

Los cinco síndromes de obstrucción biliar

Dres. Raúl C. Praderi¹, Juan Gil²

Resumen

La clínica de las afecciones biliares y su cirugía tienen poco más de un siglo. A fines del pasado y a principios del actual, se establecieron leyes y describieron síndromes clínicos que tienen vigencia en la actualidad. Algunas técnicas modernas, como la ecografía, confirmaron el valor de la ley de Courvoisier–Terrier. La primer descripción sintomática fue hecha por dos clínicos de Lyon, Bard y Pic, basada en la confirmación autóptica de la clínica. En este trabajo se analizan dichas normas y las excepciones de la ley de Courvoisier–Terrier. También las investigaciones de Pablo Mirizzi, el cirujano argentino que introdujo la colangiografía operatoria. Con esta técnica pudo estudiar mejor los pacientes, transformando a la cirugía biliar en un procedimiento con bases científicas, merced a la documentación iconográfica. El esfínter descrito por este autor resultó ser un artefacto radiológico debido al uso de contrastes oleosos. Finalmente se discuten los síndromes de hidrohepatosis derecha e izquierda, descritos por Cattell y Braasch en la década de 1960. En 1971 señalamos nuestra discrepancia sobre la ictericia en la hidrohepatosis izquierda.

Palabras clave: Historia de la medicina

Summary

Clinical description of biliar diseases are slightly over a century old. At the end of last century and beginning of the present one, laws were established and clinical syndromes were described; these are still valid at present. Some modern techniques such as ultrasonography confirmed the importance of the Courvoisier–Terrier law. The first syndromatic description was made by two clinicians from Lyon, Bard and Pic, based on autopsy confirmation of clinical features. This paper analyses those rules and exceptions to Courvoisier–Terrier law. Research carried out by Pablo Mirizzi, the Argentine surgeon who introduced operatory cholangiography is also analyzed. By means of this technique he was able to study patients better, transforming biliar surgery into a procedure with scientific basis, thanks to imagenological data. The sphincter described by this author turned out to be a radiological artifact due to the use of oily contrast media. Finally the right and left hidrohepatosis syndromes described by Cattell and Braasch in the 1960s are discussed. In 1971 we pointed out our disagreement over jaundice in left hidrohepatosis.

Introducción

Aunque la cirugía biliar tiene ya más de un siglo⁽¹⁾, los viejos clínicos no disponían de técnicas complementarias para confirmar sus diagnósticos.

Se debían basar en la historia y el examen clínico, definiendo síndromes como la ictericia,

1. Ex Profesor de Clínica Quirúrgica.

2. Asistente del Departamento de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay.

Correspondencia: Dr. Raúl Praderi. Luis P Ponce 1337/502. Montevideo, CP 11300.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 5 de octubre de 1997.

