

Enfermedad obstructiva del tracto biliar¹.

Olga Lucía Rojas, M. D.², Armando González M., M. D.³ y Jorge Salazar M. D.⁴.

RESUMEN

Se estudiaron las historias clínicas de 323 pacientes intervenidos por enfermedad obstructiva del tracto biliar en el Hospital Universitario del Valle (HUV), Cali, Colombia. Tenían enfermedad biliar obstructiva sin colangitis 203 (62.8%) pacientes y 120 (37.2%) tenían colangitis.

Los síntomas y signos más frecuentes fueron: cólico biliar, vómito, defensa en el cuadrante superior derecho del abdomen, signo de Murphy positivo, ictericia y fiebre. Se encontró elevación de las bilirrubinas en 66.6% de los pacientes. La colangiografía transparietohepática percutánea sólo se practicó a 7.1% de los pacientes. En 9.9% había enfermedad maligna y en 6.2% de los pacientes no se encontró obstrucción del tracto biliar ni enfermedad vesicular. Se encontró una relación directa entre el grado de inflamación y la frecuencia de complicaciones postoperatorias. A mayor inflamación mayor número de complicaciones. En los 323 pacientes operados se presentaron 131 (40.5%) complicaciones y la mortalidad global fue 3.1%.

Este estudio corresponde a pacientes operados con enfermedad obstructiva del tracto biliar antes de llegar a Cali las técnicas de diagnóstico y tratamiento más modernas (colangiografía percutánea transparietohepática con aguja delgada

de Chiba, ultrasonido, tomografía axial computadorizada, etc.). Sus objetivos fueron: conocer la distribución de síntomas y signos en las personas que se operaron durante el período de estudio; evaluar los métodos diagnósticos; analizar los hallazgos quirúrgicos correlacionándolos con los resultados del examen anatomopatológico; analizar las operaciones realizadas y el uso de drenes e identificar las complicaciones y la mortalidad.

MATERIALES Y METODOS

Se revisaron los registros del Departamento de Anestesiología del Hospital Universitario del Valle (HUV), Cali, Colombia, entre 1975 y 1979 y se seleccionaron 323 pacientes intervenidos quirúrgicamente por enfermedad vesicular con compromiso del colédoco. En un formulario se consignaron los datos más importantes y se hizo análisis manual.

RESULTADOS

Edad y sexo. Eran mayores de 40 años 193 (59.8%) pacientes y las mujeres predominaron sobre los hombres en una proporción de 2.4:1 (Cuadro 1).

Tiempo transcurrido entre la iniciación de la enfermedad y la consulta al hospital y entre la consulta y la operación. Consultaron al hospital después de 48 horas de iniciado el cuadro clínico, 198 (61.3%) pacientes; y fueron operados en las primeras 48 horas de haber consultado al hospital, 182 (56.3%).

Antecedentes. Tuvieron antecedente de cólico biliar, 314 (97.2%) pacientes; refirieron intolerancia a las grasas, 239 (74%); habían estado ictericos, 87 (26.9%); y habían sido intervenidos antes por enfermedad biliar, 58 (17.9%) pacientes.

Síntomas. Tuvieron dolor abdominal en hipocondrio derecho, 297 (92%) pacientes; refirieron vómito, 294 (91%); manifestaron que el dolor en hipocondrio se les irradiaba a la espalda, 211 (65.3%); tuvieron ictericia, 201 (62.2%); fiebre, 162 (50.2%); y escalofríos 120 (37.2%) pacientes.

1. Trabajo presentado en la XXIX Convención Nacional de Gastroenterología.
2. Docente Adjunto, Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
3. Profesor Titular, Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
4. Médico General, Hospital Universitario "Evaristo García", Cali, Colombia.

Cuadro 1
Distribución por Edad y Sexo en 323 Casos
de Obstrucción del Tracto Biliar.
HUV, Cali. 1975-1979.

