CIR. DEL URUGUAY, V. 48, Nº 6: 454-456, noviembre/diciembre 1978

Colangiopatía residual

Estudio estadístico

Dr. Jorge H. Deschamps

El autor efectúa un análisis de las colangiopatías residuales. Define como tales a los trastornos que aparecen o reaparecen al tiempo de una operación sobre las vías biliares.

La experiencia asciende a 79 reoperaciones realizadas por "colangiopatía residual" sobre un total de 2 000 intervenciones sobre las vías biliares.

A propósito de esta serie se efectúa un análisis estadístico sobre el tema.

Palabras clave (Key words, Most clés) MEDLARS: Biliary tract / Surgery.

Es indudable que la cirugía de las vías biliares extrahepáticas y en especial la colecistectomía por litiasis, ha dado da una enorme cantidad de pacientes curados, en una afección tan frecuente, por lo que ella es bien aceptada por los pacientes en general.

Pero también es cierto que algunos de ellos no se curan totalmente con la operación. Tienen un postoperatorio inmediato normal, a veces uno mediato también normal, pero en el postoperatorio alejado se presentan trastornos diversos, en ocasiones iguales a los preexistentes, otras distintos (5, 6).

Como muchos de esos pacientes con síntomas postoperatorios alejados habían sido nada más que colecistectomizados, se llamó a dicha sintomatología "síndrome postcolecistectomía" (4). Pero esta denominación era errónea de por sí, ya que la colecistectomía aparece como culpable de todo el resto, lo cual no es cierto en la gran mayoría de los casos. Antes bien, la colecistectomía por litiasis vesicular es una de las operaciones que mayores satisfacciones da al cirujano.

Así fue como entre nosotros Christmann (1) la designó "recidiva de síntomas postcolecistectomía" o aún "persistencia de síntomas postcolecistectomía", no achacando todo a la colecistectomía.

Es por ello que nos pareció muy acertada la proposición que hiciera Tejerina Fotheringam (8) en la Academia Argentina de Cirugía en 1968, proponiendo el nombre de *colangiopatía residual* a esta afección, es decir a los trastornos que aparecen o reaparecen al tiempo de una operación que fue generalmente insuficiente. Es indudable que para poner este nombre a la afección, es necesario demostrar un cierto grado, por lo menos, de alteraciones biliares. Desde entonces hemos preferido esta denominación para esta enfermedad.

He de aportar en esta exposición, con la experiencia recogida a través de muchos años de práctica de esta cirugía, la mayor parte de la cual está realizada en el Servicio de Cirugía del Pabellón Finochietto del Hosp. Gral. San Martín de La Plata, actualmente a mi cargo, que creara y dirigiera por 35 años nuestro maestro Christmann, dejando de lado para no excederme del tiempo asignado, muchos puntos teóricos que no harían fundamentalmente a la cuestión.

Esta experiencia (2,3) está basada en 79 operaciones realizadas por colangiopatía residual, sobre 2.000 operaciones de vías biliares realizadas; de ellas 33 fueron enfermos operados primeramente en nuestro mismo servicio y 46 en otros.

Cuando tengamos frente a nosotros una probable colangiopatía residual debemos recordar o indagar algunos puntos importantes, como lo son: 1) con qué diagnóstico fue operado; 2) qué se halló en el acto operatorio, y 3) qué táctica y técnica se empleó en la misma, con el mayor detalle posible, especialmente en lo referido a la exploración biliar. El exacto conocimiento de estos puntos, muchas veces nos puede hacer el diagnóstico presuntivo, por sí solo, del proceso residual o por lo menos orientarnos en sentido correcto.

cms. de agua	
12	normal
22 a 24	retención de B.S.T.
25 a 27	retención fosfatasas alcalinas
28	dolor
30	hiperbilirrubinemia
más de 30	ictericia

Resumen de conferencia dictada en la Sociedad de Cirugía, el 7 de setiembre de 1977.

Profesor Titular de Cirugía, Jefe de Cirugía del Pabellón Finochietto del Hosp. Gral. San Martín. La Plata, Argentina.

Dirección: Calle Nº 47 Nº 320. La Plata, Argentina.

Las presiones canaliculares tienen una íntima correlación fisiopatológica, de acuerdo a estas cifras:

Por lo tanto deberemos establecer si los síntomas que aqueja el enfermo provoca alguna alteración como las mencionadas. Cuando las presiones intraductales son mayores a 21 cms. de agua, alguno de estos están presentes, como asimismo puede haber también hipercolesterolemia, prueba de Quick positiva, bilis de éstasis en el sondaje duodenal, etc.

