado con pericoledocitis. Vesícula con signos inflamatorios. Quistostomía doble, coledocotomía, sale pus y vesículas hijas. La papila es infranqueable al explorador, gruesa F.Q.B. con el hepático izquierdo.

Colangio peroperatoria: colédoco dilatado, stop oddiano total, gruesa F.Q.B. a nivel del hepático izq.

Conducta: dos quistostomías, coledocostomía, colecistectomía, papilotomía transduodenal. Postoperatorio:

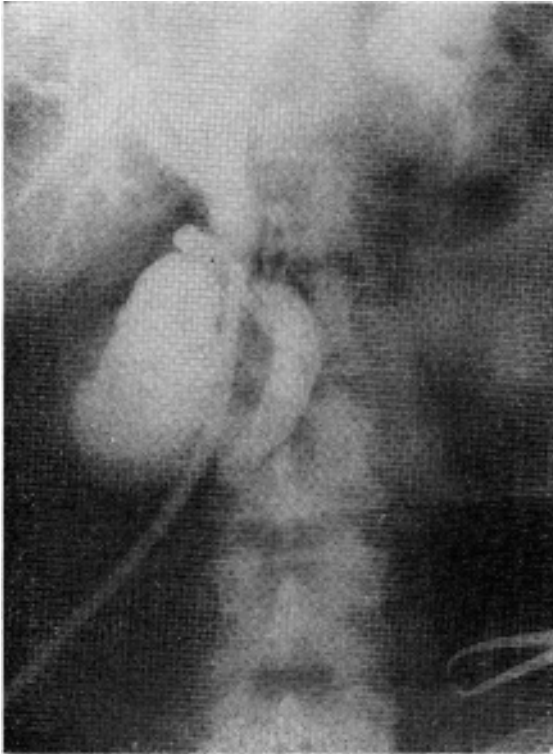


FIG. 1.— Colangiografía intraoperatoria, caso 1.

no hay bilirragia por las quistostomías, la coledocostomía dio 50 cc. solo el primer día.

Colangio de control a los 15 días: colédoco fino, buen pasaje a duodeno, no se visualiza la F.Q.B.

En suma: el estudio colangiográfico y las maniobras instrumentales certificaron el diagnóstico de odditis. La papilotomía creó un drenaje biliar interno excelente.

Observación Nº 2.— C.S. 67 años, sexo femenino. Dispepsia hipoesténica con cólicos hepáticos y escalofríos desde hace un año. Síndrome de obstrucción coledociana desde hace una semana. Hepatomegalia dolorosa. Mal estado general. Funcional hepático de ictericia obstructiva, leucocitosis de 10700; RX de abdomen; imagen de Q.H. calcificado de lóbulo derecho.

Operación (17-VII-76): Q. H. de lóbulo derecho, central, hipotenso, cuyo contenido está formado por algunos restos hidáticos y en su mayor parte por una litiasis pigmentaria de tamaño pequeño y mediano. Gruesa F.Q.B. en comunicación con el hepático derecho. Esta litiasis obstruye la fistula, el hepático derecho y el hepático común. Colédoco dilatado, con algún cálculo pigmentario en su interior. Pericoledocitis. El explorador pasa por la fistula pero no franquea la papila.

Vesícula con signos inflamatorios.

Conducta: Quistostomía, coledocostomía, colecistectomía, papilotomía transduodenal.

Postoperatorio: no hay bilirragia por la quistostomía. La coledocostomía dio 100 cc el primer día y 50 cc el segundo.

Colangio postoperatoria al tercer día. Excelente pasaje al duodeno. No se visualiza la F.Q.B.

Quistografía: cavidad residual, se visualiza aquí la F.Q.B.

En suma: El Q.H. se evacuó seguramente meses antes, dejó como secuela una odditis esclero-retráctil comprobada en el acto quirúrgico. La estasis biliar secundariamente dio origen a la litiasis pigmentaria intraquistohéptica.

Observación Nº 3.— E.D. 77 años, sexo femenino. Síndrome de obstrucción coledociana de 10 días de evolución. Ingresa en sepsis biliar, ictericia hepatomegalia dolorosa. Leucocitosis de 52.000; urea 0,80; ionograma: hipopotasemia. Tratamiento médico 24 horas (sueros, sangre, antibióticos).

