

# Migración de drenaje biliar (tubo de Kehr) transpapilar al duodeno (A propósito de un caso)

Dres.: Roberto Delbene, Omar Rompani, Enrique Sojo y Jorge Pradines

Los autores presentan una complicación infrecuente de un drenaje biliar. Se trata de una migración espontánea por vía transpapilar del sector bifurcado de un drenaje de Kehr coledociano hacia al duodeno a posteriori de una papilotomía endoscópica.

## INTRODUCCION

Los drenajes biliares cuya finalidad conocida por todos los hacen imprescindibles en la moderna cirugía biliar no son inocuos e inclusive no estan exentos de complicaciones (1). Estas son innumerables lo que transforma en una tarea difícil de sistematizar.

Pereira Bonasso (3) agrupa las complicaciones en 2 grupos : 1) defectos de construcción por

- a) fragilidad del material
- b) poca flexibilidad
- c) desprendimiento de una de las ramas por defecto de soldadura.
- d) existencia de septum

### 2) defectos de técnica

- a) mala elección de drenaje por diámetro excesivo o insuficiente.
- b) incorrecta colocación endobiliar, altas pudiendo llegar a la obstrucción del confluente hepático, o que la rama superior se introduzca en el muñon cístico. Bajas, intubación transpapilar con probable obstrucción del Wirsung, reflujo duodeno pancreático, necrosis duodenal.
- c) configuración de la rama endobiliar muy corta con peligro de deslizamiento hacia afuera (5).
- d) reducción excesiva de la rama transversal para la confección de la canaleta con posible acodadura. Hess (2) considera innecesario la hendidura longitudinal, no aconsejándola por peligro de obstrucción o acodadura.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 10 de junio de 1981.

Asistentes, Profesor Adjunto y Profesor de Clínica Quirúrgica.

Dirección: 21 de Setiembre 2805 - Apto. 803. Montevideo. (Dr. R. Delbene).

*Trabajo de la Clínica Quirúrgica "B" (Prof. J.C. Pradines). Hospital de Clínicas, Montevideo.*

Este autor realiza una clasificación de las complicaciones según su presentación clínica de gran utilidad para detectar su etiología y rápido tratamiento.

Hess (2) presenta una estadística de 2959 operaciones complicadas de cirugía biliar en la cual 99 enfermos tuvieron alteraciones, es decir un 3.3% derivadas de los drenajes biliares, porcentaje que sube al 8% si se tiene en cuenta solo los enfermos que se colocó drenajes.

Queremos presentar una complicación infrecuente que no hemos podido detectar en la bibliografía a nuestro alcance.

## OBSERVACION CLINICA

S.R.S. 34 años. Sexo femenino.

*Anamnesis:* Ingresó el 13/11/80 con dolor epigástrico, de tipo cólico con irradiación a ambos hipocondrios. Chuchos de frío y vómitos biliosos de diez horas de evolución.

*Antecedentes Personales:* Intervenida de su vía biliar en Chile, hace cuatro años. Desde su intervención frecuentes episodios similares. Niega ictericia.

*Examen:* Dolor en epigástrico e hipocondrio derecho. Resto s/p.

*Evolución:* A las cuarenta y ocho horas del ingreso ictericia franca coluria y fiebre de 38 grados.

*Exámenes Paraclínicos:* Funcional Hepático - tripode obstructivo con bilirrubinemia aumentada (3mg) a predominio directa. Fosfatasa alcalina de 400 miliunidades, colesterol aumentado (265 mg%). Pruebas de floculación normales.

Con estos elementos y la evolutividad del cuadro se realiza el diagnóstico de síndrome coledociano y se decide la intervención.

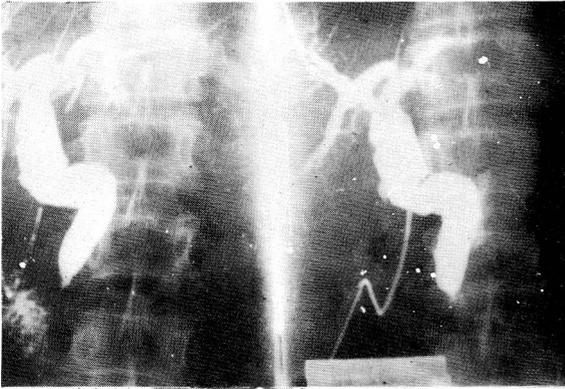
*Intervención Quirúrgica (20/11/80):* Incisión transversal derecha.

*Exploración:* se comprueba que la intervención anterior era una colecistectomía, dilatación coledociana aproximadamente de 15 a 20 mm de diámetro sin pericoledocitis. No se palpa litiasis en la vía biliar principal. Páncreas sin alteraciones.

Colecotomía transversal, bilis clara.

La exploración instrumental muestra buen pasaje papilar. Coledocostomía transversa supraduodenal sobre tubo de Kehr No. 12.

Se realiza colangiografía intraoperatoria, que muestra coledoco dilatado, sin imágenes litiasicas, buen pasaje al duodeno con papila que impresiona como normal.



