

Diagnóstico preoperatorio de las ictericias colostáticas “problema”

Dr. Alberto Estefan, Dr. Luis Pérez Billi,
Dr. Jorge González, Dr. Gustavo Nuchowich,
Dr. Enrique Sojo.

Los autores analizan una serie de 26 enfermos portadores de una ictericia colostática “problema”. El diagnóstico diferencial entre ictericia “médica” y “quirúrgica” fue establecido en todos los casos mediante el empleo del esquema algorítmico de S. Sherlock modificado. El diagnóstico etiológico fue: cáncer biliar, 9 casos; coledocolitiasis, 5 casos; cirrosis, 3 casos; cáncer pancreático, compresión biliar extrínseca, pancreatitis crónica y hepatitis 2 casos cada uno y cirrosis asociada a coledocolitiasis, 1 caso.

Enfatizan que el diagnóstico de ictericia colostática “médica” sólo puede ser establecido después de demostrar colangiográficamente la existencia de una vía biliar expedita. El esquema diagnóstico propuesto cumple con este requisito fundamental y, además, ha demostrado ser práctico y relativamente sencillo.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Cholestasis / Diagnosis.

SUMMARY: Pre-operative diagnosis of “problem” cholestatic jaundice.

Authors analyze a series of 26 patients effected by “problem” cholestatic jaundice. Differential diagnosis between “medical” and “surgical” jaundice was established in all cases by the use of a modified form of S. Sherlock’s algorithmic scheme. The etiological diagnosis was: Biliary cancer: 9 cases; choledocholithiasis: 5 cases; cirrhosis: 3 cases; pancreatic cancer, intrinsic biliary compression, chronic pancreatitis and hepatitis: 2 cases each; and cirrhosis associated with choledocholithiasis: 1 case.

Clinica Quirúrgica “3” (Director Prof. Dr. Raúl Praderi), Hospital Maciel. Fac. de Medicina, Montevideo.

Emphasis is laid on the fact that “medical” cholestatic jaundice can only be established after having proved by means of a cholangiography that there exists an expeditious bile passage. The diagnosis scheme proposed fulfills this fundamental requisite and, besides, has proved to be practical and relatively simple.

RESUMÉ: Diagnostic préopératoire des ictères cholestatiques problème.

Les auteurs analysent une série de 26 malades atteints d’une ictère cholestatique problème. Le diagnostic différentiel entre ictère médicale et chirurgicale a été établi dans tous les cas à travers l’emploi du schéma de S. Sherlock modifié. Le diagnostic étiologique fut le suivant: cancer biliaire, 9 cas; cholécolithiase, 5 cas; cirrhose, 3 cas; cancer pancréatique, compression biliaire, extrinsèque, pancréatique chronique et hépatite, 2 cas chacun; et cirrhose associée, à cholécolithiase, 1 cas.

Ils remarquent que le diagnostic d’ictère cholestatique doit être établi après avoir démontré l’existence d’une voie biliaire expédite. Le schéma proposé s’ajuste à cette condition fondamentale et en plus il a démontré être pratique et relativement simple.

INTRODUCCION

La ictericia colostática puede ser definida como aquella ictericia que transcurre con una disminución de la cantidad de bilirrubina conjugada y otros componentes de la bilis normal que llegan al duodeno^(20, 30). Esta interrupción al flujo normal de la bilis puede ocurrir a cualquier nivel, desde el hepatocito (luego de efectuada la glucoronoconjugación de la bilirrubina indirecta en los microsomas) al duodeno.

Presentado como Tema Libre al 34° Congreso Uruguayo de Cirugía, Montevideo, 27 de noviembre al 1° de diciembre de 1983.

Prof. Agregado de Clínica Quirúrgica, Médicos Auxiliares, Prof. Adjunto de Radiología, Prof. Adjunto de Clínica Quirúrgica.

Dirección: José H. Figueira 2302, Montevideo.
(Dr. A. Estefan).

