

Litiasis vesicular:

¿existe el caso en el cual la colangiografía intraoperatoria puede ser obviada?

Dr. Jorge González, Dr. Bruno Di Donna,
Dr. Andrés Colet, Dr. Juan Domínguez,
Dr. Alberto Estefan.

Estudio retrospectivo de 81 enfermos colecistectomizados y en los cuales se efectuó C.I.O. que reunieron los siguientes requisitos: litiasis vesicular única o múltiple con cálculos mayores de 3 cm de diámetro, cístico fino, no palpación de cálculos en la VBP, hepato-coleódoco no mayor de 7 mm y ausencia de pancreatitis. En ninguno de ellos la C.I.O. demostró litiasis de la VBP así como tampoco patología y/o anomalías biliares, de significado quirúrgico, asociadas.

De esta serie los resultados permiten concluir que la C.I.O. de rutina en casos estrictamente seleccionados puede ser obviada sin que ello sea un hecho condeñable.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Common Bile Duct Calculi / Cholangiography.

SUMMARY: Vesicular Lithiasis: Are there cases in which intraoperative cholangiography may be obviated?

Retrospective study of a series of 81 cholecystectomized patients, also subject to intraoperative cholangiography and exhibiting the following requisites: single or multiple vesicular lithiasis, with gallstones more than 3 cm in diameter, fine cystic canal, no gallstones in C.B.D. palpation, hepato-choleódoco no larger than 7 mm and absence of pancreatitis. In none of them the intraoperative cholangiography indicated lithiasis of C.B.D. neither pathology and/or biliary associated anomalies having a surgical meaning.

Clinica Quirúrgica "3" (Director Prof. Dr. Raúl Praderi), Hospital Maciel. Facultad de Medicina, Montevideo.

In this series results lead to the conclusion that Intraoperative cholangiography may, in cases strictly selected, be obviated without configuring a condemnable procedure.

RÉSUMÉ: Lithiase vésiculaire: existe-t-il un cas dans lequel la cholangiographie intraopératoire peut être obviée?

On fait un étude rétrospective de 81 malades cholécystectomisés et dans lesquels on a effectué une CIO, ayant réuni les suivantes conditions: lithiase vésiculaire unique ou multiple ayant des calculs avec un diamètre supérieur aux 3 cm, systique fin, absence de palpation de calculs dans la VBP, hépatocholédoque inférieur à 7 mm et absence de pancréatite. Aucun cas n'a montré lithiase de la VBP ni pathologie et/ou anomalies biliaires associées, ayant une signification chirurgicale.

Basés sur cette série, les résultats nous permettent de conclure que la CIO de routine, peut, dans certains cas strictement sélectionnés être obviée, sans que cela constitue un fait condamnable.

INTRODUCCION

Desde la introducción de la colangiografía intraoperatoria (C.I.O.), por Mirizzi en 1931, este estudio ha ganado un definitivo y justo lugar en la cirugía de las vías biliares⁽⁹⁾.

En la cirugía de la litiasis vesicular en particular, el lugar que ocupa la C.I.O. es controvertida. Así algunos^(11, 12) la emplean de modo rutinario y sistemático. Otros^(5, 6), por el contrario, la emplean en casos seleccionados.

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

Médicos Auxiliares y Prof. Agregado.
Dirección: Isla de Flores 1586 Ap. 1, Montevideo
(Dr. J. González).

patológica de colesterosis en la pieza de exéresis, y la ausencia de litiasis biliar. Fueron analizados detenidamente la historia clínica, exámenes paraclínicos, y resultados del tratamiento quirúrgico.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes fue de 47 años, con una mínima de 25 y una máxima de 67. Hubo un claro predominio en el sexo femenino (77,8%). La obesidad se presentó en 6 casos (33,3%), todos en mujeres. Dos pacientes del sexo femenino presentaron un perfil siquiátrico de tipo neurótico (11,1%).

