

Colangitis aguda séptica por litiasis residual intrahepática inadvertida

Dres. Raúl Praderi, Francisco Crestanello,
Victoriano Rodríguez De Vecchi y Alberto Estefan

Se presentan las observaciones de 2 pacientes operados sucesivamente de litiasis residual inadvertida intrahepática, pese a haber practicado en la primera intervención colangiografías intraoperatorias en ambos. En uno de ellos se vio solamente un canal biliar intrahepático sin cálculos, y en el otro no se obtuvo relleno de la vía biliar superior, por esa razón en los dos pacientes se colocaron drenajes transcísticos. En el postoperatorio ambos desarrollaron colangitis sépticas graves con insuficiencia renal siendo reoperados de urgencia para drenar la vía biliar principal con tubos de Kehr.

Una vez mejorados se realizaron hepático-colédoco - yeyunostomias amplias.

Se hacen comentarios sobre la rareza de la litiasis intrahepática en el Uruguay y por consiguiente la rara coincidencia de esta complicación séptica en 2 enfermos sucesivos.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Bile ducts / Intrahepatic / Cholelithiasis.

El año pasado tuvimos oportunidad de tratar y operar con pocos días de diferencia 2 pacientes con litiasis intrahepática complicada por colangitis grave. Como las historias clínicas son muy parecidas, hemos creído de interés para esta Sociedad mostrarlos aquí y comentar esta afección poco frecuente en nuestro país.

Efectivamente la litiasis intrahepática primitiva es rara en el Uruguay, pese a la cantidad de casos que tratamos de litiasis vesiculares migradas a la vía biliar principal. Se han realizado pocas comunicaciones a esta Sociedad sobre esta forma de litiasis y sus complicaciones.

Descripta por Morgagni (48) en 1765, esta enfermedad fue estudiada en revisiones bibliográficas por Courvoisier (18) y Beer (3) en 1890 y 1904, reuniendo 50 casos el primero y 150 el segundo, incluyendo los propios.

En 1900 Miyake (47) y en 1935 Hashimoto (35) reportaron altas concentraciones de pigmento en los cálculos intrahepáticos en Japón.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 4 de julio de 1979.

Profesor de Clínica Quirúrgica, Profesor Adjunto, ex-Asistente (Cirujanos del CASMU) y Profesor Adjunto de Cirugía. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Mones Roses 6435, Montevideo (Dr. R. Praderi).

*Clínica Quirúrgica "3" (Prof. R. Praderi),
Hôspital Maciel, y CASMU. Montevideo.*

Kehr en su segundo libro (42) relata 4 observaciones de litiasis intrahepática operadas con abordaje por hepaticotomía y drenaje con tubo simple al exterior (hepaticus drainage). Es interesante leer sus detalladas descripciones y las de Quenu, que en 1914 publicó (62) tres casos de litiasis intrahepática pura de Occidente.

Estos autores dejaban fistulizada la vía biliar al exterior y a través de la fistula, que dilataban con laminarias, realizaban muchas veces con éxito maniobras de extracción incruenta de cálculos intrahepáticos con curetas y lavajes, siendo pues los precursores del método de Mondet y Mazzariello.

Es curioso que las experiencias realizadas por Kehr y Quenu antes del advenimiento de la radiología, fueron olvidadas en las revisiones ulteriores efectuadas por Caroli (12) y Palagiano (51).

Esporádicamente siguieron apareciendo observaciones de litiasis intrahepática y algunas revisiones como las realizadas por Sorlin (72), Santy y Mallet Guy (67) en Lyon en 1935.

Ese mismo año Rufanov (65) en un trabajo clásico reúne 57 casos de la literatura y propios, en el 20 % de los cuales no existía litiasis vesicular ni coledociana. Ya en 1932 Fiessinger (27) había señalado la posible patogenia metabólica hepática de estas litiasis en el Congreso de Vichy. Antes de la última Guerra Mundial los cirujanos indochinos Huard y Ton-That-Tung (38) llamaron la atención sobre la frecuencia de la litiasis intrahepática en Oriente. Sus trabajos publicados en francés fueron poco conocidos.

En nuestro país existen 3 casos publicados. Avarro (49) en 1924 operó a una paciente realizando una doble hepaticotomía: izquierda y común para extraer los cálculos del conducto hepático izquierdo. Caprio (10) en 1931 comunicó una observación de litiasis residual intrahepática izquierda diagnosticada por colangiografía postoperatoria.

Prat y col. (61) en 1924 relatan un caso operado por J. C. del Campo con un absceso angiolítico izquierdo abierto en peritoneo que tenía una litiasis intrahepática difusa.

Por esta época se publicaron varias observaciones en la Argentina, reunidas en la tesis de Cottini (15).

Los cirujanos de Hong - Kong: Digby, Cook y col. (14) y Stock y col. (73), comenzaron a publicar sus observaciones de litiasis intrahepática en series cada vez mayores después de la guerra. Se llamó colangiohepatitis (73) o colangitis piogénica recurrente (14) a la infección canalicular asociada a la litiasis de Oriente. Esta afección descrita también en Japón (44), Malaya (2), Formosa (79) y China Continental (19 a) se asocia generalmente en esos países a las parasitosis de la vía biliar por *Clonorchis Sinensis* y *Ascaris Lumbricoides*, que son allí endémicas.

La bilis precipita sobre los fragmentos de quitinosa o los huevos de estos vermes. La afección se constató en otros lugares donde las parasitosis intestinales son endémicas y así aparecieron casos publicados en Latinoamérica en inmigrantes o nativos: en Colombia (13) y en Brasil (7). En Norteamérica Walters (77) y Glenn (32) llamaron la atención sobre esta afección obteniendo conclusiones patológicas y aconsejando operaciones de abordaje directo de los cálculos en 1961.

Mirizzi en esa época publicó su magnífico libro (46) de cirugía del hepático relatando 17 observaciones propias de litiasis intrahepáticas, casi todas supraestenóticas.

Caroli (12) en 1964 se tomó el trabajo de reunir todas las litiasis intrahepáticas comunicadas hasta entonces en la literatura y las clasificó en 3 formas:

1) Litiasis intrahepática definitiva aislada, es decir, no asociada a litiasis extrahepática y sin causa anatómica evidente (dilatación o estenosis canalicular). Dentro de ellas se distinguen dos formas: de Occidente y de Extremo Oriente, por su distinta etiología y tratamiento.

2) Litiasis intrahepática secundaria a una causa anatómica que puede ser una estenosis postoperatoria del colédoco o de una anastomosis bilio - digestiva, existiendo una tercera variedad que es la enfermedad de Caroli consistente en: dilatación quística congénita de los conductos intrahepáticos con frecuente incidencia de litiasis y colangitis, ausencia de cirrosis e hipertensión portal y asociación posible con afecciones ectásicas renales.

De esta variedad vemos frecuentemente pacientes cuando operamos estenosis biliares postoperatorias. En 1968 (54) reproducimos la fotografía del molde litiasico de una de ellas sobre una coledocoduodenostomía estenosada de 20 años de evolución.

