

Litiasis coledociana secundaria a cuerpos extraños

PALABRAS CLAVES: (KEY WORDS, MOTS CLES) MEDLARS:
COMMON BILE DUCT CALCULI

RESUMEN:

Se presentan dos casos clínicos de cuerpos extraños que formaron núcleo de cálculos en la vía biliar. Uno, el extremo distal de un tubo transcístico y el otro hilos de mersylene. Se hace una revisión del tema.

SUMMARY:

CHOLEDOCAL LITHIASIS DUE TO FOREIGN BODIES.

Two cases of foreign bodies that were the core of biliary calculi are presented. One was the distal end of a transcistic drainage, the other was a piece of non reabsorbable suture. A review of the point is done.

RESUME:

LITHIASSE CHOLEDOCIENNE SECONDAIRE Á DES CORPS ETRANGERS.

On présente deux cas cliniques de corps étrangers qui ont formé le noyau des calculs biliaires. Ce sont l'extreme d'un tube transcystique et l'autre matériel de suture non résorbable.

Si bien la teoría metabólica es actualmente la más aceptada en la génesis de los cálculos biliares, existen otros factores que deben ser tenidos en cuenta. Entre ellos debemos citar: infección, estasis y cuerpos extraños (5).

Bacterias, parásitos, hilos irreabsorbibles utilizados en operaciones previas sobre la vía biliar han sido encontrado formando núcleo de cálculos biliares (1,3). Como lo señala B. Delgado en su publicación del año 1969 a propósito de dos pacientes en los cuales el lino fue encontrado formando núcleo de cálculos biliares; la frecuencia aumentaría si se buscara en forma sistemática en las reintervenciones por litiasis, la constitución del núcleo calcúloso.

A continuación presentamos dos casos clínicos en los cuales cuerpos extraños fueron encontrados formando núcleo de cálculos biliares. En uno de ellos el extremo distal de un tubo transcístico y en el otro hilos de mersylene utilizados en una intervención previa sobre la vía biliar.

Presentado en la Sociedad de Cirugía el 7 de Julio de 1982.

Asistentes, Ex-Asistente de Clínica Quirúrgica, Médico Anat. Patólogo.

Dirección: Ibcuy 1116, Montevideo (Dr. A. Piñeyro)

Dres.

ALBERTO PIÑEYRO, JOSE L. RODRIGUEZ,
LUIS CARRIQUIRY, LUIS FALCONI, JULIO C.
PRIARIO.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "B" (Director
Prof. Jorge Pradines)
H. de Clínicas Fac. de Medicina, Montevideo.

El primer caso se trata de una paciente de 56 a. M. I., N° Reg. 59.853, operada en 1971 por litiasis biliar, se le practicó una colecistectomía y se dejó un tubo transcístico al no poder disponer de colangiografía intraoperatoria. Luego de una colangiografía postoperatoria normal se intentó sacar el tubo transcístico, lo que no se logró; dejándolo traccionado mediante leucoplasto fijado a la pared abdominal.

A la próxima consulta la paciente manifiesta que el drenaje se salió solo. Pasa asintomática hasta Abril/80 en que consulta por dolores cólicos intensos en hipocondrio derecho.

La colangiografía intravenosa mostró un hepatocolédoco muy dilatado, proyectándose en su interior imagen tubular por posible persistencia del tubo de drenaje. Imágenes ovaladas radiolúcidas con caracteres de litiasis concomitante. (Fig. N° 1).



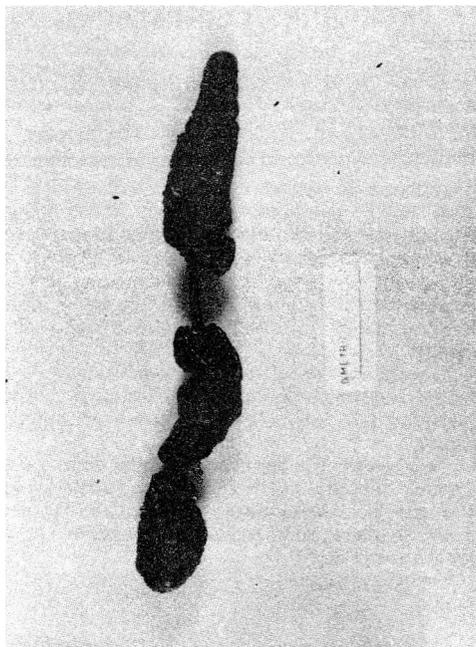
Se opera en Mayo/80 constatándose colédoco de 30 mms. con gruesos cálculos en su interior. Al abrir el colédoco se constata el extremo distal del drenaje transcístico utilizado en la operación anterior sobre el cual se han moldeado 3 gruesos cálculos en forma de rosario. Se practicó la extracción de los mismos y la operación se terminó con una coledocoduodenostomía. (Fig. N° 2).

