

Colangitis séptica grave por reflujo postcoledocoduodenostomía

Dres. Roberto Delbene, Gustavo Bogliaccini y Raúl Praderi

Un antiguo portador de litiasis coledociana y probablemente intrahepática había sido reintervenido tres veces de su vía biliar. En la última oportunidad se le había practicado una colédoco - duodenostomía látero - lateral. Al año de esta operación comenzó a hacer empujes de colangitis que fueron tratados con antibióticos cada vez más específicos: gentamicina y sisomicina. Pese a ello persistió su infección biliar que se transformó en una colangitis séptica grave.

Después de un shock muy grave debió ser intervenido.

En la operación se demostró una anastomosis de buen calibre sin oclusión intestinal por debajo.

En una primera instancia se deshizo la anastomosis cerrando el colédoco sobre un tubo de Kehr, porque la papila permitía amplio pasaje.

Persistió la sepsis por lo cual fue necesario realizar una hepático - yeyunostomía amplia sobre una asa diverticular. Después de un postoperatorio tormentoso curó definitivamente desapareciendo los chuchos y empujes febriles que se habían sucedido durante 6 años.

El interés de esta observación consiste en la persistencia y agravación de una colangitis séptica a pesar de existir una coledocoduodenostomía ampliamente permeable.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Biliary Tract / Surgery / Cholangitis.

La coledocoduodenostomía descripta y desarrollada por los cirujanos alemanes, fue al principio una operación discutida en cuanto a su indicación y resultados.

En Francia, Champeau (5) y Mallet Guy (9) la negaban aduciendo que la comunicación duodeno - biliar provocaba una colangitis por reflujo, expresando que se cambiaba un estado patológico por otro. En Argentina, Bengolea y Velasco Suárez (1) relataban casos de angio-colitis ascendente y condenaban todas las anastomosis biliodigestivas. En realidad, confundían hepaticoduodenostomías de pequeño calibre con coledocoduodenostomías.

Clínica Quirúrgica "3" (Prof. R. Praderi). Hospital Maciel. Montevideo.

Finsterer (6) y Bernhard (2) en Austria y Alemania, contestaban que si fuera verdad la aseveración de los franceses la colangitis se produciría inmediatamente luego de la operación, hecho que no ocurría en la realidad.

Luego se estableció como hecho irrefutable la existencia de reflujo en numerosos controles postcoledocoduodenostomía (2, 6, 8, 10, 16). Pero éste no provocaba el síndrome clínico de colangitis. Mallet Guy (10) y Champeau (5) lo reconocieron más tarde.

Madden, de Nueva York (8), efectuó una experiencia en perros a los que confeccionaba una coledococolostomía con amplio reflujo de la flora intestinal séptica, no comprobando posteriormente infección de la vía biliar en los perros.

Con el tiempo se demostró que la colangitis se producía sólo si la anastomosis biliodigestiva se estenosaba u obstruía con una litiasis residual o un cuerpo extraño alimenticio (2, 5, 6, 8, 10, 13, 14, 16, 18, 19). La coledocoduodenostomía, hoy aceptada por todos, es una excelente operación cuyas indicaciones principales son el megacoledoco, el empedrado biliar y la litiasis recidivante.

La hemos realizado con buenos resultados usada y hay excelentes estadísticas al respecto (14, 16). Pero uno de nosotros (R.P.) ha reintervenido 4 enfermos con ictericia a los que le habían practicado antes esta operación. Uno por estenosis, otro por estenosis y litiasis recidivante, un tercero por litiasis residual y un cuarto por oclusión intermitente de intestino delgado.

Además este año hemos operado un caso con la anastomosis ampliamente permeable y sin litiasis que hizo una colangitis gravísima cuya historia pasamos a relatar.

CASO CLINICO

L.V.N. 40 años. Abogado. Había sido operado el 16/4/69 con diagnóstico de síndrome coledociano.

La exploración reveló una vesícula litiásica, con cístico fino, pedículo hepático engrosado, colédoco delgado y pasaje fácil de la papila. Pero en el confluente biliar superior existía una masa presumiblemente litiásica.

Presentado como Tema libre al 30º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, noviembre de 1979.

Asistente, Profesor Adjunto y Profesor de Clínica Quirúrgica. Fac. de Medicina. Montevideo.