En cuanto a la enfermedad de Caroli, Davidenko (20) acaba de publicar la tercera observación nacional, que es muy interesante, pues en ella se encontró la dilatación congénita de los canales intrahepáticos antes de aparecer los cálculos. Uno de nosotros (F. C.) operó la segunda. Estas historias clínicas y el tema en general están muy bien tratados por Davidenko (20) lo que nos exime de referirlas.

3) Litiasis intrahepática asociada a litiasis extrahepática en Occidente. En Uruguay y Argentina, donde la litiasis biliar es más frecuente que en otros países de Occidente, se

observan esporádicamente litiasis intrahepáticas asociadas o no a litiasis vesicular (58). Dos de nosotros (R. P. y F. C.) hemos operado varios enfermos con esta situación anatómica, pero no asociada a la forma grave de colangitis como los casos que vamos a referir.

Uno de nuestros antiguos pacientes desarrolló una úlcera duodenal 7 años después, por lo cual lo reoperamos. Pudimos reexplorar la vía biliar que no estaba dilatada ni tenía cálculos residuales. Le habíamos practicado una hepático - yeyunostomía doble sobre el hepático común y el izquierdo, como se aprecia en la ilustración publicada por nosotros en 1972 (56).

En estos casos, si bien existían cálculos vesiculares, eran completamente diferentes de los intrahepáticos, lo cual prueba su distinta estirpe. Hemos tratado también enfermos con empedrados biliares intrahepáticos a veces recidivantes, o sea, originados en la vía biliar principal (55).

Existe una rara variedad de esta forma anatómica en la cual los cálculos se sueldan entre ellos adquiriendo el aspecto de litiasis coralliforme dentro de los conductos hepáticos. Hemos operado (53) una paciente con 60 años de sufrimiento biliar a la cual fue imposible extraerle de las ramas intrahepáticas los moldes litiasicos. Pese a ello evolucionó bien con una papilotomía y una fístula colédoco - duodenal espontánea.

Walter Hess nos relató el caso de una enferma similar que operó en Zurich.

CASOS CLINICOS

Obs. 1.— A. K. Reg. 172.262. 39 años. Sexo masculino. Industrial. Hábito atlético, sin antecedentes patológicos.

Consulta por sufrimiento biliar con empujes de ictericia que han retrocedido. Se practican estudios radiológicos con biligrafina que parecen mostrar la existencia de una litiasis coledociana. Por esa razón, dado que los estudios de laboratorio confirman la existencia de una ictericia obstructiva, es internado para operar.

Buen estado general, ha hecho poca fiebre. Completados los estudios se resuelve operarlo.

1ª operación (15/8/78): Anestesia general. Incisión subcostal derecha. Vesícula grande, dilatada. Cístico de 5 mm. de diámetro y colédoco de 15.

Se practica colangiografía transcística con sonda Nelaton constatando un buen pasaje papilar y ausencia de cálculos en el colédoco. Se rellena un conducto hepático vertical que no tiene cálculos (fig. 1). Se deja drenaje transcístico dado la ausencia de cálculos y de obstrucción distal que no explica la ictericia.

En el postoperatorio inmediato el paciente desarrolla una ictericia obstructiva con bilirrubina abundante por el drenaje transcístico, por el cual se realiza una colangiografía que muestra una litiasis coledociana a grueso cálculo. Aparece una ictericia febril por lo cual se resuelve reoperarlo.

2ª operación (18/8/78): Anestesia general. Se reabre la incisión practicando una coledocostomía por la cual se extrae el cálculo del colédoco. La exploración del mismo hacia abajo muestra un buen pasaje papilar pero no se insiste en la exploración de la vía biliar intrahepática ni se practican colangiografías ope-

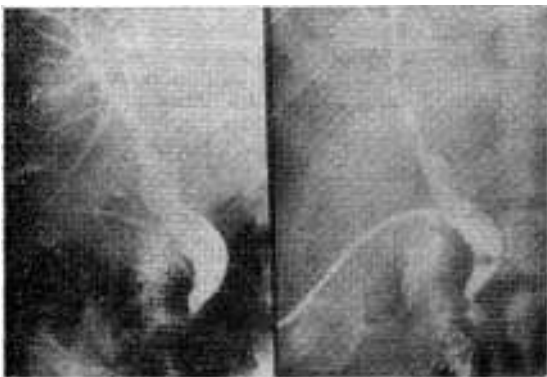


FIG. 1.—Colangiografías postoperatorias del primer caso efectuadas por el drenaje transcístico (a la izquierda) y por el tubo de Kehr (a la derecha) después de la 1ª y de la 2ª operación. En ambas se aprecia la ausencia de relleno en los conductos hepáticos izquierdo y lateral derecho que estaban llenos de cálculos. Se ve solamente un conducto paramediano superior. En la colangiografía de la derecha hay un cálculo residual.



FIG. 2.—Colangiografía segmentaria izquierda del primer caso, se ven los conductos rellenos después de extraer innumerables cálculos. Se dibuja también el conducto lateral derecho teñido débilmente y lleno de cálculos.

ratorias. Se termina la operación colocando un tubo de Kehr en el colédoco.

En el postoperatorio inmediato el enfermo se agrava apareciendo una ictericia intensa, febril, con insuficiencia renal, lo que determina su internación en un centro de tratamiento intensivo. Se establece tratamiento de apoyo hemodinámico, antibióticos, con lo que se consigue ponerlo en condiciones de ser reintervenido.

El análisis de las colangiografías (fig. 1), con más atención permite constatar la falta de relleno de los conductos hepático izquierdo y lateral derecho, por lo cual se hace diagnóstico de litiasis residual intrahepática.

3ª operación (21/8/78): Reapertura de la incisión y del colédoco extrayendo múltiples cálculos pigmentarios

de distintos tamaños, del mismo y del hepático izquierdo. Hay bilis purulenta en el colédoco. Antes de proseguir con la extracción de cálculos se realizan colangiografías segmentarias con sonda Foley hacia los conductos derecho e izquierdo (figs. 2 y 3) en los cuales existen múltiples cálculos.

Después de diversas maniobras se puede localizar el hepático derecho que desemboca conjuntamente con el izquierdo. El paramediano derecho desemboca por separado a la derecha y su rama vertical era la única que se había llenado en las colangiografías iniciales.

Se realizan múltiples maniobras de extracción de cálculos intrahepáticos de diversos tamaños y aspecto pigmentario con catéteres de Fogarty, cucharillas y pinzas de Randall, como se ve en la figura 3.

Luego de profusos lavados y colangiografías de control habiendo extraído más de 100 cálculos, pero en la seguridad de que quedan concreciones pequeñas en los extremos de varios canaliculos, se resuelve practicar una anastomosis biliodigestiva amplia. Previamente se coloca un tubo transhepático derecho a través de la rama inferior ascendente del conducto homónimo. La coledotomía se amplía hacia arriba sobre el conducto común hepático derecho e izquierdo. Se realiza una hepático-colédoco-yeyunostomía (fig. 4) de 10 cm. de longitud látero-lateral sobre asa diverticular de Hivet-Warren modificada (57).