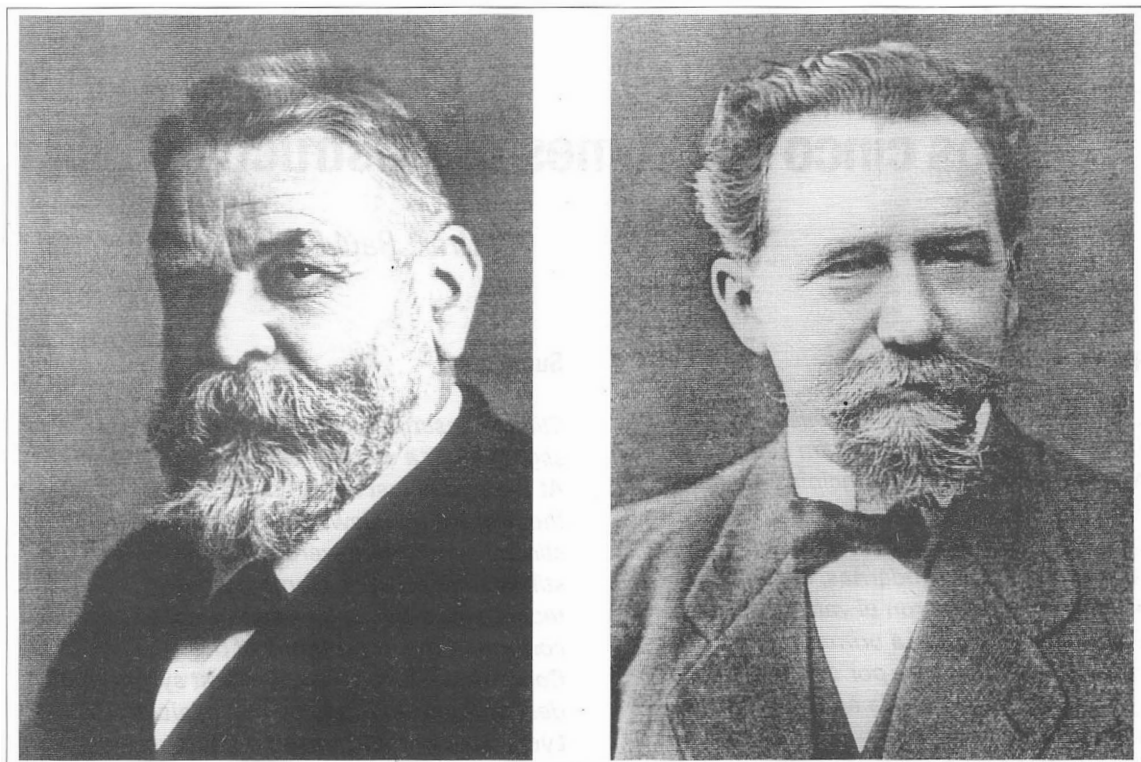


Figura 1. Louis Bard y Adrien Pic, clínicos de Lyon que describieron en 1888 el síndrome que lleva sus nombres.

el síndrome coledociano y la colangitis. Como no se operaban más que unos pocos enfermos, terminaban confirmando la patología en la autopsia, cuando podían realizarla.

La cirugía biliar empezó tímidamente a fin de siglo pasado y con más regularidad después de la última guerra mundial, al promediar el siglo. Las anestésicas eran peligrosas, la coagulación se empezó a estudiar en 1939 ⁽²⁾, los antibióticos se descubrieron durante la guerra y las sulfas muy poco antes, igual que la colangiografía operatoria.

Rolleston y Mc Nee ⁽³⁾, en su clásico tratado sobre enfermedades del hígado y las vías biliares, todavía en la edición de 1929 aconsejaban las curas termales para la gente de recursos y la cirugía para quienes no disponían de dinero. Fiessinger ⁽⁴⁾ en 1936 señalaba a qué fuentes termales debían ir los enfermos con afecciones biliares.

Hoy pretendemos volver sobre la historia, ubicándonos en las distintas épocas en que se fueron definiendo los síndromes clínicos.

Bard y Pic

Louis Bard (1857–1930), Profesor Agregado de Medicina y Jefe de Trabajos Médicos de Anatomía Patológica en Lyon, junto con su interno Adrien Pic (1872–1944) publicaron en 1888 ⁽⁵⁾ un estudio clínico seguido de autopsias de siete enfermos caquéticos con cánceres céfalo pancreáticos en los cuales la vesícula biliar estaba distendida y generalmente sin cálculos.

Se estableció entonces el síndrome que lleva sus nombres.

Actualmente el uso de la ecografía demostró aún en mayor número de enfermos la dilatación del colecisto que a veces no se tocaba por estar oculto por el hígado o el reborde costal, por eso hoy decimos "Bard y Pic clínico y ecográfico".

Bard fue después profesor en Basilea y en Estrasburgo ⁽⁶⁾, Pic llegó a profesor de terapéutica en Lyon ⁽⁷⁾.