Edad	Sexo		Total	
	Hombres	Mujeres	Nº	%
0-9	1	2	3	0.9
10-19	4	7	11	3.4
20-29	6	40	46	14.2
30-39	13	57	70	21.7
40-49	16	50	66	20.5
50-59	19	33	52	16.1
60-69	21	25	46	14.2
70-79	8	9	17	5.3
80 y más	6	6	12	3.7
Totales	94	229	323	100.0

Signos. Presentaron defensa en cuadrante superior derecho del abdomen, 260 (80.5%) pacientes; signo de Murphy positivo, 258 (79.9%); hipotensión arterial a su ingreso, 198 (61.3%); ictericia, 195 (60.4%); fiebre, 181 (56%); vesícula palpable dolorosa, 81 (25.1%); hepatomegalia, 69 (21.4%); defensa abdominal generalizada, 2 (0.6%); y tenían abdomen negativo, 39 (12.1%) pacientes.

Exámenes de laboratorio. Tuvieron hemoglobina mayor o igual a 10 g%, 253 (78.3%) pacientes; presentaron leucocitosis, 143 (44.3%) y neutrofilia, 159 (49.2%) pacientes.

Las bilirrubinas estaban elevadas en 215 (66.6%) pacientes; las fosfatasas alcalinas en 209 (64.7%) y las transaminasas oxaloacéticas en 188 (58.2%) pacientes.

Rayos X. Abdomen simple: se realizaron 121 (37.5%) estudios. Se encontraron cálculos radioopacos en 32 (26.5%) pacientes; presencia de aire en las vías biliares en 16 (13.2%); signos compatibles con obstrucción intestinal en 3 (2.5%) estudios, presencia de otras anomalías en 13 (10.7%) y el resto fueron normales (47.1%).

Colecistografía oral. Se realizaron 75 estudios; revelaron cálculos, 36 (48%); vesículas excluidas, 33 (44%); informadas como colecistosis, 3; vaciamiento retardado, 2; y una colecistografía fue normal.

Colangiografía intravenosa. Se practicaron 52 estudios; mostraron cálculos, 18 (34.6%); dilatación de las vías biliares, 10; no se visualizaron las vías biliares, en 10; estenosis del colédoco distal, 3; y un estudio fue informado normal.

Colangiografía percutánea transparietohepática. Se efectuaron tan sólo 23 (7.1%) estudios; revelaron cálculos, 18 (78.3%) estudios; carcinoma, 3; y 2 procedimientos fueron fallidos.

Gammagrafía. Se le practicó a 13 (4%) pacientes y los hallazgos fueron informados como defectos de captación del medio de contraste.

Hallazgos quirúrgicos y comprobación por examen anatomopatológico. Se dividieron los pacientes en 2 grupos: sin colangitis, 203 (62.8%); y con colangitis, 120 (37.2%).

Tenían enfermedad obstructiva del tracto biliar benigna 291 (90.1%) pacientes y el resto enfermedad maligna. Presentaban inflamación aguda 110 (34%) pacientes y se operaron con cálculos residuales del colédoco 37 (11.5%) pacientes.

En el Cuadro 2 se describen los hallazgos según el estadio inflamatorio de la vesícula y las vías biliares y la etiología de la

Cuadro 2
Hallazgos Quirúrgicos en Obstrucción Biliar. HUV, Cali, 1975-1979

Hallazgos quirúrgicos y comprobación por examen anatomopatológico	Sin colangitis	Con colangitis	Total	
	Nº	Nº	Nº	%
Colecistitis crónica + coledocolitiasis	66	24	90	27.9
Colecistitis crónica + EVB ^a sin cálculos	11	20	31	9.6
Colecistitis aguda + coledocolitiasis	22	8	30	9.3
Colecistitis aguda + EVB sin cálculos	12	18	30	9.3
Piocollecisto + coledocolitiasis	10	5	15	4.6
Piocollecisto + EVB sin cálculos	7	17	24	7.4
Litiasis residual	36	1	37	11.5
Estenosis iatrogénica del colédoco	2	1	3	0.9
Colestasis	3	5	8	2.5
Cirrosis	12	—	12	3.7
Ca. de colédoco, vías biliares y vesícula con compromiso del colédoco	11	7	18	5.6
Ca. de cabeza de páncreas	11	3	14	4.3
Colangitis ^b	—	11	11	3.4
Totales	203	120	323	100.0

^a EVB = exploración de vías biliares.