El término ictericia colostática debe reemplazar al de ictericia obstructiva para definir esta entidad anátomo-clínica-biológica. En efecto, la obstrucción mecánica del flujo biliar es sólo una de las causas, denominadas "quirúrgicas", responsables del síndrome icterico.

El problema central que enfrenta el clínico o cirujano frente a una ictericia colostática es establecer el diagnóstico etiológico. En otras palabras, se debe establecer si la ictericia es originada por una obstrucción mecánica biliar que requiere una intervención quirúrgica; o si por el contrario, es originada por una causa "médica" en donde la cirugía no sólo es innecesaria sino riesgosa^(11, 24, 26).

Un 80-90% de precisión diagnóstica posee la clínica para establecer el diagnóstico diferencial entre ictericia obstructiva y no obstructiva⁽²⁹⁾. En 1973 Knill-Jones y cols.⁽¹⁹⁾ reportan que un análisis de la historia clínica, examen físico y estudios paraclínicos pueden distinguir entre ictericia obstructiva y "médica" en el 89% de los pacientes testados. En adición, esta distinción puede ser predicha con un nivel de probabilidad del 0,96 en el 80% de los enfermos. Más recientemente, Lument y cols.⁽²³⁾, en 1980, publicaron un análisis comparativo de la evaluación clínica (E.C.) que incluye los estudios de laboratorio de rutina y los siguientes estudios imagenológicos: ecotomografía (U.S.), tomografía computada (T.C.) y medicina nuclear (M.N.), en 62 pacientes ictericos. La evaluación clínica fue efectuada por dos Gastroenterólogos y sin la ayuda que implica el conocer los resultados de la U.S., T.C. o M.N. El índice de seguridad diagnóstica de la E.C., U.S., T.C. y M.N. fue del 84%, 78%, 81% y 68% respectivamente. Este estudio sugiere que un médico entrenado es tan bueno o incluso mejor que la U.S., T.C. o M.N. en la evaluación de un enfermo icterico.

Existe, sin embargo, un porcentaje variable de enfermos con una ictericia colostática en donde es necesario recurrir a otros estudios para poder establecer el diagnóstico etiológico. Es la llamada "ictericia colostática problema". Con el advenimiento de los nuevos procedimientos de diagnóstico de que actualmente disponemos: ecotomografía (U.S.), tomografía computada (T.C.), centellografía biliar (C.B.), colangiografía transparietohepática (C.T.P.H.), colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (C.P.E.R.), este problema se ha visto sensiblemente superado. La interrogante que se plantea es: ¿cuál o cuáles de estos procedimientos imagenológicos están indicados y con qué secuencia lógica?

Esta comunicación tiene por finalidad de exponer y discutir nuestra experiencia con el

esquema algorítmico de S. Sherlock⁽³⁰⁾ modificado en el manejo diagnóstico de la "ictericia colostática problema".

MATERIAL Y METODOS

El esquema algorítmico empleado se esquetiza en la figura N° 1. La modificación al esquema original⁽³⁰⁾ consiste en detener el estudio diagnóstico si la U.S. demuestra la asociación de una vía biliar dilatada a una litiasis hepato-coledociana.

El diagnóstico final fue corroborado siempre por la exploración operatoria, autopsia o la fibrolaparoscopia con biopsia hepática.

Fueron incluidos en la serie todos los enfermos que reunían las siguientes condiciones preestablecidas:

- 1) Ictericia colostática en la cual la clínica y los exámenes biológicos convencionales de evaluación hepática (bilirrubinas, fosfatasas alcalinas, transaminasas G.O. y G.P., mapeo enzimográfico hepático) no permitían el diagnóstico diferencial de certeza entre una ictericia "médica" o "quirúrgica".
- 2) Antígeno Australiano negativo.
- 3) Ausencia de antecedentes de colecistectomía por litiasis y/o de anastomosis bilio-digestiva, o que la clínica y/o la U.S. demostrara un hígado uni o multinodular, por cuanto estos enfermos son tributarios de otro tipo de encare diagnóstico.

