

## El Síndrome "Cólico Hepático"

En nuestro servicio de Clínica Médica de mujeres se presentan muy continuamente casos de Cólico hepático, habiendo podido reunir en dos años, una estadística de 80 casos. La extremada frecuencia con la que este síndrome aparece en el sexo femenino, la dificultad de diagnóstico que ofrecen muchos de estos casos, y las causas que lo producen, serán materia de este breve estudio que, si no tiene, desde luego, la novedad de una descripción, está basado, por lo menos, en la práctica de los casos que hemos visto y examinado.

No creo extraño el recordar siquiera en parte, el concepto que del síndrome "Cólico hepático" tenían nuestros antiguos maestros. Para ellos era "absolutamente desconocida" la causa etiológica, e invocaban tan sólo la herencia desemejante para explicar su producción. Creían que la litiasis biliar coincidía casi siempre con la litiasis renal, y esta coincidencia, hacían suponer que el "cólico hepático" era la expresión de una diátesis gotosa. Morgagni, por ejemplo, decía, al hablar de los cálculos biliares: "Me temo mucho que no suceda hoy, y no haya de suceder en adelante, lo que en tiempo de Fernélio, es decir, que *no se encuentren caracteres evidentes, por cuyo medio puedan conocerse cierta y fácilmente estos cuerpos y no dejemos de andar en conjeturas*".

Mucho tiempo después, Trousseau enseñaba a sus discípulos que, a pesar de los modernos progresos de la ciencia, en nada se había modificado la proposición de Morgagni y que el diagnóstico de "cólico hepático" era poco menos que imposible en tanto que el enfermo no hubiese expulsado por lo menos un fragmento de



cálculo biliar. Era, pues, aquélla, la época de las arenillas biliares y del estudio sintomático aislado del dolor, del vómito y de la ictericia. Vino posteriormente la escuela de Dieulafoy, y desde entonces quedaron establecidas definitivamente la infección biliar y la colesterinemia, como causas productoras del síndrome.

¿Por qué en la mujer se produce con mas frecuencia que en el hombre, el síndrome "cólico hepático"? Las estadísticas mejor comprobadas, la de Pinard, las de Tarnier, por ejemplo, acusan la frecuencia del "cólico hepático" en la mujer, al estado de gestación y al estado de puerperalidad. La causa patogénica, sería pues, una causa mecánica: la compresión visceral ejercida por el feto favorece la estagnación de la bilis en los conductos biliares y los cálculos se forman. El canal colédoco, sobre todo, por efecto de la compresión, impide el libre paso de la bilis al intestino y la consiguiente estagnación del líquido en la vesícula, la que, hipertrofiándose por compensación, almacena toda la bilis que no puede pasar al intestino por la estrechez del conducto colédoco. Todo órgano hipertrofiado lo sabemos por ley de Patología General, está predispuesto a la inflamación, y el proceso inflamatorio, por una parte, y la alteración histológica de un tejido, por otra, presentan o crean, mejor dicho, un terreno favorable a la infección. En las mujeres en cinta tendríamos, pues, reunidas estas dos condiciones para la fácil formación de los cálculos biliares y para la producción del síndrome "cólico hepático". Como se ve, es claramente explicable la patogenia de la litiasis biliar durante el periodo de gestación; pero ¿lo será igualmente para darnos cuenta exacta del proceso patogénico del síndrome durante el estado de puerperalidad? No creo simplemente que el síndrome que se produce en el estado de puerperalidad sea tan sólo la consecuencia de un estado patológico que se preparaba durante el periodo del embarazo, y cuyos accidentes habian de manifestarse con posterioridad, esto es, casi inmediatamente después del parto.

