

DR. PI-FIGUERAS. — A su entender el coleperitoneo da siempre o casi siempre un cuadro importante de shock.

DR. LLAURADÓ. — Recuerda que publicaron con Anfrés un estudio sobre la transcendencia del coleperitoneo. En el mismo llegaban a la conclusión que si la bilis llegaba al peritoneo libre siempre producía una reacción importante. Sin embargo, posteriormente, ha podido comprobar coleperitoneos perfectamente tolerados.

DR. PIULACHS. — El shock producido por el coleperitoneo, no se presenta por el hecho de que la bilis esté o no infectada. Lo que tiene valor es la acción osmótica de la bilis, líquido hipertónico que da lugar a una gran exudación peritoneal.

A su entender el hecho de que a través de un orificio mínimo de la vía biliar principal saliera gran cantidad de bilis, se debe a que la parte baja del colédoco podría estar comprimida por el líquido acumulado en la región.

El diagnóstico de la existencia de un líquido en cavidad peritoneal, en este caso de bilis, se facilita practicando cuatro punciones a nivel de los cuatro cuadrantes del abdomen.

DIVERTICULO DE COLEDOCO

A. LLAURADÓ TOMÁS, R. TRÍAS RUBÍES, F. VÁZQUEZ G. - QUEVEDO

Presentamos un caso de divertículo de colédoco, hallado mediante colangiografía, en una paciente que también tiene dos divertículos esofágicos y uno en 3.ª porción duodenal. El interés del mismo, como variante anatómica del colédoco, estriba en la poca frecuencia con que se produce.

Al revisar la literatura sobre el tema se pone de manifiesto la indiferenciación de denominaciones que sobre las malformaciones congénitas de la vía biliar se vienen usando. Motivo por el cual se hace una breve referencia histórica y etimológica.

HISTORIA CLÍNICA. — H.ª N.º 12875 M. M. B. Mujer de 76 años. Ingresada en nuestro Servicio con historia de cólicos hepáticos, enviada por el Servicio de Digestivo.

Antecedentes personales. — Hace 22 años que padece crisis de dolor epigástrico e hipocondrio derecho de aparición brusca, que irradia a región dorsal derecha y que alivia al cabo de unas horas. Se acompaña de escalofríos, vómitos alimenticios y biliosos. Nunca ictericia ni fiebre. Hace cinco años es intervenida en otro Servicio. El informe que adjunta dice: Colecistectomía por cálculos. Exploración del colédoco con histerómetro que tras extraer cálculo coledocal, pasa sin dificultad. Diagnóstico quirúrgico de litiasis vesicular y coledocal.

HISTORIA ACTUAL. — Hace cuatro meses, habiendo estado bien desde la intervención anterior, comienza con crisis de cólico hepático, caracterizado por dolor en reborde costal derecho que se irradia en cinturón, temblor, sudor y

frío, de dos a tres horas de duración. Suceso que se repite cada tres o cuatro días. El último duró doce horas lo que motivó su ingreso. Completa el cuadro clínico astenia y anorexia con pérdida de quince kg de peso.

Exploración clínica. — Abdomen doloroso a la palpación profunda en hipocóndrio derecho.

Exploración radiológica. — Se practica un biligrafín que es negativo. Radioplaca de esófago con un divertículo en su tercio medio y otro más pequeño epifrénico (figura 1). Gastroduodenal, con divertículo de ancha base de implan-

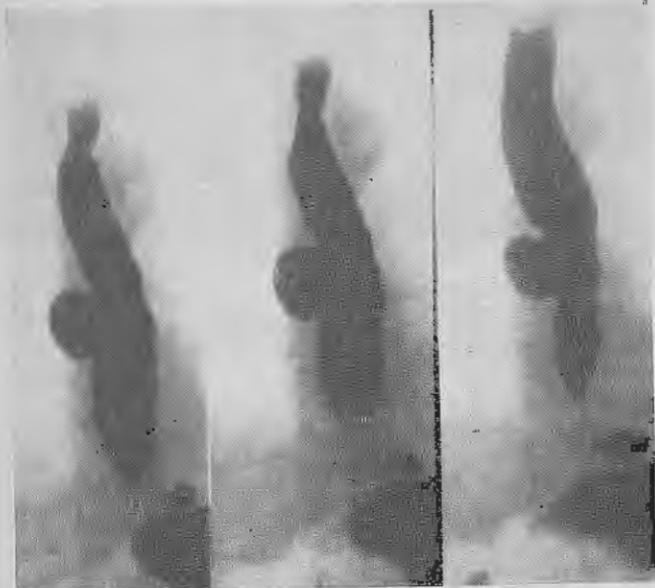


FIG. 1. — Esófago con un divertículo en su tercio medio y otro más pequeño epifrénico, ligera atonía con ondas terciarias.

tación en 3.ª porción duodenal. Marco duodenal donde se aprecia un divertículo en borde vascular de 3.ª porción (figura 2). El resto de la exploración incluyendo sigma-colon, normal.