El segundo caso se trata de un paciente de 65 a. B. O. N° Reg. 345.143 operado en el año 1980 por litiasis biliar. Se le practicó la colecistectomía y coledocostomía con extracción de cálculos, cerrándose la coledocotomía sobre tubo de Kher con mersylene. Un año después reingresa por dolor de hipocondrio derecho e ictericia. Se le practica una colangiografía retrógrada que mostró una litiasis coledociana. En la operación se comprobó colédoco dilatado de unos 20 mms. con 2 cálculos en su interior. Se practicó la extracción de los mismos y se terminó la operación con una coledocoduodenostomía.

El estudio detenido de los cálculos mostró claramente que su núcleo estaba formado por el mersylene utilizado en la operación anterior.

COMENTARIOS

Dr. Suiffet



Las observaciones presentadas son muy interesante y confirman un hecho perfectamente conocido. A pesar de que se usa material no reabsorbible en la cirugía biliar, el hecho no es frecuente. Relataremos una observación en algo similar al primer caso presentado. En el año 1955 intervenimos un paciente colecistectomizado 10 años antes. Su cirujano le expuso que le había dejado un tubo y que mas adelante se lo quitaría. Paso bien muchos años. Luego instaló ictericia y fiebre. En el estudio radiográfico apareció un tubo de 2.5 cm. de largo y 1 cm. de espesor, topografiado en la zona subhepatica. Sospechamos que ese tubo estuviera dentro de la vía biliar principal y que se hubiera dejado luego de reparar una lesión accidental de ella. La intervención fue muy laboriosa. Se necesitó una abertura longitudinal del coledoco muy extensa para extraer un tubo de goma que estaba empotrado en una formación petrea de origen biliar. Nos permitimos hacer una reserva sobre el uso de materiales reabsorbibles sintéticos de reabsorción lente en la vía biliar. Como su reabsorción puede alcanzar a 40 o 60 días, es posible que puedan haber precipitaciones biliares antes de su desaparición. Lo ideal es el uso de catgut 000 enhebrado en aguja atraumática, cuando es posible disponer de el. Nuestro recordado consocio y amigo, el Prof. L. Merola tenía dos observaciones de pacientes colecistectomizados en los cuales el canal cístico había sido, ligado con hilo de lino. Fueron operados años después por él, habiendo comprobado litiasis coledociana con el hilo de lino como núcleo de la litiasis. Las observaciones presentadas son de valor para insistir sobre un hecho de real importancia en la cirugía biliar.

Dr. B. Delgado

CONCLUSIONES

Coincidiendo con otros autores (4,6) luego del análisis de éstos dos casos, podemos concluir:

- 1°) Se debe proscribir el uso de hilos irreabsorbibles en cirugía biliar. Actualmente se dispone en el mercado de hilos de ésteres poliglicólicos (tipo dexton o vycril) por lo que su uso debe ser rutina.
- 2°) Se debe practicar el estudio sistemático del núcleo calculoso en las reintervenciones biliares.

REFERENCIAS
BIBLIOGRAFICAS

- 1 AHLBERG, A. Silk ligature as a cause of choledocolitiasis after colecistectomy. Acta Chir Scand, 118:22, 1959.
- 2 DELGADO, B. Litiasis biliar por hilo. Cir Uruguay, 39:25, 1969.
- 3 JAUBERT DE BEAUJEU, M. Corps étranger du choledoque. Lyon Chir, 51:370, 1956.
- 4 LEBORGNE, J. BASQUE, Y. HOREAU, J. H. SUDRY P. Le Neel, J. C. Calcul choledocien sur fil migrateur. J Chir, 118:343, 1981.
- 5 MAINGOT, R. Abdominal Operations. New York, Appleton Century Crafts, 1980. vol I.
- 6 SAVA, P. CAMELOT, G. GRANDMOTTET, P. GISSELBRECHT, H et GILLET, M. Corps étrangers non parasitaires de voies biliaires. Lyon Chir, 74:188, 1978.

Hace años que venimos insistiendo en que la sutura del muñón cístico hay que hacerla con catgut y que el colédoco hay que suturarlo con catgut. Sin embargo, apesar de que ese es un hecho conocido, el Dr. Piñeyro estará de acuerdo conmigo que casi todos los cirujanos ligan con lino a pesar de eso. Nosotros nos hemos tomado la preocupación permanente de desintegrar los cálculos para ver los núcleos y les puedo asegurar que podríamos juntar unos cuantos que tenían lino en su interior. A nosotros tampoco nos gusta el ácido poliglicólico, usamos catgut simple para el colédoco y el muñón cístico. El único problema discutible es que material usar para las anastomosis bilio-digestivas que es un problema distinto en el que nunca hemos visto un cálculo cuyo núcleo fuera un hilo. En realidad uno piensa que no tendría que suceder porque el lino tiene que caer a la luz. Nosotros en las suturas bilio-digestivas usamos hilo irreabsorbible. Todo lo demás lo hacemos con catgut. Sin embargo nos damos cuenta de que es un hecho raro porque las instrumentistas son las que cuando nosotros les pedimos el catgut nos dicen ¿catgut? Como diciendo este cirujano es un ignorante, con cara de asombro. Pero creo que cuando alguno de los cirujanos tenga que reoperar a un enfermo porque tiene un lino adentro del cálculo, entonces se van a dar cuenta que tienen que usar material reabsorbible.