Si bien es verdad que en muchos casos en que se produce el síndrome en el estado de puerperio, podemos explicarnos que el proceso se desarrolle así, en la mayor parte, en la inmensa mayoría de los casos observados, tenemos que admitir otra causa patogénica que explique la producción del síndrome. En el periodo de gestación, sabemos, por lo general, que hay un marcado

retardo de la nutrición. La célula hepática se encuentra, como diría Dieulafoy, en estado de "inminencia mórbida" causa predisponente para la formación de cálculos biliares. La estagnación de la bilis, causa mecánica, y el desarrollo de los diversos agentes patógenos, causa infecciosa, originan evidentemente el proceso patogénico del síndrome. Si éste se produce, pues, en el estado de puerperalidad, debemos invocar como una de las principales causas patogénicas, la alteración que ha sufrido la célula hepática durante el período del embarazo. Además si admitimos el retardo de la nutrición que se observa en las mujeres en cinta, debemos convenir en que la colesterinemia entra también como uno de los factores principales en la producción del síndrome.

Hasta aquí hemos tratado de explicar la producción del "cólico hepático", tanto en las mujeres en cinta, como en el estado de puerperio; pero lo cierto es que en la casi totalidad de casos observados en la sala de "La Virgen", no se han registrado los estados anteriormente descritos como causa de la producción del síndrome. Resulta, pues, muy difícil explicar la causa patogénica por la que el síndrome "cólico hepático" se presenta con más frecuencia en la mujer que en el hombre.

Según la estadística del profesor Soca de la Universidad del Uruguay, la mayor parte de enfermos que él ha visto y tratado, se presentaron en su consulta por trastornos casi siempre, de origen gástrico, sin sospechar siquiera, que bajo esa "máscara gástrica" presentasen en verdad el síndrome "cólico hepático" con todas sus manifestaciones. ¿Admitiremos entonces que los trastornos de origen gástrico se presentan con más frecuencia en la mujer que en el hombre, y que sean, en consecuencia, la causa predisponente para la producción del síndrome? Puntos todavía muy oscuros rodean la patogenia para explicar satisfactoriamente por qué, en la mujer, el síndrome "cólico hepático" se presenta con más frecuencia que en el hombre.

En el momento actual, las causas etiológicas del cólico hepático se reducen en la inmensa mayoría de los casos, a la infección biliar y a la colesterinemia. Pero existe aún, entre nosotros, sobre todo, una causa muy común para la producción del síndrome, la causa parasitaria, de la que trataremos en seguida que hayamos hecho el diagnóstico de "cólico hepático":

*El dolor.*—Generalmente se presenta a las dos o tres horas después de las comidas, es decir, cuando la vesícula se contrae para expulsar su contenido al intestino. Los cálculos biliares, a cada contracción vesicular, tratan de emigrar a través del canal cístico, conducto valvular muy estrecho para llegar al colédoco, y entonces el dolor se produce. Este se muestra con más intensidad si se hace la palpación profunda de la vesícula biliar. Si se ordena respirar ampliamente al enfermo y se hace la palpación, se detiene al final de la inspiración, dando un pequeño grito causado por el dolor que produce el encuentro de la vesícula biliar con la mano que palpa. Este es el “signo del grito” del profesor Soca. Igualmente el mismo autor ha descrito el “signo del torno” en los siguientes términos: “Si coloco la mano por debajo de los arcos costales y por fuera de la región vesicular, y hago respirar profundamente al enfermo, acusa un dolor intenso en todo el hígado hacia el fin de la excursión respiratoria. No sé, exactamente, cuál sea la patogenia de este síntoma, pero aparece como producido por la compresión del hígado enfermo entre el diafragma que desciende y la mano que se opone al descenso del hígado. Yo llamo a este signo, talvez con impropiedad, “signo del torno” o “del étou”. Creo, aun cuando no estoy de ello seguro, que es original, al menos su descripción especial; pero en todo caso es un signo preciso de sufrimiento hepático, que a menudo habla cuando los otros signos callan”.