Operación (25-II-75): Q.H. de lóbulo izquierdo, micro abscesos hepáticos. Colédoco dilatado con vesículas hijas, pus y una membrana hidática. Explorador Nº 28 franqueó la papila. Gruesa comunicación Q.B.

Vesícula con signos inflamatorios.

Conducta: Quistostomía, coledocostomía, colecistostomía. No se hizo colecistectomía por no prolongar el acto quirúrgico.

Postoperatorio: Bilirragia mantenida de 400 cc a 500 cc diarios por coledocostomía y colecistostomía. Al pinzar ambos drenajes comienza a dar por la quistostomía.

Colangiografía postoperatoria a los 15 días: colédoco muy dilatado, pasaje dificultoso al duodeno, imagen de papilitis.



FIG. 2.— Colangiografía postoperatoria, caso 3.



FIG. 3.—Fistulografía del caso 3.

Al mes accidentalmente se salen los dos drenajes de la vía biliar. Comienza a drenar por la quistostomía. A los 2 meses se establece una fístula biliar externa por el orificio de la quistostomía.

Fistulografía: Cavidad residual pequeña, F.Q.B. permeable, colédoco dilatado con pasaje dificultoso a duodeno, desfiladero oddiano (papilitis).

En suma: a pesar de existir pasaje instrumental por la papila en el acto operatorio la imagen radiológica más la fístula biliar externa durante 4 meses nos hace sospechar una obstrucción a nivel de la papila, seguramente por odditis. Se hubiera favorecido con la esfinteroplastia que se propuso y la paciente no aceptó.

Observación N° 4.—U.V. 23 años, sexo masculino. Síndrome de obstrucción coledociana de 6 meses de evolución tratado como hepatitis. Apendicectomizado 8 días antes del ingreso, hepatomegalia dolorosa. Leucocitosis de 9.000. Funcional hepático de ictericia obstructiva. Cassoni positivo. Sondeo duodenal con elementos de infección.

Operación (9-IX-74): Q. H. de lóbulo derecho posterior, supurado, con vesículas hijas. Colédoco dilatado con pericoledocitis, pus con vesículas hijas y restos hidáticos. Explorador N° 28 pasa por la papila.

Vesícula con signos inflamatorios, pus y vesículas hijas.

Conducta: quistostomía, coledocostomía, colecistostomía.

Postoperatorio: bilirragia de 900 cc diarios durante 2 semanas. A los 25 días oligo-anuria, deshidratación, hiponatremia de 108 mEq, coma metabólico. Se repone con suero fisiológico lo que provoca una poliuria de 400 cc por hora. Se hacen 40 grs de ClNa hipertónico en 24 horas. Sale del coma, se detiene la poliuria.

A los 30 días se comienza a dar la bilis por vía oral.

Colangiografía a los 36 días: Colédoco discretamente dilatado, no hay imagen de odditis, se sospecha la existencia de un resto hidático.

Se comienza con coledococlasia, y se retiran los drenajes a los 60 días.

En suma: Hacemos notar la intensa bilirragia, que presumimos fue causada por una obstrucción baja debido a un elemento hidático o un espasmo oddiano reversible, o ambos.

COMENTARIO

Sabida es la alta sensibilidad del esfínter de oddi y de su manera de reaccionar frente a los agentes irritantes que actúan a ese nivel.

La etiopatogenia de la odditis en esta oportunidad, creemos sea debida a la acción del contenido quístico que se vierte en el colédoco, que con sus albúminas irritantes, más la infección, provocan un espasmo, aumentando la estasis, la infección y la agresión química, llevando a una odditis edematosa, proceso evolutivo que termina con el tiempo en una odditis esclerorretráctil.

Pera Blanco (13) dice que la odditis espasmódica, edematosa, está siempre presente en los Q.A.V.B., de ahí a la esclerorretráctil es sólo cuestión de tiempo. Lo ha demostrado este autor con biopsia de la papila, y extrae como consecuencia que la afectación del colédoco terminal es sistemática, con imágenes anatomopatológicas de edema, que muy probablemente evolucionarán a la fibrosis.

Goinard (7) llega a las mismas conclusiones y también lo prueba con la biopsia del esfínter. Nosotros no contamos todavía con el documento anatomopatológico.

