

PUBBLICAZIONE

16

LA CALCOLOSI ANITTERICA DEL
COLEDOCO: DESCRIZIONE DI UN CASO
CLINICO

La Nuova Stampa Medica Italiana

Rassegna di Medicina e Chirurgia



Estratto dal VOLUME 11 N. 4 - 1991
Nuova stampa med. ital.
ISSN: 0393-4160



EDIZIONI UNIVERSITARIE ROMANE
Via Michelangelo Poggioli n. 3 - 00161 ROMA
tel. (06) 491503-4940658 fax 4453438



LA CALCOLOSI ANITTERICA DEL COLEDOCO: Descrizione di un caso clinico

MARCO CASTELLARI
IVANO CAPRIOTTI
FEDERICA MENICHELLI
ALESSANDRO CAMINITI
MARCO SARTORE

Abstract

The Authors report a case of lithiasis of the common bile duct without jaundice. Physiopathological and diagnostic problems correlated with the absence of jaundice in this disease are described.

La calcolosi anitterica dell'epatocolodoco è caratterizzata dalla presenza di calcoli unici o multipli della via biliare principale (VBP) e dall'assenza di ittero attuale o pregresso.

Questa forma clinica di coledocolitiasi è stata a lungo un reperto occasionale, in genere legato alla esplorazione chirurgica della VBP in corso di colecistectomia, tuttavia il miglioramento delle metodiche diagnostiche ha portato negli ultimi decenni al riconoscimento di

un numero sempre crescente di calcolosi anitteriche: esse costituiscono infatti il 27-38% delle litiasi epatocolodociche (1, 2).

In considerazione dell'elevata frequenza di questa affezione sembra opportuno presentare un caso clinico giunto alla nostra osservazione e che consente di analizzare alcuni aspetti di fisiopatologia e diagnostica correlati all'assenza dell'ittero.

Caso clinico

Il paziente, un uomo di 62 anni, da circa dieci anni accusava saltuariamente un dolore gravativo all'ipocondrio destro, spesso associato a disturbi dispeptici postprandiali, inoltre da circa due mesi

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "LA SAPIENZA"
Istituto di IV Clinica Chirurgica
Direttore: Prof. V. Martinelli



lamentava episodi dolorosi di tipo colico nella stessa sede. Il dolore si irradiava all'epigastrio ed alla spalla omolaterale e si associava a nausea e vomito alimentare.

L'anamnesi era negativa per altre patologie e per episodi di ittero o subittero.

Il paziente appariva in buone condizioni generali, mentre obiettivamente si rilevava una modesta epatomegalia, con margine inferiore del fegato a 6 cm dall'arcata costale e di consistenza lievemente aumentata, a cui si associava un segno di Murphy positivo.

L'esame radiologico del torace e l'ECG non mostravano alterazioni patologiche, inoltre una radiografia diretta dell'addome non evidenziava formazioni litiasiche radiopache a carico del fegato.

Con gli esami ematochimici si riscontrava un modesto aumento delle transaminasi seriche (SGOT 95 UI, SGPT 70 UI) e della fosfatasi alcalina, mentre la bilirubinemia totale era nella norma (0,8 mg%).

Una colecistografia otteneva solo una parziale opacizzazione della colecisti,

che appariva aumentata di volume.

All'ecografia epatica si evidenziava una epatomegalia ed una notevole dilatazione delle vie biliari intra ed extraepatiche. Il coledoco presentava un diametro superiore ai 2,5 cm e conteneva nel tratto distale una voluminosissima formazione iperecogena di natura litiasica (Figura 1), mentre la colecisti era dilatata e conteneva alcuni piccoli calcoli.

Con la colangiografia per fusione non era possibile acquisire ulteriori informazioni per la mancata opacizzazione della VBP e pertanto veniva eseguita una colangiografia retrograda per via endoscopica (CPRE). L'esame consentiva di visualizzare tutto l'albero biliare e confermava la presenza di un grosso calcolo del coledoco; questo risultava dilatato nelle porzioni medio-superiori mentre era presente un restringimento del tratto terminale intramurale, come da flogosi della papilla (Figura 2).



Figura 1 - L'ecografia epatica evidenzia la dilatazione delle vie biliari e la presenza di una grossa formazione iperecogena con cono d'ombra posteriore nel coledoco.