Ya Sánchez Zinny (7) en 1953 describió lo que llamó el "pequeño síndrome de hipertensión biliar", dado fundamentalmente por dolor, hiperbilirrubinemia y fosfatasas alcalinas elevadas.

¿Cuáles son los factores que intervienen para llevar a una colangiopatía residual? Los dividiremos en dependientes del mismo enfermo, de su estudio y de la técnica empleada.

A) *Factores que intervienen.* 1) dependientes del enfermo: es relativamente frefuente que un enfermo que tuvo primero un cólico hepático después del cual diagnosticamos litiasis biliar, se le propuso la operación que rehusó, luego hace una colecistitis aguda que pasa y más tarde un síndrome coledociano. Sólo después de años de calma y enfermedad alternadas decide operarse y entonces encontramos grandes alteraciones de la vía biliar y órganos vecinos no siempre posibles de resolver.

2) dependientes del estudio del enfermo: a) en el preoperatorio: falta de diagnóstico correcto o, lo más frecuente, falta de diagnóstico complementario, como pancreatitis, apendicitis, enfermedad ulcerógena, hidatidosis, estados jaquecosos no vinculados a la patología biliar existente.

En una estadística realizada en el Servicio (3) hace un poco más de tiempo, sobre 1.680 enfermos portadores de litiasis biliar, encontramos que tenían las siguientes enfermedades concomitantes:

apendicitis	106
pancreatitis	45
enfermedad ulcerógena	19
hidatidosis hepática	16
cáncer gástrico	4
otros	6

b) en la operación: en toda operación de vías biliares es obligatorio el examen completo de la misma, como por supuesto el resto de los órganos, pensando que en esa intervención deberá corregirse toda la patología y no sólo parte de la misma. Efectuar una colecistectomía por litiasis y dejar una odditis, por ejemplo, es una segura colangiopatía residual. Dicho examen será visual, palpatorio, manométrico, colangiográfico e instrumental. Cuando ya sea por los antecedentes, el aspecto y tamaño del colédoco o las indicaciones que arrojen los restantes métodos exploratorios, se duda en hacer o no una coledocotomía, hay que hacerla. Con buena técnica, es preferible hacer una coledocotomía de más que una de menos.

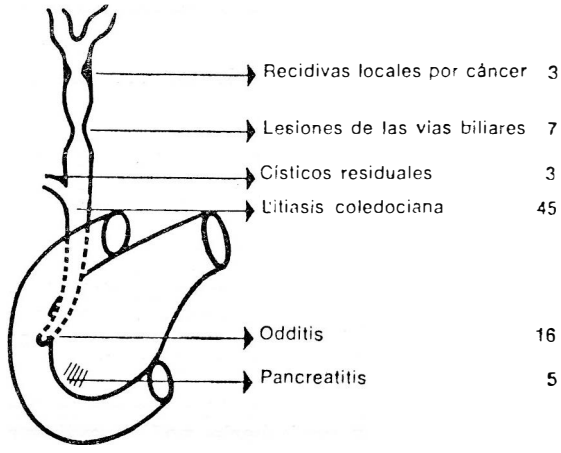

FIG. 1.— Patología determinante de morbilidad postoperatoria en esta serie.

3) dependientes de la técnica: algunas veces la patología que se encuentra es tan importante que el cirujano se ve impedido de hacer exploraciones y decolamientos que pondrían en peligro la vida del enfermo. En esos casos de operaciones no totalmente completas por el estado locoregional, puede quedar una colangiopatía residual. La deficiente disección del pedículo hepático deja a veces un muñón cístico largo, y aún con un cálculo en su interior, que seguramente producirá síntomas postoperatorios. Por supuesto que la litiasis olvidada, la odditis escleroretráctil, la pancreatitis crónica, los tumores inadvertidos, son procesos que ignorados en la operación llevarán a fracasos.

Las lesiones quirúrgicas de las vías biliares son por supuesto otra causal muy importante, tema muy extenso que no será tocado en esta exposición. Si repasamos bien las historias clínicas de estos casos, veremos que algunos de estos factores, o a veces varios de ellos, no fueron suficientemente valorados.