Agregan ambos autores otro concepto fundamental que lo pudimos comprobar en nuestros enfermos; cuando nos hemos encontrado con una odditis esclerorretráctil la comunicación quisto-biliar fue siempre de grueso calibre.

En nuestro medio existe el concepto de que son odditis reversibles. Porras coincide con Cendán (3) en que ésta aparecería sólo cuando hay una litiasis asociada. Nosotros creemos que es la odditis la que puede jugar un papel importante en la aparición de la litiasis. Cendán habla además de disquinesia biliar en el quiste hidático del hígado.

Rissi (16) en 1960 hizo precisiones diagnósticas y es el primero en señalar la odditis esclerorretráctil en el Q.A.V.B.

Larghero y Venturino en su libro de quino-cocosis la plantea, aunque no cuenta con casos clínicos.

Estos autores sugieren que frente a una odditis, la papilotomía está indicada a posteriori. Nosotros creemos sin embargo que hecho el diagnóstico, salvo contraindicaciones de orden general, se debe recurrir a la esfinteroplastia en el mismo acto operatorio.

El otro elemento patogénico a recalcar, que estuvo siempre presente es el grueso calibre de las F.Q.B. Si no tenemos un excelente pasaje al duodeno, la bilis sale por el lugar de menor presión, se produce así bilirragia. Es lo que llaman Larghero y Venturino presión crítica de cierre.

El diagnóstico operatorio lo efectuamos con maniobras instrumentales y colangio peroperatoria, no contamos con el documento anatómico dado por la biopsia ni la manometría.

Estamos de acuerdo con Piquinela (14) y Kourias (9) en que la colangio peroperatoria confirma el diagnóstico, como ocurrió en el caso 1. La postoperatoria hizo el diagnóstico en el caso 3. La exploración instrumental fue un elemento diagnóstico en los 2 primeros casos.

Consideramos la esfinteroplastia transduodenal como una solución eficaz, sin riesgos mayores, frente a una afección tan importante, la que efectuada con papilotractor y duodenotomía mínima es un procedimiento que no alarga el acto quirúrgico. La esfinteroplastia disminuye rápidamente la presión intracoleciana, cae la presión a nivel de la fistula quística, se produce un mejor drenaje biliar interno. Es la mejor forma de posibilitar el drenaje de la cavidad quística y de la F.Q.B., es la mejor profilaxis de las bilirragias desmedidas.

Este drenaje biliar interno es tan efectivo que Goinard con su amplia experiencia considera innecesario el drenaje externo de la cavidad quística.

En los casos 1 y 2 hicimos sólo papilotomía y obtuvimos resultados muy buenos, no hubieron bilirragias. Creemos que con la esfinteroplastia mejorarían los resultados. Con ella se destruye totalmente la resistencia oddiana.

Ocurre que muchas veces con la papilotomía no se secciona totalmente el esfínter inferior del colédoco, y hemos visto al conductor pasar ajustado luego de la papilotomía, por eso somos partidarios de la esfinteroplastia.

La otra indicación de la esfinteroplastia es cuando estamos frente a una fistula biliar externa postquistostomía, secundaria a una odditis corroborada por fistulografía como ocurrió en la observación 3.

La amplia vía de pasaje que se crea con este proceder puede evitar la obstrucción postoperatoria secundaria a elementos adventiciales o hidáticos residuales, como se sospecha que sucedió en la observación 4.

Este proceder acorta la permanencia prolongada de los drenajes (quistostomía y Kher), disminuye así la infección ascendente.

Es muy demostrativa la observación 2, un Q.A.V.B. evacuado meses antes dejó como secuela una odditis. La litiasis pigmentaria pudo ser causada por la estasis biliar retrógrada pos-odditis.

No creemos como Bourgeon (1) en el cierre de la F.Q.B. con puntos. No es efectiva, se puede englobar un canal biliar adyacente con la consiguiente estasis biliar sectorial retrógrada, o un elemento vascular.

La indicación de la colecistectomía la basamos en: 1) la necesidad de realizarla luego de la esfinteroplastia; 2) por encontrar en todas las observaciones patología inflamatoria evidente (edema, pus, vesículas hijas), que penetraron por vía del cístico.

Nos suscribimos a la posición sustentada por Finochietto (5) que la esfinteroplastia tiene su indicación en las odditis en los Q.A.V.B. y en las fistulas biliares externas postquistostomías secundaria a una odditis.