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

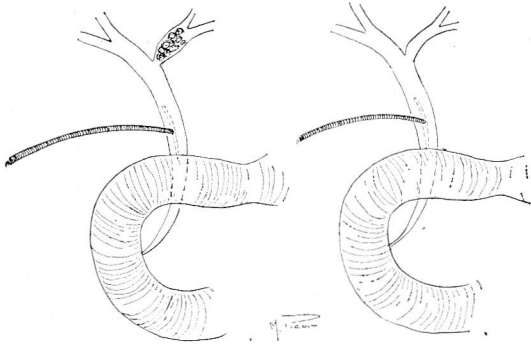


FIG. 1.—Después de la primera y segunda operación coledocostomía (1969) y recoledocostomía (1969).

Se efectuó colecistectomía, exploración instrumental de vía biliar principal, obteniendo barro biliar y partículas de colesterol. Se terminó con una coledocostomía con tubo de Kehr.

La ictericia recidivó por lo cual fue reintervenido el 9/5/69, encontrando una litiasis residual del confluente superior y el hepático izquierdo.

Luego de extracción de cálculos y barro biliar, se recolocó el tubo de Kehr (fig. 1).

Pasó bien varios meses y luego reapareció la ictericia y fiebre.

En el año 1972 fue reintervenido nuevamente por síndrome colangítico. Se encontró el colédoco lleno de pus y cálculos impactados en la papila. Luego de la desobstrucción coledociana se practicó una coledocoduodenostomía amplia látero-lateral (fig. 2).

El cultivo desarrolló enterococo y piocianico. Mejoró y pasó un tiempo bien pero al año comenzó a repetir sus empujes febriles e ictericos siendo tratado con diversos antibióticos hasta llegar a la gentamicina y luego sisomicina. No se consideró la posibilidad de reoperarlo.

Sus empujes febriles y chuchos eran cada vez más intensos y prolongados hasta que ingresó el 20/2/79 con diagnóstico de colangitis supurada.

El 1/3/79 establece un shock séptico con ictericia intensa e insuficiencia renal trasladándose a terapia intensiva. Allí fue tratado de su sepsis y anuria me-

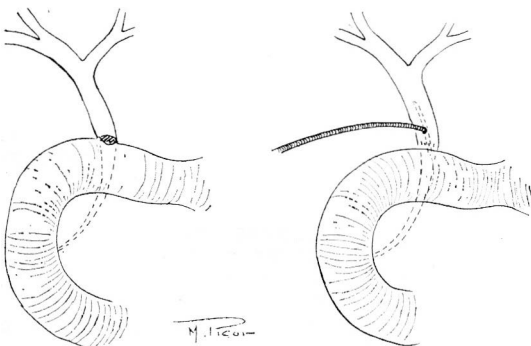


FIG. 2.—3ª operación (1972): coledocoduodenostomía y 4ª (1979) decoledocoduodenostomía y coledocostomía.

yorando. Vemos al paciente por primera vez en consulta (R.P.) y resolvemos reintervirlo el 5/3/79. La exploración operatoria mostró coledocoduodenostomía permeable, sin estenosis, papila amplia, colédoco lleno de pus sin cálculos.

Suponiendo que se trataba de una colangitis por reflujo resolvimos realizar una decoledocoduodenostomía y coledocostomía con Kehr dado que la papila estaba permeable (fig. 2).

En el postoperatorio se trató con altas dosis de antibióticos, pero no toleraba el pinzamiento del Kehr pues reaparecería la fiebre y los chuchos. Como 18 días después la situación se mantenía, lo reoperamos el 23/3/79 realizando una hepaticocoledocoyunostomía látero-lateral amplia calibrada por tubo transhepático izquierdo en sedal (fig. 3).

En el postoperatorio inmediato inmediato sufre una hemorragia gástrica grave con shock, la endoscopia comprueba un sangrado gástrico en napa. Es tratado con cimetidina, dogmatil y corregida la crisis, pero sigue sangrando. Dada su gravedad se reopera el 27/3/79. Se realiza vaguectomía troncular, gastroenterostomía sobre el asa diverticular y esplenectomía empírica consiguiendo yugular la hemorragia (fig. 4).

Después de un postoperatorio tormentoso por persistencia de la fiebre y dificultades en el tránsito, comenzó a recuperarse siendo dado de alta el 19/4/79

No repitió los chuchos ni volvió a hacer fiebre desapareciendo los empujes de colangitis que había sufrido casi mensualmente durante los últimos 5 años.

