

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Año XXXI

SAN JOSE, COSTA RICA

Tomo XXI

Número 366
NOVIEMBRE DE 1964

Cuerpo Extraño en las Vías Biliares

(cáscara vegetal)

Complicación de una Coledoco - Duodenostomía

Por

Dr. Esteban Alfonso López V. *

Reporte de un caso y revisión de los casos reportados.

Los casos reportados sobre el hallazgo de cuerpos extraños en la luz de las vías biliares son escasos. Revisando la literatura hemos encontrado solamente 10 casos. Desde luego, sin tomar en cuenta los hallazgos de parásitos vivos o muertos, y que constituyen un número mayor, pues los casos que se han reportado en nuestro país son cinco (5) de ascariidiosis del hígado y vías biliares, producto de la revisión de 1633 autopsias. Frerichs (10) y Aiga (1) citan 127 casos de parásitos en el tracto biliar.

La naturaleza de los cuerpos extraños en los 10 casos publicados es como sigue:

- 1) Fragmentos metálicos 4 casos: una bala de cobre (11); un mango de mucharilla (12); un fragmento de alambre (7); un fragmento de pinza hemostática (6). Todos estos objetos excepción hecha de la bala, fueron dejados accidentalmente durante un acto quirúrgico de exploración de las vías biliares.
- 2) Fragmentos de gasa y de algodón 4 casos: una torunda (13), un fragmento de gasa (3-15), fragmento de algodón (8).
- 3) Fragmentos de sondas de hule dos casos; una rama de sonda en T. (9); un fragmento de cateter (4). Todos estos fragmentos de tejido o de sondas quedaron dentro de la vía biliar principal.

En el caso que reportamos, se trata de un fragmento de cáscara vegetal tragada accidentalmente por la paciente, el cual

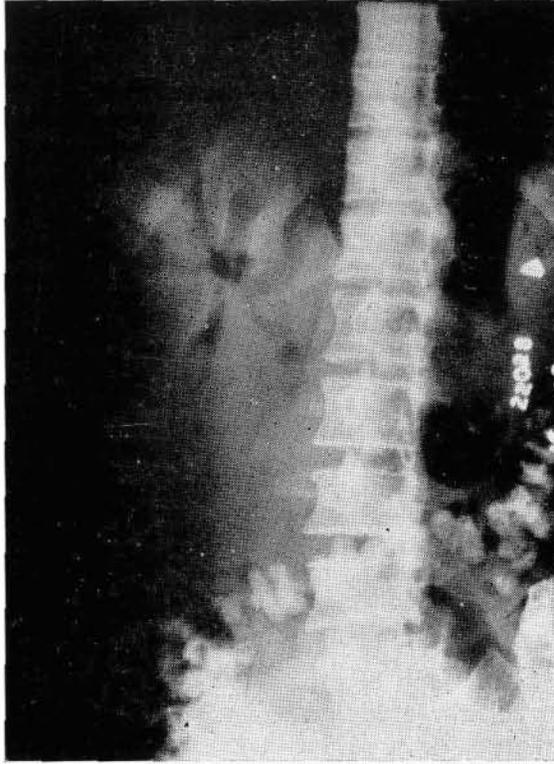


FIGURA N° 1

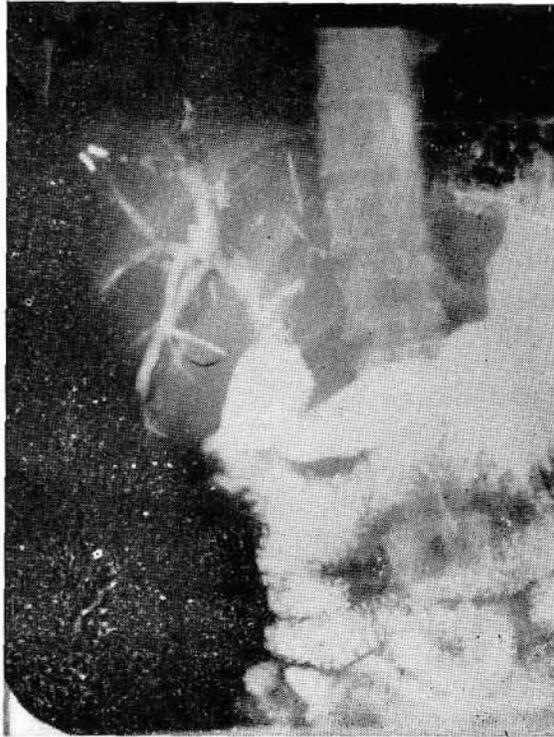


FIGURA N° 2

penetró al colédoco a través de una anastomosis colédoco duodenal alojándose en el conducto hepático derecho y provocando crisis repetidas de colangitis, retención biliar con formación de barro biliar y de cálculos que terminaron por obstruir la vía biliar principal.