El tiempo de sufrimiento preoperatorio osciló entre 3 y 35 años, con una media de 14 años y 6 meses. El síntoma más frecuente fue la dispepsia hipoesténica selectiva para excito biliares de grado moderado a severo, que apareció en 13 casos (72,2%). En 12 casos (66,6%) se constató dolor abdominal, permanente o cólico; en 2/3 de los casos se localizó en hipocondrio derecho, y en el 1/3 restante en epigastrio. En 4 casos (22,2%) existió historia de dispepsia intrincada. Un paciente presentó una dispepsia hiperesténica de tipo ulceroso, y otro un síndrome de reflujo gastroesofágico; en ambos casos existían elementos clínicos de sufrimiento biliar marcado. Patologías digestivas asociadas se presentaron en 6 enfermos (33,3%): 1 hernia hiatal, 2 úlcus duodenales, 1 duodenitis, y 2 hernias umbilicales.

Exámenes Paraclínicos. Colesterolemia: 10 casos. Normal en todos ellos.

Quimismo gástrico: 16 pacientes. Normal en 10 (62,5%), hiperclorhidria en 4, e hipoclorhidria en 2.

Sondeo duodenal: 17 pacientes: Normal en 14 (82,3%), cristales de colesterol en concentraciones elevadas en 2, y bilis vesicular hiperconcentrada en 1.

Colecistografía: 18 casos. La vesícula se opacificó correctamente en 15 (83,3%), mientras que en 3 lo hizo débilmente (16,6%). En 4 casos se demostró una malformación vesicular (22,2%): 1 vesícula tabicada, 1 bilolulada, y 2 en gorro frigio. En cuanto al cístico, no se visualizó en 1 caso, fue normal en 2, mientras que apareció en zarcillo en 10 casos (55,5%), y filiforme en 5 (27,7%). Si se adicionan estas 2 últimas disposiciones del cístico, se llega a un 83,3% del total.

Ecografía: 11 casos. Normal en todos.

Tránsito esófago-gastro-duodenal: 16 casos. Sin evidencias de lesión en 14 casos (87,5%), hernia hiatal en 1 caso, y úlcera duodenal en el restante.

Fibroesofagogastroduodenoscopia: 3 casos sin patología, en 1 caso demostró una duodenitis, y una úlcera duodenal en los restantes.

Todos los pacientes fueron intervenidos con el diagnóstico presuntivo preoperatorio de colecistopatía alitiásica, presumiblemente vesícula fresa, unida en muchos casos a sifopatía obstructiva.

El aspecto macroscópico intraoperatorio de la vesícula fue normal en 12 casos (66,6%), paredes engrosadas en 3 casos, y pigmentadas en exceso en 1. Su forma apareció alterada en 3 casos: 2 adoptaban la disposición en gorro frigio, y la otra era bilobulada.

Se practicó la colecistectomía de principio en la totalidad de los casos. En 5 enfermos se efectuaron otros procedimientos por patologías asociadas: funduplicatura de Nissen, 1 caso; piloroplastia y vaguectomía troncular, 1 caso; vaguectomía ultraselectiva, 1 caso; plastia parietal de hernia umbilical, 2 casos.

La morbimortalidad fue nula en esta serie.

La anatomía patológica de la pieza de exéresis mostró una colesterosis polipoidea en 1 caso, y difusa en todos los demás (94,4%).

El seguimiento postoperatorio de los enfermos osciló entre 2 meses y 7 años, con una media de 4 años y 2 meses. Los resultados funcionales fueron excelentes en 12 casos (66,6%), al quedar asintomáticos los pacientes. Se consideraron buenos en 3 casos (16,6%), ya que persistió una dispepsia hipoesténica ocasional en 1 caso, dolor epigástrico también ocasional en 1 caso (paciente que era portadora de una duodenitis), y una dispepsia leve en una enferma que sufría de una fuerte dispepsia intrincada. Los resultados se consideraron regulares en 2 casos (11,1%); se trataba de pacientes en los que persistió una dispepsia moderada. Fue malo en una paciente que luego de 7 años de operada persiste con una dispepsia acentuada (5,6%).

DISCUSION

El promedio de edad de nuestros pacientes es similar al hallado en series más numerosas^(8, 21). En cuanto a la clara predominancia en mujeres, refleja lo reportado en grandes series quirúrgicas^(2, 6, 10, 16, 17, 19, 21). En series autópsicas⁽⁸⁾, parece existir una mayor incidencia en el hombre. Un tercio de los pacientes fueron obesos, punto negado por unos⁽⁸⁾, y jerarquizado por otros⁽⁷⁾.