Con diagnóstico de litiasis coledocal se va a la intervención.

Descripción. — (16-XI-66). Cirujano Dr. Llauradó.

Abierta cavidad abdominal, se pone en evidencia la vía biliar dilatada en unas dos veces su tamaño normal. Se individualiza el muñón cístico también dilatado, canalizándolo y practicando a su través dos colangiografías con 2 y 8 cc de contraste (figuras 3 y 4). Coledocotomía supraduodenal por donde fluye bilis abundante con cálculos milimétricos. Se extraen con exploraciones complementarias cuatro más hasta de 8 mm (figura 5). Al no conseguir paso instrumental al duodeno se practica papilotomía. Introduciendo un explorador por papila se comprueba evidentemente la existencia del divertículo de colédoco distal que protusiona en mucosa posterior duodenal al presionar en su interior.

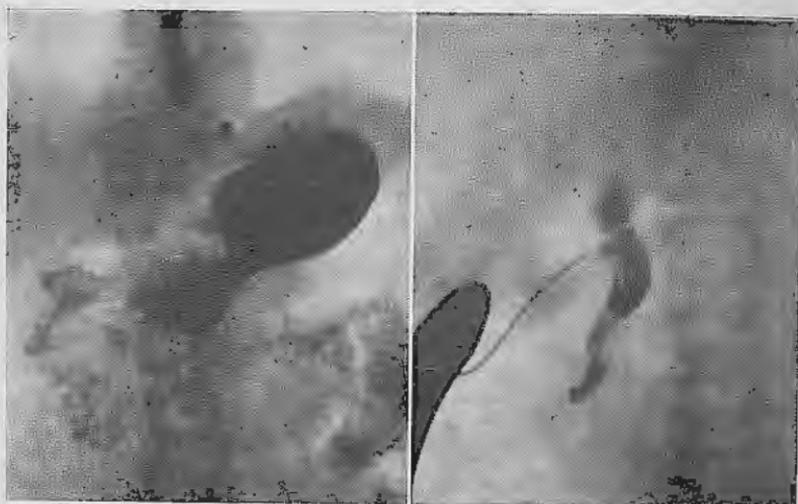


FIG. 2.—Gastroduodenal. Divertículo con concha base de implantación en tercera porción correspondiente a su borde vascular. FIG. 3.—Colédoco dilatado regularmente con dos defectos de repleción en su parte retro y supra-duodenal; la terminación se hace en una dilatación «. No hay paso a duodeno.

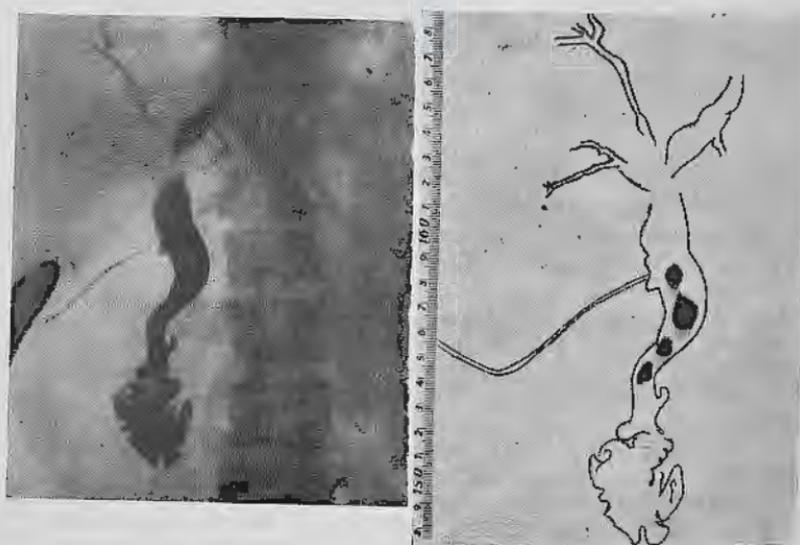


FIG. 4.—Via biliar con gran dilatación en toda su extensión. Persistencia de los defectos de repleción. Paso filiforme de contraste a duodeno. Presencia de un pequeño divertículo en colédoco pancreático a derecha y quizás otro a izquierda. FIG. 5.—Esquema de los divertículos de colédoco con los cálculos.