En el postoperatorio el paciente mejora rápidamente aclarando la ictericia descendiendo la temperatura y mejorando de su insuficiencia renal con una poliuria.

Se realizan lavados diarios por el tubo transhepático. Al desplazarlo hacia afuera vienen a veces pequeños cálculos pigmentarios.

Se recupera rápidamente reintegrándose al mes de la operación a su actividad normal.



FIG. 3.—Colangiografía segmentaria del conducto lateral derecho (1er. caso) cuya desembocadura en el izquierdo fue muy difícil de localizar. Una pinza de Randall en ángulo agudo colocada en su interior permite apreciar su trayecto ascendente.



FIG. 4.—Colangiografía postoperatoria por el tubo transhepático después de la última intervención (1er caso) se ve el asa yeyunal anastomosada y el conducto lateral derecho de gran calibre desembocando en el izquierdo. En el extremo del canal lateral queda todavía un cálculo que no fue posible extraer con el catéter de Fogarty.

Tres meses después de la operación hizo un episodio fugaz de colangitis que cedió rápidamente con ácido nalidixico y ampicilina. Ahora está muy bien.

Obs. 2.—M. P. de F. Reg. 182.421. Multipara de 40 años. Pianista. Sin antecedentes patológicos importantes. Consulta por una litiasis vesicular banal.

Realizados los estudios de rutina se coordina para operar de elección.

1ª operación (27/7/78): Incisión transversa de hipocondrio derecho. Litiasis vesicular a cálculos múltiples. Colédoco de 7 mm. aproximadamente. Se practica una colecistectomía colocando un tubo transcístico por el cual se realiza una colangiografía que muestra buen pasaje papilar y ausencia de cálculos en el colédoco.

La calidad de la radiografía no es buena y el relleno hacia arriba es insuficiente, por lo cual se deja el drenaje transcístico. Cursa el postoperatorio sin incidentes siendo dada de alta.

Se indica una colangiografía postoperatoria que se realiza el 5/8/78; en dicho estudio radiológico que se efectúa a bastante presión aparece un relleno irregular de los conductos hepáticos (fig. 5). Dos días después la enferma se pone icterica, febril, agravándose rápidamente, siendo internada el día 10/8/78 a una unidad de cuidado intensivo con una colangitis con shock séptico.

Desarrolla una anuria importante cultivando *Klebsiella* en la sangre. Pese al tratamiento instituido se mantiene séptica y grave con intensa ictericia aunque recupera la diuresis con volumen y Lasix.

Pese a su gravedad, como ha mejorado de su insuficiencia renal, se resuelve reoperarla, para establecer por lo menos un drenaje biliar.

2ª operación (14/8/78): Se reabre la incisión transversa encontrando un hígado grande cubierto por múltiples abscesos miliares. Impresiona el edema de este órgano y del ligamento falciforme que tiene 10 cms. de diámetro. Se expone el colédoco palpando a nivel del hilio hepático una masa sólida de 2 cm. de diámetro que impresiona como un cálculo enclavado. La colangiografía mostraba un pasaje lateral ascendente, por esa razón se pensó en una litiasis pues los cánceres del hepático tienen un aspecto distinto con un desfiladero central.

Se realiza una hepaticotomía sobre el cálculo y con maniobras extra-intra lumbinales con pinza de Randall se consigue desenclavar un cálculo cilíndrico del conducto hepático común, extrayendo innumerables cálculos pigmentarios del hepático derecho, izquierdo y paramediano. Los dos primeros desembocan juntos a la izquierda.

Dada la gravedad de la paciente y el aspecto purulento de la bilis se resuelve terminar la operación con un drenaje biliar externo. Esto último es muy dificultoso por el edema y la congestión del pedículo hepático.

Es imposible pasar instrumentos por la hepaticotomía hacia el colédoco. El anestesista nos urge que terminemos la operación. Se resuelve colocar un tubo de Kehr en puente entre la hepaticotomía por la cual se introduce la rama superior y el cístico que es localizable por el antiguo drenaje. El ángulo del tubo donde confluyen sus tres ramas queda desnudo flanqueando el colédoco. Se deja un drenaje biliar de alternativa (64) (sonda Pezzer) enfrentando el cístico, y otro peritoneal.

En el postoperatorio mejora de su ictericia y su sepsis estableciendo una poliuria forzada con la cual se consigue hacer descender sus cifras de creatinemia y urea. A los 20 días es dada de alta de la unidad.



FIG. 5.—Caso 2. Colangiografía postoperatoria después de la 1ª intervención. Se aprecia el desfiladero superior, los conductos hepáticos se perciben apenas pues están llenos de cálculos.

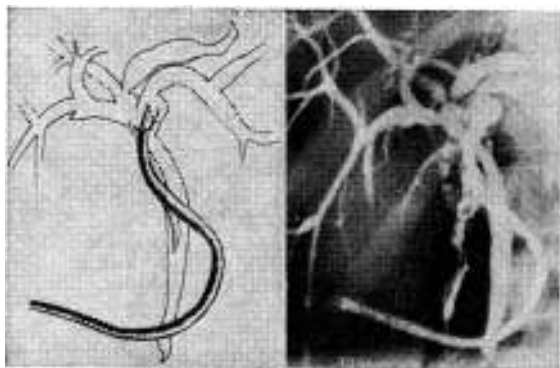


FIG. 6.—Caso 2. Después de la segunda operación. Se ve en la radiografía y en el dibujo explicativo el tubo de Kehr en puente entre el hepático y el cístico. En el hepático izquierdo quedan numerosos cálculos residuales.

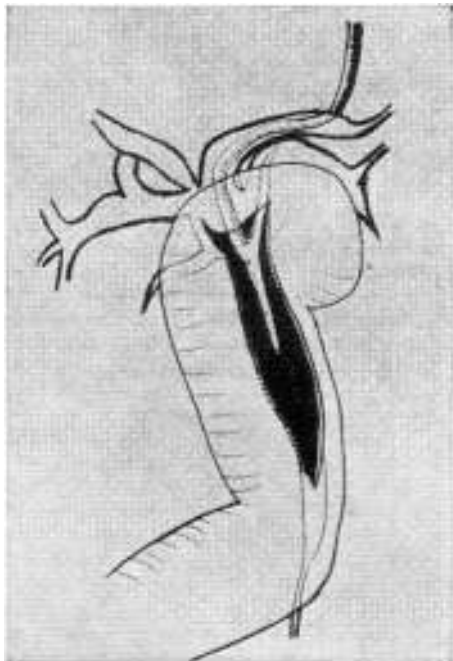


FIG. 7.—Caso 2. Esquema de la hepático - colédoco - yeyunostomía practicada y del drenaje transhepático.

