

El signo de Courvoisier Terrier

The sign of Courvoisier Terrier

Martín Alonso Gómez, MD,¹ Lidsay Airiny Delgado, MD,² William Otero Regino, MD.³

¹ Internista, Profesor de Gastroenterología, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Gastroenterólogo Hospital El Tunal, Bogotá, Colombia

² Internista, Gastroenteróloga. Universidad Nacional de Colombia. Clínica de la Policía- Bogotá

³ Profesor y Coordinador de Gastroenterología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Gastroenterólogo Clínica Fundadores, Bogotá, Colombia

Fecha recibido: 06-08-12
Fecha aceptado: 23-10-12

Resumen

En 1890, Ludwig Courvoisier y Louis Félix Terrier describieron la obstrucción del conducto biliar común que llevaba a una dilatación secundaria de la vesícula hasta hacerse palpable. En este trabajo presentamos un reporte de caso el cual ilustra este importante signo, hacemos un recuento histórico de los autores que lo describieron, y además mostramos cómo los nuevos métodos diagnósticos pueden ayudar a encontrar la etiología del mismo.

Palabras clave

Courvoisier Terrier, historia, signo, diagnóstico.

Abstract

In 1890 Ludwig Courvoisier and Louis-Felix Terrier described a common bile duct obstruction leading to secondary dilation of the gallbladder to the point that it could be felt. We present a case report which illustrates this important sign together with a historical account of the authors who first described it. We show how new diagnostic methods can help diagnose this etiology.

Key words

Courvoisier-Terrier's sign, history, diagnosis.

Hace 120 años Ludwig Courvoisier y Louis Terrier describieron uno de los signos clásicos en medicina, signo que ha resistido la prueba del tiempo y las técnicas modernas de imagen (1), a pesar de que se han demostrado múltiples excepciones.

Nos estamos refiriendo al signo de Courvoisier-Terrier, hallazgo en el examen físico de la vesícula biliar palpable no dolorosa que con el transcurrir de los años se ha contextualizado en el escenario de la obstrucción maligna del conducto biliar común, explicándose en el hecho fisiopatológico de elevación de la presión hidrostática retrógrada de forma progresiva lo cual va a llevar a la distensión de las paredes flexibles de la vesícula biliar (2).

En el presente artículo revisamos un caso clínico que ejemplifica lo anteriormente postulado y nos permite hacer una revisión de los hechos fisiopatológicos que llevan a este hallazgo.

CASO CLÍNICO

Mujer de 72 años que ingresa remitida al Hospital el Tunal de Bogotá con cuadro de aproximadamente un mes de evolución consistente en dolor abdominal tipo peso localizado en hipocondrio derecho irradiado a espalda, asociado a coluria, acolia e ictericia progresiva por lo que consulta inicialmente a hospital de su localidad. No refiere

antecedentes de relevancia. Al examen físico la paciente se encontraba con signos vitales estables, con ictericia verdínica que comprometía tanto piel como mucosas de forma generalizada (figura 1), el abdomen se encontraba blando, sin signos de irritación peritoneal, pero se palpaba una masa de consistencia blanda no dolorosa ubicada a nivel de hipocondrio derecho que correspondía a la vesícula (signo de Courvoisier-Terrier positivo). No signos de irritación peritoneal.



Figura 1. Se evidencia ictericia verdínica, marcada en piel y mucosa que al hacer un acercamiento es más evidente en la cara de la paciente.

Por las características clínicas de la paciente se inician estudios de posible patología biliar obstructiva de etiología maligna encontrando hiperbilirrubinemia a expensas de bilirrubina directa y elevación de fosfatasa alcalina (tabla 1). Se realiza TAC abdominal encontrando distensión de la vesícula biliar asociado a dilatación de la vía biliar intra y extrahepática con aumento del tamaño de la cabeza del páncreas (figura 2). Por los anteriores hallazgos deciden realizar CPRE reportándola como fallida con pancreatografía sin lesión. Inician manejo con ampicilina sulbactam para prevenir una colangitis.

Tabla 1. Laboratorios.