Por lo tanto es el primer caso que se publica de una cáscara vegetal, alojada en las vías biliares.

ESTUDIO DEL CASO: E. C. G. del sexo femenino, de 41 años de edad, vecina de San José, soltera, nuligesta, de oficio oficinista.

Antecedentes familiares: sin importancia con su padecimiento.

Antecedentes personales patológicos relacionados con la enfermedad actual: Desde la edad de 6 años padeció de dolores agudos del hipocondrio derecho, periódico e intolerancia por las grasas.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

A la edad de 19 años, en 1941, le fue practicada una colecistectomía por colelitiasis, después de lo cual, se mantuvo durante 15 años en buenas condiciones y en 1956 volvió de nuevo a presentar cuadro doloroso abdominal epigástrico acompañado de fiebre e ictericia. Se reintervino y se encontró un colédoco lleno de cálculos facetados de diversos tamaños, desde muy pequeños hasta de medio centímetro de diámetro.

Pasados dos años de esta segunda operación, regresó la paciente con un cuadro semejante al anterior, con fiebre, dolor e ictericia, y estando en ese entonces la feliz coincidencia de la visita que nos hiciera el Dr. Claude Olivier de París, quien había venido a dictar conferencias sobre problemas de vías biliares, le presentamos el caso y decidió operarla. El Dr. Olivier le practicó una coledocoduodenostomía después de haberle extraído varios cálculos del colédoco, conducto que encontró dilatado como de 3 cm. Esta operación la completó con una gastro-yeyunostomía ante-cólica anterior.

Transcurrieron 4 años en buenas condiciones, al cabo de los cuales inició nuevamente cuadros de dolor, fiebre e ictericia. Se le practicó entonces un estudio radiológico que mostró una bella imagen de los canales extra e intrahepáticos dibujados por la presencia de aire dentro de ellos (figura 1). En un tránsito gastro duodenal aparecieron los mismos canales llenos del medio de contraste (figura 2). La paciente en ese entonces no permitió una

FIGURA N° 3

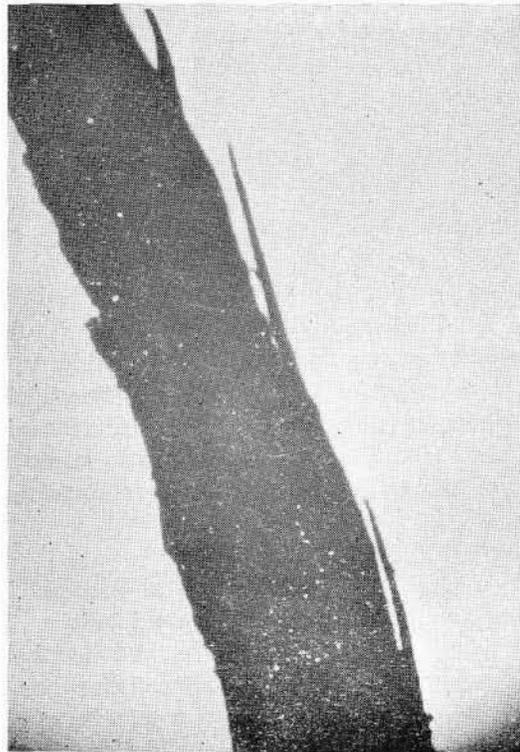
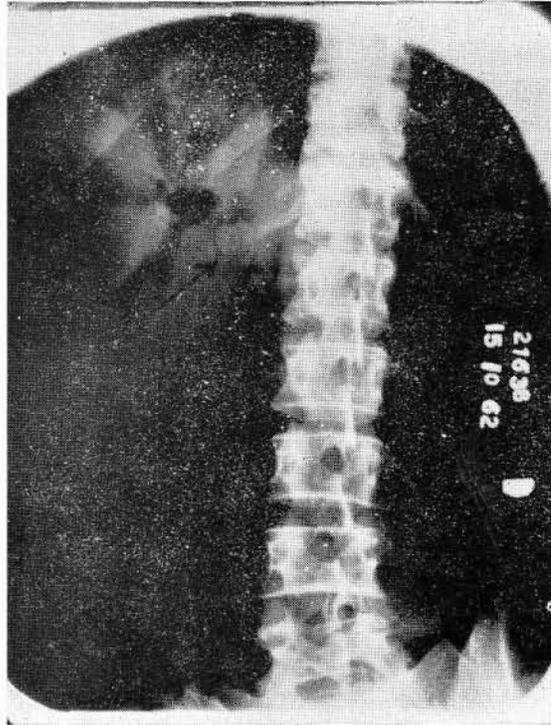