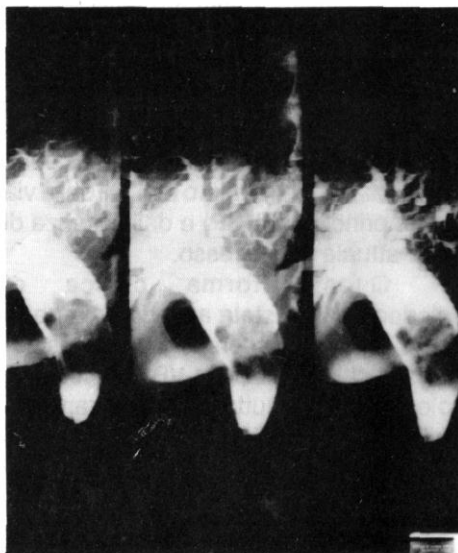


Figura 2 - Colangiografia retrograda per via endoscopica. Visualizzazione del calcolo e delle vie biliari intraepatiche.

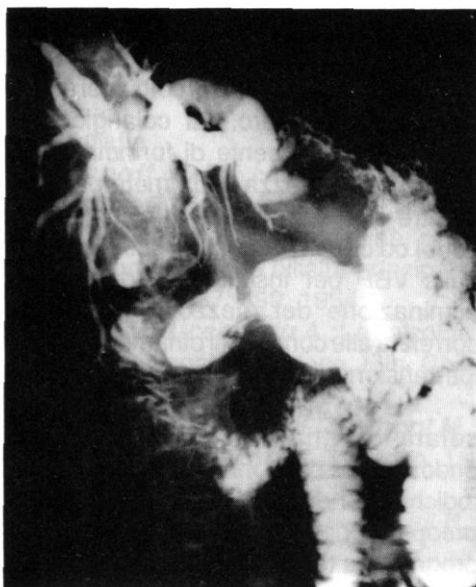


Figura 3 - L'esame radiologico di controllo conferma il buon funzionamento della anastomosi coledocoduodenale.

Il paziente veniva sottoposto a colecistectomia e la rimozione del calcolo, avente diametri di 5x3x2,5 cm, era attuata attraverso una coledocotomia longitudinale. In considerazione della notevole dilatazione del coledoco si eseguiva una coledocoduodenostomia latero-laterale ed una papillostomia transduodenale, per evitare la formazione di un "cul di sacco" sottoanastomotico.

A distanza di alcuni giorni veniva eseguito un controllo radiologico che dimostrava il buon funzionamento dell'anastomosi coledocoduodenale ed un agevole deflusso del mezzo di contrasto dalla VBP (Figura 3).

Il decorso postoperatorio era regolare e privo di complicanze.

Discussione

Nella calcolosi anitterica della VBP riveste un particolare interesse compren-

dere il meccanismo fisiopatologico che porta alla mancata insorgenza di questo importante segno clinico.

Il deflusso della bile è legato al regime pressorio vigente nelle vie biliari, che consente di superare le resistenze offerte dalle strutture sfinteriali e dalla pressione intraduodenale: tale gradiente pressorio è sostenuto principalmente dalla capacità dell'epatocita di secernere attivamente i componenti della bile ed in condizioni fisiologiche la cellula epatica utilizza solo una frazione della sua potenzialità escrettrice. Esiste quindi una riserva funzionale che viene sfruttata al massimo in presenza di un ostacolo al deflusso, nel tentativo di vincere l'aumento delle resistenze dinamiche. L'ittero ostruttivo compare quando i valori pressori vigenti nel sistema biliare eguagliano o superano la pressione secretiva massima dell'epatocita.

Tale condizione si instaura attraverso fasi successive, rappresentate dall'inizio dell'ostruzione, dal progressivo riempimento e dalla dilatazione compensatoria dell'albero biliare sino al limite delle sue capacità contenitive, ed infine dall'inversione del gradiente pressorio tra sistema canalicolare e cellula epatica. L'attuazione di questi stadi richiede un certo lasso di tempo che costituisce l'intervallo cronologico intercorrente tra l'inizio dell'ostruzione e la comparsa dell'ittero.

Appare evidente come la lunghezza di questo periodo di latenza possa variare da caso a caso in funzione di fattori anatomici e funzionali, quali l'efficienza secretiva del parenchima epatico e la capacità contenitiva del sistema biliare, notevolmente incrementata in presenza di una colecisti integra e capace di agire da serbatoio.

L'insorgenza dell'ittero è inoltre



condizionata dall'entità, durata e tipo dell'ostruzione, infatti nelle ostruzioni parziali ed in quelle complete ma di durata inferiore al tempo di latenza l'incremento della pressione endoluminale può portare ad una ectasia compensatoria della VBP senza raggiungere valori itterigeni.