El drenaje de alternativa funcionó como avenamiento biliar principal durante la primer semana del postoperatorio, agotándose después. El tubo de Kehr lo reemplazó espontáneamente a los 10 días pudiendo retirar entonces ambos drenajes peritoneales. Las colangiografías practicadas por aquél (fig. 6), mostraron su funcionamiento sin fugas y hecho interesante, la migración de cálculos residuales hacia el colédoco, que como estaba previsto volvieron a aparecer.

Como toleraba el pinzado del Kehr pese a su litiasis residual, fue dada de alta del sanatorio a fin de recuperarse.

Dos meses y medio después, sin ictericia y en buen estado de nutrición, con el riñón en buenas condiciones, se decidió la reintervención.

3ª operación (31/11/78): Se reabre la incisión, el hígado se encuentra en buenas condiciones; desaparecieron los abscesos y el edema del pedículo hepático y del falciforme. La disección subhepática es algo laboriosa pero permite exponer el colédoco al cual se accede a través de un área importante de fibrosis residual, abriéndolo ampliamente desde el muñón cístico hasta la vieja hepaticotomía en una longitud de 9 cm. Se procede a evacuar los cálculos residuales coledocianos e intrahepáticos con maniobras repetidas con catéteres de Fogarty y pinzas, lavando minuciosamente todo el árbol biliar accesible. Se termina la operación practicando una amplia hepático - colédoco - yeyunostomía látero - lateral sobre asa diverticular de Hivet - Warren modificada, calibrada con un tubo transhepático en T izquierdo con una rama corta calzada en el hepático derecho (fig. 7).

El postoperatorio es satisfactorio siendo dada de alta a los 15 días de la reintervención.

Se efectuaron lavados por el drenaje que se retiró a los 2 meses. La paciente se encuentra en buenas condiciones; hizo solamente un empuje muy fugaz de colangitis.

COMENTARIO

Efectivamente nuestros 2 pacientes se parecen, pues en ambos se comentó un error diagnóstico por mala interpretación colangiográfica. En el primero no se prestó atención a la ausencia de los canales derechos e izquierdos. Pese a tratarse de una ictericia no se habían encontrado cálculos, por eso se dejó un drenaje transcístico.

En la segunda operación tampoco se exploró el hepático izquierdo conformándose con la extracción del cálculo que había aparecido en el colédoco. En la otra enferma, dificultades del momento impidieron obtener una buena colangiografía, por esta razón se dejó el drenaje transcístico. La colangiografía a hiperpresión en el árbol biliar obstruido y con una infección latente determinó la inyección bacteriana por reflujo biliovenoso o biliolinfático, como ha sido demostrado por Hultborn (39), Jakobson (40) y Huang (37). Las conclusiones de estos autores son uniformes. Con presiones superiores a 250 ó 300 mm. existe un pasaje masivo de gérmenes a la circulación general, los que determinan la sepsis, el shock y la insuficiencia renal.

La costumbre que tenemos los cirujanos uruguayos de dejar un drenaje transcístico en la vía biliar cuando las colangiografías no son claras y no se justifica plenamente una coledocotomía, fue a la larga lo que permitió diagnosticar la patología de ambos enfermos. Pero también los hechos demostraron que un drenaje infraobstructivo es inoperante en la litiasis residual de los hepáticos.

En ambos enfermos se practicó también una operación intermedia e insuficiente, como primera reintervención, que sirvió para drenar con más efectividad los hepáticos y mejorar la sepsis.

En la segunda enferma se realizó en condiciones heroicas con el hígado lleno de abscesos angiocolíticos colocando un drenaje atípico en la vía biliar para terminar el procedimiento rápidamente.

Felizmente funcionó bien este puente entre el hepático y el cístico y cosa imprevista, permitió bajar por el costado cálculos al colédoco.

Creemos que nuestro primer paciente pertenece a la primera forma de Caroli: litiasis intrahepática definitiva aislada o pura, sin obstáculos de Occidente, y la segunda a la tercera forma, es decir, asociada a litiasis, extrahepática de Occidente (vesicular de colesterol). Como no había cálculos en el colédoco y los intrahepáticos eran pigmentarios, casi puros, creemos que se trata de la coincidencia de dos litogénesis independientes intrahepática y vesicular. Efectivamente el estudio químico de las concreciones intrahepáticas en nuestros dos pacientes mostró una gran concentración de bilirrubina y muy poco colesterol. En ambos la litiasis dominaba en el hepático izquierdo y el conducto lateral derecho que desembocaba como colateral o que confluía en bifurcación con el izquierdo: transposición izquierda (5 %) o convergencia con el izquierdo (16 %) como señala Couinaud (16). En ambas variedades anatómicas el conducto paramediano derecho desemboca o confluye directamente en el hepático común y en nuestros dos enfermos, que tenían árboles biliares semejantes, no contenía cálculos.

Evidentemente, el drenaje de este conducto vertical es más fácil, lo que evita la formación de cálculos en su interior.

Si bien la clasificación de Caroli es interesante y significa un avance en la tipificación de estos enfermos, los casos no son tan esquemáticos.

Nuestros dos pacientes tenían la misma disposición anatómica como se aprecia en las colangiografías y ella fue posiblemente factor causal de la litiasis segmentaria intrahepática. Un caso similar operado por uno de nosotros fue resuelto con una derivación del hepático izquierdo (56).

Una vez evacuados los cálculos y establecidas las derivaciones, las vías biliares intrahepáticas volvieron a su calibre normal, lo cual demuestra que no se trataba de una enfermedad de Caroli.

Con referencia a las colangitis que desarrollaron nuestros enfermos, debemos señalar que esta vieja enfermedad clínicamente descrita por Charcot (19) hace más de un siglo, a la cual llamábamos angiocolitis siguiendo a la nomenclatura francesa, fue perfectamente estudiada y clasificada en sus formas clínicas por los cirujanos de esta procedencia, como se puede apreciar leyendo a Olivier (50) y a Caroli (11).

Desde que los cirujanos norteamericanos (63) llamaron la atención sobre esta afección en la literatura, se empezó a utilizar el término *colangitis* tomado del alemán, que en realidad es sinónimo de angiocolitis y ahora este último fue desplazado.

Ya en nuestro país Varela Fuentes (74, 75) había insistido sobre la insuficiencia renal en las litiasis coledocianas desde 1932 y Gary en 1965 (29) y 67 (30), volvió sobre esta complicación, aportando un buen número de documentos clínicos y destacando las prioridades del gastroenterólogo uruguayo.

Uno de nosotros (A. E.) con Silva (23) propuso un cambio de nomenclatura de las colangitis agudas graves, reconociendo que la insuficiencia renal puede presentarse en cualquiera de las formas clínicas. La colangitis aguda supurada se llamaría colangitis aguda séptica y la colangitis supurada obstructiva aguda, colangitis aguda séptica con shock séptico.

Nuestra primera observación correspondería al primer tipo y el segundo caso a la segunda forma.

En nuestros dos enfermos fue posible tratar la insuficiencia renal y la infección desde el principio, pero en ambos se realizó una operación de emergencia para drenar el colédoco prosiguiendo luego con tratamiento intensivo antes de la intervención definitiva de derivación bilio-digestiva. Esta última se efectuó precozmente en el primer caso pero fue necesario diferirla en el segundo para poner a la paciente en mejores condiciones.