La serie está integrada por 26 pacientes. Corresponden a 16 mujeres y 10 hombres. La edad varió entre 19 y 71 años, con una media de 53 años. El tiempo de ictericia fluctuó entre 9 días y 18 meses, con una media de 1,5 meses.

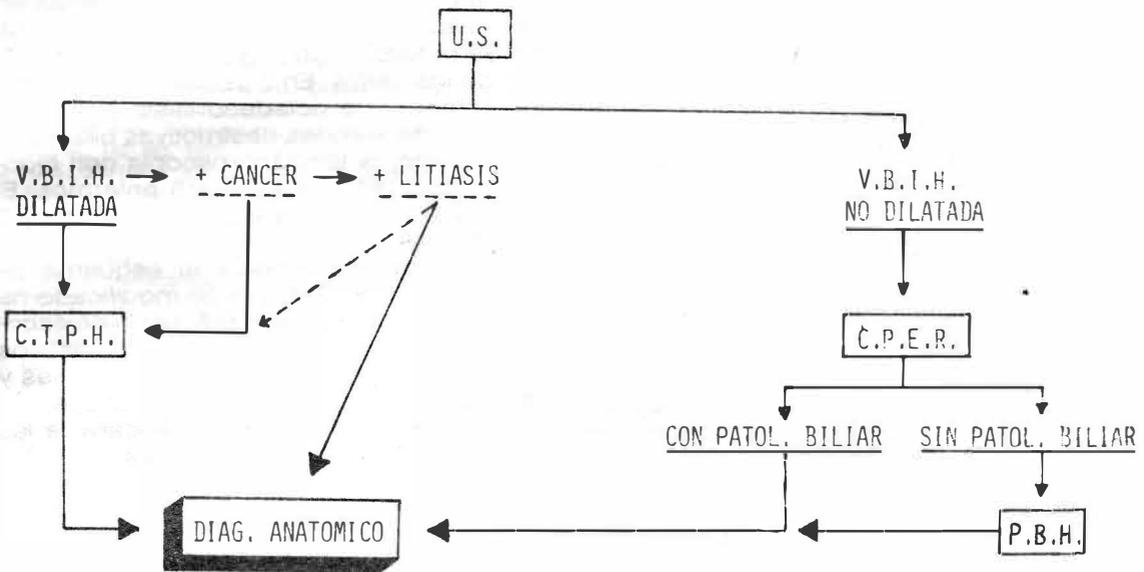
RESULTADOS

El diagnóstico etiológico se estableció en la totalidad de los 26 casos estudiados (Tabla N° 1). El comportamiento de cada uno de los procedimientos diagnósticos empleados se resume en la Tabla N° 1.

No se comprobó morbilidad ni mortalidad con el empleo de los procedimientos invasivos (C.T.P.H., C.P.E.R., fibrolaparoscopia con biopsia hepática).

DISCUSION

En una ictericia colostática "problema", el diagnóstico de ictericia colostática "médica" es, a nuestro criterio, un diagnóstico esencialmente de descarte. En otras pa-



labras, sólo se puede afirmar esta alternativa diagnóstica sin posibilidades de errores groseros, luego que un hepatocolangiograma completo obtenido por C.T.P.H. o C.P.E.R. demuestre una vía biliar expedita. El incumplimiento de este precepto puede llevar a cometer groseros errores diagnósticos y terapéuticos de los cuales tenemos varios ejemplos demostrativos.

Es bajo esta premisa, que consideramos fundamental, que hemos adoptado el esquema algorítmico diagnóstico propuesto por S. Sherlock⁽³⁰⁾.

La U.S. es un excelente procedimiento para determinar la existencia o ausencia de dilatación de la vía biliar intrahepática. En efecto, su índice de sensibilidad varía entre el 80 y 95% de los casos^(5, 15, 28, 29). En nuestra serie el diagnóstico fue correcto en el 94,8% (18/19). En el único caso de falso negativo la obstrucción biliar era secundaria a litiasis coledociana. En adición, la U.S. diagnosticó correctamente el 40% de las litiasis coledocianas (2/5) y 4 litiasis vesiculares que en 1 caso se asociaba a litiasis coledociana, en otro a hepatitis y en 2 a cirrosis.