Se encuentra totalmente recuperado.

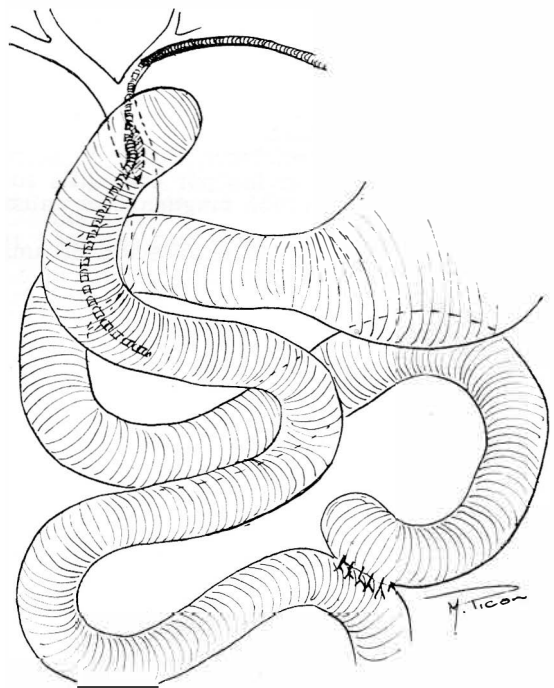


FIG. 3.—5ª operación: hepaticocoledocoyunostomía en asa diverticular.

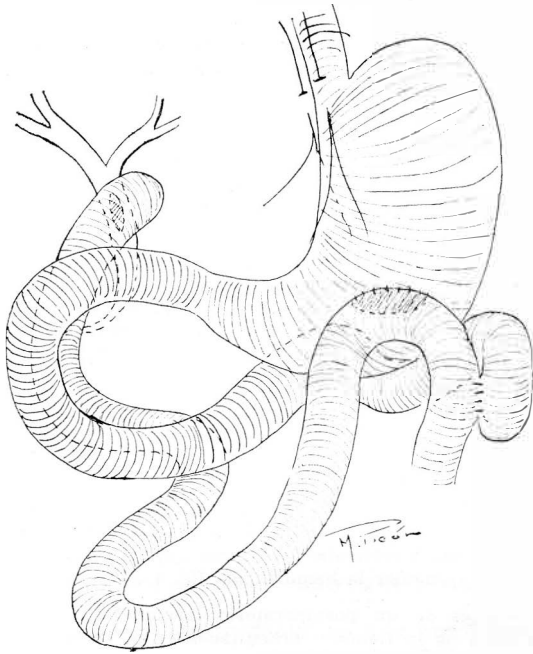


FIG. 4.— 6ª y última operación: vaguectomía troncular y gastroenterostomía sobre el asa diverticular.

COMENTARIO

En este paciente la coledocoduodenostomía había sido bien indicada y técnicamente bien realizada. No había cálculos ni cuerpos extraños y su calibre era de 2 cm. El intestino delgado no estaba ocluido ni acodado y ni siquiera sufría de constipación. Además la papila estaba también permeable.

En las distintas reintervenciones y sobre todo cuando se le intervino por colangitis supurada no se le comprobó ninguna otra causa de colangitis.

Por exclusión la única explicación de una colangitis en este enfermo es el reflujo digestivo-biliar. Congruente con esa teoría fue nuestra conducta de suprimir la anastomosis dado que la papila era normal. Tal vez si hubiéramos mantenido al paciente con un drenaje biliar prolongado y reposición de bilis durante mucho tiempo, hubiera curado.

Pero su situación se deterioraba y ya estábamos en la cuarta operación de vías biliares. No creímos conveniente mantenerlo séptico en esas condiciones y preferimos reoperarlo para practicar una derivación bilio-digestiva muy amplia sobre una asa yeyunal ciega no transitada.

La hemorragia postoperatoria casi nos hace perder al paciente, la sepsis y el trastorno de crisis sanguínea por su obligado drenaje biliar externo, fueron la causa mixta de su hemorragia.

Una operación heroica de vaguectomía sumada a una esplenectomía empírica para mejorar su crisis nos permitió yugular la hemorragia

masiva. El paciente permanecía séptico con trastornos de crisis y de motilidad gastrointestinal que poco a poco se corrigieron.