Esta conducta de operación de emergencia fue aconsejada por varios autores en la década del 60 (22, 31, 36) y mantiene su indicación en algunos pacientes. Pero actualmente en muchas colangitis con insuficiencia renal aguda es posible mejorar al paciente con antibióticos y tratamiento activo de su afección renal antes de operarlo (5). Ya Hamburger (34) en 1958 y Andreassen (1) en 1961 habían comunicado casos dializados en el preoperatorio.

En nuestros dos pacientes la poliuria forzada terapéutica permitió bajar las cifras de urea y creatinemia sin necesidad de diálisis.

DISCUSION

En los últimos años los trabajos de los cirujanos orientales (2, 14, 26, 28, 33, 38, 41, 42, 44, 68, 69, 74, 79), han aportado casuística sobre el tema y se han aclarado muchos aspectos de esta afección que sigue siendo rara en Occidente.

Después de la revisión de Caroli se han publicado observaciones en Europa (4, 6, 17, 24, 25, 26, 66, 71) y Estados Unidos (43, 70, 78, 80), pero en series pequeñas.

Son interesantes algunos casos de litiasis supraestenótica como los señalados por Bourgeon (6) asociados a hidatidosis hepática.

Palagiano ha escrito en Italia un magnífico libro (5) sobre este tema específico que será tratado también este año en el relato de Colin y Vayre al 81º Congreso Francés de Cirugía.

Los cirujanos orientales aplicaban a sus enfermos las técnicas clásicas de colédoco duodenostomía y drenaje con tubos de Kehr. Pero la aparición de litiasis residuales supraestenóticas demostró que eran necesarios procedimientos directos de abordaje y derivación de

la vía biliar intrahepática. Así surgieron las primeras comunicaciones aconsejando la hepático yeyunostomía amplia: Bove (7), Couinaud (17), Bismuth (4).

Esta operación, puesta a punto por los cirujanos franceses, permite derivar el hepático izquierdo directamente, pues como ya hemos señalado la litiasis intrahepática es más frecuente de ese lado.

Pero a diferencia de la técnica de Hepp-Couinaud para las estenosis del hepático o derivaciones post-resección de cánceres pediculares, en la litiasis intrahepática, el colédoco está intacto. La anastomosis se realiza sobre un amplio orificio biliar de más de 8 cm. que va desde el hepático izquierdo hasta el colédoco inferior; por esa razón, se confecciona una hepático - colédoco - yeyunostomía.

Esta es la derivación de elección como han demostrado los autores chinos y japoneses (41, 68, 69). Desde luego que antes deben extraerse minuciosamente los cálculos con pinzas, cucharillas, catéteres de Fogarty y lavados. Su localización se hará con colangiografías segmentarias y coledocoscopia (70).

En nuestros pacientes fue efectiva, pero debemos saber que es imposible eliminar todos los cálculos y siempre quedan algunos en el fondo de los colaterales ascendentes del hepático izquierdo y del conducto lateral derecho, como se ve en la colangiografía postoperatoria de la fig. 4. Estos pequeños cálculos residuales explican los empujes de angiocolitis que hacen estos enfermos.

Sato (67) en el 50 % de los casos ha constatado la permanencia de pequeños cálculos, pese a las amplias anastomosis practicadas.

Por esa razón y siguiendo la experiencia de estos autores dejamos en nuestros operados, tubos transhepáticos, como acostumbramos en las anastomosis biliares altas, para efectuar lavados en el postoperatorio. Efectivamente creemos que dicho método fue efectivo pues también observamos pequeños cálculos que salían por dentro de los tubos. Burlui (9) hace perfusión continua por los tubos transhepáticos para evacuar los cálculos residuales.

Fag Kan y Chou Tsung - Chih (41), han propuesto un método ingenioso para extraer estos cálculos dejando el muñón del asa yeyunal diverticular cerrado subcutáneo por una contrabertura abdominal. Reabriéndolo puede penetrar fácilmente en la vía biliar realizando colangiografías, colangioscopia y extracción instrumental de cálculos residuales.

Otra manera de maniobrar sobre el árbol intrahepático en el postoperatorio es utilizar los drenajes del colédoco para extraer los cálculos con la técnica de Mazzariello (45), pero después que se realizan hepático - yeyunostomías esto sólo es posible si se han dejado drenajes calibradores, como hicimos en nuestros enfermos.

Pero algunos autores van más lejos sobre todo en los pacientes que tienen estenosis intrahepáticas y tubo de Kehr en colédoco. Burhenne (8), por métodos incruentos combinando maniobras transcoledocianas con un catéter de Dormia y la colocación por vía transhepática

a la manera de Okuda - Molnar (61), de mandriles y tubos en el hepático, llega a pasar tubos transhepáticos transcoledocianos en sedal con una técnica similar a la que describimos (52) en 1964, pero de manera incruenta.

Así con maniobras bajo pantalla extrae los cálculos residuales.

Mazzariello (45 a) en la Argentina usa nuestro (59) procedimiento de drenaje transhepático en doble O después de la hepático - yeyunostomía para extraer cálculos residuales o dilatar las anastomosis.

Existen dos operaciones de indicación excepcional que no hemos realizado en la cirugía de la litiasis intrahepática. La primera consiste en la apertura directa de las bolsas litiasicas: colangiostomía transcapsular hepática (31, 69, 74), que a veces permite fácilmente acceder a la vía biliar para extraer los cálculos por la superficie hepática.

En Oriente las bolsas litiasicas supuran frecuentemente, no olvidemos que la afección se llamó allí colangiohepatitis. En estos casos la atrofia del parénquima, su fibrosis y la imposibilidad de extraer todos los cálculos, es la indicación de resección hepática. Sólo así se explica la enorme experiencia de los cirujanos de Oriente en resecciones, como Ton - That - Tung (74) que ha superado las 900 hepatectomías mayores.

En Occidente existen muy pocos ejemplos de hepatectomía por litiasis intrahepática que se ha realizado casi siempre cuando hay una estenosis biliar por debajo (6).

RESUME

Angiocholite septique due a une lithiase residuelle intrahepatique inaperçue

On présente deux observations de malades opérés successivement de lithiase résiduelle intrahepatique inaperçue, bien qu'on ait pratiqué la cholangiographie intraopératoire, dans les deux cas. Dans l'un d'eux, on n'a vu qu'un canal biliaire intrahepatique, sans calculs, et dans l'autre on n'a pas obtenu le remplissage de la voie biliaire supérieure. C'est pourquoi, on a placé aux deux patients des drainages transcystiques.

Lors du postopératoire, tous deux ont présenté des angiocholites septiques graves avec une insuffisance rénale, étant réopérés d'urgence pour drainer la voie principale avec un tube de Kehr.

Après amélioration, on a réalisé des hépato - cholédoco - jéjunostomies larges.