Los síntomas predominantes, dispepsia hipoesténica selectiva y el dolor, son ines-

pecíficos y comunes a otras patologías biliares litíasicas o alitiásicas^(1, 10, 15). En nuestra serie todos los pacientes acusaron uno o ambos de estos síntomas. Feldman y col.⁽⁸⁾, afirman que la colesteroxis en ausencia de litiasis es asintomática "per se", y que el sufrimiento relatado por los pacientes es secundario a patologías asociadas. Si bien aceptamos que la mayoría de los casos son asintomáticos, demostrado por la elevada incidencia de colesteroxis vesicular en series necrópsicas, nuestros hallazgos son coincidentes con los resultados de otras series quirúrgicas^(2, 4, 5, 10, 13, 16, 17, 18, 19, 21).

No encontramos casos de ictericia, la que es descripta como rara por Baistrocchi y cols.⁽⁴⁾, pero que según Andersson⁽²⁾, alcanza una frecuencia del 33%. Es explicada por migración transcística de cálculos muriformes o de pólipos desprendidos^(2, 19).

Dos de nuestros pacientes presentaron úlcera péptica. Feldman⁽⁸⁾ considera esta asociación como casual; la misma impresión tenemos nosotros.

Las posiciones son casi universalmente coincidentes en que no hay examen paraclínico que brinde certeza absoluta de colesteroxis vesicular, y que en su mayoría son de escaso o nulo valor. En la colecistografía, la vesícula apareció anatómica y funcionalmente normal en aproximadamente el 80% de los casos. No observamos nunca el borde dentellado, irregular, secundario a los depósitos que infiltran la pared, que describen algunos autores^(4, 13, 17, 21). En el único caso de colesteroxis polipoidea, la colecistografía no mostró los pólipos. La alta incidencia de malformaciones del cístico (83,2%) está de acuerdo con los hallazgos de otros autores^(11, 17, 18).

La ecografía sirve para descartar litiasis concomitante. Sin embargo, no aporta elementos de valor para el diagnóstico de colesteroxis.

El sondeo duodenal mostró una elevada concentración de cristales de colesterol en 2 casos, y bilis vesicular hiperconcentrada en 1. Fue normal en más del 80% de los casos. Estos signos, sin embargo, son de gran valor para algunos autores^(4, 9, 12).

No tuvo valor la dosificación de colesterol en nuestra serie. Otras series^(8, 11, 21), son coincidentes con nuestros resultados. Los otros estudios realizados se usaron para la valoración de presuntas patologías asociadas.

En nuestra serie aparece una elevada frecuencia de sifopatías obstructivas al estudio colecistográfico. Resulta difícil o imposible establecer cuánto del sufrimiento dispéptico y/o doloroso es secundario a la sifopatía obstructiva, o a la colesteroxis vesicular.

El aspecto macroscópico de la vesícula "in situ" fue normal en la mayor parte de los casos. No hallamos las modificaciones descriptas por otros autores^(3, 4, 16, 19, 21).

En cuanto a la frecuencia relativa de las 2 formas anatomopatológicas encontradas, la misma reproduce los hallazgos de otras series^(11, 21).

Nos parece de valor para el diagnóstico la historia de dispepsia hipoesténica selectiva y el dolor. El valor asignado al sondeo duodenal no fue comprobado en esta serie.

Consideramos como muy importante el estudio exhaustivo para descartar otras causas que justifiquen el sufrimiento. Sin embargo, el hallazgo de otra patología digestiva no descarta la presencia de una colesteroxis vesicular.