FIGURA N° 4

nueva operación que le propusimos, ya que consideramos que había retención biliar a nivel de las anastomosis, por lo que un año más tarde, aprovechando la venida del Dr. Pier Malet Guy, le presentamos el caso y él pudo convencerla de que había cálculos obstruyendo el colédoco por encima de la anastomosis (figura 3) lo cual retenía la bilis en forma intermitente.

Un mes después nosotros le practicamos la operación.

OPERACION PRACTICADA

El 31 de octubre de 1963 se le exploró quirúrgicamente con el diagnóstico de litiasis residual del colédoco.

Se encontraron las siguientes lesiones: gran dilatación del hepático común y de los conductos hepáticos. Dos cálculos enclavados en la boca anastómicamente colédoco duodenal como de 1.5 cm. de diámetro. Por lo demás, la anastomosis se encontró en buenas condiciones. La dilatación de las vías biliares era tal, que permitía la introducción de un dedo índice de la mano derecha hasta los conductos hepáticos. Al practicar esta maniobra se tocó un cuerpo extraño en la parte más alta del conducto hepático derecho, el cual se extrajo difícilmente, pues estaba íntimamente adherido a las paredes sobre las cuales se amoldaba. Resultó ser una cáscara vegetal de cierta dureza que hacía efecto de un tapón y presentaba unos filamentos espinosos que estaban clavados en las paredes del conducto. La operación se terminó ampliando la anastomosis del colédoco al duodeno, previo lavado de los conductos con suero fisiológico.

La evolución post-operatoria fue normal y actualmente la enferma se encuentra en perfectas condiciones de salud.

ESTUDIO DEL CUERPO EXTRAÑO

Evidentemente se trataba de una cáscara vegetal de 3 por 2 cm. Presentaba pigmentación amarilla por ambas caras, constituida por una cutícula fina, lisa, de un lado, teniendo del otro, una superficie áspera, de la cual se desprenden algunos filamentos espinosos, largos y rígidos, los cuales evidentemente permitieron el deslizamiento solamente en un sentido e impedían su retorno, ya que dichos filamentos, a manera de espinas, se enclavaron en la pared del conducto con la presión de la bilis que se acumulaba en el segmento proximal. (figura 4 y 4 A). Estudiando la constitución de diferentes cáscaras de los vegetales nacionales que usualmente sirven de alimento a nuestro pueblo, encontramos que hay una gran semejanza con la cáscara de la fruta lla-

