

Láparo-colangiografía en Ictéricos

Dr. Alecio Peñaloza Rosas

La Láparo-colangiografía, como método de diagnóstico, es un procedimiento que ha ido adquiriendo lentamente una posición definida dentro de los métodos de examen necesarios en determinados casos, de pacientes con afecciones de sus vías biliares, para dar al diagnóstico y para orientar una conducta ya sea médica o quirúrgica.

Es verdad que los nuevos productos químicos para colecistografía por vía oral o parenteral han dado maravillosos resultados al aumentar el número de visualizaciones del árbol biliar; pero todavía quedan casos en los cuales estos compuestos no dan los resultados deseados, como cuando existe una insuficiencia hepática verdadera (14) y especialmente cuando hay ictericia, aun cuando ésta sea muy discreta.

En el servicio de radiología del Hospital San José de Bogotá, hemos observado que en la colecisto-colangiografía por vía venosa por encima de 4 miligramos de bilirrubinemia total circulante, el medio de contraste se elimina por vía renal y no se obtiene imagen alguna de vías biliares, aún inyectando 40 c.c. de medio (Biligrafina) al 20%. Verdadero estudio estadístico comparativo a este respecto no se ha hecho.

Es en estos enfermos precisamente, en donde la láparo-colangiografía tiene su plena aplicación y mientras mayor sea la ictericia, mayor será su utilidad. Desde su iniciación por Marcelo Royer en 1940 (11), la técnica primitiva ha sufrido variaciones, unas debidas al mismo autor (12), otras debidas a críticas hechas al procedimiento en conjunto, (1-3-6) suprimiendo la laparoscopia y efectuando la colangiografía a ciegas guiados por referencias anatómicas, puncionando directamente uno de los canales hepáticos. Sus indicaciones y utilidades también ha ido precisándose cada vez mejor, en diversos trabajos. (2-4-5-8-9-10-13).

Dedicados como estamos desde 1951 a la láparo-colangiografía especialmente en los ictericos (7), presentamos dos casos de nuestras últimas observaciones, colaborando en la parte radiológica el Dr. Jaime Otero Luna.

Obs. Nº 1: Historia Clínica Nº 1.809|55.

M. S. M. M. - 60 años. Soltero. Agricultor. Tiroidectomía sub-total en 1932. Gastrectomía subtotal en octubre de 1954 por adenocarcinoma gástrico. Ingresa al hospital San José el XI-21-55.

Consulta por dolor en hipocondrio derecho, y epigastrio e ictericia. Veinte días antes de su ingreso al Hospital, dolor tipo cólico en hipocondrio derecho y epigastrio con irradiación al hombro derecho; de duración variable, dejaba adolorido el cuadrante superior derecho y muy sensible al tacto. Se ha repetido por cinco veces más. Náusea frecuente y en ocasiones vómito escaso, espumoso. Seis días antes se inició la ictericia que ha ido progresando; desde hace ocho días acolia más o menos intensa y coluria. Anoréxia.

Al examen presenta intensa pigmentación de piel y conjuntivas; dolor en hipocondrio derecho especialmente en reborde costal donde se palpa una pequeña tumoración que parece corresponder a vesícula. Hígado normal a la percusión, no es palpable. Acolia. Coluria. No hay adenopatías apreciables.

Radiología de vías digestivas (XI-25-55): "Gastrectomía de funcionamiento normal".

Hematíes: 3.920.000; Hemoglobina: 10.95 gr.; Hematocrito: 38; Leucocitos: 9.200; Nitrógeno ureico: 18.3 mgr; Glicemia: 87 mgr.; Colesterol total: 340 mgr.; Proteínas totales: 6.15 gr.; Serinas: 5 gr.; Globulinas: 1.15 gr; Gamaglobulinas: 1.09 gr.; Bilirrubina inmediata: 8.80 mg %; Directa retardada: 2.80 mg %; Directa total: 11.60 mg %; Indirecta: 4 mg %; Total circulante: 15.60 mgrs. %. Hanger (X); Timol: 0.9 unidades; Sulfato de zinc: 4.7 unidades. Láparo-colangiografía (XI-28-55): Hígado aumentado de tamaño, superficie lisa, color verde oscuro. Adherencias epiploicas discretas a la cicatriz quirúrgica. Vesícula biliar hidrópica, amarillenta, a tensión. Punción de un canal biliar a través de parénquima hepático, dejando salir bilis verde oscuro, gelatinosa. Se inyecta medio opaco (Biligrafina), observándose lleno completo de los canales intrahepáticos y hepático común que termina como amputado; no hay paso a colédoco. (Fig. 1). Punción trans-hepática de vesícula, dejando salir bilis blanca, muy gruesa, sin olor. Se inyecta nuevamente medio opaco, observándose una vesícula biliar de gran tamaño, sin sombras calcuosas; no hay paso a colédoco. (Fig. 2).