Creemos que la colecistectomía es el mejor tratamiento para estos pacientes, ya que el 83,2% registró mejoría clínica, siendo ésta excelente en la mayor parte de los casos. Estos resultados son coincidentes con los reportados por otros autores^(4, 10, 11, 13, 14, 16, 18, 21). Por lo demás, la colecistectomía de elección posee una morbimortalidad casi inexistente^(16, 21) (ninguna en nuestra serie), y la colesteroxis es considerada como una afección predisponente de la litiasis^(4, 17, 19).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ADAMS T., FOXLEY E. (Jr): A diagnostic technique for acalculous cholecystitis. *Surg. Gynecol. Obstet.* 142: 168, 1976.
- ANDERSSON A., BERGDAHL L.: Acalculous cholesterosis of the gallbladder. *Arch. Surg.* 103: 342, 1971.
- ARDAO R.: Anatomía patológica quirúrgica. Montevideo. Ed. Científica de la Fac. Med. Of. Libro-AEM, 467, 1970.
- BAISTROCCHI J., CUENCA PEREZ M., BAISTROCCHI J.: Vesícula fresa (Colecistosis). *Prensa Med. Argent.* 56: 1066, 1969.
- COTTINI G., SUAREZ I., SIANO QUIROS R., NOCITO J., TERRADAS L., IGARZABAL C.: Colecistosis hiperplástica. Nuestra experiencia. *Bol. Trab. Soc. Cir. Bs.As.* 51: 493, 1967.
- COTTINI G., SIANO QUIROS R., IGARZABAL C., TERRADAS L.: Colecistosis. Nuestra experiencia actual. Congreso Uruguayo de Cirugía, 19. Montevideo, 1968.
- ESTAPE G., OLIVERA D., DE LOS SANTOS J., FALCONI L.: Poliposis colesteroxis vesicular. *Cir. Urug.* 46: 259, 1976.
- FELDMAN M., FELDMAN M. (Jr): Cholesterosis of the gallbladder; an autopsy study of 165 cases. *Gastroenterology*, 27: 641, 1954.
- FREEMAN J., COHEN W., DEN BESTEN L.: Cholecystokin cholangiography and analysis of duodenal bile in the investigation of pain in the right upper quadrant of the abdomen without gallstones. *Surg. Gynecol. Obstet.* 140: 376, 1975.
- GLENN F., MANNIX H. (Jr): The acalculous gallbladder. *Ann. Surg.* 144: 670, 1956.
- GLOUBERMAN S.: Cholesterolosis and adenomyomatosis of the gallbladder. *Ariz Med.* 39: 244, 1982.
- HUNDLEY J.: Tratamiento de la colecistosis. En: Bockus H.L. *Gastroenterología*. 3ª ed. Barcelona. Salvat, V 3, 882, 1981.

13. JUTRAS J., LONGTIN M., LEVESQUE H.: Hyperplastic cholecystoses. *Am. J. Roentgenol*, 83: 795, 1960.
14. JUTRAS J.: Colecistosis. En: Bockus H.L. *Gastroenterología*. 3ª ed. Barcelona. Salvat, V 3, 870, 1981.
15. NAVARRO A.: Patogenia de la litiasis biliar; consecuencias terapéuticas. En: *Investigaciones de cirugía clínica y experimental*. Montevideo. Barreiro, 387, 1927.
16. NAVARRO A.: Sobre vesícula fresa. En: *Libro de Oro dedicado al Prof. Dr. M.R. Castex*. Buenos Aires. Guidi, 1938.
17. PARIS J., SALEMBIER Y., HOUCHE M., LUGAND J.J.: Quelques réflexions sur la cholestérolose vésiculaires après l'analyse de 151 observations. *Lille Med*, 25: 118, 1980.
18. PRADERI R.: Las disquinesias císticas y vesícula fresa. En: *Etiopatogenia de la colecistopatía obstructiva*. Tesis de doctorado (inédita). Montevideo, 1959.
19. PRAT D.: Vesícula frutilla. En: *Patología de las vías biliares*. Montevideo. Barreiro, 518, 1946.
20. PUENTE DOMINGUEZ J., DIAZ FLORES L., SANCHEZ SALGADO G., ORTIZ URDIAIN G., POTELES QUEREUX J.: Estudio ultraestructural de la colesterosis vesicular humana. *Rev. Esp. Enf. Apar. Dig*, 48: 399, 1976.
21. SALMENKIVI K.: Cholesterosis of the gallbladder. *Acta Chir. Scand*, 128: 1, 1964.