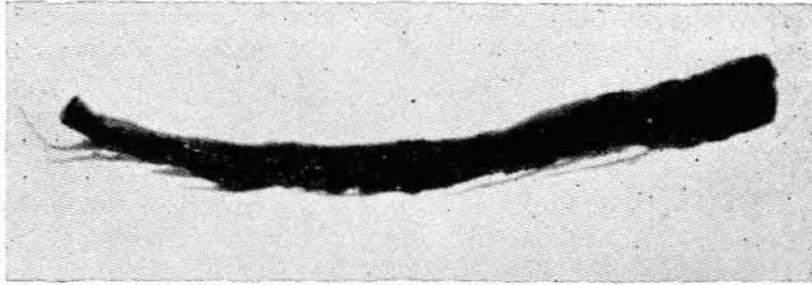


FIGURA N° 4-A

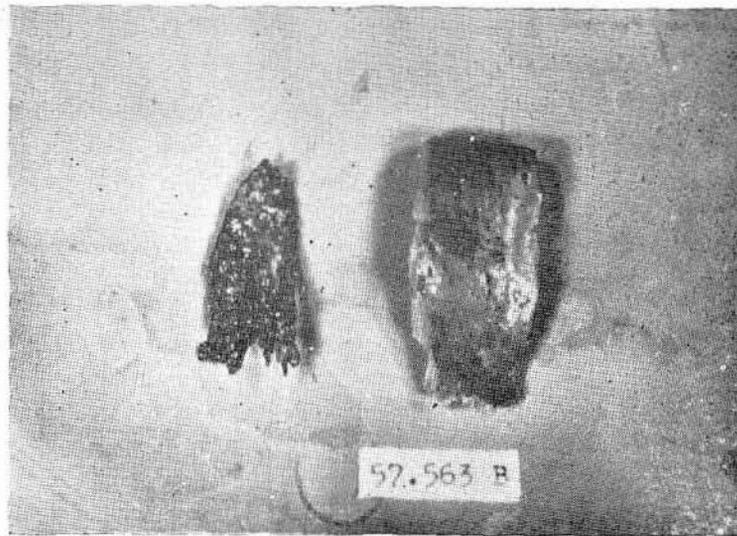


FIGURA N° 5



FIGURA N° 6

mada en nuestro país "PEJIBAYE" (y que además la enferma ocasionalmente había comido; de donde pensamos que muy probablemente correspondería ese cuerpo extraño a una cáscara de "PEJIBAYE", cuyo nombre científico es "GUILIELMA GASSIPAES" o guiliema utilis (15). (figura 5).

La voz PEJIBAYE es probablemente de origen sudamericano con las variantes de PIIBALLE, PIJIMAY, PIXBAE, PIXBAY.

Pertenece a la familia de las PALMACEAS. Es una palmera que crece en clima caliente, de preferencia en la vertiente del Atlántico. Los indios la cultivaron desde los tiempos más remotos pues no se conoce en estado silvestre, considerándose que siempre que se encuentre aislada, es indicio de antiguas viviendas.

El tronco alcanza hasta 8 metros de altura, es recto y está provista de una cubierta áspera, con espinas delgadas y agudas dispuestas en zonas circulares.

Los indios utilizaban la madera para hacer flechas dada su gran dureza, y por ser también muy flexible, la usaban para hacer los arcos de sus flechas.

Por estas mismas cualidades se usa en la actualidad para fabricar bastones, chuzos y macanas.

Existe una idea generalizada de que el pejibaye es oriundo de Costa Rica porque no se encuentra en el resto de Centro América; pero no es así, vive desde el Amazonas y se extiende hasta el Río San Juan en la frontera norte de Costa Rica. Su mayor área de dispersión es la cuenca amazónica, y el mejor tipo de fruta se encuentra en las altiplanicies de Bolivia, Perú y Ecuador. El de Costa Rica tiene frutos de menor tamaño, aunque últimamente se están produciendo de tamaño similares a los sudamericanos.

Las hojas son pinatífidas, de color verde oscuro. Las flores amarillas forman racimos cortos lo mismo que los frutos que nacen en racimos, tienen forma cónica, miden de 3 a 5 cm. de diámetro, de color rojo en la mayoría de las variedades, mientras que en menor proporción son amarillos. La semilla es dura, de color negro, como de 1 cm. de diámetro. La parte comestible es la pulpa que es farinácea, de sabor semejante al de las castañas. (Figura 6).

La cáscara de esta fruta tiene una cutícula muy fina y lisa por la cara exterior, en cambio, de su cara interna se desprenden unos filamentos finos, largos y rígidos, dirigidos siempre en un solo sentido, semejantes en un todo a los descritos en la cáscara encontrada en el conducto hepático de nuestra enferma.

Un fragmento de esta cáscara, si se introduce a la boca, se advierte inmediatamente que se desliza en un solo sentido, y si con movimientos de lengua se desea expulsarla, notamos como se hace difícil, y a cada movimiento, se introduce más y más, a tal punto que si no la sostenemos con un dedo o algún instrumento, se va a la faringe y tenemos que tragarla, con el grave peligro de que se introduzca en la glotis. Este accidente es frecuente encontrarlo en los niños que se introducen cáscaras de peji-baye a la boca.

Además, por la presencia de los filamentos rígidos, la cáscara guarda siempre la forma erecta, y posiblemente por su dureza se retarda considerablemente su digestión.