^b Sólo se les practicó drenaje del colédoco con tubo en T.

obstrucción. En el Cuadro 3 se presentan los hallazgos quirúrgicos asociados en 291 pacientes con enfermedad obstructiva benigna del tracto biliar, siendo pancreatitis el hallazgo más frecuente: 3.4% del total de casos y 28.6% del total de los hallazgos quirúrgicos; siguieron en orden de frecuencia, los abscesos hepáticos que representaron 3.1% del total de casos y 25.8% del total de los hallazgos asociados.

Operaciones realizadas para enfermedad obstructiva benigna del tracto biliar. Se hizo colecistectomía más exploración de vías biliares (EVB) a 165 (56.7%) pacientes; la operación anterior más esfinteroplastia del esfínter de Oddi a 35 (12%) pacientes y esfinteroplastia sola o en combinación con otras operaciones a 69 (23.7%) pacientes.

La colangiografía operatoria se efectuó en 135 (46.4%) pacientes y en 42 (14.4%) pacientes con colangitis. Si se consideran sólo los pacientes que tenían colangitis (110), este procedimiento se practicó a 38.2% de los pacientes con colangitis (Cuadro 4).

Operaciones realizadas para enfermedad obstructiva maligna del tracto biliar. A un paciente con carcinoma de vesícula se le practicó colecistectomía, EVB y lobectomía hepática derecha. El resto de operaciones fueron laparotomías exploradoras por imposibilidad técnica para realizar otro tipo de procedimiento u operaciones paliativas derivativas (Cuadro 5).

Cuadro 3
Hallazgos Quirúrgicos Asociados en Obstrucción Biliar,
HUV, Cali, 1975-1979.

Hallazgos quirúrgicos asociados	Sin colangitis		Con colangitis		Total	
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	%
Pancreatitis	7	—	3	—	1	28.6
Absceso hepático	—	—	7	—	7	20.0
Fístula colecistoduodenal	4	—	2	—	6	17.2
Colesterosis	2	—	1	—	3	8.6
Adenomiosis	2	—	—	—	2	5.8
Microabscesos hepáticos	—	—	2	—	2	5.8
Absceso subfrénico	1	—	—	—	1	2.8
Ascaris en el colédoco	1	—	—	—	1	2.8
Fístula colecistocoledociana	1	—	—	—	1	2.8
Aneurisma iatrogénico de la arteria hepática	1	—	—	—	1	2.8
Estenosis del esfínter de Oddi	—	—	1	—	1	2.8
Totales	19	—	16	—	35	100.0

Cuadro 4
Operaciones Realizadas en Enfermedad Obstructiva Biliar Benigna,
HUV, Cali, 1975 - 1979

Operaciones realizadas	Sin colangitis		Con colangitis		Total	
	CC ^a	SC ^b	CC	SC	Nº	%
	Nº	Nº	Nº	Nº		
Colecistectomía + EVB	52	45	33	35	165	56.7
Colecistectomía + esfinteroplastia	18	10	4	3	35	12.0
Reexploración de vías biliares	3	5	—	11	19	6.5
Reexploración de vías biliares + esfinteroplastia	7	7	2	3	19	6.5
Drenaje del colédoco con tubo en T	4	—	2	10	16	5.5
Esfinteroplastia	7	6	1	1	15	5.2
Laparotomía + biopsia hepática	1	12	—	2	15	5.2
Coledocoduodenostomía	—	1	—	1	2	0.7
Tubo transhepático (tubo sin fin)	1	—	—	—	1	0.3
Otras	—	2	—	2	4	1.4
Totales	93	88	42	68	291	100.0

^aCC = con colangiografía operatoria.

^bSC = sin colangiografía operatoria.