On a fait des commentaires à propos de la rareté de la lithiase intrahepatique en Uruguay et par conséquent l'étrange coïncidence de cette complication dans deux malades successifs.

SUMMARY

Unobserved Residual Intrahepatic Lithiasis Complicated with Septic Cholangitis

The paper reports on two cases, operated successively, of unobserved residual intrahepatic lithiasis, notwithstanding intraoperative cholangiography performed

in both cases. In one of these cases only an intrahepatic biliary branch was seen, free of calculi; in the other, filling of superior biliary tract was not achieved. For these reasons transcystic drainages were placed in both patients. During postoperative both developed grave septic cholangitis with renal insufficiency and were reoperated as urgencies in order to drain the common tract duct with tubes. When their condition improved, wide hepatico-choledoco-jejunostomies were performed. Intrahepatic lithiasis is rare in Uruguay and coincidence of this complication in two successive patients renders it even more unusual.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ANDREASSEN M, HESS-THAYSEN J, ENGELL HC, MADZEN CM, LINDENBERG P. Surgical management of biliary tract disease complicated with acute renal failure. *Acta Chir Scand*, 20: 281, 1961.
- BALASEGARAM M. Hepatic calculi. *Ann Surg*, 175: 149, 1972.
- BEER E. Intrahepatische Cholelithiasis. *Arch F Klin Chir*, 74: 115, 1904.
- BISMUTH H, HEPP J. Le traitement chirurgical de la lithiase intrahepatique. *Entretiens de Bichat. Chirurgie*, 1969.
- BISMUTH H, KUNTZIGER H, CORLETTE MB. Cholangitis with acute renal failure. Priorities in therapeutics. *Ann Surg*, 181: 881, 1975.
- BOURGEOIN R, MOVIEL J, N'GUYEN V, BORELLI JP. La lithiase biliaire intra-hépatique: à propos de 20 observations. *J Chir*, 105: 391, 1973.
- BOVE P, DE OLIVEIRA MR, SPERANZINI M. Intra-hepatic lithiasis. *Gastroenterology*, 44: 251, 1963.
- BURHENNE HJ, PETERS HE. Retained Intrahepatic Stones. Use of the U tube during repeated non operative stone extractions. *Arch Surg*, 113: 837, 1978.
- BURLUI D, RATZIU O. Perfusion continue des voies biliaires par double intubation canalaire transhépatique dans le traitement de la lithiase biliaire intra hépatique. *Presse Med*, 77: 1671, 1969.
- CAPRIO G. Litiasis intrahepática. *Bol Soc Cir Montevideo*, 2: 234, 1931.
- CAROLI J. Les angiolitoses urémiques. *Paris Médical*, 10: 142, 1945.
- CAROLI J, CORCOS V. Maladies des voies biliaires intrahepatiques segmentaires. Paris. Masson, 1964.
- COBO A, HALL R, TORRES E, CUELLO C. Intrahepatic calculi. *Arch Surg*, 89: 936, 1964.
- COOK J, HOU PC, HO HC, McFADZEAN AJ. Recurrent pyogenic cholangitis. *Brit J Surg*, 42: 188, 1954.
- COTTINI GF. Litiasis intra-hepática. Buenos Aires. Nocito & Raño, 1940.
- COUINAUD C. Le foie, étude anatomique et chirurgicale. Paris. Masson, 1957.
- COUINAUD C. Lithiase de voies biliaires intrahepatiques. *Ann Chir*, 17: 1247, 1963.
- COURVOISIER LG. Casuistisch-Statistische Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege. Leipzig. F. C. W. Vogel, 1890.
- CHARCOT JM. Leçons sur les Maladies du Foie, des Voies Biliaires, et des Reins. Paris. Progrès Médical, 1877.
- CHIH-CHANG H. Partial resection of the liver in treatment of intrahepatic stones. *Chinese Med J*, 79: 40, 1959.
- DAVIDENKO N, CASANOVA M, SOTELO JR, MACHADO M, DAVIDENKO A. Dilatación congénita de la vía biliar extra e intrahepática (Enfermedad de Caroli). Hepático-yeyunostomía. *Cir Uruguay*, 50: 3, 1980.
- DIGBY KH. Common duct stones of liver origin. *Brit J Surg*, 17: 578, 1930.
- DOW RW, LINDENAUER SM. Acute obstructive suppurative cholangitis. *Ann Surg*, 169: 272, 1969.
- ESTEFAN A, SILVA C. Colangitis agudas sépticas. En: Delgado B. Litiasis del colédoco. Montevideo. Edicur, 1977.
- ESTRADA L, MIYAR A, VALVERDE D. Litiasis intrahepática. *Rev Esp Enf Ap. Digest*, 42: 173, 1974.
- FAGARASANU I, JONESCO BUJOR C, ALOMAN D, AIBU E. Surgery of the liver and intrahepatic bile ducts. Bucuresti. Academiei, 1972.
- FAGARASANU I. La lithiase intrahepatique (Sur une statistique personnelle de 48 cas). *J Chir*, 105: 59, 1973.
- FIESSINGER N. Le rôle du foie dans la pathogenie de la lithiase. *Congr Int Lith Bil Vichy*, 1: 243, 1932.
- FUNG J. Liver fluke infestation and cholangiohepatitis. *Brit J Surg*, 48: 404, 1961.
- GARY R, LATOURETTE F. Colangiopatía uremigena. Su interés en cirugía. *Rev Cir Uruguay*, 37: 71, 1965.
- GARY R, LATOURETTE F, ACOSTA FERREIRA W. Colangiopatía uremigena (síndrome de Varela Fuentes). Su interés en cirugía (segunda parte). *Rev Cir Uruguay*, 37: 63, 1967.
- GLENN F, MOODY FG. Acute obstructive suppurative cholangitis. *Surg Gynecol Obstet*, 113: 265, 1961.
- GLENN F, MOODY FG. Intra-hepatic calculi. *Ann Surg*, 153: 711, 1961.
- GRUET M, DANAY A, BARNAJO P, BAYCHELIER C. La litiasis biliaire intrahepatique autochtone d'extreme orient. *Lyon Chir*, 69: 331, 1973.
- HAMBURGER J, HEPP J, CROSNIER J. Angiocholite lithiasique ictero-urémique gravissime. *Rev Clin Mal Foie*, 33: 181, 1958.
- HASHIMOTO Y. Statistische Beobachtung über Gallenstein Krankheiten. *Ztschr Japan Chirur Gesellsch*, 36: 39, 1935.
- HINSHAW DB. Acute Obstructive suppurative cholangitis. *Surg Clin North Amer*, 53: 1089, 1973.
- HUANG T, BAAS JA, WILLIAMS RD. The significance of biliary pressure in cholangitis. *Arch Surg*, 98: 629, 1969.
- HUARD P, AUTRET J, TON THAT TUNG. Recherches sur la lithiase hépatobiliaire en Extrême-Orient. *Bull Soc Med Indoch*, 13: 951, 1935.
- HULTBORN A, JACOBSSON B, ROSENGREN B. Cholangiovenous reflux during cholangiography. *Acta Chir Scand*, 123: 111, 1962.
- JACOBSSON B, KJELLANDER J, ROSENGREN B. Cholangiovenous reflux. *Acta Chir Scand*, 123: 316, 1962.
- KAN F, TSUNG-CHIH Ch. Subcutaneous blind loop. A new type of hepaticocolochojejunostomy for bilateral intrahepatic calculi. *Chin Med J*, 3: 413, 1977.
- KEHR H. Technik der Gallensteinoperationen. Munich. Lehmann, 1905.
- LONGMIRE WP, RANGEL DM. Difficult problems encountered in the management of biliary obstruction due to stones and other benign conditions. *Advanc Surg*, 4: 4.
- MAKI T, SATO T, MATSUSHIRO T. A reappraisal of surgical treatment for intrahepatic gallstones. *Ann Surg*, 175: 155, 1972.
- MAZZARIELLO R. Review of 220 cases of residual biliary tract calculi treated without operation. *Surgery*, 73: 299, 1973.
- MAZZARIELLO R, MARTINOTTO G, GIORDANO P, CONZI M. Drenajes e intubaciones en las obstrucciones de las vías biliares. *Prensa Med Argent*, 63: 668, 1978.
- MIRIZZI PL. Chirurgie du système du canal hépatique. Lésions bénignes. Paris. Masson, 1962.
- MIYAKE H. Zur experimentellen Erzeugung der Gallensteine mit besonderer Berücksichtigung des bakteriellen Verhaltens der Gallenwege. *Mitt Grenzgeb Med Chir*, 6: 479, 1900.
- MORGAGNI GB. De sedibus et causis morborum par anatomen indagatis. Venecia. Remondiniana, 1761.
- NAVARRO A. Litiasis en un canal hepático accesorio. *An Fac Med Montevideo*, 8: 1137, 1923.
- OLIVIER CL. Chirurgie des voies biliaires extra et intra hépatiques. Paris. Masson, 1961.
- PALAGIANO V. La litiasis intraepatica. Padova. Piccin, 1977.
- PRADERI R. Tubos transhepáticos dobles; un nuevo procedimiento de drenaje biliar. Tesis. Montevideo, 1964 (Inédito).
- PRADERI R. Fistulas colédoco-duodenales espontáneas. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 19º, Montevideo, 2: 61, 1968.
- PRADERI R. Tratamiento de las heridas de vías biliares y sus secuelas. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 19º, Montevideo, 2: 141, 1968.
- PRADERI R. Litiasis recidivante del colédoco. *Cir Urug*, 40: 199, 1970.

