

Colesterosis vesicular en ausencia de litiasis.

A propósito de 18 casos

Dr. Fernando Lago, Dr. Guillermo Carriquiry,
Dr. José Praderi, Dr. Bruno Di Donna,
Dr. Alberto Estefan.

Los autores realizan el estudio retrospectivo de 18 casos de colesterosis vesicular sin cálculos. Se destacan el hallazgo de dispepsia hiposténica selectiva y/o dolor en todos los casos, una muy frecuente asociación con sifopatía obstructiva, y los buenos resultados obtenidos con el tratamiento quirúrgico.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Gallbladder Diseases / Cholesterol.

SUMMARY: Gallbladder cholesterosis without lithiasis. In respect of 18 cases.

Authors make a retrospective study of 18 cases of gallbladder cholesterosis, without gallstones. Stressed are the finding of selective hyposthenic dyspepsia and/or pain in all cases, a very frequent association with obstructive siphopathies and the positive results obtained by this surgical treatment.

RÉSUMÉ: Cholesterose vesiculaire en absence de lithiase. À propos de 18 cas.

Les auteurs font une étude rétrospective de 18 cas de cholesterose vésiculaire sans calculs. Ils remarquent la présence de dyspepsie hyposthénique sélective et/ou sans douleur dans tous les cas, association fréquente avec les siphopathies obstructives, ainsi que les bons résultats obtenus avec le traitement chirurgical.

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

INTRODUCCION

La colesterosis es una entidad anatómo-patológica caracterizada por el depósito de acúmulos de colesterol libre y esterificado en epitelio y corion de la mucosa de la vía biliar⁽²⁰⁾. De patogenia discutida, predomina en la vesícula, pero también puede verse en el cístico, el hepatocolédoco⁽¹⁹⁾, y aún en la papila⁽¹⁸⁾. Se distinguen 2 formas: la difusa o vesícula fresa, y la polipoidea. Se inscribe dentro del gran capítulo de las colecistosis^(5, 13, 14).

Su incidencia es dispar en las diferentes series, según sean quirúrgicas o necrópsicas. En series necrópsicas su frecuencia oscila entre el 12,5%⁽⁸⁾ y el 40%⁽²¹⁾, mientras que en series quirúrgicas lo hace entre el 6,8%⁽¹³⁾ y el 26%⁽²¹⁾ de las colecistectomías. Su asociación con cálculos es del 10% en series autópsicas^(8, 21), en tanto que en series quirúrgicas es de hasta el 75% de los casos^(4, 13).

Esta comunicación tiene por objeto exponer nuestra experiencia en la colesterosis vesicular pura, con la finalidad de analizar sus manifestaciones clínicas y paraclínicas, así como el resultado del tratamiento quirúrgico.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de 18 casos de colesterosis vesicular alitiásica. Para la selección de los casos, el único parámetro utilizado fue la confirmación anatómo-

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 de Clínica Quirúrgica.
Dirección: Maldonado 1754 Ap. 301, Montevideo.
(Dr. F. Lago).

Cada una de estas opciones diagnósticas tiene sus ventajas y sus inconvenientes. En efecto, el empleo rutinario de la C.I.O. en la litiasis vesicular posee las siguientes ventajas:

- Permite reconocer litiasis coledociana no sospechada, que varía entre un 1,2 al 14%^(4, 7, 10, 13) así como informar del número, tamaño y topografía del o los cálculos.
- Detecta anomalías anatómicas de las vías biliares que puedan tener eventuales implicaciones quirúrgicas.
- Posibilita diagnosticar patología biliar no litiasica asociada (tumores, pólipos, papilitis, quiste de colédoco, etc.).
- Permite, en caso de colédoco-litiasis ulterior, afirmar el diagnóstico de litiasis recidivante.
- Una C.I.O. normal en el antecedente de un enfermo colecistectomizado que luego establece un síndrome colestático constituye un documento médico-legal de gran valor.

