

Dr. Carlos Bustamante Pérez

Profesor Titular de Clínica Quirúrgica

La Contractibilidad Vesicular en las Colecistopatías

La patología biliar es uno de los capítulos más interesantes y que más ocupa la atención, tanto del clínico internista, como del cirujano. Entre nosotros las afecciones del árbol biliar son de una importancia tal que merecen un estudio detenido, pues presentan caracteres peculiares que hacen de ellas un problema de dimensiones nacionales. Nuestra población hospitalaria está tan afectada por estas enfermedades que, sin temor de exagerar, se puede afirmar que el cincuenta por ciento de las enfermas de los servicios de clínica pertenecen a la clase de las catalogadas como "hepato-biliares"; y esto que decimos de las enfermas, aunque en menor proporción, se puede también aplicar a los enfermos. Al recoger los datos de la anamnesis personal, para la confección de la historia clínica, se obtiene, con mucha frecuencia, el dato de que "no han tenido ninguna enfermedad, e insistiendo en el interrogatorio, nos confiesan, como cosa sin importancia y muy natural, que "solo tienen cólicos hepáticos". Esto está demostrando que en la mente de las enfermas ha tomado carta de naturalización la idea de que "los cólicos" son una incomodidad inherente a la vida.

Con el progreso alcanzado por los métodos de examen y diagnóstico, y con el resultado altamente satisfactorio que riñde el tratamiento médico-quirúrgico, los servicios de cirugía de los hospitales van aumentando,

cada vez más, el número de intervenciones realizadas sobre las vías biliares; por esto, la Cátedra de Clínica Quirúrgica se ha empeñado en despertar el interés por los estudios e investigaciones en este campo, ya que podemos afirmar que estamos frente a un problema revestido de caracteres propios de nuestro medio y que necesita ser aclarado en muchos de sus aspectos. Las experiencias obtenidas en medios médicos de afuera, pueden servir de norma para nuestros estudios, pero no sirven como fuente de enseñanzas definitivas, ni constituyen pautas de aplicación invariables para nuestra conducta. En la evolución de las afecciones hepato-biliares de nuestros enfermos, intervienen factores derivados de las condiciones raciales, económicas, culturales, habituales, higiénicas, alimenticias, constitucionales, hormonales y, por qué no decirlo, hasta las creadas por una terapéutica rutinaria y equivocada a la que han sido sometidos los pacientes durante su pasado patológico. La idea de que los cólicos biliares se curan con pócimas, más o menos inofensivas o agresivas, ha sido fuertemente incrustada en la mentalidad de muchas generaciones de médicos.

La observación de la clínica hepato-biliar sugiere la necesidad de resolver diversos problemas y de obtener la respuesta a distintos interrogantes que nacen de la necesidad de obtener la solución de muchas incógnitas. La investigación de cada uno de estos asuntos debe ser el objeto de un trabajo de Tesis doctoral: así, paulatinamente, se irá acopiando todo el cúmulo de datos que sirvan para la creación de un verdadero tratado de nuestra patología hepato-biliar nacional.

a) Estudio estadístico. Debe buscar la obtención de datos que se relacionen con la frecuencia absoluta y relativa de la afección.

b) Investigación de las condiciones ambientales, económicas, alimenticias, higiénicas, tipológicas y herenciales de los enfermos.

c) Determinación de las condiciones hormonales y de los antecedentes patológicos, especialmente de los antecedentes infecciosos.

d) Comprobación de la flora microbiana del árbol biliar, coincidente con los procesos angio-colecísticos.

e) Constatación de las lesiones macroscópicas y microscópicas producidas.

f) Investigación de las alteraciones fisiológicas, para determinar la fisiopatología y encontrar la explicación de los fenómenos que constituyen la sintomatología de las afecciones.

g) El análisis de los métodos terapéuticos y la crítica de los resultados obtenidos por las diversas técnicas quirúrgicas empleadas, cada una en cada caso.