DISCUSION

Solamente existen colangitis por reflujo en anastomosis bilio-digestivas no estenosadas por cuatro mecanismos:

1) Obstrucción de la anastomosis por cuerpo extraño ingerido como señala Mallet Guy (11) en los desdentados.

2) Oclusión intestinal distal, constipación o adherencias de delgado que determinan una hipertensión duodenal. Este mecanismo lo encontramos en una enferma que mejoró después de la lisis de una peritonitis plástica de delgado.

Merola (12) publicó un interesante caso de ictericia postpapilotomía debida a un cáncer inadvertido de duodeno distal.

3) Colédoco - colostomía inadvertida; recordamos una observación reoperada por un colega que curó al deshacer la anastomosis.

4) Hepaticoyeyunostomía sobre asa en Y de Roux o de Warren montada al revés, es decir, anastomosando al hepático el asa yeyunal con peristaltismo ascendente en vez de aquella con descendente.

Existen muy pocas referencias a colangitis ascendente publicadas en los últimos años con la condición de que la anastomosis sea amplia y sin obstáculos. Interpretamos nuestro caso como una colangitis por reflujo, pero en la cual la flora biliar había aumentado la resistencia a los antibióticos, cada vez más poderosos, que se le habían administrado en los 5 años en que se mantuvo activa, provocando empujes.

Mallet Guy (11) ha insistido sobre la posibilidad de contaminación ascendente a partir del pus de origen dentario ingerido por estos pacientes y aporta una observación que mejoró después de suprimir el foco séptico bucal e instituir antibióticos.

Fuchs (7) tiene un caso similar después de la extracción de dientes infectados.

Ambos autores establecieron la relación de causa - efecto, lo cual confirmaría su teoría, que no sirve para nuestro enfermo que mantuvo su colangitis por 5 años, y en ese período no tuvo infecciones dentales.

Tampoco tenía hipoclorhidria, que permitiría una mayor pululación bacteriana a nivel del estómago. Por otra parte hizo una hemorragia por úlceras agudas.

Las distintas series acumuladas de coledocoduodenostomía analizadas por Madden (8) y por Suiffet (16) dan un porcentaje de colangitis postoperatoria total de 0,4 % en 1.255 casos reunidos por el primero y de 0,73 % en 2.146 casos por el segundo. Son muy pocos los autores (4, 18) que aceptan alguna observación de colangitis sin estenosis como Szantó (17), que la atribuyó a la obstrucción por los grumos de pus adherente.

El tratamiento efectuado a nuestro enfermo lo puso a cubierto del reflujo digestivo. Aunque sabemos muy bien que esto sólo es insuficiente si no se le agrega una anastomosis amplia como la que él tenía.

Hemos visto recidivar la ictericia y la colangitis en hepaticoyeyunostomías por estenosis benignas de vía biliar y por litiasis intrahepática.

CONCLUSIONES

Sería éste un raro caso de colangitis verdadera por reflujo.

El tratamiento realizado confirmaría que la operación más segura para evitar el reflujo es la anastomosis bilioyeyunal la que en manos de algunos autores como Bismuth (3) tiende a sustituir a la coledocoduodenostomía.

RESUME

Angiocholite septique grave par reflux a travers une cholédocho - duodénostomie

Un ancien porteur de lithiase cholécocienne et probablement intrahépatique, avait été réopéré trois fois de sa voie biliaire. A la dernière opportunité, on avait pratiqué une cholédocho-duodénostomie latéro-latérale. Un an après cette opération, il a commencé avec des poussées d'angiocholite, qui ont été traitées avec des antibiotiques chaque fois plus spécifiques: gentamycine et sisomycine.

Malgré cela, son infection biliaire s'est transformée en une angiocholite septique grave.

Lors de l'opération, on a démontré une anastomose d'un bon calibre, sans occlusion intestinale par dessous.

Tout d'abord, on a fait l'anastomose en fermant le cholédoque sur un Kehr, parce que la papille permettait un passage ample.

La septicémie a persisté c'est pourquì il a fallu réaliser une hépaticoyeyunostomie élargie sur une anse diverticulaire.

Après un postopératoire difficile, il s'est rétabli définitivement.

L'intérêt de cette observation consiste dans la persistance d'une angiocholite septique malgré une cholédocho-duodénostomie largement perméable.