Diagnóstico: Vesícula excluida. Obstrucción completa de colédoco. Carcinoma colédociano?

Examen de la bilis extraída por punción (Nº 8676|55): Escasos cristales de colesterol en la hepática. Citología y bacteriología negativas.

Laparatomizados (XII-5-55) el cirujano encontró vesícula hipertrófica, completamente obstruida en cístico con bilis blanca y sin cálculos. Hepática co-

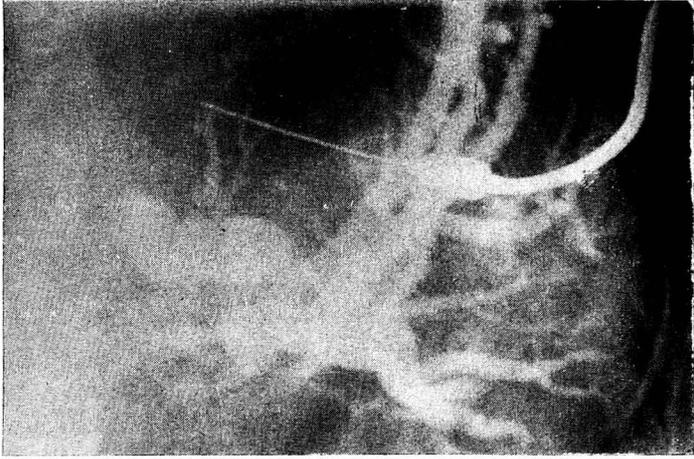


FIGURA 1

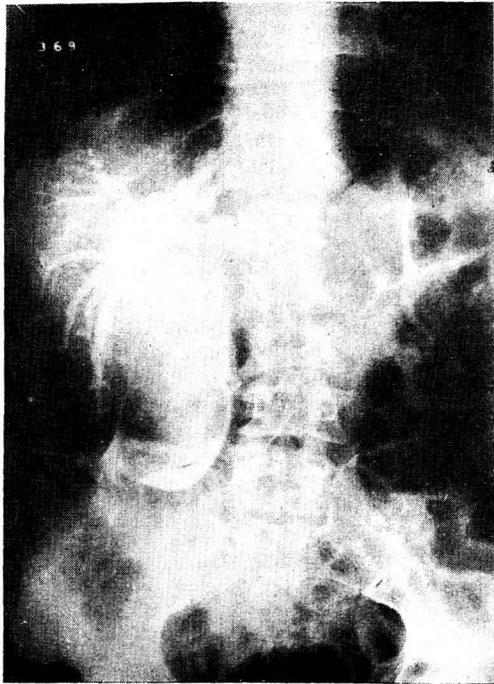


FIGURA 2

páncreas se palpa una pequeña masa que incluye el muñón duodenal. Colecistectomía. Hepaticoyeyunostomía. No se pudo obtener biopsia por sangrar demasiado la zona coledociana y pancreática.

En los controles posteriores, el índice icterico descendió de 72.5 unidades hasta 27.5 y la bilirrubinemia tomada el XII-28-55 fué la siguiente: Directa inmediata: 1.60 mgr. %; Directa retardada: 0.80 mgr. %; Directa total: 2.40 mgr. %; Indirecta: 2 mgr. %; Total circulante: 4.40 mgr. %.

COMENTARIO:

En esta observación hacemos notar la punción de los canales biliares y la de la vesícula en forma separada, las cuales las hicimos guiándonos por medio del peritoneoscopio, logrando en esta forma visualizar la parte de árbol biliar permeable y localizar el sitio de obstrucción en la unión del cístico con el hepático común, además de una exclusión vesicular completa; esta localización no la hubiéramos podido hacer al puncionar solamente la vesícula. Para la punción canalicular tuvimos en cuenta las indicaciones de Royer publicadas al respecto. Creemos que en pacientes con ictericia obstructiva en donde generalmente los canales intrahepáticos se encuentran más o menos dilatados, debiera intentarse esta punción doble para mayor precisión en el diagnóstico y mejor orientación quirúrgica.