Consideramos que cuando es corroborada por el empleo de exploradores, la colangio peroperatoria y manometría es la terapéutica de elección.

La colangiografía postoperatoria fundamenta nuestra posición; cuando se hizo la colangiografía en los papilotomizados, el contraste pasó rápidamente al duodeno, no existiendo reflujo hacia la cavidad quística. Fue necesario recurrir a la quistografía para visualizar la F.Q.B. Destacamos que en estos pacientes no hubo bilirragia.

RESUME

Sphinctero-plastie dans les kystes hydatiques du foie s'ouvrant dans la voie biliaire.

Les auteurs presentent 4 cas de kystes hydatiques ouverts dans la voie biliaire. Dans deux de ces cas, une papillectomie a été pratiquée sans bilirragie postopératoire par les drainages du kyste.

Dans les deux autres elle apparut une bilirragie avec formation d'une fistule biliaire externe par l'ancienne kystostomie. Sur la base de cette étude de cas, ils soulignent l'importance de la sphincteroplastie de Oddi pour les kystes ouverts dans la voie biliaire. Il s'agit d'un procédé thérapeutique portant remède aux hypertensions biliaires qui son l'origine des fistules persistantes ou des bilirragies post-opératoires. Cette hypertension étant attribuable à la pathologie de Oddi présente dans un certain degré.

SUMMARY

Papillosphincterotomy in hydatid liver cysts opening into the biliary tract.

The authors report on four cases of hydatid cyst opening into the hepatic duct in two of them, papillectomy was performed and there was no postoperative bilirrhage; in the remaining two, papillectomy was not performed and an external biliary fistula appeared.

On the basis of this case material the authors emphasize the importance of performing an sphincteroplasty avoiding biliary hypertension.

Authors think that the tension is be a consequence of Oddian pathology which is present in varying degree.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BURGEON M, HUQUEMIN y PIETRI. La suture endokistique d'emble des importantes fistules biliaires. *Arch Inter Hidat*, 12: 265, 1965.
2. CALLERI E. Quistes hidáticos del hígado abiertos en vías biliares. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 4º, 1953, p. 201.
3. CENDAN ALFONSO J. Relaciones de la hidatidosis hepática con la litiasis biliar. *An Fac Med Montev*, 33: 879, 1948.
4. CENDAN ALFONSO J. Disinergia biliar de origen hidático. *Bol Soc Cir Urug*, 14: 282, 1943.
5. FINOCHIETTO R. Bilirragias hidáticas. En *Cirugía básica*. Bs. As. López, 1962.
6. GOINARD P, PELISSIER G. Traitement des K.H. du foie ouverts aux voies biliaires. *Lyon Chir*, 66: 52, 1970.
7. GOINARD P, PEGULLO S, PELISSIER G. Sur l'estenose oddiene consecutive a l'ouverture des kystes hidatiques du foie au vois biliaires. *Mem Acad Chir*, 84: 619, 1958.
8. HARRIS J. Rupture of hidatid cyst of the liver into the biliary tract. *Br. J Surg*, 52: 210, 1965.
9. KOURIAS B. L'apport de la colangiographie peroperative a la chirurgie des kystes hidatiques du foie. *J Chir*, 81: 535, 1961.
10. LARGHERO P, VENTURINO W, BROLI G. Equinococosis hidática del abdomen. Montevideo. Delta 1962.
11. MARELLA M. Conducta operatoria en el quiste hidático del hígado abierto en vía biliar. *Rev Soc Cir Urug*, 37: 100, 1967.
12. MARELLA M. Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones biliares de la hidatidosis. *Cir Urug*, 43: 498, 1973.
13. PERA BLANCO C, FERNANDEZ L, MORALES. Patología del colédoco terminal. Col. PACC vol VIII, 1970.
14. PIQUINELA J. Quiste hidático abierto en vía biliar. Colangiografía peroperatoria. *Bol Soc Cir Urug*, 26: 62, 1955.
15. PORRAS Y. Complicaciones hepatobiliares de la hidatidosis. *Cir Urug*, 43: 442, 1973.
16. RISSI F, SCHIAFFARINO O. Complicaciones biliares de la hidatidosis hepática. *Congreso Uruguayo Cirugía*, 4º, 1953, 2: 214.