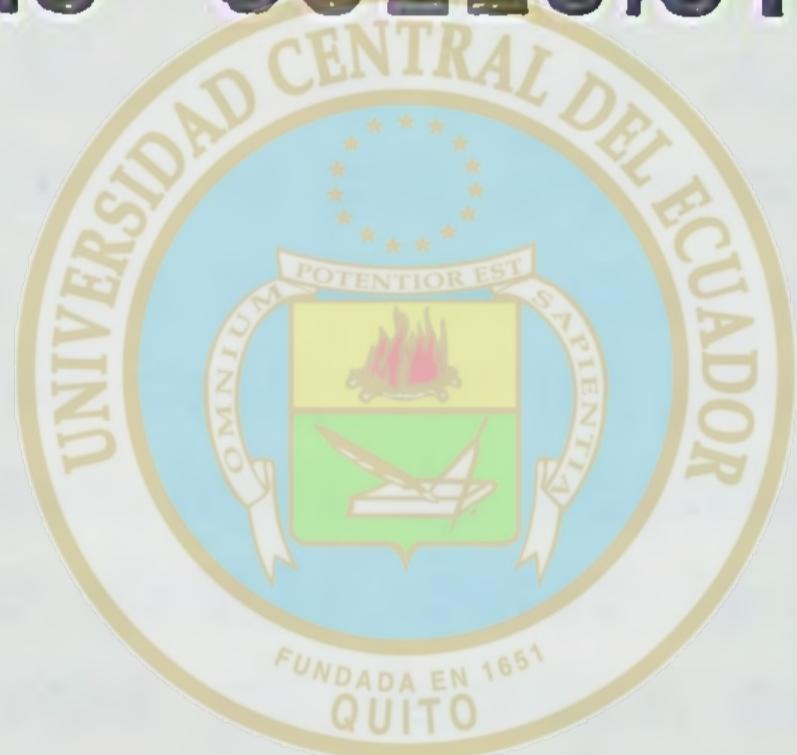


Por el doctor Manuel Moreno Tinajero
Interno de los Hospitales de París

LAS COLECISTITIS



ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO QUIRURGICO

Las Colecistitis

La patología vesicular ocupa actualmente un sitio considerable en la cirugía.

Los trabajos realizados en estos últimos 30 años por Quénu, Gosset, Robineau, Desmarest y sus discípulos, en Francia; por la Clínica Mayo, en Norte América; por Murphy, Mayo-Robson, en Inglaterra; por Petersen, Kehr, en Alemania, para no citar sino los autores más eminentes, han dado a la clínica y a la cirugía vesicular un grado de perfección que muchas otras ramas están lejos de alcanzar. Cuando se llega a tal punto, no es por demás darse la tarea de resumir y sintetizar la suma enorme de escritos concernientes al tema escogido, en un pequeño volumen de notas susceptible de ser útilmente consultado en cualquier momento de la práctica diaria. Este resumen sirve, al que lo hace, de marco, dentro del cual vienen incesantemente a colocarse las nuevas lecturas, así como los frutos de la experiencia personal. Estos son la naturaleza y el origen del presente trabajo, sin otra pretensión.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de las colecistitis se presenta en condiciones diferentes según se trate de un estado crónico o de accidentes agudos.

Estos últimos son, en general, sólo un episodio o una complicación de un estado crónico diagnosticado o no. Por esta razón, los estudiaremos en último lugar.