Obs. Nº 2 - Historia Clínica Nº 212|56

B. B. - 43 años. Casado. Agente vendedor ambulante.

Ingresa al hospital San José el I-15-56.

Consulta por ictericia. Tres meses antes dolor tipo cólico en hipocondrio derecho, especialmente debajo de la reja costal, de una a dos horas de duración, extendido a epigastrio e hipocondrio izquierdo; repitió varias veces despues. Hace 20 días se inició la ictericia que ha sido progresiva, acolia y coluria. Hace 15 días cinco deposiciones negras y líquidas con constipación consecutiva durante 13 días en que la materia fecal fue nueva y negra. Anorexia. En los cuatro últimos meses ha perdido 10 kgr. de peso.

Radiología en I-25-56: "Gastritis antral. Duodenitis. Retención a las 6 horas". Paciente enflaquecido, icterico. Dolor a la palpación de hipocondrio derecho; hepatomegalia; vesícula palpable, movilizable. Acolia. Coluria.

Hematías: 2.780.000; Hematocrito: 27; Leucocitos: 6.850; Colesterol total: 247 mgr. %; Esteres: 100 mgr. %; Libre: 147 mgr. %; Proteínas totales: 7.8 gr. %; Gama-globulinas: 1.09 gr. %; Hanger negativo; Timol: 1.5 unidades; Sulfato de zinc: 5.1 unidades. Curva de glicemia en 5 muestras: 106, 150, 180, 176, 166. Índice icterico ascendió de 67.5 unidades a 160; Lipasa: 16 U.

Radiología de vías digestivas (II-21-56): "Espasmo persistente de bulbo duodenal. Retención gástrica a las 8 horas. Zona estenótica del arco duodenal en la región post-bulbar".

Radiología de vías digestivas (II-24-56): "Persiste la retención gástrica. Imagen anormal de segunda porción duodenal producida por estenosis o compresión extrínseca".

Láparo-colangiografía (III-1-56): Hígado aumentado de tamaño, superficie lisa, color pardo oscuro. Vesícula grande y tensa, con abundante vascularización. El resto de cavidad abdominal de aspecto macroscópico normal. Punción transhepática, dejando salir bilis casi negra, gelatinosa. Se inyecta el medio opaco (Biligrafina) y se observa vesícula hipertrofica, sin sombras calculosas; gran dilatación de vías biliares; en el colédoco pancreático se aprecia

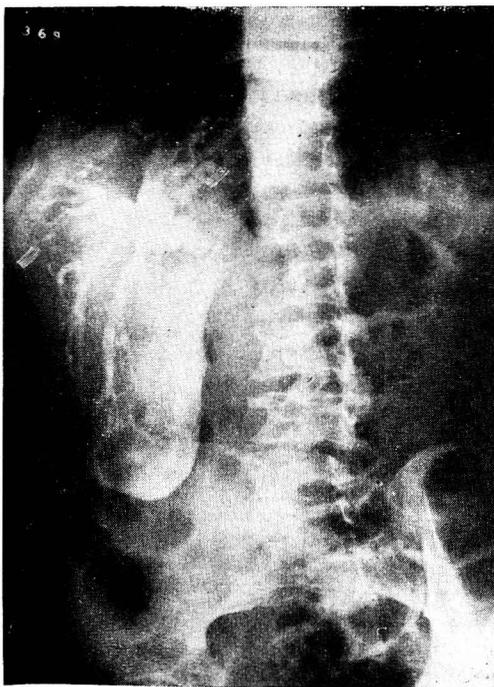


FIGURA 3

una obstrucción bien nítida, la cual al aumentar la presión da paso por un canal estrecho al medio opaco hasta el duodeno. Se aprecia acodadura del colédoco a partir de la obstrucción.

Diagnóstico: Obstrucción de colédoco terminal, pancreático. Carcinoma pancreático? Litiasis coledociana terminal? (Figs. 3, 4 y 5).