Cuadro 5
Operaciones Realizadas en Enfermedad Biliar Obstruktiva Maligna,
HUV, Cali, 1975-1979

Operaciones realizadas	N°	%
Laparotomía + biopsia hepática	10	31.3
Coledocoyunostomía en "Y" de Roux	5	15.6
Colecistectomía + drenaje del colédoco con tubo en T	3	9.4
Coledocoduodenostomía	2	6.25
Colecistectomía + EVB + coledocoyunostomía en "Y" de Roux	2	6.25
Laparotomía + biopsia de páncreas	2	6.25
Colecistectomía + biopsia hepática	2	6.25
Laparotomía + biopsia de vesícula	1	3.12
Coledocoyunostomía en asa	1	3.12
Colecistoduodenostomía	1	3.12
Colecistectomía + EVB + lobectomía hepática derecha	1	3.12
Drenaje del colédoco con tubo en T	1	3.12
Laparotomía exploradora	1	3.12
Totales	32	100.0

Uso de drenes. De un total de 203 pacientes con enfermedad obstructiva del tracto biliar, sin colangitis, a 92 se les dejó un drenaje cerca al área operatoria. Se infectaron las heridas de 9 (9.8%) pacientes y 5 (5.4%) desarrollaron absceso intraabdominal. En 111 pacientes no se dejó drenaje; 4 (3.6%) presentaron infección de la herida y ninguno absceso intraabdominal.

Del total de 120 pacientes con enfermedad obstructiva del tracto biliar con colangitis a 67 pacientes se les dejó drenaje; se presentaron 9 (13.4%) infecciones de herida y ningún absceso intraabdominal. A 53 pacientes no se les dejó drenaje; se infectaron las heridas de 2 (3.8%) pacientes y 1 (1.9%) desarrolló absceso intraabdominal.

La frecuencia de infección, según el uso de drenes, fue muy similar cuando se discriminó la información de acuerdo con el estadio inflamatorio de la vesícula y vías biliares y sugirió que el uso de drenes se acompaña de una incidencia mayor de infección. Estas observaciones no se han confirmado, en el HUV, con ensayos clínicos controlados.

Complicaciones. Se practicaron 164 exploraciones de las vías biliares para enfermedad benigna del tracto biliar sin colangitis y quedaron cálculos inadvertidos en 17 (10.4%) pacientes y en 103 exploraciones de las vías biliares para enfermedad benigna con colangitis presentaron litiasis residual 18 (17.5%) pacientes. La frecuencia global de litiasis residual en las 267 exploraciones fue 13.1%. En 30 pacientes con exploraciones negativas de las vías biliares sin colangitis 2 (6.7%) presentaron litiasis residual y en 13 pacientes con exploraciones negativas de las vías biliares con colangitis 1 (7.7%) paciente presentó litiasis residual, para una frecuencia global de 7% de cálculos retenidos en pacientes que en la exploración previa no se les había encontrado cálculos.

En 36 pacientes reintervenidos con diagnóstico de litiasis residual sin colangitis a 3 (8.3%) pacientes les volvieron a quedar cálculos y en 17 pacientes con litiasis residual y colangitis a 3 (17.6%) les quedaron cálculos para una frecuencia global de 11.3%.

Se encontró una relación directa entre el grado de inflamación de la vesícula y las vías biliares y la frecuencia de complicaciones: 12 (18.2%) complicaciones en 66 pacientes con colecistitis crónica más coledocolitiasis y 11 (50%) complicaciones en 22 pacientes con colecistitis aguda y coledocolitiasis. También se demostró que con las operaciones repetidas se aumenta la morbilidad: 12 (18.2%) complicaciones en 66 pacientes con colecistitis crónica y coledocolitiasis y 14 (38.9%) complicaciones en 36 pacientes con litiasis residual del colédoco.

En 203 pacientes operados de enfermedad obstructiva del tracto biliar sin colangitis se presentaron 59 (29%) complicaciones y en los 120 pacientes con colangitis 72 (60%) complicaciones.

En el Cuadro 6 se describen las 131 complicaciones que se presentaron en los 323 pacientes con enfermedad obstructiva del tracto biliar. La complicación más frecuente fue litiasis residual, seguida de infección de la herida y luego sepsis.

Mortalidad. Fallecieron 6 (2.95%) pacientes de los 203 con enfermedad obstructiva del tracto biliar sin colangitis. Las causas de muerte fueron: falla general, 4; sepsis y shock séptico, 1; y coma hepático, 1.