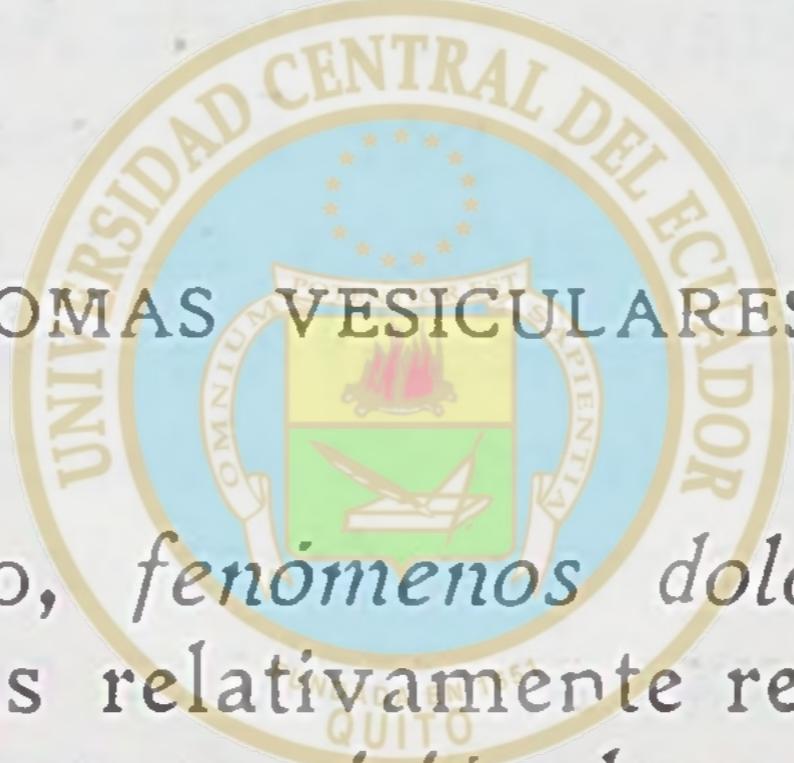
I

COLECISTITIS CRONICAS

DIAGNOSTICO CLINICO.

Las colecistitis crónicas tienen frecuentemente una sintomatología compleja y equívoca. Para diagnosticarlas es menester saber reconocer, en medio de síndromes digestivos muy variados, los *síntomas esenciales que traducen el padecimiento de la vesícula*. Luego, el análisis de los síntomas accesorios, de las circunstancias de aparición, de la tendencia evolutiva, permitirá, en ciertos casos, reconocer de qué variedad clínica de colecistitis se trata. Es en este orden que estudiaremos el diagnóstico clínico.

I.—SÍNTOMAS VESICULARES ESENCIALES



Son, ante todo, *fenómenos dolorosos*. En su aspecto más puro, en formas relativamente recientes, estos fenómenos se caracterizan por su *aparición brusca*, su *corta duración*, los *largos intervalos* que los separan unos de otros.

1º. *Las pequeñas crisis paroxísticas* pueden consistir:

Ya sea en un *episodio epigástrico* que sobreviene sin causa aparente, sin horario regular y que no obedece a la influencia de los alimentos o de los medicamentos alcalinos.

Ya sea un *vómito aislado* acompañado o no de jaqueca.

Ya sea una crisis de *diarrea prandial*.

2º. *La crisis de tres días* tiene un valor diagnóstico más grande.

Se caracteriza:

Por un *dolor sub-hepático continuo*, poco intenso sobre todo después del primer día;

Por un estado de *náuseas continuas*, sobre todo *en ayunas*;

Por la desapetencia y el estado saburral de las vías digestivas.

Estas crisis empiezan y se terminan bruscamente y son espaciadas por períodos de semanas o meses.

3º. *El cólico hepático* típico, por fin, es el gran síntoma de afección vesicular. Es suficientemente conocido de todos para que podamos prescindir de describirlo. Su aparición trae consigo el diagnóstico de colecistitis, ya sea que aparezca solo, ya que coexista o alterne con los otros trastornos, menos claros sintomáticamente, de los cuales puede venir a revelar la naturaleza exacta.

4º. Se puede, también, observar *estados vesiculares prolongados*, durante los cuales el dolor y los trastornos digestivos son permanentes, con variaciones de intensidad bajo diversas influencias.

He ahí los síntomas específicamente vesiculares. Cabe retener sus dos caracteres esenciales:

«Su evolución breve, caprichosa, sin periodicidad ninguna» (Gutmann).

«La ausencia total de relaciones entre la calidad del régimen y la importancia de los trastornos y la resistencia de éstos a la terapéutica sintomática habitual» (Chiray).

II.—SÍNTOMAS GÁSTRICOS REFLEJOS

Estos constituyen una de las causas de error de las más comunes en el diagnóstico de la colecistitis.

Las *dispepsias hiper o hipo-esténicas* de origen biliar pueden presentarse bajo dos aspectos:

1º. *Una forma paroxística* en la cual, a pesar de los síntomas gástricos, las crisis son todavía características por su brevedad.

2º. *Una forma continua* en la cual la dispepsia toma el aspecto más banal, sin ningún carácter que pueda hacer pensar en la vesícula.

En estos casos es clásico discutir el diagnóstico entre las úlceras y la colecistitis. Esta diagnóstico es fácil si se considera que jamás estas dispepsias reflejas tienen el carácter periódico, tan neto, que es propio de la úlcera (Gutmann).

III.—SINTOMAS ACCESORIOS

Son otras tantas causas de error. Se presentan bajo dos principales aspectos:

1º. *Fenómenos dolorosos a distancia.*

El *dolor del hombro derecho*, el *dolor epigástrico, retroesternal*, aún a la izquierda (hipocondrio o flanco), pueden acompañar o reemplazar el dolor sub-hepático. Se puede ver crisis *seudo-anginosas* de origen vesicular.

2º. *Trastornos del estado general.*

Estos adquieren grande importancia, sobre todo cuando los trastornos vesiculares datan de largo tiempo, a punto que el enfermo puede llegar a tener el aspecto de un tuberculoso, de un anémico. Tales trastornos pueden —y esto nos interesa más— ser un argumento de peso en las indicaciones operatorias.