In conclusione nella patogenesi dell'ittero ostruttivo sono coinvolti tre ordini di fattori: l'efficienza funzionale dell'epatocita, lo stato anatomico di tutto il sistema biliare e soprattutto la modalità d'insorgenza dell'ostruzione.

L'assenza dell'ittero nella calcolosi del coledoco crea alcuni problemi diagnostici poiché l'ittero rappresenta classicamente un sicuro segno clinico d'impegno patologico della VBP.

Le forme anitteriche colpiscono in prevalenza il sesso femminile ed in circa il 70% dei casi si manifestano con una sintomatologia dolorosa a tipo colica biliare, associata ad un quadro dispeptico caratterizzato da nausea, vomito, meteorismo e pesantezza postprandiale, mentre la febbre biliosettica è presente nel 35-37% dei casi (2, 3, 4). Un lieve aumento della bilirubinemia totale è evidenziabile solo nel 5% dei casi, al contrario un innalzamento dei valori ematici delle transaminasi e della fosfatasi alcalina si osserva in circa il 30% dei pazienti (2).

Questa forma clinica di litiasi è sostenuta nel 52-62% dei casi da un calcolo unico, localizzato in genere nel coledoco terminale, inoltre nel 20-30% dei pazienti la calcolosi è associata ad una stenosi coledocica distale o della papilla (2, 3).

Un'ectasia della VBP con un coledoco di diametro uguale o superiore

ad 1 cm rappresenta un reperto costante e dimostra come la presenza dei calcoli provoca una situazione di colostasi anche in assenza di ittero. La colangiografia perfusionale consente di formulare una diagnosi di certezza nella metà dei casi, mentre nei rimanenti si rilevano reperti dubbi od una inadeguata visualizzazione della VBP per insufficiente o mancata eliminazione del mezzo di contrasto, correlata alle condizioni dinamiche ed alla ipertensione del sistema biliare.

L'ecografia epatica e la colangiografia retrograda per via endoscopica sono indubbiamente le metodiche più indicate per porre una diagnosi preoperatoria e per impostare un idoneo programma terapeutico; esse infatti consentono una precisa valutazione dello stato anatomico delle vie biliari, del numero e della sede dei calcoli ed inoltre possono evidenziare eventuali lesioni organiche associate.

La terapia chirurgica della litiasi epatocoledocica deve garantire il raggiungimento di due obiettivi fondamentali: l'eliminazione delle cause ostruttive, cioè la rimozione completa dei calcoli, e la creazione di una condizione funzionale in grado di assicurare un agevole deflusso bilio-enterico.

Se la via biliare risulta moderatamente dilatata e contiene formazioni litiasiche di dimensioni ridotte è preferibile eseguire una papillosfinteroplastica transduodenale, con rimozione dei calcoli attraverso l'orificio papillare, al contrario in presenza di calcoli voluminosi, di ectasia notevole della VBP o di lesioni stenosanti del coledoco terminale è indicata una coledocoduodenostomia (5, 6, 7).

Riassunto

Gli Autori presentano un caso di calcolosi anitterica del coledoco.

Vengono analizzati i problemi fisiopatologici e diagnostici connessi all'assenza



dell'ittero in questa patologia.

Parole chiave: Calcolosi anitterica del coledoco, chirurgia delle vie biliari.

Bibliografia

1) Arianoff A.A., Henrard F., Van Rossum R.: De l'utilité de la cholangiographie intraveineuse pour l'exploration de la voie biliaire principale. J. Belge Radiol. 37: 490, 1954.

2) Cagetti M., Uccheddu A.: La calcolosi anitterica dell'epato-coledoco. Min. Chir. 34: 1297, 1979.

3) Ermini M., Speranza V., Carboni M.: La calcolosi anitterica del coledoco. La Chirurgia Generale 12: 634, 1963.

4) Sturniolo G., Carditello A., Micali B.:

La calcolosi anitterica del coledoco. Min. Chir. 35: 1691, 1980.

5) Stefanini P., Ermini M.: Chirurgia della litiasi della via biliare principale. Chir. Gastroent. 1: 115, 1967.

6) Madden J.L.: I calcoli del coledoco. Origine e trattamento chirurgico. Clin. Chir. N. Amer. 6: 1154, 1974.

7) Moody F.G.: Surgical applications of sphincteroplasty and choledochoduodenostomy. Surg. Clin. N. Am. 61: 909, 1981.