Courvoisier y Terrier

Ludwig Courvoisier (1843–1918) discípulo de

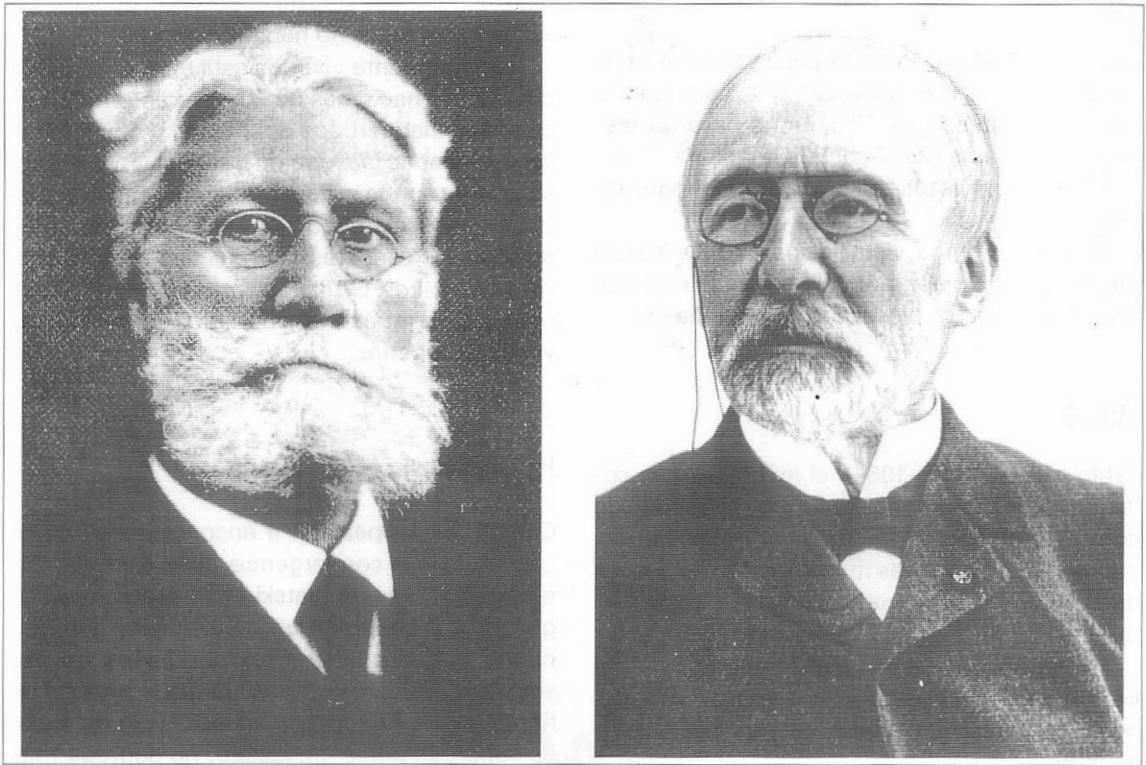


Figura 2. Ludwig Courvoisier y Felix Terrier, cirujanos suizo y francés, que establecieron la ley que lleva su nombre, llegando independientemente a las mismas conclusiones.

Tabla 1. Ley de Courvoisier Terrier (1890)

- Ictericia fría con vesícula palpable o ecográficamente dilatada.
- Cáncer periampular.
- Ictericia sin vesícula palpable, "retobada" sobre los cálculos

Excepciones a la ley

- Cálculo papilar enclavado con vesícula biliar elástica y distendida (¿Bard y Pic litíásico?). Mecanismo de Opie.
- Cáncer de vesícula palpable con invasión de vía biliar principal.
- Cáncer de vesícula palpable y litiasis coledociana obstructora.
- Cáncer del hepático con vesícula vacía (Flasque).

Socin en la Clínica Quirúrgica de Basilea, ejerció la cirugía en Richen, una ciudad vecina. El también hizo un minucioso estudio autopsico de numerosos enfermos muertos de ictericia. Además de confirmar las afirmaciones de Bard y Pic, estableció que en las ictericias litíásicas, por su larga evolución y numerosos empujes de

colecistitis, la vesícula biliar estaba retraída sobre los cálculos y por eso no se tocaba.

Courvoisier publicó un libro ⁽⁸⁾ detallando sus investigaciones en 1890. Fue un distinguido cirujano biliar, de los primeros en practicar la coledocostomía. También hizo la primera descripción moderna del íleo biliar, del cual reunió 131 observaciones.

Mientras tanto en Francia otro cirujano biliar, Felix Terrier, confirmó las afirmaciones de Courvoisier y comenzó a operar a estos enfermos realizando colédocoduodenostomías ^(9,10).

Ya Von Winiwarter, Kappeler y Socin habían realizado colecistoyeyunostomías, y Gersuny y Jaboulay colecistogastrostomías, con buenos resultados ⁽¹⁾.