FIGURA 4

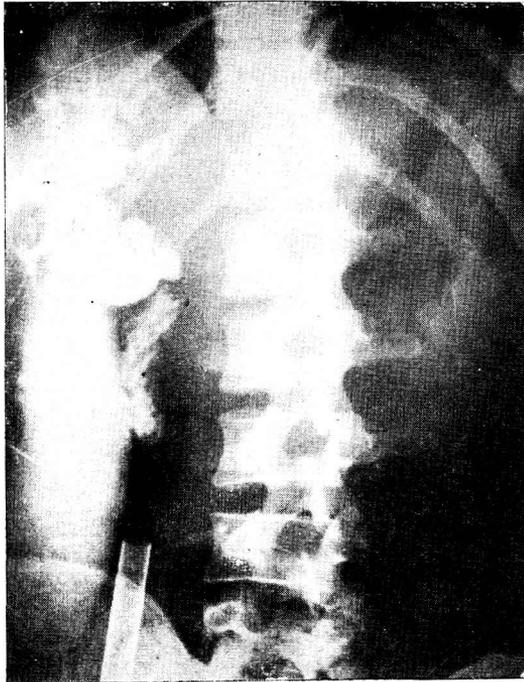


FIGURA 5

En el examen de bilis extraída por punción se encontró: Cristales de colesterol (xxx), Cristales de bilirrubinato de calcio (xxx). Bacteriológico positivo para Escher. Coli. Bilirrubina: 4.60 mgr. %.

Laparotomizado (III-7-56): el cirujano encontró un carcinoma que invadía todo el páncreas, del cual tomó una biopsia. Vesícula dilatada de paredes gruesas. Colectisto-yeyunostomía.

El paciente muere en la noche por shock.

Diagnóstico anatomopatológico N° 7128: Adenocarcinoma pancreático.

COMENTARIO:

En esta observación la punción vesicular fue suficiente para visualizar el árbol biliar, haciendo resaltar la obstrucción coledociana, bien definida y la estrechez del canal en su trayecto pancreático; la mucosa duodenal se aprecia normal. Hubo cierta duda en el diagnóstico debida a la presencia de los cristales de colesterol y de bilirrubinato en la bilis extraída.

SUMARIO:

Se presentan dos observaciones de láparo-colangiografía en ictericos, una con punción de vesícula trans-hepática y de canal biliar intra-hepático; la segunda con punción vesicular trans-hepática. En ambos casos, el cirujano recibió orientación en relación a la conducta quirúrgica más adecuada en cada uno de ellos, especialmente en el segundo en el cual la intervención debía ser lo más rápida y menos traumatizante posible por el estado del paciente.

BIBLIOGRAFIA:

- 1 ALVAREZ, R. y FERNANDEZ JENSEN N. *Prensa Méd. Argent.* 40, 1991, 1953.
- 2 CALAME, A.: *Gastroenterología* 82, 88, 1954.
- 3 CARTER, R. F. y SAYPOL G. M. *J. A. M. A.* 148, 253, 1952.
- 4 CASAL, A. *Prensa Méd. Argent.* 40, 1484, 1953.
- 5 KALK, H. *Deutsch. med. Wschr.* 77, 590, 1952.
- 6 MICHELIN, R. T. *Prensa Méd. Argent.* 40, 1094, 1953.

- 7 PEÑALOZA - ROSAS, A. **Repert. Med. Cir.** 7, 153, 1954.
- 8 PILHEU, F. y P. MAZURE: **Prensa Méd. Argent.** 28, 1740, 1951.
- 9 ROYER, M., P. MAZURE y S. KOHAN: **Gastroenterology** 16, 83, 1950.
- 10 ROYER, M., J. V. ARENAS y P. A. MAZURE: **Prensa Méd. Argent.** 39, 334, 1952.
- 11 ROYER, M.: **Colangiografía Laparoscópica**, 172 p. El Ateneo, B. Aires 1952.
- 12 ROYER, M., L. BIEMPICA y V. SILEONI: **Prensa Méd. Argent.** 41, 1058, 1954.
- 13 ROYER, M.: **Gastroenterología** 83, 110, 1955.
- 14 TESCHENDORF, W.: **Am. J. of Dig. Diss.** 21, 247, 1954.