En 4 casos de cirrosis la U.S. sospechó esta afección en 3 (75%). La U.S. posee ventajas evidentes como primer examen imagenológico en un enfermo icterico: no tiene contraindicaciones formales, no es un procedimiento invasivo, no utiliza radiaciones ionizantes y posee un costo razonable. Sin embargo, tiene desventajas que deben ser tenidas en cuenta: el diagnóstico etiológico de la obstrucción sólo puede ser establecido en el 55% al 75% de los casos y el diagnóstico topográfico en el 45% al 55%^(1, 5, 20, 28, 30), no permite un mapeo hepatocolangiográfico que resulta fundamental en la decisión de la táctica y técnica quirúrgica, posee una pobre resolución para explorar el 1/3 distal del colédoco, baja sensibilidad para el diagnóstico diferencial entre cáncer pancreático y pancreatitis crónica, distorsiones de las imágenes por la presencia de gases, curaciones o drenajes, exige un técnico entrenado y competente. En suma, dos conclusiones fundamentales en cuanto al aporte de la U.S. en el diagnóstico de una "ictericia colostática problema": 1) existencia o ausencia de dilatación biliar; 2) presen-

cia de coledocolitiasis asociada a dilatación biliar. El diagnóstico ecográfico de litiasis vesicular no debe llevar a la conclusión simplista de que la ictericia es secundaria a coledocolitiasis.

La C.T.P.H. fue practicada en 16 casos en los que la U.S. demostró una vía biliar dilatada. No se efectuó este procedimiento y fueron operados 2 pacientes en los cuales la U.S. demostró la coexistencia de dilatación biliar y coledocolitiasis.

La C.T.P.H. ha demostrado tener un índice de positividad del 90-95% cuando la vía biliar intrahepática está dilatada. Sin embargo, cuando no existe dilatación biliar el índice baja al 70-75%^(1, 2, 13, 25, 27). El porcentaje de positividad está señalado fundamentalmente por la existencia o no de dilatación de la vía biliar intrahepática y no por la experiencia del técnico actuante⁽¹⁴⁾.

La C.P.E.R. posee una positividad del 85-95%^(1, 12, 16, 24, 34) que depende exclusivamente de la posibilidad de localizar y cateterizar la ampolla de Vater lo que está en relación directa con la experiencia y habilidad del endoscopista.

La morbimortalidad de la C.T.P.H. y de la C.P.E.R. son similares, variando entre el 0,5% al 1,5%^(1, 2, 12, 13, 16, 25, 26, 27, 34), y el costo de la primera es menor que el de la segunda. Por lo demás, en casos de obstrucciones biliares totales o muy cerradas no es posible obtener imágenes colangiográficas por encima de la obstrucción cuando se emplea la C.P.E.R. En estos casos se hace necesario recurrir a la C.T.P.H. para así lograr un mapeo colangiográfico completo. Es por estas razones que entendemos que la C.T.P.H. es el procedimiento de elección para estudiar una ictericia colostática toda vez que la U.S. demuestre una vía biliar intrahepática dilatada. En caso contrario, es la C.P.E.R. el procedimiento a utilizar.

Tanto la C.T.P.H. como la C.P.E.R. poseen la enorme ventaja sobre los otros métodos imagenológicos (U.S., T.C., C.B.) de lograr un excelente mapeo de la totalidad de la vía biliar. El hepatocolangiograma permite establecer en el preoperatorio la presencia o ausencia de lesiones obstructivas, y en presencia de una obstrucción biliar: la etiología, topografía, grado de obstrucción, existencia de dilatación biliar supraestrictural, estado anatómico de la confluencia biliar superior, distribución anatómica de la vía biliar intrahepática y la concomitancia de patología biliar. Estos datos son, obviamente, de fundamental importancia por cuanto permiten al cirujano proceder a la laparotomía con una idea exacta de la situación anatomoclínica en cuestión y de sus posibles soluciones terapéuticas.