El dolor vesicular se irradia en distintas direcciones: punto epigástrico, punto escapular, punto rénico, etc., y estos diversos puntos adquieren en ocasiones tanta intensidad y tanta predominancia sistomática, que muchas veces un «cólico hepático» puede confundirse con una angina de pecho, por ejemplo. En todo caso, las irradiaciones del cólico hepático son irradiaciones torácicas, en tanto que en la litiasis renal—para no hacer diagnóstico diferencial sino con una enfermedad—las irradiaciones se hacen en dirección hacia el abdomen y los miembros inferiores.

*Los vómitos.*—Acompañan generalmente al dolor y son ya alimenticios, ya biliosos. Estos últimos son los que en la mayoría de los casos observados, se han presentado con más frecuencia. En algunos entornos de «cólico hepático» frustrado, el síntoma vómito adquiere predominancia sobre los demás, y es en estos

casos, precisamente, cuando hay que buscar por medio de la palpación profunda, el dolor vesicular, ya que los vómitos que se repiten con frecuencia, hacen pensar erróneamente en que el enfermo adolece de alguna afección estomacal o del intestino. Esta es la verdadera «máscara gástrica» de que nos habla el profesor Soca, de la Universidad de Montevideo. En los viejos dispépticos, en aquellos que se presentan con un tinte subictérico de los tegumentos, no convendría, acaso, antes de sujetarlos a los diversos tratamientos, investigar prolija y detenidamente los signos del calculosis biliar?

*La ictericia.*—No es siempre constante, pero si se observa en la mayoría de los casos. Cuando el cálculo biliar no ha podido franquear el conducto cístico, la ictericia no se produce; pero, si venciendo este obstáculo, llega, en fin, al colédoco, la ictericia por retención, tiene lugar. En algunas ocasiones, y sobre todo cuando el cálculo no es voluminoso, el colédoco se obstruye incompletamente, y la bilis, aunque en menor cantidad, sigue pasando al intestino. Estos son los casos en que los enfermos presentan, apenas, un ligero tinte subictérico. Mas si el conducto colédoco ha llegado a obstruirse completamente, se presenta con claridad el cuadro de la ictericia por retención con las orinas de color caoba característico, con presencia de pigmentos y ácidos biliares y con la decoloración completa de las materias fecales. Esta ictericia no aparece casi nunca al comienzo del síndrome, sino dos o tres días después, para desaparecer, progresivamente, con la emigración del cálculo hacia el intestino.

*La fiebre.*—Si admitimos, como es lógico admitir, que en el síndrome «cólico hepático» la causa infecciosa desempeña un papel preponderante como causa etiológica, convendremos también en que la fiebre se presenta como su natural consecuencia, y ésta es, precisamente, la fiebre bilio séptica de que nos habla el Profesor Chauffard. La fiebre, en general, es un proceso de defensa de todos los organismos contra la acción morbífica de los agentes infecciosos; de ahí que en el cólico hepático por infección microbiana, este síntoma se presenta casi siempre.

En los casos en que el síndrome «cólico hepático» no reconoce como causa la presencia de agentes in-

fecciosos ¿cómo podríamos explicar el proceso febril? Creo no estar en un terreno puramente hipotético al decir que en esos casos, el sistema nervioso juega un rol preponderante. «El dolor produce la fiebre» (Gilbert) y ésta reconoce como causa, una alteración de los centros reguladores de la termogenesis.

Podríamos seguir estudiando otros síntomas de detalle para diagnosticar un «cólico hepático», sobre todo aquellos «síntomas satélites» de Dieulafoy, pero el cuadro clínico del síndrome, tal cual se presenta en la mayoría de las veces, reúne la sintomatología que hemos descrito ya con alguna minuciosidad.