Murieron 4 (3.3%) pacientes de los 120 que tenían colangitis y las causas de muerte fueron: sepsis y shock séptico, 3; y falla general, 1.

Cuadro 6
Complicaciones Postoperatorias en Obstrucción Biliar, HUV,
Cali, 1975-1979.

Nombre de la complicación	Sin colangitis	Con colangitis	Total	
	(203 pacientes) Nº	(120 pacientes) Nº	Nº	%
Litiasis residual	17	18	35	26.7
Infección de herida	13	11	24	18.3
Sepsis	3	13	16	12.2
Absceso intraabdominal	5	1	6	4.6
Bronconeumonía	3	3	6	4.6
Bilirragia	1	5	6	4.6
Shock séptico	3	2	5	3.8
Estenosis del esfínter de Oddi	3	1	4	3.1
Insuficiencia respiratoria	2	2	4	3.1
Insuficiencia renal aguda	1	2	3	2.3
Absceso hepático	—	2	2	1.5
Estenosis del colédoco	—	1	1	0.76
Evisceración	—	1	1	0.76
Hemobilia	—	1	1	0.76
Fístula duodenal	—	1	1	0.76
Fístula del intestino delgado	—	1	1	0.76
Otras	8	7	15	11.4
Totales	59	72	131	100.0

La mortalidad global de la serie fue 3.09%. En los 166 pacientes con enfermedad obstructiva benigna del colédoco sin colangitis la mortalidad operatoria (primeros 30 días de la operación) fue 1.2% (2 muertes) y 2.9% (3 muertes) en los 105 pacientes con enfermedad obstructiva benigna del tracto biliar con colangitis. La mortalidad operatoria en los 32 pacientes con enfermedad obstructiva maligna del tracto biliar fue 9.4%. En el Cuadro 7 se presenta una correlación entre los hallazgos quirúrgicos y su comprobación por examen anatomopatológico vs la mortalidad según si los pacientes tenían o no colangitis.

DISCUSION

Los datos de sexo, edad, historia clínica y exámenes de laboratorio coinciden con los hallazgos descritos en la literatura para enfermedad obstructiva del tracto biliar¹⁻³. A la mayoría de los pacientes no se les practicó estudios radiológicos por la presencia de ictericia que contraindicaba la colecistografía oral y la colangiografía intravenosa. La colangiografía percutánea transparietohepática que era el estudio más indicado se practicó en menos de 10% de los casos por falta de agujas apropiadas para realizar el procedimiento.

Se dispone de 3 modalidades para valorar con precisión el grado, sitio y causa de la obstrucción:

1. La colangiografía intravenosa que sólo se utiliza cuando las concentraciones séricas de bilirrubina son menos de 3 mg%.
2. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y,
3. La colangiografía percutánea transparietohepática.

Estos 2 últimos procedimientos tienen una precisión diagnóstica mayor de 95%.

La colangiografía transparietohepática con la aguja de Chiba delgada que recomendó por primera vez Okuda permite observar casi 100% de los conductos dilatados y 60% de los que no tienen dilatación.

En el presente estudio 37.2% de los pacientes tenían colangitis aguda en sus diversos estadios^{4,5} y 9.9% tenían enfermedad maligna del tracto biliar. Se demostró que las complicaciones se aumentan en forma dramática y en proporción directa al grado de inflamación e infección.

Este estudio sugiere no utilizar drenes, cerca al área operatoria, lo cual está de acuerdo con lo descrito por Stone⁶ y González y colaboradores en el HUV⁷.

La complicación postoperatoria más frecuente fue la litiasis residual del colédoco y vías biliares. En 267 pacientes sometidos a exploración de vías biliares 35 (13.1%) pacientes presentaron litiasis residual. Jones⁸ informa una frecuencia global de litiasis residual de 10%.

La extracción percutánea de cálculos retenidos en las vías biliares a través del tubo en T, se ha constituido en un procedimiento común que se halla disponible en la mayor parte de los centros médicos⁹. Las alternativas de tratamiento de los cálculos residuales, cuando no existe tubo en T, son la papilotomía endoscópica y la disolución y extracción de cálculos utilizando las técnicas percutáneas de Seldinger².