	Remisión	Hospital Tunal	VR
AST		178 U/L	0-32 U/L
ALT		104 U/L	0-31 U/L
FA	571 U/L	534 U/L	35-105 U/L
BT	31,6 mg/dl	29,3 mg/dl	0,5-1,0 mg/dl
BD	27,2 mg/dl	22,6 mg/dl	0,0-0,3 mg/dl
Albúmina		3,1 g/l	3,5-4,0 g/l
PT		14,3 sgn	13,1 sgn
PTT		39,1 sgn	27,3 sgn

Remiten al Hospital El Tunal del Bogotá donde se valora a la paciente realizando control de perfil hepático encon-

trando nuevamente hiperbilirrubinemia a expensas de bilirrubina directa, elevación de transaminasas, hipoalbuminemia, tiempos de coagulación ligeramente prolongados (tabla 1) y hemograma sin anemia. Ante los anteriores hallazgos y bajo la sospecha de cáncer de páncreas se realiza ecoendoscopia reportando imagen sugestiva de cáncer de páncreas con una vesícula severamente dilatada (figura 3). Se decide realizar nuevamente CPRE para tratar la obstrucción ya que la paciente se deteriora rápidamente al entrar en colangitis, infortunadamente la CPRE es nuevamente fallida y la paciente fallece al día siguiente de sepsis severa sin alcanzar a realizarle una derivación transparieto-hepática y el manejo paliativo respectivo.



Figura 2. La TAC evidencia una imagen hipodensa (flecha - vesícula dilatada) con una imagen hiperdensa en el centro (tumor).

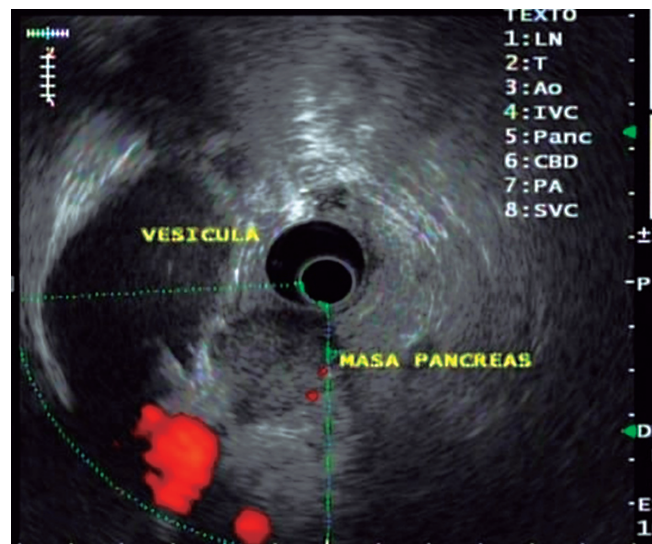


Figura 3. Este es el primer caso reportado en la literatura del signo de Courvoisier-Terrier, documentado por ecoendoscopia; observe la vesícula severamente dilatada y en el centro una masa en la cabeza del páncreas que genera la dilatación vesicular.

DISCUSIÓN

Ludwig Georg Courvoisier (1843-1918) nació en Basel Suiza; posterior a su graduación de la escuela de medicina de la universidad local viajó a Viena bajo la tutoría de Czerny y Billroth, después a Londres donde estuvo bajo la tutoría de Wells y Ferguson y realiza sus estudios en cirugía gastrointestinal, área a la cual dedicó su vida académica. De regreso a su ciudad natal enfoca sus intereses a la cirugía del tracto biliar; transcurrieron 12 años para que fuera nombrado profesor de la Universidad de Bazel y se convirtiera en una de las grandes figuras de la época. Dentro de sus notables intervenciones fue el primero en realizar con éxito una coledocolitotomía y desarrolló múltiples técnicas quirúrgicas de colecistectomía. Entre otras aficiones era un experto en entomología y botánica (2).

Louis Félix Terrier (1837-1908) nació en París, Francia, comenzó sus estudios como veterinario, posteriormente cambia su enfoque y decide matricularse en la escuela de medicina de la capital francesa desempeñándose como connotado cirujano y profesor de la facultad, y al igual que Courvoisier describió la dilatación de la vesícula biliar en el contexto de ictericia obstructiva y decoloración de las heces (2).