El no empleo de la C.I.O. en pacientes seleccionados (ausencia de antecedentes de ictericia o de ictericia actual, VBP fina, no palpación de cálculos en el acto operatorio en la VBP, ausencia de pancreatitis) posee un índice de litiasis residual entre el 0,2 al 0,3%^(2, 5, 6).

La finalidad de esta comunicación es establecer si la C.I.O. se justifica en pacientes con litiasis vesicular estrictamente seleccionados.

MATERIAL Y METODO

Del archivo de la Clínica Quirúrgica "3" se revisaron 671 historias clínicas de pacientes colecistectomizados por litiasis vesicular en los cuales se realizó una C.I.O. De este grupo primario se seleccionaron 81 enfermos que reunían los siguientes requisitos:

- ausencia de antecedentes de ictericia actual o pasada y/o colangitis;
- litiasis vesicular a cálculo grande (mayor de 3 cm) o múltiples (2 ó 3) también mayores de 3 cm determinados por palpación y apertura de la vesícula;
- cístico fino;
- no palpación de cálculo en la VBP;
- vía biliar principal no mayor de 7 mm;
- ausencia de pancreatitis.

A estos 81 enfermos seleccionados se les efectuó un análisis detenido y exhaustivo de la historia clínica, de las colangiografías intraoperatorias y del seguimiento postoperatorio inmediato y alejado.

RÉSULTADOS

La serie está conformada por 64 mujeres (79%) y 17 hombres (21%).

La edad varió entre 21 y 73 años, con una media de 47 años. Cincuenta y uno (62%) eran portadores de cálculos únicos, correspondiendo a 41 mujeres (80,4%) y 10 hombres (1,6%). Treinta pacientes (37,1%) eran portadores de 2 ó 3 cálculos grandes que asentaban en 23 mujeres (76,6%) y 7 hombres (23,4%).

Ninguno tenía historia previa de sufrimiento de la VBP ni ictericia actual. La exploración operatoria de todos demostró: cístico fino, VBP no mayor de 7 mm, ausencia de cálculos palpables en la VBP y/o pancreatitis.

La C.I.O. se obtuvo en todos los casos por vía transcística. El número de placas radiográficas varió entre 2 y 5 por enfermo. En ningún caso de la serie se demostró litiasis coledociana y/o intra hepática, así como tampoco patología biliar asociada (papilitis, quistes, tumores, etc.)

En ningún caso la C.I.O. puso en evidencia malformaciones anatómicas de significación quirúrgica para el procedimiento efectuado (colecistectomía).

No hubieron muertes operatorias. El seguimiento ulterior de esos enfermos no ha mostrado elementos sospechosos de litiasis residual.

DISCUSION

La C.I.O. posee un enorme valor en el tratamiento de la litiasis vesicular.

El punto en cuestión es si se justifica efectuarla en todos los casos cualquiera sea la historia clínica del paciente y los hallazgos operatorios. Los resultados de esta serie seleccionada de enfermos con litiasis vesicular demuestra un 0% de litiasis coledociana y/o intrahepática asociada. Tampoco demostró patología concomitante no sospechada por la clínica o la exploración operatoria.

Numerosos autores restringen la C.I.O.^(5, 6), a pacientes con antecedentes de ictericia o ictericia actual. VBP, presencia de pancreatitis crónica.

Con estas premisas la incidencia de litiasis residual es del 0,2% al 0,3%.

Estos índices se acercan a los alcanzados cuando se utiliza la C.I.O. de modo rutinario^(7, 8).

A estos argumentos clínicos debe sumarse el punto de vista económico, que implica C.I.O. efectuada en forma rutinaria. En los EE.UU., la adopción de la C.I.O. de rutina en la colecistectomía por litiasis encarece los costos de atención médica en 100 millones de dólares por año⁽⁵⁾.

De los resultados alcanzados en nuestra serie (0% de litiasis coledociana asociada y/o patología biliar no litiasica concomitante no sospechada).

Pensamos que en casos bien seleccionados (ausencia de ictericia anterior o actual, cálculo único o múltiple (2 ó 3) mayores de 3 cm, no palpación de cálculos en la VBP, ausencia de pancreatitis), la C.I.O. puede ser obviada.