SUMMARY

Severe Septic Cholangitis due to Reflux Through Choledocoduodenotomy

A patient who had suffered from common duct and, possibly, intrahepatic lithiasis, had been subject to surgery of biliary tract on three occasions. When operated for the third time, procedure had consisted in latero-lateral choledocoduodenostomy. A year later he developed bouts of cholangitis which persisted during five years although treated by increasingly specific antibiotics: gentamycine and sisomycine. Nonetheless biliary infection continued and turned into a severe septic cholangitis.

Surgery revealed a good calibre anastomosis with no intestinal occlusion below.

At a first stage the anastomosis was undone and the common duct was closed over a T tube, since duodenal papilla allowed easy passage of sounds. Upon persistence of sepsis it became necessary to perform a wide hepatojejunostomy over a Roux en Y loop. After a difficult postoperative fever disappeared and he recovered completely.

The interest of this report lies in the persistence and seriousness of septic cholangitis regardless of a fully patent choledocoduodenostomy.

NOTA: El paciente, que lleva 1 año y 8 meses de operado, al entrar en prensa este artículo se encuentra muy bien y no ha repetido los empujes de angiocholitis.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BENGOLEA A, VELASCO SUAREZ C. Las anastomosis biliodigestivas y las angiocholitis ascendentes. *Rev Cir Bs Aires*, 18: 299, 1939.
- BERNHARD F. Das Ubertreten von Magen oder Duodenalinhalt in die Gallenwege nach operativ angelegten Anastomosen, besonders nach der Cholédocho-duodénostomie, im Röntgenbild und seine klinische Bedeutung. *Der Chirurg*, 6: 444, 1934.
- BISMUTH H. Comunicación personal. 1978.
- CHAMPAULT G, MORAND L, BARS L. Angiocholite et reflux digestif apres chirurgie de la lithiase biliaire. *Med Chir Dig*, 7: 487, 1978.
- CHAMPEAU M, PINEAU P. Chirurgie des voies biliaires. Paris. Masson, 1952.
- FINSTERER H. Anastomosis biliodigestivas. La coledocoduodenostomía en particular. *Rev Cir Bs Aires*, 18: 133, 1939.
- FUCHSIG P. Zur Operation rezidivierter nerbiger Gallengangsstenosen nebst Bemerkungen. *Chirurg*, 30: 413, 1959.
- MADDEN JL, CHUN JY, KANDALAFI S, PAREKH M. Choledochoduodenostomy. An unjustly maligned surgical procedure. *Amer J Surg*, 119: 45, 1970.
- MALLET GUY P. L'angiocholite ascendente après les anastomoses de la voie biliaire principale, son traitement par l'exclusion duodénale. *Rev Chir*, 52: 175, 1933.
- MALLET GUY P, JOUVINROUX P. Resultat fonctionnels éloignés de la cholédocoduodenostomie d'indication relative. I Analyse d'une nouvelle série de 159 cas (1953-1964). *Lyon Chir*, 63: 543, 1967.
- MALLET GUY P, MICHOUILLER J. Resultats fonctionnels éloignés de la cholédocoduodenostomie d'indication relative II. Le danger dentaire. *Lyon Chir*, 63: 560, 1967.
- MEROLA L, FRONZUTTI A. Reflujo duodeno canalicular biliopancreático. *Cir Uruguay*, 47: 232, 1977.
- NEIDHARDT M. Zur Frage der Cholangitis nach Choledochoduodenostomie. *Zbl Chir*, 85: 1776, 1960.
- PIQUINELA JA. Las anastomosis biliodigestivas en el tratamiento de la litiasis de la vía biliar principal. *Dia Med Urug*, 26: 2989, 1960.
- PRADERI R, MAZZA M, GOMEZ FOSSATI C, ESTEFAN A. Tratamiento de las lesiones iatrogénicas de la vía biliar principal. *Cir Uruguay*, 48: 108, 1978.
- SUIFFET C, ITUÑO C. Coledocoduodenostomía. *Cir Urug*, 44: 71, 1974.
- SZANTO I, BOZALYI I, VAMOSI IN, SARDAKI G. Purulent cholangitis and hepatic abscess after choledochoduodenostomy diagnosed by ERCP. *Endoscopy*, 11: 70, 1979.
- THOMAS C, NICOLSON Ch, OWEN J. Effectiveness of choledochoduodenostomy and transduodenal sphincterotomy in the treatment of benign obstruction of the common duct. *Ann Surg*, 173: 845, 1971.
- VALDONI P. Drenaggio biliaire interno. *Minerva Chir*, 9: 533, 1954.