En los 16 casos en que se intentó la C.T.P.H. se logró la opacificación de la vía biliar y se estableció el diagnóstico de ictericia obstructiva en todos los casos. El diagnóstico etiológico se pudo establecer en 15 casos (93,7%) y se sospechó en 1 caso (6,3%).

La C.P.E.R. se efectuó en 7 pacientes en los cuales la U.S. no demostró dilatación biliar. Se obtuvo un colangiograma en la totalidad de los casos. En 2 pacientes demostró la existencia de coledocolitiasis y en 5 la ausencia de lesiones obstructivas biliares.

Por último, la fibrolaparoscopia con biopsia hepática se practicó en 5 enfermos. El diagnóstico etiológico final fue: 2 cirrosis y 2 hepatitis.

En nuestra experiencia el esquema algorítmico de S. Sherlock⁽³⁰⁾ modificado ha demostrado ser sencillo, práctico y de excelentes resultados (100% de diagnósticos etiológicos) evitando laparotomías inútiles y riesgosas. Por estas razones constituye, actualmente, nuestro modo de encarar a las "ictericias colostáticas problemáticas".

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BIMGAR B L.: Biliary tract obstruction: new approaches to old problems. *Am. J. Surg.*, 135: 19, 1978.
2. BORY R., DUBREVIL A., TREPO C.: Cholangiographie percutanée transhépatique a l'aiguille fine. *Nouv. Presse Med.*, 6: 829, 1977.
3. CROCI F., PETERSEN F., RETICH G., ARCE E., DELGADO B.: Utilidad de la ultrasonografía en el diagnóstico de la enfermedad hepato-biliar. *Cir. Urug.*, 51: 557, 1981.
4. DANZI T.: Diagnostic approach to the diagnosed icteric patient and the patient suspected of having pancreatic neoplasia. *Guthrie Bull.*, 48: 195, 1979.
5. DELGADO B., GAUDIANO J., MUXI F., PETERSEN F., SALICE M., SOJO E.: Procedimientos diagnósticos en cirugía hepato-biliar. *Cir. Uruguay*, 51: 536, 1981.
6. ELIAS L., HAMLIN A., JAIN S., LONG R., SUMMERFIELD J., DICK R., SHERLOCK S.: A randomized trial of percutaneous transhepatic retrograde cholangiography for bile visualization in cholestasis. *Gastroenterology*, 71: 439, 1976.
7. ESTEFAN A., KAMAID E., GOMEZ FOSSATI C., DELGADO B., PRADERI R.: Anastomosis colangiodigestivas en el tratamiento del cáncer biliar. *Cir. Urug.*, 47: 51, 1977.
8. ESTEFAN A., POMI J., BOGLIACCINI G., PIGNATA D., BEGUIRISTAIN A., PRADERI R.: Colangiografía transhépatica intraoperatoria. *Cir. Urug.*, 48: 366, 1978.
9. FERRUCCI J., WITTENBERG J., SARNO R., DREYFUS J.: Fine needle transhepatic cholangiography. A new approach to obstructive jaundice. *Am. J. Roentgenol. Ther. Nucl. Med.*, 127: 403, 1976.
10. FUKUMOTO K., KAKAJIMA M., MURAKAMI K., KAWAI K.: Diagnosis of pancreatic cancer by endoscopic pancreatography. *Am. J. Gastroenterol.*, 62: 210, 1974.
11. GREENWOOD S., LEFFLER C., MINKOVITZ S.: The increased mortality rate of open liver biopsy in alcoholic hepatitis. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 134: 184, 1963.
12. GREGG J., McDONALD D.: Endoscopic retrograde cholangiopancreatography and gray-scale abdominal ultrasound in the diagnosis of jaundice. *Am. J. Surg.*, 137: 611, 1979.
13. GRENER M., GIRALT B., NAHUM H.: Apport de l'aiguille de Chiba dans la cholangiographie transhépatique percutanée. *J. Radiol. Electrol.*, 58: 659, 1977.