Postoperatorio inmediato. — Se retira el tubo suphepático a los tres días y el Kehr a los 10 días. Alta por curación a los 30 días después de sufrir un proceso supurativo subhepático.

Postoperatorio a distancia. — A los cinco meses continúa sin ninguna molestia, con un aumento ponderal de 10 Kg.

COMENTARIOS. — El estudio de las malformaciones congénitas de la vía biliar, en el capítulo de las dilataciones idiopáticas del colédoco, comienza por el primer caso atribuido a VATER, en 1723, a TODD que presenta otro en 1818. Desde entonces, se han descrito más observaciones hasta llegar, en 1959, a recoger ALONSO LEJ y col. (1) 419 casos en la literatura mundial. Al revisar éstas, se encuentran denominadas de muy diversas formas, así dilataciones quísticas congénitas, divertículo congénito, quiste diverticular, quiste coledociano, megacolédoco, dilatación aneurismática del colédoco, dilatación segmentaria del hepatocolédoco, etc. ARAÑDES (2).

Etimológicamente por quiste entendemos, vejiga o tumor formado por saco cerrado, especialmente el que contiene líquido o una sustancia semisólida. Y por divertículo —de diverto, senda que se aparta— un apéndice hueco en forma de bolsa, de una cavidad o tubo principal. Lo que en el colédoco es una de las variantes anatómicas que se describen como poco frecuentes. A lo que corresponde exactamente nuestro caso.

Es GUSTAF SÖDERLUNG (8), en 1925, quien publica el primer caso de divertículo de colédoco supraduodenal en un paciente de 45 años afecto de litiasis vesicular, coledocal y diverticular. Más tarde, en 1941, SEVEN ERIK SPÓGREN (7), presenta el primero puesto de manifiesto por la colangiografía operatoria, localizado en la pared posterior de la porción media del colédoco, encontrando otro duodenal. ORLANDO F. LONGO (5) publica otro, demostrando por la colangiografía en un icterico con litiasis coledocal al ser reintervenido, y al hacer la revisión de los casos publicados hasta esta fecha 1950, y considerando —como algunos otros autores— que el divertículo representa el primer estadio de la formación del quiste del conducto biliar principal, e incluyendo entre ellos, el suyo, ocupa el sexto lugar de la bibliografía argentina.

En la literatura han sido descritos algunos, más bien como curiosidad anatómica que como hecho a tener presente por su cuadro clínico.

Sobre su etiología, así como para la dilatación idiopática del colédoco se han dado las explicaciones más diversas, embrionarias, traumáticas, mecánicas y nerviosas. Todas son discutibles, y es posible que no exista un factor único. KUNE DE BOSTON (4) dice “que cuando la presión intra-coledocal es elevada, el colédoco se distiende en toda su extensión. Pero en un gran número de casos tiene lugar la formación de un divertículo o ensanchamiento por encima del segmento estrechado del colédoco, estando muy a menudo en el lado duodenal del conducto”.

En nuestra experiencia, cuando una presión intraductal es grande por obstáculo, la dilatación se hace el todo el colédoco e incluso en el árbol intrahepático, sin que se formen divertículos. Creemos que debe haber además un factor de predisposición local. Y a este respecto recordamos la teoría de PIULACHS (6) que habla de una aplasia de las formaciones nerviosas parietales del segmento, si es que los divertículos no existían congénitos.

CONCLUSIONES. — 1.º Los casos que conocemos de divertículo de colédoco corresponden a un colédoco dilatado y con cálculos en su interior.

2.º La colangiografía es insustituible para el diagnóstico de cálculos y divertículos.

3.º Si se explora en el colédoco la existencia de cálculos hay que tener presente que no estén alojados en algún divertículo, de existir éste.

4.º La única terapéutica aconsejable en los de pequeño tamaño, es actuar sobre la papila, disminuyendo la presión intraluminal.

5.º El hallazgo de un divertículo debe inducirnos a la exploración radiológica sistemática del tracto digestivo, en busca de otros.