IV.—CIRCUNSTANCIAS DE APARICIÓN

Estas tienen mucho valor diagnóstico, porque difieren totalmente de aquellas de otros síndromes epigástricos:

1º. *Las crisis se repiten bajo ciertas influencias*, que pueden ser siempre las mismas para cada enfermo:

Ciertos alimentos: grasas cocidas, huevos, chocolate, crema, leguminosas.

Ciertas horas: *la noche*, especialmente, es la hora de elección para la mayor parte de las crisis dolorosas.

El frío, los sacudimientos de un vehículo, las infecciones intercurrentes: buco-faringeas, intestinales. El *periodo menstrual*, sobre todo, tiene una influencia particularmente neta y constante. Las crisis son pre-menstruales; el comienzo de las reglas marca el fin de la crisis.

2º. *Ciertos síntomas particulares acompañan las crisis:*

La fiebre, casi constante al fin de las crisis.

La sub-ictericia, muy frecuente y que no se confundirá con la ictericia por retención, accidente extraño a la lesión vesicular. La sub-ictericia del vesicular es ligera, de tipo catarral y, en correlación directa con la fiebre, traduce la propagación de la infección a las vías intra-hepáticas.

V.—EXAMEN FÍSICO

1º. *El signo de Murphy* es el signo físico más importante de afección vesicular. Sabiéndolo buscar bien, permite por sí solo el diagnóstico de colecistitis.

Para buscarlo bien, el enfermo debe reposar horizontalmente, los músculos abdominales en estado de resolución. El médico deprime la pared abdominal con la mano derecha aplicada transversalmente y con toda la superficie de ésta. El dedo pulgar se separa, entonces, de la mano, por un movimiento de abducción y se insinúa bajo el borde costal, siguiendo la linea del borde externo del músculo recto derecho. La mano, estando colocada de este modo, se manda al enfermo hacer una inspiración profunda. Este movimiento tiene por efecto comprimir la vesícula entre el hígado y la pared abdominal, deprimida por el dedo del médico: la vesícula enferma, en estas condiciones, responde a la presión por un reflejo doloroso que tiene por objeto suspender instantáneamente el movimiento inspiratorio empezado.

El signo de Murphy consiste en esta suspensión brusca del movimiento respiratorio y no, como algunos lo creen, en el dolor acusado por el enfermo.

2º. *Los otros puntos dolorosos* indicados en todos los tratados clásicos, tienen un valor diagnóstico muy inferior.

3º. *El tumor vesicular* es un signo que se halla rara vez, pero que tiene mucho valor, pues permite el diagnóstico de ciertas formas clínicas. Bajo el término de tumor entendemos, naturalmente, gruesa vesícula perceptible a la palpación. Salvo en casos en que ésta alcanza un volumen excepcional, lo que la mano percibe es el fondo de la vesícula bajo la forma de una masa más o menos esférica, regular, del tamaño de una pequeña naranja; más o menos sensible a la presión; muy móvil transversalmente, menos móvil (sólo con los movimientos respiratorios) verticalmente.

Estas formas «tumorales» corresponden a la forma anatómica de *hidrocolecistes* que puede presentarse bajo dos aspectos:

1º. *Hidrocoleciste permanente*, en el cual la vesícula permanece siempre voluminosa, sin cambio apreciable. Este aspecto indica una vesícula excluida de la circulación biliar.

2º. *Hidrocoleciste intermitente*, en el cual ya la vesícula se llena y es perceptible, ya se vacía y el tumor desaparece, forma que corresponde a una obliteración igualmente intermitente del canal cístico bajo diferentes mecanismos anatómicos que veremos más adelante.

VI.—DIAGNÓSTICO DE LA FORMA DE LA COLECISTITIS

Venimos de resumir los diferentes elementos que constituyen el cuadro clínico de las colecistitis crónicas. Estos elementos pueden realizar las agrupaciones sintomáticas más variadas y hacer el diagnóstico más o menos difícil. Sin embargo, es casi siempre posible afirmar clínicamente la colecistitis y, según la historia clínica, formarse una idea de la manera como ha evolucionado y de la influencia que ha tenido el tratamiento médico, de lo cual depende, en gran parte, la decisión quirúrgica a tomar.

Por el contrario, el diagnóstico de la forma de colecistitis no reposará, en general, sino sobre hipótesis, porque la sintomatología no corresponde exactamente a las formas anatómicas.

1º. *La litiasis vesicular* no puede ser diagnosticada con certeza sino en vista de cálculos revelados por una radiografía o encontrados en las deposiciones. La tendencia bastante común a asimilar todas las colecistitis a la litiasis no tiene fundamento. Ningún síntoma, ni siquiera el cólico hepático; ninguna forma evolutiva, pertenecen propiamente a la colecistitis litiásica.