56. PRADERI R, DELGADO B y ORMAECHEA C. Derivaciones hepatoentéricas con asas diverticulares en el tratamiento de afecciones biliares no tumorales. *Cir Uruguay*, 42: 371, 1972.
57. PRADERI R, ESTEFAN A, GOMEZ FOSSATI C, MAZZA M. Derivations bilio-jejunaux sur anastomoses exclues. Modifications techniques du procédé de Hivet-Warren. *Lyon Chir*, 69: 459, 1973.
58. PRADERI R. Litiasis de la vía biliar principal. *Rev Med Uruguay*, 3: 103, 1977.
59. PRADERI R. Drainage transhépatique en double O. *Nouv Presse Med*, 6: 2515, 1977.
60. PRADERI R, MAZZA M, GOMEZ C, ESTEFAN A. Tratamiento de las lesiones iatrogénicas de la vía biliar principal. *Cir Uruguay*, 48, 108, 1978.
61. PRAT D, YANNICELLI R, ARDAO H. Litiasis de las vías biliares intrahepáticas. *Bol Soc Cir Uruguay*, 10: 226, 1939.
62. QUENU E, MATHIEU P. La lithiase des branches de bifurcation de l'hépatique. *Rev Chir*, 34: 105, 1914.
63. REYNOLDS BM, DARGAN EL. Acute obstructive cholangitis, a distinct clinical syndrome. *Am Surg*, 150: 299, 1959.
64. ROMPANI O, ESTEFAN A, PRADERI R. Drenajes biliares de alternativa. *Cir Uruguay*, 49: 458, 1979.
65. RUFANOV IG. Liver Stones. *Ann Surg*, 103: 331, 1936, and *Ann Surg*, 103: 580, 1936.
66. SALEMBIER Y. Lithiase des voies biliaires intra-hepatiques. (40 observations). *Ann Chir*, 27: 983, 1973.
67. SANTY P, MALLET-GUY P. La lithiase des voies biliaires intra-hepatiques. *Lyon Chir*, 33: 17, 1936.
68. SATO T, MATSUSHIRO T, SUZUKI N, NAKAMURA N, INOUE S. Problems of retained calculi in the bile duct. *Tohoku J Exp Med*, 115: 367, 1975.
69. SATO T, MATSUSHIRO T. Results of surgical treatment for intrahepatic gallstones. *Tohoku J Exp Med*, 122: 303, 1977.
70. SHORE JM, BERICI G. Operative Management of calculi in the hepatic ducts. *Am J Surg*, 119: 625, 1970.
71. SIMI M, LORIGA P, BASOLI A, LEARDI S, SPERANZA V. Intrahepatic Lithiasis Study of Thirty-six Cases and Review of the Literature. *Am J Surg*, 137: 317, 1979.
72. SORLIN L. La lithiase des voies biliaires intra-hépatiques. Lyon. Bosc & Rivov, 1935.
73. STOCK PE, TINKLER LF. Cholechooduodenostomy in the treatment of cholangiohepatitis. *Surg Gynecol Obstet*, 101: 599, 1955.
74. TON THAT TUNG. Les resections majeures et mineures du foie. Paris. Masson, 1979.
75. VARELA FUENTES B, RUBINO P. La hiperazolemia extra renal con hipocloremia en las afecciones agudas del hígado. *Arch Argent Enf Digest, Nutr*, 8: 31, 1932.
76. VARELA FUENTES B, RUBINO P. Sur la nature de l'hyperazolemia des hépatites aiguës. *J Med*, 37: 290, 1935.
77. WALTERS W. Cholangiohepatitis or recurrent pyogenic cholangitis with intrahepatic and extrahepatic bile-pigment stones. *J.A.M.A.*, 178: 934, 1961.
78. WARSHAW AL, BARTLETT MK. Technic for finding and removing stones from intrahepatic bile ducts. *Am J Surg*, 127: 353, 1974.
79. WEN CHUNG-CHIEH, LEE HSIN-CHAO. Intrahepatic stones: a clinical study. *Ann Surg*, 175: 166, 1972.
80. ZURICH WH. Intrahepatische lithiasen. *Helv Chir Acta*, 41: 155, 1974.

DISCUSION

DR. MATTEUCCI.—Poseo una observación clínica que se relaciona directamente con el primer caso del Dr. R. Praderi. Se trata de un hombre de 71 años el cual en el año 1951 el Dr. H. Suárez le hizo una lobectomía pulmonar por una bacilosis.