Algunos de los puntos enumerados han sido ya, aunque sea ligeramente, tratados en importantes estudios que han servido como tesis doctorales; otros no han podido emprenderse debido al mucho tiempo que requieren y a la falta de una estadística bien concebida y confeccionada; otro ha sido rechazado como tema de tesis. Ahora quiero relatar los resultados obtenidos por las observaciones personales, realizadas entre las labores de la Cátedra de Clínica Quirúrgica, y que se han orientado hacia la determinación de la contractibilidad de la vesícula biliar.

Las experiencias se realizaron de la siguiente manera:

Con la colaboración de los doctores Prado y Turkel, ideamos y construimos un manómetro de agua que se podía conectar, por medio de un tubo estéril a una cánula destinada a ser introducida en el interior de la vesícula; el líquido empleado fué una solución estéril de mercurocromo o de metaphen que, al mismo tiempo que era coloreada, facilitando así la lectura del resultado, aseguraba la asepsia del procedimiento. El manómetro daba la presión medida en centímetros de agua.

Practicada la laparotomía y puesta a la vista la vesícula, procedimos a la ligadura del cístico, procurando no decolarlo sino lo indispensable, por temor de

destruir la red nerviosa inervante de la vesícula y conservando íntegra su circulación sanguínea.

Luego, con aguja atraumática, practicamos una jareta circular de un diámetro de un centímetro y medio, en el fondo de la vesícula.

En el centro de la jareta hacíamos un orificio que permitía la entrada de la cánula conectada con el manómetro. Nos asegurábamos de la expulsión de todo el aire contenido en el sistema y llenábamos, por punción del tubo de caucho, con el líquido colorante, hasta obtener que la altura de éste corresponda al cero de la escala.

Aislábamos, con separadores, la vesícula, de modo que, sin disecarla, esté libre de las influencias de cambios de presión debidas al movimiento respiratorio o visceral. Anotábamos entonces las pequeñas variaciones de presión registradas en el manómetro y atribuibles a cambios presionales por propagación de los movimientos respiratorios y cardíacos.

Luego inyectábamos una ampolla de pilocarpina por vía endovenosa y, después de algunos minutos anotábamos el cambio producido en el manómetro.

En dos ocasiones ante el ningún resultado obtenido por la pilocarpina en la vesícula, a pesar de constatar contracciones intestinales, usamos también prostigmina y en otra vez inyectamos pitresín; por último, en algunas ocasiones recurrimos a la excitación por corriente farádica.

Diez fueron las observaciones practicadas; todas ellas en enfermas que tenían una historia de cólicos vesiculares perfectamente constatados clínicamente. Los resultados fueron los siguientes:

En cuatro casos se obtuvo la contracción vesicular; en una: veinte y cinco centímetros; en dos, diez centímetros; en uno, siete centímetros.

En los seis casos restantes no hubo ninguna respuesta a los excitantes.

Los resultados de los exámenes anatómo-patológicos de las vesículas fueron así:

Caso 1.—Macroscópico: forma piriforme, superficie regular, no hay cálculos, 7 y 1/2 cmtrs. de longitud, color normal; adherencias al epiplón mayor, duodeno y colon transverso. Pocas adherencias al lecho hepático. No hay ganglio. Bilis de color amarillo oscuro.

Microscópico: Cuerpo; serosa con engrosamiento fibroso. Mucosa, normal y se observa bilis adherida en su superficie. Cuello, con caracteres iguales a los del cuerpo.

Diagnóstico histopatológico: Pericolecistitis crónica.

RESULTADO DE LA COLECISTOMANOMETRIA:
25 ctms. de presión.

Caso 2.—Macroscópico: forma piriforme, superficie regular, con líquido a tensión. Hay cálculos, uno enclavado en el cístico. Pequeñas adherencias del fondo al mesocolon, muy fuertes del cuello al duodeno. Hay ganglio. Microscópico: Cuerpo: notable atrofia del epitelio Muscularis poco destruída y sustituída por tejido fibroso. Muscular y mucosa infiltrada por leucocitos, Serosa muy engrosada e infiltrada. Conducto Cístico: Epitelio atrofiado; muscular muy alterada y sustituída por tejido fibroso. Ganglio: Adherido al cístico por una masa fibrosa con ligera persistencia de grasa, hiperplasiado.

Diagnóstico: Colecistitis y pericolecistitis crónica.