El síndrome de Courvoisier Terrier fue descrito hace 120 años por estos dos autores cuando evaluaron 187 casos los cuales fueron divididos en 2 grupos: 87 con obstrucción por cálculos y 100 con obstrucción por otras causas; encontraron que en el grupo de obstrucción de vía biliar por cálculos la atrofia de la vesícula fue más común que la distensión de la misma (70 casos: 80%) mientras que en otras causas de obstrucción la dilatación de la vesícula fue el hallazgo más común (92 casos: 92%) concluyendo que cuando la obstrucción del conducto biliar común es secundario a cálculos la dilatación de la vesícula es rara; por el contrario, cuando hay una obstrucción maligna del conducto la dilatación de la vesícula es común (3). Estudios recientes reportan que 83% de las vesículas palpables resultan de tumores distales mientras que 15% son secundarias a obstrucción por cálculos de la región distal del conducto biliar común. El examen físico puede identificar solamente 53% de las vesículas distendidas mientras que la tomografía eleva ese porcentaje a 87% lo que ayuda a priorizar la cirugía (1), como se encontró en este caso.

La explicación fisiopatológica de estos hallazgos está basada en el hecho de que los cálculos irritan el conducto cístico al igual que la vesícula, lo cual lleva a inflamación crónica que a su vez produce alteraciones de la pared. Estos cambios crónicos pueden producir fibrosis tanto del conducto como de la vesícula lo cual no permite que

la congestión biliar pueda distender sus paredes. Mientras que si esta obstrucción se presenta por otras causas especialmente por la compresión ocasionada por un tumor, eleva la presión hidrostática retrógrada de forma progresiva lo cual va a llevar a que la vesícula de paredes flexibles se pueda distender. El tamaño de la distensión depende del grado de la obstrucción (4). El hallazgo al examen físico de una ictericia verdínica es consecuencia de la oxidación de parte de la bilirrubina circulante en biliverdina, reacción que se observa con mayor frecuencia en trastornos acompañados de hiperbilirrubinemia directa de larga duración (5).

La designación como ley de este signo a través del tiempo ha sido muy debatida ya que se han encontrado varias excepciones al cumplimiento de esta regla dentro de las cuales encontramos la presencia de pancreatitis crónica y autoinmune, obstrucción de vía biliar por parásitos, colangiopatía asociada a SIDA, quistes congénitos del colédoco, obstrucción del conducto hepático común proximal a la inserción del conducto cístico como en el caso de adenomegalias de la porta o colangiocarcinoma hiliar, entre otros, por lo que la ausencia de este signo no excluye ni confirma patología maligna (3), por lo cual nosotros preferimos que se denomine como signo de Courvoisier-Terrier más que como una ley. Es de resaltar que este caso nos ilustra la vigencia e importancia que tiene el examen físico juicioso del paciente por encima de las imágenes por más complejas que estas sean.

CONCLUSIÓN

La cronicidad de la obstrucción es la clave para la explicación de los hallazgos clínicos y paraclínicos de este síndrome, las presiones intraductales elevadas de forma subaguda y crónica son más susceptibles de desarrollarse en obstrucciones malignas debido a la naturaleza gradual y progresiva de la enfermedad; sin embargo, por la presencia de múltiples excepciones no es posible considerarse como una ley sino que debe ser evaluada en el contexto clínico de cada paciente. Es importante resaltar que el momento en que los autores describieron esta observación no existían ayudas imagenológicas tales como la ultrasonografía, tomografía, resonancia magnética o CPRE, con lo cual contamos en el momento, por lo que consideramos importante recordarle a los clínicos que los signos y síntomas no han perdido su utilidad y validez y su uso debe ser restablecido en la práctica clínica diaria.

REFERENCIAS

1. Fitzgerald J White. M. Courvoisier's Gallbladder: law or sign. *World J Surg* 2009; 33: 886-891.

2. Fresquet Febrer JL, Aguirre Marco C. La cirugía en la historia. La revolución quirúrgica y la cirugía científica. Valencia, manuscrito; 1995.
3. Haubrich W. Courvoisier of Courvoisier's sign. *Gastroenterology* 2004; 127(4): 1037-1040.
4. García J, Jimeno C. Distensión de la vesícula biliar por obstrucción tumoral coledociana. *Rev Esp Enferm Dig* 2007; 99 (8): 469-470.
5. Viteri AL. Courvoisier's law and evaluation of the jaundiced patient. *Tex Med* 1999; 76: 60-61.