En 1970 le hice una colecistectomía, coledocotomía y papilotomía transduodenal. En 1975 una hemicolectomía.

Este paciente ingresó en noviembre del año pasado al C. T. I. del Hospital Italiano con una angiolitiasis muy grave. En la operación encontramos una vía biliar dilatada sin mayor problema, con un buen pasaje hacia el duodeno. Hicimos una colangiografía y la interpretamos como normal porque tenía buen pasaje y veíamos el hepático derecho y el izquierdo. Le dejamos un drenaje por el colédoco. En el postoperatorio agravó, entró en anuria y se encontraba en estado premortem. Pero observando atentamente la colangiografía vimos que lo que habíamos tomado por hepático izquierdo era en realidad el derecho y veíamos una pequeña sombra en el hepático izquierdo solamente.

Lo reoperamos en seguida. Al abrir el hepático izquierdo encontramos un cálculo que extrajimos; inmediatamente vino gran cantidad de pus y cálculos pequeños. Dejamos un drenaje y terminamos rápidamente. En la colangiografía postoperatoria aparecieron los dos hepáticos y otro cálculo en el hepático izquierdo, que se pudo extraer después con maniobras incruentas por el túnel del drenaje.

El paciente curó; lo ví hace dos semanas y está perfectamente bien.

DR. VALLS.—Este es un problema muy importante. Nosotros hemos tenido ocasión de adquirir experiencia últimamente porque formamos parte del equipo de extracción incruenta de cálculos biliares.

Tenemos algunos pacientes con litiasis intrahepática tratados. Uno de ellos era una paciente que presentaba la obstrucción de un canal biliar, se le hizo la colangiografía, se le pasaron las pinzas y se le sacó el cálculo. En ese momento vino una cantidad de pus y la enferma mejoró.

DR. PERDOMO.—El tema que nos trae el Dr. R. Praderi realmente es importante y creo que bien vale la pena discutirlo un poco, pues para todos aquellos que trabajan en cirugía general, la vía biliar siempre está presente.

El punto que yo quiero señalar para que él haga algún comentario es el que se refiere a la solución dada en plena emergencia. Porque la derivación hecha con asa yeyunal es una técnica que lleva cierta duración, lo que complica un poco la situación. Uno ve también con interés el hecho de que nos haya mostrado una fotografía en la que se aprecia un amplio canal, pero lo que nos está mostrando es un canal y no una abertura de real comunicación. Es decir, que si no alcanzamos un canal dilatado no va a servir para mucho, sirve para pasar bilis, pero no va a servir para pasar cálculos residuales. Por eso me gustaría que el Dr. R. Praderi hiciera algún comentario al respecto, porque no veo todavía a la solución mecánica de una manera correcta, es decir, que ponga a cubierto de recidiva al paciente.

DR. O. BERMUDEZ.—Los casos presentados por el Dr. R. Praderi hoy, evidentemente muestran una vez más que la patología de la vía biliar es de las más complejas y difíciles de solucionar. Por eso es importante conocer todas sus formas menos comunes y las diversas soluciones quirúrgicas.

DR. J. BERMUDEZ.—En primer lugar quiero felicitar a los autores no solamente por el éxito obtenido en estos dos pacientes, sino también por el énfasis que ha puesto el Dr. R. Praderi en la necesidad de la ex-

ploración de la vía biliar intrahepática exhaustiva que habitualmente no se hace.

Desde hace aproximadamente un año estamos efectuando la exploración del árbol biliar intrahepático con un coledoscopio, con el que en nuestra corta experiencia hemos registrado dos casos de litiasis intrahepática con cálculos enclavados en las ramas de los hepáticos derecho e izquierdo.

Pensamos que la litiasis intrahepática tiende a mejorar en perspectiva, con una exploración sistemática del árbol intrahepático, tanto radiológica como endoscópica.

DR. R. PRADERI.— Quiero agradecer a los consocios los comentarios que voy a ir respondiendo de a uno porque todos ellos son muy interesantes.

La observación del Dr. Matteucci es un caso parecido a los nuestros; se trata de enfermos de C.T.I., sépticos graves.

Son enfermos que se juegan la vida atrás de un drenaje; hay que drenarlos lo antes posible. Dentro de la gama de las colangitis, hay colangitis agudas, subagudas, evolutivas, gravísimas con shock casi todos con IRA, y de ellas yo traje las colangitis sépticas, no colangitis agudas. Y los enfermos con las colangitis sépticas son gravísimos y se mueren si no se operan en seguida.

Al Dr. Valls le diré que nuestros enfermos no se resolvían con extracción de cálculos bajo pantalla porque la técnica de Mazariello se aplica después de 20 ó 30 días de la operación. Es inconveniente hacer maniobras externas con instrumentos antes de este lapso. Tampoco es posible esperar 20 días para extraer los cálculos porque estos enfermos se mueren antes.

Son verdaderos enfermos quirúrgicos cruentos, no incruentos. A veces con medicación, con antibióticos potentes y tratamiento de su IRA mejoran, entonces se puede esperar; pero otras veces, como en nuestros casos, se agravan y hay que operarlos de urgencia.

Pero igual es importante colocar bien los drenajes de Kehr, sacándolos por un trayecto corto, perpendicular a la piel para facilitar la extracción de cálculos con televisión en los casos que se puede esperar.

La otra enseñanza es que hay que ver bien las colangiografías, pues si se mira sólo el coledoco y la papila, no se ven los cálculos altos. Al árbol biliar no hay que observarle sólo la raíz, sino también las ramas, contarlas y asegurarse que no falte ninguna.

En cuanto a la pregunta del Dr. Perdomo: ¿Por qué hepaticoyeyunostomía y no coledocoduodenostomía en estos enfermos? Los japoneses, que son los que tienen más experiencia, hacen hepaticoyeyunostomía, porque hay que exponer la convergencia de los hepáticos, abriendo el hepático derecho y el izquierdo cortando los ostium de desembocadura que son inextensibles.

La vía biliar tiene características especiales. Cuando se dilata, los espolones de bifurcación mantienen su calibre pues la pared es fibrosa, tan dura que no se dilata. Por eso el aspecto de la vía biliar es en cierto modo moniliforme con dilataciones entre las bifurcaciones. Entonces, cuando un enfermo hace una dilatación de la vía biliar, el ostium del hepático izquierdo mantiene su calibre casi igual; esto impide que los cálculos formados arriba se desplacen hacia abajo. La operación que hacen los japoneses consiste en ampliar la abertura, abrir esa estenosis relativa del ostium del hepático izquierdo, que en estos dos enfermos era común con el conducto hepático lateral derecho. Luego se emplaza allí la hepático-anastomosis, si es posible sobre el hepático izquierdo a la manera de Couinaud-Hepp.

La hepaticoyeyunostomía permite llevar el intestino delgado cómodamente al hepático, lo cual no es posible y es peligroso con el duodeno.

Al Dr. J. Bermúdez le diré que los tiempos de localización y extracción de los cálculos son fundamentales y todas las maniobras endoscópicas y radiológicas intraoperatorias son útiles para ello.