**Fig. 1 - Primera colangiografía post operatoria: persiste dilatación de la vía biliar principal.**

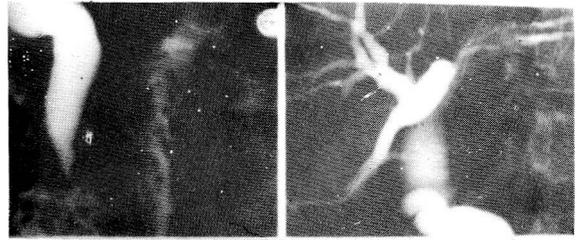


**Fig. 2 - Colangiografía de control muestra el extremo del tubo de Kehr en duodeno.**

En vista de la exploración y la colangiografía se decide degravitar mediante drenaje del Kehr como único gesto sobre la vía biliar.

**Postoperatorio:** Sin complicaciones, cede la ictericia y la enferma tolera el pinzado del tubo de Kehr realizado en forma progresiva desde el quinto día del postoperatorio.

**Primera colangiografía postoperatoria**(Fig. 1): Persiste la dilatación de la vía biliar principal. Vía biliar intrahepática no dilatada. En coledoco yuxtapapilar imagen de estenosis con escaso pasaje del medio de contraste al duodeno. No se observan imágenes de litiasis.



**Fig. 3 - Colangiografía transpapilar.**

Se realiza tratamiento con coledococlasia, a los diez días se realiza;

**Segunda colangiografía postoperatoria:** muestra una imagen similar a la anterior manteniéndose la dilatación coledociana y la estenosis papilar.

Ante estos elementos se plantea una papilitis retractil estenosante.

Consultado uno de nosotros (E.S.) se decide realizar una exploración endoscópica con colangiografía retrograda transpapilar.

Endoscópicamente se visualiza una papila de caracteres normales. Se opacifica el coledoco, constatándose gran dilatación de las vías biliares, con poco pasaje del medio de contraste al duodeno. Ante la dificultad en la cateterización de la papila, el retardo en la evacuación y la ausencia de litiasis, confirmamos la presencia de una papilitis.

Se realiza por lo tanto una *papilotomía endoscópica*  
**Reingreso:** Un mes después del alta por cuadro doloroso abdominal "en barra" de hemivientre superior. No ictericia ni fiebre.

Por el drenaje secreción opaca, verdosa con sedimento.

Se realiza colangiografía por el tubo de Kehr.

**Tercera colangiografía postoperatoria** (Fig. 2): Muestra el extremo del tubo de Kehr en la primera porción duodenal realizándose al inyectar el contraste una radiografía que muestra pliegues gastroduodenales.

Se retira el tubo de Kehr mejorando el cuadro clínico, desapareciendo el dolor. Cierre espontáneo de la fistula bilio cutánea del trayecto del Kehr.

Ante esta incidencia se plantea una nueva colangiografía transpapilar.

**Colangiografía transpapilar:** Visualizándose una vía biliar dilatada con afinamiento menor del coledoco distal, persistencia del esfínter superior del Oddi y buen pasaje al duodeno. (Fig. 3)

## COMENTARIO

Se presenta una complicación no frecuente de un drenaje biliar por tubo de Kehr.

Es de destacar que dicha complicación se produjo a posteriori de una papilotomía por vía endoscópica.

El cuadro doloroso del reingreso y su retroceso total al retirar el tubo de Kehr, puede ser explicado por la obstrucción de la secreción pancreática a la ocupación de la luz papilar por el drenaje biliar. (4) Recuerda la situación de los drenajes transpapilares de Cattell, que en oportunidades se complicaban con cuadros pancreáticos por lo que fueron abandonados. (1)

Indudablemente esta incidencia y su solución quizá no completan el tratamiento global de la enferma que deba seguir controlándose en policlínica, pero el hecho de que la papila haya permitido

el pasaje de un tubo de Kehr implica que difícilmente se produzca estasis en una vía biliar alitiásica como la que presenta la paciente.

#### SUMMARY

#### Transpapillary Migration to the Duodenum of a Biliary Drainage Pipe (Kehr's Drainage Pipe)

The authors present an unusual complication of a biliary drainage pipe. It is a spontaneous transpapillary migration of the forked portion of a kehr's drainage pipe to the duodenum after an endoscopic papillotomy.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CRESTANELLO F.A.: Drenajes biliares. Manejo y finalidades En; Larre Borges, Cazaban, Del Campo. Maniobras básicas médico quirúrgicas. 2da. edición Tomo 1 of. del libro, Montevideo 1980.
2. HESS W.: Enfermedades de las vías biliares y del páncreas. Barcelona Científico Médica. 3era Edición 1980
3. PEREIRA BONASSO J.: Tubo de Kehr en la cirugía biliar. Indicaciones y técnicas. Curso de Post Grado de Cir. Biliar, Clínica Quir. "A". Prof. A. Chifflet. 1967 (inédito)
4. PRADERI R., ESTEFAN A.: Itubación canalaire pour cancer de voies biliaires. *Encycl. Med. Chir. Technic. Chir. T. 3 402.07, 40972. 1977.*
5. PRADERI R., MAZZA M., GOMEZ FOSSATI C., ESTEFAN A.: Tratamiento de las lesiones iatrogénicas de la vía biliar principal, *Cir. del Uruguay* 48: 108, 1978.