Ambos cirujanos, el suizo y el francés, enunciaron la ley que lleva sus nombres, que en inglés se describe como el síndrome de Courvoisier Terrier.

En la tabla 1 se establece dicha ley y sus excepciones.

Opie

El cálculo enclavado en la papila bruscamente puede ser único y provocar una pancreatitis. Así lo describió Opie ⁽¹¹⁾, aunque pasaron muchos años hasta que Acosta y Ledesma ⁽¹²⁾ demostraron que estos cálculos generalmente migran.

También hemos visto y operado peritonitis biliares por filtración por cálculo único enclavado en la papila sin piedras en la vesícula ⁽¹³⁾.

Mirizzi

Pablo Mirizzi (1893–1964), el inventor de la colangiografía operatoria, utilizaba un medio de contraste oleoso: el lipiodol. La viscosidad del mismo daba imágenes más imperfectas que las que vemos ahora con contrastes más fluidos ⁽¹⁴⁾.

Mirizzi observaba con ese contraste, que utilizó durante muchos años, una imagen de estenosis que describió como esfínter del hepático ^(15–17).

El cirujano cordobés publicaba en español y en francés estos hechos, hasta que encontró varios casos reales en los que una rama derecha de la arteria hepática cruzaba transversalmente la vía biliar principal a la que oprímía, formándose cálculos pigmentarios por encima. Así lo mostró en su libro "Cirugía del canal hepático", publicado en París ⁽¹⁸⁾.

Debemos señalar también que en esa época los cánceres del hepático eran raros, y él no hace ninguna referencia a ellos.

También estudió las fístulas bilio-biliares ⁽¹⁶⁾ entre la vesícula y la vía biliar principal, ilustrando con excelentes colangiografías su patogenia, y describió los peligros de confundir el colédoco con el cístico en estos casos de ambiente común cístico coledociano ⁽¹⁹⁾.

Por eso algunos autores, que desconocen sus publicaciones, llaman a estas fístulas síndrome de Mirizzi.

Las descripciones relativamente recientes de cáncer del conducto hepático identificaron esta entidad clínica que no sigue la ley de Courvoisier Terrier, porque es una ictericia neoplásica en la que no se toca la vesícula.

No estaría mal llamar síndrome de Mirizzi a la

obstrucción del hepático común, aunque en verdad este autor no habló de cáncer.

Personalmente vivimos esta época. Tuvimos que operar hace más de 30 años enfermos con cánceres inadvertidos del hepático con vesículas desinfladas (*flasque* en francés): En esa época comenzamos a hacer colangiografías transcísticas con clampeo del colédoco para diagnosticar los cánceres del hepático y de la convergencia. Los cirujanos, preocupados por el pasaje de contraste al duodeno, no miraban la vía biliar superior.

Hidrohepatosis: la bilis blanca

Cuando se empezaron a encontrar y a operar cánceres de la convergencia biliar superior (llamados tumores de Klatskin ⁽²⁰⁾), aparecieron algunos que obstruían un solo lóbulo, determinando la dilatación de los conductos de ese solo lado. En estos casos, cuando la presión de filtración del hígado, que es de 30 cm de agua, es superada por el obstáculo, no segrega más bilis sino un líquido transparente, blancuzco y filante que se llama bilis blanca ⁽²¹⁾.

Esto sorprendía a los primeros cirujanos que abordaban a estos enfermos. Pero al descomprimir el árbol biliar, el hígado comienza a segregar de nuevo y a las pocas horas empieza a fluir la bilis normal. En cambio en las obstrucciones intracísticas con vesícula elástica, la bilis conserva su color. Esta bilis blanca distiende el hígado, constituyendo la llamada hidrohepatosis, que es el equivalente de la hidronefrosis en el riñón.

Ocurre en los tumores del hepático y de la convergencia, constituyendo la hidrohepatosis total, pero si la obstrucción es unilateral, la hidrohepatosis es parcial.

Así la llamaron Cattell y Braasch ^(22,23), describiendo un síndrome caracterizado por distensión hepática, bilis blanca y aumento de las fosfatasa pero sin acolia, pues pasa bilis del otro lóbulo.

