

○ CASO CLÍNICO

# Signo de Courvoisier visible

## Visible Courvoisier's sign

Omar Edel Trujillo-Benavides,<sup>1</sup> Waldo Hernández-Pacheco,<sup>2</sup> Luis Enrique Sotelo-Solís<sup>3</sup>

### Resumen

El signo de Courvoisier fue descrito originalmente en pacientes con obstrucción de la vía biliar distal con el consecuente aumento retrógrado de presión y dilatación de la vesícula biliar. Se describe el caso de un paciente con dilatación de la vesícula biliar de tal grado que se observa a simple vista a través de la pared abdominal, con su correspondiente correlación radiológica.

**Palabras clave:** Signo de Courvoisier, Obstrucción biliar, ictericia, cáncer de páncreas, México.

### Abstract

*Courvoisier's sign or law was originally described in patients with distal obstruction of the biliary tract with retrograde increase in intraluminal pressure and consequently gallbladder dilatation. The case of a patient with a hugely dilated gallbladder seen by simple visual inspection through the abdominal wall is described, together with imaging correlation.*

**Keywords:** Courvoisier's sign, Biliary obstruction, jaundice, pancreatic cancer, Mexico.

### Introducción

Ludwig Georg Courvoisier (1834-1918) fue un médico suizo, que describió su famoso signo en 1890 cuando observó que los pacientes con ictericia indolora y vesícula palpable, frecuentemente tenían una obstrucción maligna del conducto biliar, este signo se encuentra en 50% a 70% de los cánceres periampulares o de la cabeza de páncreas;<sup>1</sup> sin embargo, la asociación de este signo a procesos benignos rompió el paradigma de esta ley. La distensión característica de la vesícula biliar, se debe al incremento de la presión

intraductal retrógrada que se produce al obstruirse el flujo biliar adecuado. Esto contrasta con la obstrucción causada por litos, la cual se asocia con colecistitis crónica y fibrosis de la pared vesicular. Además, los litos puede ocasionar solamente una obstrucción parcial, lo que lleva a una elevación de la presión intraductal y dilatación de la vesícula menos importante.<sup>2</sup>

### Presentación del caso clínico

Hombre de 77 años de edad con antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes.

<sup>1</sup> Médico Adscrito al servicio de Endoscopia Gastrointestinal

<sup>2</sup> Médico Residente de Endoscopia Gastrointestinal

<sup>3</sup> Médico Residente de Gastroenterología  
Hospital de Especialidades, UMAE, La Raza, IMSS.

**Correspondencia:** Dr. Omar Edel Trujillo Benavides. Seris y Zaachila s/n, Col. La Raza, Delegación Azcapotzalco, México D. F. Teléfono: 5724 5900, extensión 24101 y 24102. **Correo electrónico.** omaredel@hotmail.com



○ **Figura 1.** Elevación hemisférica sobre la superficie e indolora al tacto; A y B.

A



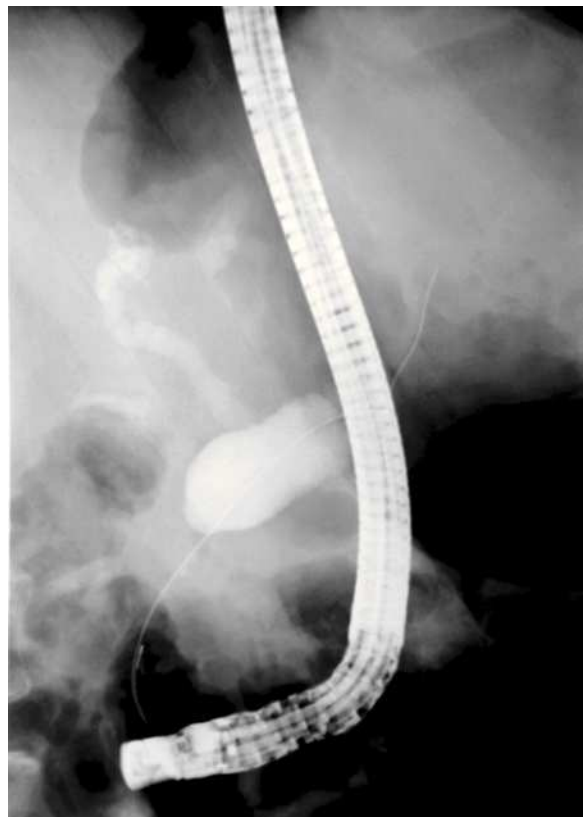
B



○ **Figura 2.** Tomografía computarizada abdominal que destaca la gran dilatación de la vesícula biliar.



○ **Figura 3.** Colangiografía endoscópica que muestra larga estenosis del colédoco intrapancreático, con dilatación retrógrada.



Fue referido al servicio de endoscopia por presentar ictericia indolora, acompañada por acolia y coluria de 20 días de evolución; refería además, hiporexia y pérdida de peso de 10 kg en un año. Clínicamente con ictericia franca; en abdomen, sobre hipocondrio derecho se observó una elevación hemisférica sobre la superficie, indolora al tacto (**Figuras 1 A y B**).

De sus resultados de laboratorio, destacaba la presencia de hiperbilirrubinemia con la total de 27.49 mg/dL, a expensas de la directa, 24.7 mg/dL. El ultrasonido transabdominal reportó dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, sin identificar litos en su interior; vesícula biliar dilatada, con paredes delgadas y lodo biliar. En cabeza de páncreas, se observó una masa lobulada hipoecoica de 33 mm de diámetro. La tomografía computarizada abdominal, mostró la gran dilatación de la vesícula biliar (**Figura 2**).

Se realizó colangiografía endoscópica, en la que se observó estenosis larga del colédoco intrapancreático de aproximadamente 2.5 cm de longitud, con dilatación retrógrada (**Figura 3**). Se realizó dilatación



de la zona estenosada y se colocó una endoprótesis plástica.

## Discusión

Desde el enfoque quirúrgico, se han descrito variantes del signo de Courvoisier, las cuales son debidas a carcinoma de la porción ampular de la vesícula biliar; carcinoma que obstruye el flujo de la vesícula y por contigüidad obstruye también el flujo del conducto hepático común.<sup>3</sup> En 2007, Sopena B y Sousa J<sup>4</sup> publicaron un caso similar al nuestro, en los que el signo de Courvoisier fue no solamente palpable, sino visible.

Ludwig Courvoisier realizó su astuta observación en una era que no había acceso al ultrasonido,

a tomografía computarizada, colangiografía endoscópica o colangio-resonancia. A pesar de que el signo de Courvoisier tiene más de un siglo de haber sido descrito, sigue siendo de utilidad en la práctica clínica. En algunos casos la vesícula biliar no sólo es palpable, sino también visible en la superficie de la pared abdominal, una variante del original signo de Courvoisier.

## Referencias

1. Parmar MS. Courvoisier's Law. *CMAJ* 2003;168:876-877.
2. Fitzgerald JEF, White MJ, Lobo DN. Courvoisier gallbladder: Law or sign? *World J Surg* 2009;33:886-891.
3. Ginzburg L, Payson BA. A variant of the Courvoisier syndrome in carcinoma of the Gall Bladder. *Annals of Surgery* 1957;146:976-982.
4. Sopena B, Sousa J. Visible Gallbladder: A variant of the Courvoisier sign. *Mayo Clin Proc* 2007;82:791.