COLECISTOMANOMETRIA: negativa.

Caso 3.—Macroscópico: Vesícula grande, incrustada en el lecho hepático, paredes gruesas, superficie regular. No hay cálculos. No hay Ganglio.

Microscópico: Cuerpo: Mucosa parcialmente infiltrada de células redondas; Muscular parcialmente fibrosa, de grosor normal; Serosa engrosada e infiltrada. Cuello con iguales lesiones.

Diagnóstico: Colecistitis crónica.

COLECISTOMANOMETRIA: 10 ctms. de presión.

Caso 4.—Macroscópico: vesícula de forma alargada algo retraída. Hay cálculos en vesícula, colédoco y hepático. Hay dos ganglios. Adherencias al colón transversal y al lecho hepático.

Microscópico: Cuerpo con fibrosis general; Mucosa parcialmente erosionada con gran infiltración de leucocitos; muscular destruida por invasión de fibroblastos, células plasmáticas, linfocitos y eosinófilos; Serosa edematosa e infiltrada. Cuello; intensa fibrosis del conducto cístico cuya luz ha desaparecido. Ganglio hipertrofiado; abundantes folículos; no hay polinucleares.

Diagnóstico: Colecistitis y pericolecistitis crónica.

COLECISTOMANOMETRIA: negativa.

Caso 5.—Macroscópico: Vesícula de forma piriforme; longitud 10 ctms. No hay cálculos. No hay ganglio.

Microscópico: Cuerpo con hiperplasia de la mucosa; Muscular con notable fibrosis que produce engrosamientos parciales e irregulares; Serosa gruesa y congestionada. Cuello: mucosa normal y notable fibrosis de la muscular.

Diagnóstico: Colecistitis y pericolecistitis crónica.

COLECISTOMANOMETRIA: negativa.

Caso 6.—Macroscópico. Cuerpo: alargada, esclerosada. Hay un cálculo pequeño. No hay ganglio. Adherencias al duodeno.

Microscópico: Cuerpo y cuello: irregular, atrofiada la mucosa; Muscular y serosas invadidas de tejido fibroso e infiltradas de células redondas.

Diagnóstico: Colecistitis y pericolecistitis crónicas.

COLECISTOMANOMETRIA: 7 ctms. de presión.

Caso 7.—Macroscópico: Vesícula alargada, dilatada. No hay cálculos. No hay ganglio. Adherencias al colon transverso, al epiplón y duodeno.

Microscópico: Cuerpo: Mucosa normal; Muscular infiltrada con pequeña cantidad de piocitos y linfocitos, engrosada. Cuello con lesiones iguales.

Diagnóstico: Colecistitis y pericolecistitis crónica.

COLECISTOMANOMETRIA: 10 ctms. de presión.

Caso 8.—Macroscópico: Vesícula de forma alargada, gruesa, de color blanco. No hay cálculos. No hay ganglio. No hay adherencias. Mucosa en panal de abejas. Se extrajeron 50 cálculos.

Microscópico: Mucosa con atrofia y fibrosis. Muscular destruída casi en su totalidad, ligeramente infiltrada de leucocitos. Serosa engrosada e infiltrada. Cístico: Mucosa parcialmente conservada con abundante infiltración leucocitaria; Muscular casi totalmente destruída y sustituída por tejido cicatricial; en parte con degeneración mixomatosa. Serosa gruesa e infiltrada. Ganglio: con persistencia de folículos, sin fibrosis; hiperplasia.

Diagnóstico: Colecistitis y pericolecistitis crónica.

COLECISTOMANOMETRIA; negativa.

Caso 9.—Macroscópico: Forma piriforme y tamaño normal, gruesa. Hay cálculos. No hay ganglio. Hay

un cálculo muy pequeño enclavado en el cístico. Adherencias del cuello al duodeno.

Microscópico: Cuerpo y cuello: Mucosa infiltrada de células, especialmente de plasmocitos. Muscular y serosa notablemente infiltradas y con avanzada fibrosis.

Diagnóstico: Colecistitis crónica.

COLECISTOMANOMETRIA: negativa.

Caso 10.—Macroscópico: Vesícula grande fuertemente vascularizada; No hay cálculos. Si hay ganglios. Cístico muy delgado, alargado, fuertemente adherido al duodeno.

Microscópico: Cuerpo: Mucosa parcialmente infiltrada con leucocitos, polinucleares y plasmocitos, epitelio atrofiado. Muscular infiltrada y parcialmente destruída con invasión fibrosa. Serosa infiltrada. Cuello: caracteres normales de la mucosa y muscular; serosa infiltrada. Ganglio: hipertrofiado, de estructura normal.

Diagnóstico: Colecistitis crónica.

COLECISTOMANOMETRIA: negativa.

Los casos escogidos para las experiencias fueron aquellos en que las lesiones macroscópicas hacían suponer que fuera posible el practicarlas. Las vesículas con avanzadas lesiones, en las que la cavidad estaba muy reducida; aquellas en las que las adherencias a los órganos vecinos hubieran implicado una disección laboriosa: las enfermas que presentaban signos de espasmo-filia o en las que, por cualquier razón, no podíamos prolongar el tiempo operatorio, fueron rechazadas. Sin embargo, admitimos que pueden haber numerosas causas de error, ya sea por deficiencias en la técnica, ya por variaciones en la manera de reaccionar al medicamen-

to, ya por cualquiera otra causa. Así y todo creemos que los resultados tienen valor por el hecho de estar en perfecto acuerdo con los resultados de la anatomía patológica, ya que tenemos que admitir que la lesión morfológica corresponde a la alteración funcional. Nuestras deducciones son las siguientes:

1^a—La aparición del síntoma cólico vesicular, o biliar, coincide con la presencia de lesiones de orden inflamatorio. No siempre corresponde a la presencia de cálculos, ni aparece siempre que hay cálculos.

2^a—No hay relación directa entre la gravedad de las lesiones y la intensidad del síntoma dolor.

3^a—El síntoma dolor y cólico se presenta en casos en que las lesiones de la muscular vesicular son tan intensas que denotan su desaparición, en algunos casos; y su disminución notable en otros. Si no hay capa muscular, o está atrofiada, o está invadida de fibrosis, la contracción vesicular es nula o deficiente.

4^a—La colecistomanometría indica una íntima relación entre las lesiones anatómicas y la capacidad de contracción vesicular.

5^a—La fuerza de contracción de la vesícula normal, señalan los autores que oscila entre 15 y 30 ctms. de agua. El hecho de la existencia de procesos inflamatorios crónicos coincide con la disminución de esa fuerza.

6^a—Si no hay contractibilidad, si no hay órgano contractil y, sin embargo, hay cólicos, éstos no están producidos por una contracción.

7^a—La fisiopatogenia del cólico biliar no consiste en una contracción espasmódica y dolorosa de la vesícula y hay que buscarla en otro mecanismo; probablemente la explicación más aceptable es la de la contractura del esfínter de Oddi.

8^a—No hay peligro de perforación por contractura, las perforaciones de la vesícula se deben a lesiones necróticas por endoarteritis, hecho constatado en algu-

nas piezas que sirvieron para la casuística de la Tesis doctoral del doctor Antonio Ceballos.

9^a—El sondaje duodenal y el drenaje médico de las vías biliares no entraña un peligro de perforación; si en algunas ocasiones desencadena la aparición de un cólico, es cuando, al relajarse el Oddi, por la acción antiespasmódica del sondaje, hace posible el enclavamiento de un cálculo coledociano o vesicular en válvula.

10^a—Deben proseguirse las investigaciones hasta conseguir un mayor número de casos que permitan deducir conclusiones de carácter más cierto, procurando, al mismo tiempo perfeccionar la técnica.

11^a—Es necesario insistir, una vez más, que las afecciones del colecisto, caen bajo el dominio de la clínica quirúrgica. El tratamiento médico debe instituirse para conseguir la esterilización del tractus biliar y obtener mejor funcionamiento hepático; pero una vez constituidas las lesiones de colecistitis y pericolecistitis no queda sino el recurso operatorio para eliminar el foco infeccioso y la espina irritativa de donde parten los estímulos espasmogénicos desencadenantes de tenaces y peligrosos síndromes.

Quito, diciembre de 1949.