Expresamente, y para demostrar con algunas observaciones clínicas, he dejado para esta lugar otra de las causas que entre nosotros, sobre todo, produce el síndrome «cólico hepático», la *causa parasitaria*. Son los parásitos intestinales los ascárides lumbricoides, en primer lugar, y la tenia solium después, los que producen el síndrome con toda su sintomatología característica. Entre nosotros es tan general la ascaridiosis, que no temo estar equivocado al decir que se la observa en lo menos un 60 por ciento. ¿Cómo producen estos parásitos el síndrome «cólico hepático»? Seguramente podemos explicar que los parásitos intestinales siguen una vía ascendente hasta llegar al colédoco y a la vesícula biliar. Es indudable, por otra parte, que para que esto suceda, haya previamente un trastorno gastro intestinal que exalte la virulencia de dichos parásitos, ya que es muy sabido que todo parásito trata de hacer el menor mal posible al huésped que lo alberga. Al lado de este proceso patológico encontramos también otro producido por el botriocéfalo y que constituye la apendicitis verminosa.

C. M. 19 años, casada, un hijo, raza meztiza.

A. H. sin importancia.

A. P. Reglada a los trece años.—Tifoidea a los 17 años.

Enferma desde la noche del 5 de febrero de 1910: fuerte dolor en la región hepática por irradiaciones al miembro superior y al epigastrio.—Vómitos biliosos.

Ingresa al servicio el 6 de febrero de 1920 y al examen presenta:

Estado nutritivo, bueno.

Estatura, media.

Decúbito lateral, derecho, flexión de las extremidades inferiores.

Facies, ligeramente ictérica.

Temperatura 38, pulso 100, respiraciones 28.

Aparato digestivo: lengua saburral, anorexia, vómitos biliosos.—Hígado sensible a la palpación, vesícula biliar dolorosa.

Aparato respiratorio, normal.

Aparato circulatorio, normal.

Aparato nervioso, cefalalgia, agitación.

Aparato urinario, orina, color caoba característico.

—Gmelin positivo.

Organos de los sentidos, normales.

Diagnóstico: cólico hepático.

Tratamiento: heroína 0,01 ctg.—La enferma arroja un ascárides, por lo que el tratamiento se orienta en este sentido.

Alta por curación, 15 de febrero de 1920.

R. R. treinta años de edad, raza india.

A. H. sin importancia.

A. P. fiebre tifoidea, pulmonía y, en varias ocasiones, cólicos hepáticos.

Enferma desde hace tres días; violento calofrío y dolor muy intenso en la región de la vesícula, propagándose hacia el punto escapular.

Ingresa al servicio el 5 de marzo de 1920 y presenta al examen:

Estado nutritivo, bueno.

Facies, hepática.

Decúbito, dorsal.

Temperatura, 37.5.—Pulso 68.—Respiraciones, 24.

Aparato digestivo: dolor intenso a nivel de la vesícula biliar con propagación al hombro derecho, hígado aumentado de volumen, lengua saburral, anorexia, náuseas y deposiciones diarreicas decoloradas.

Aparato respiratorio, normal.

Aparato circulatorio, normal.

Aparato nervioso, normal.

Aparato urinario, presencia de pigmentos biliares en las orinas.

Observación: la enferma ha arrojado hace algún tiempo, algunos ascárides lumbricoides.

Diagnóstico: Cólico hepático por ascaridiosis.

Tratamiento: Morfina durante el acceso agudo, y posteriormente, tratamiento antiparasitario.

Alta por curación el 11 de marzo de 1920.

---

V. S. de Quito, 50 años de edad, casada, raza meztiza.

Enferma desde hace un año ocho meses, habiendo empezado con ataques epileptiformes.

Ingresa al servicio el 10 de abril de 1920 y al examen presenta:

Estado nutritivo, bueno.

Facies, hepática.

Decúbito, indiferente.

Temperatura; 36,5.—Pulso, 80.—Respiraciones 24.

Aparato digestivo: lengua saburral, dolores abdominales muy intensos, sobre todo en la región de la vesícula biliar, anorexia, vómitos biliosos.

Aparato respiratorio, normal.

Aparato circulatorio, normal.

Aparato nervioso: cefalea intensa. A los dos días del ingreso al servicio se repite un ataque epileptiforme.

Aparato urinario: pigmentos biliares en las orinas.

Observación: la enferma continúa con los dolores abdominales muy intensos y arroja un segmento de tenia.

DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

Diagnóstico: cólico hepático.

Tratamiento: administración de helecho macho.

Alta por curación, el 22 de abril.

---

Z. T. de Cumbayá, 16 años.

Ingresa al servicio el 14 de diciembre de 1920.

A. H. sin importancia.

A. P. Disenteria, paludismo. Hace dos meses arroja muchos ascárides lumbricoides.

Comienzo de la enfermedad actual.—Hace un mes empezó a sentir dolores pasajeros en la región de la vesícula biliar, dolores que han sido acompañados de crisis de diarrea. En la mañana del 13 de diciembre sintió un intenso dolor en la región vesicular con irradiación al hombro derecho. Lengua saburral, diarrea



y vómitos biliosos. Ictericia marcada con pigmentación de las conjuntivas.

Aparato respiratorio, normal.

Aparato circulatorio, pulso débil y frecuente.

Aparato urinario, orinas color caoba característico. Bazo, aumentado de volumen.

Diagnóstico: Cólico hepático de origen ascaridiano.

Tratamiento: Morfina durante el acceso agudo y tratamiento antihelmíntico, posteriormente. La enferma arroja muchos ascárides lumbricoides, el estado general mejora rápidamente, y obtiene el alta por curación el 1°. de enero de 1921.

---

M. R. de Quito, 50 años de edad.

A. H. sin importancia.

A. P. sin importancia.

Estado actual.—Ingresa al servicio el 22 de diciembre de 1920 y presenta al examen la sintomatología siguiente: calofrío intenso, dolor en la región vesicular con propagación hacia el dorso, línte subictérico de los tegumentos, temperatura poco elevada. La enferma dice haber arrojado hace algún tiempo, en las deposiciones, algunos ascárides lumbricoides, por lo que se verifica el examen coprológico y se comprueba, efectivamente, la presencia de algunos huevos de áscaris.

Diagnóstico: Cólico hepático por ascaridiosis.

Tratamiento: Santonina durante tres días, al cabo de los cuales arroja muchos ascárides lumbricoides. La enferma mejora notablemente y desaparecen todos los síntomas que presentaba a su ingreso al servicio.

---

Estas y otras observaciones prueban, pues, que entre nosotros, los agentes parasitarios desempeñan un papel preponderante en la producción del síndrome "cólico hepático" y que se debe siempre tener en cuenta este factor, para el tratamiento que conviniere instituir.

Enumerar las complicaciones del cólico hepático y hacer el estudio completo de las angiocolicistitis etc. sería materia para otro estudio clínico, y quiero tan só-

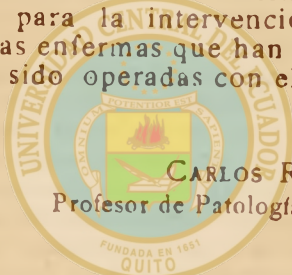
le, a propósito del síndrome, tal cual lo hemos considerado, terminar con las siguientes conclusiones:

El cólico hepático, más frecuente en la mujer que en el hombre, presenta los tipos clínicos más diferentes;

Las afecciones gastro-intestinales, cuando son rebeldes, tenaces y resisten a todo tratamiento médico, deben hacernos investigar los signos de calculosis;

En casos en que se sospechare, por ausencia de otros síntomas, que el síndrome es producido por parásitos intestinales, después del tratamiento médico de urgencia, debe procederse siempre al examen coprológico para los efectos de la medicación antiparasitaria;

En el síndrome "cólico hepático" producido por calculosis biliar, la intervención del clínico se reducirá tan sólo a calmar el dolor en el momento del acceso y a preparar posteriormente al enfermo por un tratamiento apropiado, para la intervención quirúrgica. Muchas de nuestras enfermas que han pasado al servicio de cirugía han sido operadas con el mejor éxito.



CARLOS R. SANCHEZ,  
Profesor de Patología General y Semiología.

ÁREA HISTÓRICA  
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL