

## *Ictericia como índice de litiasis coledociana*

*Un dato falaz*

Dres. Augusto Müller,  
Nelma Chevalier,  
Bolívar Delgado

Se estudian 198 casos de patología bilio-pancreática. Del grupo de 51 pacientes con ictericia se estudia en especial el subgrupo de 28 casos con coledoco deshabitado. Se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la ictericia y la litiasis coledociana. Se insiste sobre la escasa sensibilidad del signo como índice de litiasis coledociana.

*Clinica Quirúrgica "1" (Director Prof. Dr. B. Delgado).  
Hospital Pasteur. Fac. de Medicina. Montevideo.*

*statistique significative entre l'ictère et la lithiase cholédocienne. On insiste sur la sensibilité faible du signe comme indice de lithiase cholédocienne.*

**PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:**  
*Jaundice / Etiology / Diagnosis.*

### **SUMMARY: Jaundice as a sign of choledocholithiasis: A deceitful datum.**

Discussion of 198 cases of biliary-pancreatic pathology. Among the 51 patients affected by jaundice, a sub-group of 28 cases with uninhabited choledochus are specially studied. The conclusion is drawn there is a significant statistical relationship between the jaundice and choledocholithiasis. Stress is laid on the poor reliability of this sign as an indicator of choledocholithiasis.

### **RÉSUMÉ: L'ictère comme indice de lithiase cholédocienne: un signe fallacieux.**

On étudie 198 cas de pathologie bilio-pancréatique. Du groupe des 51 patients avec ictère, on étudie spécialement le sous-groupe des 28 cas avec cholédoque non occupé. L'auteur conclut qu'il existe une relation

## **INTRODUCCION**

La ictericia es un síntoma frecuente de enfermedad biliopancreática. En particular, en pacientes con diagnóstico de litiasis biliar, la ictericia es habitualmente manejada como un dato muy sugestivo de litiasis coledociana (LC). Dicha presunción clínica conduce en muchos casos a la exploración directa de la vía biliar principal (VBP) durante la intervención, prescindiendo de la exploración colangiográfica previa. Se observa con frecuencia en estos casos que el colédoco está deshabitado. Esto constituye un argumento a favor de la colangiografía intraoperatoria (CI) sistemática.

**OBJETIVO.** Realizar una revisión retrospectiva de los cuadros de filiación biliar operados en nuestro servicio, focalizando la atención en aquellos que transcurrieron con ictericia, y en los que había certeza o sospecha de litiasis biliar (LB). En este grupo se estudiarán por separado aquellos casos en que se comprobó efectivamente durante la operación la presencia de LC y aquellos otros en que no se comprobó. La hipótesis es que el grupo sin LC constituye una fracción importante del total de casos con ictericia y sospecha o certeza de LB. Además se plantea que la ictericia por sí sola no es un índice fiel de la presencia de LC.

---

Presentado como Tema Libre ante el 35º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, diciembre de 1984.

Jefe de Residentes y Residente de Cirugía, Prof. Dir. de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Chucarro 1261, ap. 103. Montevideo (Dr. A. Müller).

## MATERIAL Y METODO

Se estudiaron 198 enfermos con patología bilio-pancreática operados de coordinación en nuestro servicio entre el 8/1/82 y el 9/5/84. Corresponderon a 26 hombres (13,1%) y 172 mujeres (86,9%). El rango de edades fue de 20 a 92 años, con una media de 52,5 años y un desvío estándar de 15,1 años. En 164 de los 198 pacientes se efectuó CI.

## RESULTADOS

Del total de 198 casos se encontraron 142 (71,8%) que transcurrieron sin ictericia clínica ni de laboratorio, y 51 (25,8%) que cursaron con ictericia clínica y/o de laboratorio (bilirrubina directa mayor de 0,20 mg%). El dato de ictericia resultó dudoso o desconocido en los restantes 5 casos (2,4%), que no fueron incluidos. En el primer grupo (sin ictericia), la operación mostró la existencia e inexistencia de la misma en 28 (14,2%). Es decir que el 56% de las ictericias no tenían LC. Se analizará detalladamente el grupo de 28 casos con ictericia en los que no existió LC. Del total, 21 eran mujeres y 7 hombres. Se efectuó CI en 19 casos. El diagnóstico preoperatorio fue de patología litiasica biliar en 18 casos, de neoplasma biliar en 5, de ictericia obstructiva no catalogada en 4 y de QH hepático abierto en VBP con colangitis en 1 caso. Se halló otra causa productora de ictericia, no litiasica, en 21 casos (10,6%), en tanto que en los otros 7 (3,6%) no pudo ser aclarada su causa. Estos 7 casos, en los que no se halló LC, ni otra causa de ictericia, son el 25% de todos los ictericos sin LC. Son además el 13,7% del total de enfermos ictericos. La otra causa de ictericia fue (Cuadro 1): a) 9 neoplasmas biliopancreáticos (5, con diagnóstico preoperatorio positivo, que no se incluyen. En los otros 4 el diagnóstico fue de litiasis de la VBP. b) 6 colecistitis agudas o subagudas. c) 3 pancreatitis agudas o crónicas, 1 peritonitis biliar, 1 ambiente común y 1 QH abierto en VBP. En 6 de los 21 hubo más de una causa de ictericia. A todos los 7 casos sin causa evidente de ictericia se les efectuó CI. La operación consistió en colecistectomía y exploración con CI de la VBP. En 1 solo se dejó drenaje transcístico, con colangiografía postoperatoria normal. En 6 se realizó enzimograma para descartar la ictericia de causa médica, con cifras de TGO y TGP siempre menores de 100 mU/mL.

## DISCUSION

Surge de nuestros resultados que el hallazgo operatorio de un colédoco deshabitado es un fenómeno frecuente en los pacientes con enfermedad biliopancreática e ictericia: de los 51 hubo LC en 23, mientras que los 28 restantes tuvieron colédoco deshabitado. Descartamos los 5 neoplasmas diagnosticados preoperatoriamente. En el grupo de 23, donde no se encontró LC ni neoplasma, la presunción diagnóstica fue siempre de LB. O sea que del total de 46 enfermos operados con diagnóstico de LB con ictericia, en el 50% el colédoco estaba deshabitado. Esto evidencia la falacidad de la ictericia como único elemento de presunción de LC. La CI sistemática es una herramienta fundamental para confirmar la LC antes de actuar sobre el colédoco. A la inversa, permite también descubrir una LC no sospechada en hasta un 11% de los casos.

La ictericia como índice de LC tuvo una sensibilidad de 71% y una especificidad de 85% en nuestra serie. Hubo un 15% de falsos positivos y un 29% de falsos negativos. El valor predictivo positivo de la ictericia para nuestros datos es de 50% y el negativo de 93%. La significación estadística de la ictericia como elemento predictivo de la LC se estudió con el test de  $X^2$  (Tabla 1). Se comprobó que la ictericia se asocia a la LC en forma estadísticamente significativa en nuestra serie ( $p = 0,01$ ). Sin embargo, tiene mayor valor la ausencia de ictericia como índice de ausencia de LC (especificidad de 85% y VPN de 93%), que su existencia como marcador de colédoco habitado (sensibilidad de 71% y VPP de 50%).

## COMENTARIO

Muchos casos sospechosos de LC por la presencia de ictericia no son corroborados por la cirugía. Interesa analizar el mecanismo de la ictericia en ausencia de litiasis de la VBP. En 16 casos de nuestra serie existió causa evidente de ictericia. Merecen consideración especial los 6 casos de colecistitis aguda con ictericia y los 7 casos donde se demostró causa. El mecanismo de la ictericia en las colecistitis sin LC es aún motivo de discusión. Se han planteado diferentes hipótesis: Inflamación periductal y hepatocelular; Edema de la VBP; Colangitis ascendente; Permeabilidad alterada del epitelio vesicular a la bilirrubina conjugada; Pancreatitis; Compresión de la VBP por la vesícula distendida. Edlund y cols. demostraron que el último mecanismo puede ser la causa efectiva por lo menos en algunos casos. Es discutido el valor del nivel de bilirrubina como índice de LC.

## ICTERICIA CON COLEDOCO ALITIASICO

|                           |                                                                                                   |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Número casos              | 28                                                                                                |
| Sexo                      | 21♂<br>7♀                                                                                         |
| Diagnóstico Preoperatorio | 18 Litiasis Biliar<br>5 Neoplasma<br>4 Ict. Obstructiva<br>1 QH abierto en VBP                    |
| Colanglografía i/o        | 19                                                                                                |
| Causas de ictericia       |                                                                                                   |
| Evidente                  | 21<br>9 Neoplasmas<br>6 Colecistitis<br>3 Pancreatitis<br>1 Per. Biliar<br>1 Ambiente común<br>QH |
| No evidente               | 7                                                                                                 |

**Cuadro 1:** Se esquematizan los caracteres del grupo de pacientes con Ictericia y colédoco deshabitado.

## LITIASIS COLEDOCIANA

| I<br>C<br>T<br>E<br>R<br>I<br>C<br>I<br>A | SI<br><br>NO<br><br>T<br>o<br>t<br>a<br>l | SI    | NO    | TOTAL                   |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------|-------|-------------------------|
|                                           |                                           | 23    | 28    | 51                      |
|                                           |                                           | 11.6% | 14.2% | 25.8%                   |
|                                           |                                           | 9     | 133   | 142                     |
|                                           |                                           | 4.6%  | 67.2% | 71.8%                   |
|                                           |                                           | 32    | 161   | 193                     |
|                                           |                                           | 16.2% | 81.4% | 97.6%                   |
|                                           |                                           |       |       | ↓<br>5(2.4%)<br>Dudosos |

Sensibilidad: 71%  
VPP: 50%

VPN: 93%

Especificidad: 85%  
 $\chi^2: 45:27$  ( $p < 0.005$ )

**Tabla I** - Estudio de la sensibilidad y especificidad de la ictericia para el DG de litiasis coledociana.

La mayoría acepta que no existe un valor "frontera" que permita diferenciar grupos de mayor y menor riesgo LC. Autores como Dumont consideran que la asociación con otros factores (edad, sexo) podría tener mayor valor predictivo de LC.

Lo anterior apoya la idea de realizar CI sistemática para evitar la exploración innecesaria de la VBP. En otras series se obtuvieron resultados totalmente superponibles a los nuestros estudiando las colecistitis agudas. Si bien nuestro estudio incluye además las colecistopatías crónicas litiasicas, creemos que los trabajos son comparables, pues existe la misma incidencia de LC en las colecistitis agudas y crónicas, así como en las colecistitis agudas operadas de urgencia o en diferido. Entre los casos "sin causa evidente" pueden estar algunas colangitis esclerosantes primarias y otras patologías de difícil diagnóstico, cuya incidencia quizá se aclare en el futuro mediante estudios por ahora experimentales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- CECCONELLO I., POLLARA W., ZILBERSTEIN B., Sالدانها L.B., PINOTTI H. — Histopathology of the common bile duct in choledocholithiasis. *Arq. Gastroenterol.* (Brazil) 20: 137, 1984.
- COELHO J., BUFFARA M., POZZONBON C., ALTERBURG F. — Incidence of the common bile duct stones in patients with acute and chronic cholecystitis. *Surg. Gynecol. Obstet.* 58: 76, 1984.
- CHEUNG L., MAXWELL J. — Jaundice in patients with acute cholecystitis. Its Validity as an indication for common bile duct exploration. *Am. J. Surg.* 30: 746, 1975.
- DELGADO B. — Litiasis coledociana. Consideraciones Generales. Montevideo, FUC, 1978, p. 19.
- DELGADO B., PERRIER J.P. — Colanglografía intraoperatoria. Su valor diagnóstico en la litiasis del colédoco. *Cir. Urug.* 48: 275, 1978.
- DUMONT A. — Significance of hiperbilirrubinemia in acute cholecystitis. *Surg. Gynecol. Obstet.* 142: 885, 1976.
- ECKEL J.H. — Acute cholecystitis. *Surg. Clin. North Am.* 30: 451, 1950.
- EDLUND G., KEMPI V., VAN DER LINDE W. — Jaundice in acute cholecystitis without common duct stones. *Acta Chir. Scand.* 149: 597, 1983.
- FISH J., WILLIAMS D., TEX G. — Jaundice with choleliths. *Arch. Surg.* 96: 875, 1968.
- GLEN F., THORBJARNARSSON B. — The surgical treatment of acute cholecystitis. *Surg. Gynecol. Obstet.* 116: 61, 1983.
- LESTER L. — Acute Cholecystitis with special reference to the occurrence of jaundice. *Surgery* 19: 675, 1946.
- LYON C., GOLDMAN L. — Acute cholecystitis in a Municipal Charity Hospital. *Am. J. Surg.* 98: 283, 1959.
- NOLAN D., ESPINER H. — Compression of the common bile duct in acute cholecystitis. *Br. J. Radiol.* 45: 821, 1972.
- UTLEY R., ANGUS H., MACBETH W. — Primary sclerosing cholangitis. *N.C. Med. J.*, 97: 324, 1984.
- WATKIN K., THOMAS G. — Jaundice in acute cholecystitis. *Br. J. Surg.* 58: 570, 1971.