En 1971, uno de nosotros (RP) publicó un trabajo ⁽²⁴⁾ sobre la oclusión neoplásica de los hepáticos después de haber operado obstrucciones unilaterales, en el cual se señala que estos pacientes pueden tener colecistograma normal

y sondeo duodenal (que se hacía entonces) también normal.

La ictericia acompaña a estos casos si la obstrucción biliar compromete el lóbulo derecho del hígado o un lóbulo izquierdo que también recibe al conducto lateral derecho. De lo contrario, en las obstrucciones del hepático izquierdo no tiene por qué haber ictericia. Eso explica lo difícil que era diagnosticarlos antes de la aparición de la ecografía y la tomografía axial computarizada.

Bibliografía

1. **Praderi RC.** History of biliary and pancreatic surgery. In: Hess W, Rohner, A, Cireney A, Akovbiantz A. Biliary and pancreatic surgery. Padova: Piccin, 1997.
2. **Dam CP.** Isolierung des Vitamins K in Hochgereinigter Form. *Helvetica Chir Acta* 1939; 22: 310-3.
3. **Rolleston HB, Mc Nee JW.** Diseases of the liver, gall bladder and bile ducts. London: McMillan, 1929.
4. **Fiessinger N.** Quelques verités premières sur les maladies du foie. Paris: Masson, 1936.
5. **Bard L, Pic A.** Cancer primitif du pancreas. *Rev Med* 1888; 8: 257-82.
6. **Blanchet P.** Bard L. 1857-1930. *L'Avenir Med* 1957; 54: 52-7.
7. **Lepine J.** La carrière d'Adrien Pic. *J Med Lyon* 1944; 39: 143-4.
8. **Courvoisier L.** Casuistisch-Statistische Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege. Leipzig: Vogel, 1890.
9. **Terrier F.** Nimier note sur la chirurgie du pancreas. *Rev Chir* 1894; 43: 215-31.
10. **Terrier F.** Remarques sur deux cas: l'une de cholecysto duodenostomie; l'otre de cholecystogastrostomie. *Rev Chir* 1896; 16: 169-85.
11. **Opie EL.** Etiology of acute hemorrhagic pancreatitis. *Bull John Hopkins Hosp* 1907; 19: 182-7.
12. **Acosta J, Ledesma C.** Gallstone migration as a cause of acute pancreatitis. *N Engl J Med* 1974; 270: 484-6.
13. **Davidenko N, Praderi R, Melogno S, Cazaban L.** Peritonitis biliar y embarazo a término. *Cir Uruguay* 1974; 44: 84-8.
14. **Mirizzi P.** Fisiopatología del hepatocolédoco, colangiografía operatoria. Buenos Aires: Ateneo, 1939.
15. **Mirizzi P.** Litiasis del colédoco: tratamiento. Congreso Argentino de Cirugía, 2. Buenos Aires, 1939.
16. **Mirizzi P.** Fistules biliaires internes spontanees au cours de la lithiase biliaires. Congres de la Societe Internationale de Chirurgie, 14. Paris, 1951.
17. **Mirizzi P.** Lithiase de la voie biliaire principale. Paris: Masson, 1957.
18. **Mirizzi P.** Chirurgie du systeme du canal hepatique. Paris: Masson, 1962.
19. **Carrquiri L, Estefan A, Praderi R.** Ambiente común cístico coledociano. *Cir Uruguay* 1975, 45: 329-33.
20. **Klatskin G.** Adenocarcinoma of the hepatic duct and bifurcation within the porta hepatis. *Am J Med* 1965; 38: 241-6.
21. **Praderi R, Parodi H, Del Campo F, Navarrete H et al.** Resección del cáncer de la convergencia biliar superior (tumor de Klatskin): a propósito de una nueva serie. *Cir Uruguay* 1998; 68(1): 63-70.
22. **Cattell R, Braasch J.** Repair of benign strictures of the bile duct involving both single hepatic ducts. *Surg Gynecol Obstet* 1960; 19: 531-40.
23. **Braasch J, Preble H.** Unilateral hepatic duct obstruction. *Ann Surg* 1963; 158: 17-23.
24. **Praderi R.** Oclusión neoplásica de los hepáticos. *Rev Argent Cir* 1971; 20: 115-9.