14. GOLD R., CASARELLA W., STERN N.: Transhepatic cholangiography: the radiologic method of choice in suspected obstructive jaundice. *Radiology*, 133: 39, 1979.
15. GOLDSTEIN L., SAMPLE W., KADELL B.: Gray-scale ultrasonography and thin-needle cholangiography. Evaluation in the jaundice patient. *J.A.M.A.*, 238: 1041, 1977.
16. HALL T., BLACKTONE M., HUGHES R., MOOSSA A.: Prospective evaluation of endoscopic retrograde cholangiography in diagnosis of periampullary cancers. *Ann. Surg.*, 187: 313, 1978.
17. KASUGAY T.: Recent advances in endoscopic retrograde cholangiography. *Digestion*, 13: 76, 1975.
18. KESSLER R., FANKESTEIN D., CLEMENT A., ZIMMON D.: Indications, clinical value and complications of endoscopic retrograde cholangio-pancreatography. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 142: 865, 1975.
19. KNILL-JONES R., STERN R., FIRMES D.: Use of secuencial Bayesian model in the diagnosis of jaundice by computer. *Br. Med. J.*, 1: 530, 1973.
20. KUNE G.: Current practice of biliary surgery. Boston. Little Brown, 1972.
21. LANG E.: Percutaneous transhepatic cholangiography. *Radiology*, 112: 283, 1974.
22. LINDENMUTH W., EISENBERG M.: The surgical risk in cirrhosis of the liver. *Arch. Surg.*, 86: 235, 1963.
23. LUMENT L., SNODGRASS J., SWONDER S.: Final report of a blinded prospective study comparing current non invasive approaches in the different diagnosis of medical and surgical jaundice. *Gastroenterology*, 78: 1312, 1980.
24. MATZEN P., HAUBEK A., HOLST-CHRISTENSEN J.: Accuracy of direct cholangiography by endoscopic or transhepatic route in jaundice. A prospective study. *Gastroenterology*, 81: 237, 1981.
25. NUCHOWICH G., BEGUIRISTAIN A., NAVARRO T., ABASCAL W., PRADERI R.: Colangiografía transparieto-hepática con aguja de Chiba. *Cir. Urug.*, 50: 296, 1980.
26. PAWELL-JACKSON P., GREENWAY B., WILLIAMS R.: Adverse effects of exploratory laparotomy in patients with unsuspected liver disease. *Br. J. Surg.*, 69: 449, 1982.
27. PEREIRAS R., CHIPRUT R., GEEN R., SHIFF E.: Percutaneous transhepatic cholangiography with the "skinny" needle. A rapid, simple and accurate method in the diagnosis of cholestasis. *Ann. Int. Med.*, 86: 562, 1977.
28. PRIAN G., NORTON L., EULE J., EISEMAN B.: Clinical indications and accuracy of gray-scale ultrasonography in the patient with suspected biliary tract disease. *Am. J. Surg.*, 134: 705, 1977.
29. SHENKER S., BALINT J., SCHIFF L.: Differential diagnosis of jaundice. *Am. J. Dig. Dis.*, 7: 449, 1962.
30. SMITH R., SHERLOCK S.: Surgery of the gallbladder and bile duct. London. Butterworths. 1981.
31. STADELMANN O., SAFRANNY L., LOFFLER A.: Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the diagnosis of pancreatic cancer. *Endoscopy*, 6: 84, 1974.
32. TAYLOR K., ROSENTATAL A.: Grey-scale ultrasonography in the differential diagnosis of jaundice. *Arch. Surg.*, 112: 820, 1977.
33. VICARY F., CUSICK G., SHIRLEY I., BLACWELL R.: Ultrasound and jaundice. *Gut*, 18: 161, 1977.
34. ZIMMON D., BRESLAW J., KESSLER R.: Endoscopic cholangiopancreatography. *J.A.M.A.*, 233: 447, 1975.