RESUMEN. — Presentamos un caso de divertículo de colédoco hallado casualmente en el transcurso de una intervención por coledocolitiasis al realizar la colangiografía, como sistemáticamente hacemos al actuar sobre las vías biliares. Previamente estudiadas otras anomalías digestivas, en esta enferma, descubrimos dos divertículos esofágicos y uno de 3.ª porción duodenal.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALONSO LEJ y COL.: "Congenital choledochal cyst. with a report of 2, and analysis of 94 cases". *Int. Abstr. Surg.* 108/1:1. 1959.
2. ARANDES ADAN, R. y COL.: "Afecciones de la vía biliar principal". Págs. 266. Ed. JIMS. Barcelona, 1963.
3. HESS: "Enf. de las Vías Biliares y del Páncreas". Ed. Científico-Médica. 1963.
4. KUNE: "Surgical anatomy of common bili duct.". *Arch. Surg.* 1964, 89/6 (995-1004).
5. LONGO: "Divertículos de colédoco". *Academia Argentina de Cirugía*, 34:224. 1950.
6. PIULACHS y SALA PATAU: "Dilatación idiopática del colédoco". *Rev. Cli. Española*, 65:9. 1957.
7. SJÖGREN: *Acta Radiol. Scand.* 22:318. 1941.
8. SÖDERLUND: "A case of Stone in the Bill Tracts with Cystic Dilatation and Diverticulum of the common Bile Duct". *Acta Chirurgica Scandinavica*, 59:253. 1925.

Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo, Barcelona. Servicio de Cirugía "C". (Director: Dr. LLAURADÓ.)

DISCUSIÓN

DR. ARTIGAS. — Expone un caso personal en el que por colangiografía no se visualizó nada, pero en el que existiendo una manometría elevada, se exploró instrumentalmente el colédoco y se halló un divertículo conteniendo un cálculo en su interior.

Tiene dudas, respecto a que si en la radiografía presentada la imagen que se ve es un divertículo o bien el inicio del Wirsung.

El divertículo del colédoco no puede compararse nunca al quiste. En éste no se encuentran nunca cálculos en su interior.

DR. SUÑOL. — Pregunta si se hizo estudio anatomopatológico de la pared de esa formación, porque muy bien podría tratarse de una lesión traumática producida en la intervención anterior.

DR. RAVENTÓS. — Siempre deben diferenciarse los divertículos del colédoco de los quistes congénitos. A su entender estos últimos son bastante frecuentes, pues él y otros cirujanos tienen casos de estos últimos que si no se han publicado ha sido por tratarse de casos únicos.

También le interesaría saber si se hizo histología de la pared.

En un artículo del *Journal de Chirurgie*, se describen las características propias del quiste de colédoco. En su tratamiento no se recomienda la extirpación, sino la anastomosis a una asa de yeyuno.

DR. ANFRÉS. — La litiasis reiterativa puede ser la causa de la formación del divertículo y éste mantener la litiasis. Por ello la práctica de una papilotomía puede no ser suficiente, siendo necesario en estos casos efectuar un drenaje interno del divertículo.

DR. OLSINA. — ¿El caso presentado puede considerarse como un divertículo duodenal yuxtavateriano?

Recuerda que el divertículo se caracteriza por ser una hernia de la mucosa a través de un hiato de la capa muscular.

RESPONDE EL DR. VÁZQUEZ AL DR. ARTIGAS. — Conforme en que quiste y divertículo son completamente diferentes.

El diagnóstico es difícil y cree que la colangiografía es útil para el diagnóstico.

AL DR. SUÑOL. — No se efectuó estudio anatomopatológico de la pared. No se efectuó una derivación interna por cuanto el divertículo era de muy pequeñas dimensiones.

AL DR. OLSINA. — Con toda seguridad le puede asegurar que no se trataba de un divertículo duodenal yuxtavateriano.

AL DR. ANFRÉS. — Por tratarse en el presente caso de una paciente de edad avanzada es muy probable que el tratamiento efectuado fuera suficiente.

DR. LLAURADÓ. — Realmente se le han presentado dudas en cuanto a interpretar la imagen que el Dr. Artigas cree puede ser el inicio del Wirsung.

Tampoco podría asegurar con toda certeza que no se trata de un falso divertículo producido por maniobras quirúrgicas en la primera intervención.

En contra de lo que cree el Dr. Anfrés en este caso está convencido de que la papilotomía será suficiente.