B) *Tiempo libre.* El tiempo que transcurrió entre la operación y la aparición de la sintomatología fue variable:

		enfermos
No pudo precisarse		21
Operados antes de 30 días por lit. residual		16
Total		37
De los 42 restantes:	7 días a 1 mes	7
	1 mes a 1 año	15
	1 año a 18 año	20
Total general		79

C) *Sintomatología.* En nuestros pacientes fue la siguiente:

dolor 45	dispepsia dolorosa ...	24
	cólicos	21
Ictericia		30
Vómitos		13
Fístula biliar		12
Fiebre		4
Adelgazamiento		2

Observamos que el dolor y la ictericia fueron, con mucho, los síntomas más frecuentes y algunas veces varios de ellos asociados. Los casos febriles lo fueron por angiocolitis.

D) *Hallazgo operatorio.* 11 enfermos tenían la vesícula, 8 por no haberlo podido extirpar y 8 por haberse practicado solamente una colecistostomía. De los 79 restantes que estamos tabulando observamos:

Litiasis coledociana	45	57 %
Odditis esclerorretráctil	16	21.5 %
Lesiones de vías biliares	7	8.7 %
Cístico residual	6	7.5 %
Recidiva de cáncer	3	3.7 %

La asociación de causas etiológicas fue frecuente y muy importante para la táctica operatoria a seguir. Así observamos:

Litiasis coledociana pura	12	20.3 %
L. C. más odditis	7	11.8 %
L. C. más cístico residual	4	6.7 %
L. C. más pancreatitis crónica	1	1.6 %
L. C. más P. Cr. más odditis .	1	1.6 %
L. C. más P. Cr. más cístico residual	1	1.6 %
Odditis escleroretráctil	6	10.6 %
Odditis más cístico residual ..	3	5.2 %
Cístico residual	6	10.6 %
Pancreatitis crónica	3	5.2 %
Varios no bien determinados ..	14	

De esta asociación de patología, podemos decir que lo más frecuentemente encontrado fue:

27 veces litiasis residual
17 veces odditis escleroretráctil
14 veces cístico residual
6 veces pancreatitis crónica

E) *Técnicas empleadas.* Toda esta patología llevó a realizar estas operaciones por colangiopatía residual benigna. Ellas fueron:

Coledocotomía y papiloesfinteroplastia	11	18.6 %
Coledocotomía y reseccion de cístico residual	9	13.2 %
Coledocotomía y extracción de cálculo solo	8	13 %
Coledocotomía, extracción de cálculo y P.E.P.	8	13 %
Resección de cístico residual ..	4	7 %
Papiloesfinteroplastia	3	5 %
Anastomosis digestivas	3	5 %
Laparotomía exploradora	4	7 %
Varias	5	

Como resumen podemos decir que las C. R por nosotros observadas se debieron preponderantemente a deficiente estudio pre o intraoperatorio o por técnicas defectuosas. En nuestras manos está entonces el disminuir esta afección.

RESUME

Cholangiopathie résiduelle. Etude stadistique

L'auteur fait un analyse des cholangiopathies résiduelles. Il appelle ainsi les troubles qui apparaissent apres une opération sur les voies biliaires.

L'expérience est de 79 cas d'opération par colangiopathie résiduelle pour un total de 2.000 opérations de voies biliaires.

A propos de cette série on fait un analyse stadistique à ce sujet.

SUMMARY

Residual cholangiopathy. Stadistical study

The author of this analysis of residual cholangiopathies defines them as disorders which appear or reappear somme time after surgery of the biliary tract.

Case material involves 79 operations due to "residual cholangiopathies", out of a total of 2.000 operations of biliary tract.

The papel includes a statistical analysis of this series.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CHRISTMANN FE y col. "Clínica Quirúrgica", 4ª ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1968, p. 726
2. DESCHAMPS JH. "Litiasis residual y recidivada del colédoco". *Rev Argent Cir*, 11: 56, 1960.
3. DESCHAMPS JH. "Ictericias postoperatorias inmediatas". *Prensa Méd Argent*, 60: 572, 1973.
4. FIGUEROA MA. "Síndrome postcolecistectomía", *Congreso Argentino de Cirugía, 36º*, 1965, p. 159.
5. GLENN F. "Secondary abdominal operations for symptoms following biliary tract surgery". *Surg Gynecol Obstet*, 121: 979, 1965.
6. MICHELINI RT y ORTIZ FE. "Fracasos de la cirugía biliar. Recidiva de Síntomas". *Med Atlántico*, 3: 894, 1964.
7. SANCHEZ ZINNY J. "El pequeño síndrome de hipertensión biliar. Su importancia clínica". *Bol y T Soc Argent Cir*, 14: 71, 1953.
8. TEJERINA FOTHERINGAM W. "Colangiopatía residual". *Bol T Acad Argent Cir*, 52: 77, 1968.