Esta conducta no representa un desconocimiento de la enfermedad litiasica así como tampoco una falta grave y/o condenable.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BARNES B., BARNES A.: Evaluation of Surgical Therapy by cost benefit analysis. *Surgery*, 82: 21, 1977.
2. BARTLETT M., QUIMBY W.: Mortality and complications of cholecystectomy and choledochostomy of chronic cholecystitis. *N. Engl. J. Med.*, 254: 154, 1956.
3. BORGE J.: Operative Cholangiography. *Arch. Surg.* 112: 340, 1977.
4. FARHA G., PEARSON R.: Transcystic duct operative cholangiography. *Am. J. Surg.* 131: 228, 1976.
5. GERBER A., MALCOLM K.: The case against routine operative cholangiography. *Am. J. Surg.* 143: 734, 1982.
6. GLENN F., Mc SHERRY C.: Calculous biliary tract disease. *Curr. Probl. Surg.* 12: 26, 1975.
7. JOLLY P., BAKER J., SCHIMIDT H., WALKER J., HOLM J.: Operative cholangiography. A case for its routine use. *Am. J. Surg.* 168: 551, 1968.
8. KAKOS G., TOMPKINS R., TURNIPSEE D., ZOLLINGER R.: Operative cholangiography during routine cholecystectomy. *Arch. Surg.* 104: 484, 1972.
9. MIRIZZI P., QUIZOLA, LOSADA C.: La exploración de las vias biliares en el curso de la operación. Congreso Argentino de Cirugía, 3º, 1931.
10. PAGANA T., STAHLGREEN L.: Indication and accuracy of operative cholangiography. *Arch. Surg.* 115: 121, 1980.
11. SALTZTEIN E., EVANI S., MANN R.: Routine cholangiography. *Arch. Surg.* 107: 289, 1973.
12. SKILLINGS J., WILLIAMS J., HINSHAW J.: Cost effectiveness of operative cholangiography. *Am. J. Surg.* 137: 26, 1979.
13. SCHULENBERG C.: Operative cholangiography; 1.000 cases. *Surgery*, 65: 723, 1969.
14. WAY L., ADMIRAND H., DUNPHY J.: Management of Choledocholithiasis. *Ann. Surg.* 176: 347, 1972.

COMENTARIO. Dr. Bolívar Delgado.

Este problema es el ya planteado en *Controversies in Surgery 1983* por Zollinger y Skillings.

En casos seleccionados se puede obviar la colangiografía operatoria (CO).

El trabajo presenta una muestra pequeña de 81 C.O. en condiciones especiales y donde no se demostró una litiasis coledociana. En realidad esto sucede estadísticamente en más del 80% de las C.O. Se podría evitar entonces en un 80%. Señalamos en una serie personal con colangiografía de rutina 5,1% de litiasis coledocianas en situaciones insospechadas.

Creemos que deducir que, porque la C.O. fue negativa se pudo haber obviado, es un enfoque muy opinable.

En realidad no existen en medicina procedimientos de uso sistemático pero creemos que en una etapa formativa y sobre todo en un servicio docente el uso de la C.O. debe ser de rutina. La experiencia del cirujano podrá autorizarlo a no realizarla en casos especiales. Este planteamiento que hacen los autores podría dar pie a no realizarla en situaciones no tan estrictas, lo cual es un gran riesgo, sobre todo teniendo en cuenta que en nuestro medio se realiza un porcentaje muy bajo de C.O. (25% en la Asistencia Médica Colectivizada según informe de la auditoría del M.S.P.). El argumento del costo de la C.O. vale sí, pero para países como los Estados Unidos donde se realiza anualmente un número muy significativo de Colectistomías (500.000) con un costo muy alto para dicho examen (US\$ 180). En nuestro medio con un volumen operatorio muchísimo menor y con un costo por examen que no llega a US\$ 25 el problema pierde jerarquía. Llama la atención que no exista en el trabajo presentado ninguna referencia bibliográfica nacional de la C.O. habiendo trabajos de autores como Cendan Alfonso, con gran experiencia en dicho procedimiento.