Las características descritas probablemente hicieron que un fragmento de cáscara de esta fruta deglutida entera por nuestra paciente, en forma inadvertida, y que tomara el camino de la anastomosis colédoco duodenal, ascendiendo por la vía biliar principal a consecuencia de los movimientos de bomba aspirante e impelente determinados por los esfínteres duodenales descritos por G. Albert (16) y que además por la presencia de las espinas mencionadas, caminó en un solo sentido haciéndose más y más profunda en el interior del conducto hepático derecho, donde se enclavó y fue encontrada.

RESUMEN

Se presenta un caso de ictericia obstructiva provocada por un cuerpo extraño (cáscara vegetal de una fruta llamada peji-baye) enclavada en el hepático derecho, después de una anastomosis colédoco duodenal practicada 4 años antes.

Se encontraron dos cálculos de neoformación probable, que contribuyeron a la obstrucción.

Se revisa la literatura relacionada con hallazgos de cuerpos extraños en las vías biliares, sacándose en conclusión que es este el primer caso que se reporta de una cáscara vegetal como causa principal de la ictericia obstructiva.

Se hace un estudio de la cáscara vegetal y se demuestra que se trata de una fruta llamada pejibaye, oriunda de algunos países latinoamericanos comprendidos entre el Amazonas y el Río San Juan al norte de Costa Rica.

Se hace un estudio igualmente del mecanismo de cómo penetró la cáscara hasta el conducto hepático derecho y como se enclavó mediante filamentos rígidos de que está provista en una de sus caras.

S U M M A R Y

A case of obstructive jaundice is reported as caused by a foreign body (a rind or peel of *pejibaye* (1) hailed in the right hepatic after a coledoco-duodenal anastomosis practiced 4 years before. Two calculus of a probable recent formation were found, having contributed to cause the obstruction.

The literature related with the finding of foreign bodies in the biliary duct is revised. A study of this particular foreign body is made, discovering that this is one of the first cases of obstructive jaundice caused by a peel of a vegetal that has ever been reported.

The way in which the rind or peel penetrated all the way into the right hepatic is also studied as well as the manner in which it hailed itself making use of the rigid filaments with which one of its two sides or faces is covered.

- (1) *Pejibaye*: a fruit, native of some latinoamerican countries situated between the Amazonas and the San Juan River in the norte frontier of Costa Rica.
- 1—AIGA: Cit. por Céspedes: Rev. Biol. Trop. 1 (2): 197, 221. 1953.
 - 2—ALBOT G. BOQUIEN Y etc. Duodenum et pancreas: Masson 1956, pág. 36.
 - 3—BEVAN A. D.: Gauze Sponge Left in Gallbladder; removal after interval of 11 years. Surg. Clin. Chicago 4, 31-35, 1920.
 - 4—BOWEN F.: Foreign bodies in the biliary tract: Arch. Surg. 43-458, 1941.
 - 5—CESPEDES R.: Ascariidiosis hepática y de las vías biliares: Rev. Biol. Trop. 1 (2): 197, 221. 1953.
 - 6—CRAWFORD B. and STEWART H. Am. J. Clin. Path. 9:353. May 1939.
 - 7—COOKE R.: Foreign bodies in the common bile duct. Brit M. J. 1:840 May 7, 1932.
 - 8—EICHELTHER G.: Thread from drain as a foreign body in the common bile duct: Zentralbl. F. Chir. 58:674 March 14 1931.
 - 9—FEDOROFF: Zentralbl. f. Chir. 57:657, 1930.
 - 10—FRERICHS: Vit por Céspedes (5) Rev. Biol. Trop. 1 (2): 197, 221, 1953.
 - 11—GOLDHAN: citado por Bowen: Foreign bodies in the biliary Tract: Arch. Surg 43 . 458 . 1941.
 - 12—LEMIERRE and POLLET: Bullet. mem. Soc. med d.hop. Paris 51: 241, 1927.
 - 13—OPPERL, W. A.: Failure in Surgery: case of migration of a foreign body from the uninjured common bile duct. Zentralb. fur chirurgie. 53: 889 (Abril) 3, 1926.
 - 14—PITTIER: H. Ensayo sobre plantas usuales de Costa Rica. Editorial Universitaria 1957.
 - 15—TOLAND: C. G.: Foreign bodies in the biliary tract, Ann. Surg. 98:904. 1933.
 - 16—ALBOT G. et POILLEUX F.: Duoden et Pancreas. Masson 1957.