2º. *Las colecistitis no litiásicas* son tan frecuentes o más frecuentes que las primeras. En su etiología es probable que la *infección de origen intestinal* desempeña el principal papel.

El síndrome entero-vesicular es comparable en su mecanismo al síndrome entero-renal de las infecciones piélicas, con el cual puede coexistir.

Los trastornos intestinales son los que comienzan. Predominan en el ciego y el colon derecho y se traducen por un *estreñimiento obstinado*, simple o acompañado de *trastornos colíticos*.

Los síntomas vesiculares permanecen, en general, disimulados, o se traducen por una sintomatología gástrica. A

veces, es el hallazgo de un signo de Murphy típico durante un examen general, el que revela la participación vesicular.

La evolución de las dos categorías de síntomas es simultánea. Cada crisis de colitis provoca una crisis vesicular e inversamente, toda causa de irritación vesicular repercute sobre el intestino.

El síndrome apendículo-vesicular es una variedad del precedente que interesa más al cirujano.

Clinicamente, las dos afecciones evolucionan juntas y mezclan sus síntomas; o bien una de las dos —la apendicitis casi siempre— se manifiesta sola y, sin un examen sistemático, la colecistitis puede quedar ignorada.

Anatómicamente, la interdependencia de las dos afecciones se reconoce en ciertos casos por la presencia de dos focos inflamatorios unidos entre ellos por bridas de peri-visceritis, por una epiploitis ascendente.

Pero muchas veces sólo la evolución permite completar el diagnóstico. El enfermo es operado de apendicitis crónica. Una parte de los trastornos que condujeron a este diagnóstico y a la operación persisten, un nuevo examen hace descubrir la lesión vesicular.

La participación hepática adquiere, frecuentemente, gran importancia durante estos síndromes entero-vesiculares.

Clinicamente, se traduce:

Por un hígado grueso y doloroso, aumentando a veces de manera notable durante la crisis;

Frecuentemente el hígado es doloroso espontáneamente;

La sub-ictericia es frecuente, acentuándose durante la crisis;

Las jaquecas, la pesadez de la cabeza, la congestión post-prandial, entran, igualmente, en esta sintomatología hepática.

Todos estos síntomas resultan de una *insuficiencia hepática* más o menos intensa.

La participación hepática presenta dos problemas:

Un problema *diagnóstico* en los casos en que, la afección vesicular no siendo evidente, se duda del origen hepático o vesicular de los síntomas;

Un problema *terapéutico*: el temor de que la insuficiencia hepática haga fracasar una intervención quirúrgica.

Aparte de esto, el factor hepático es un motivo importante de persistencia de trastornos después y a pesar de una operación correctamente hecha y terminada con éxito.

3º. *Las diferentes formas anatómicas no tienen expresión clínica propia, si exceptuamos los hidrocolecistos, formas «tumorales» de las que hablamos más arriba.*

El diagnóstico de las *estasis vesiculares*, de las *pericolecistitis*, de las *vesículas esclero-atróficas*, de la *vesícula fresa*, no puede ser hecho clínicamente. A veces, la radiología, el tubage duodenal, dan ciertos datos. Las más de las veces, el diagnóstico anatómico exacto es un diagnóstico operatorio.

4º. *Las formas evolutivas tienen una importancia mucho mayor. Las indicaciones dependen más, en efecto, del modo como evoluciona la enfermedad que de la naturaleza anatómica de las lesiones.*

Hay formas poco intensas, cuya sintomatología consiste sobre todo en manifestaciones paroxísticas a largos intervalos. Son las «formas médicas» por excelencia.

Hay formas en que esta misma sintomatología paroxística se repite a intervalos tan cortos que todo tratamiento médico, otro que los calmantes momentáneos, se vuelve imposible.

Las hay, por fin, en las cuales los dolores, la dispepsia refleja, se vuelven continuos. Sobre este fondo permanente aparecen aún fenómenos paroxísticos o accidentes infecciosos. El estado general se altera progresivamente. Anatómicamente estas formas corresponden a veces a una *colecistitis supurada latente de Hartmann*, o a una vesícula esclero-atrófica con focos de peri-colecistitis.

En estos casos el tratamiento médico pierde toda eficacia en tanto la vesícula enferma no haya sido drenada o extirpada.

En resumen: el diagnóstico clínico de las colecistitis crónicas se limita, lo más frecuentemente, a reconocer la existencia de la lesión vesicular, sin poder precisar su naturaleza exacta. Se debe, sin embargo, esforzar por poner de manifiesto las lesiones asociadas, hepáticas, gastro-duodenales, intestinales y por determinar el carácter evolutivo de cada forma. Las indicaciones operatorias —cuallquiera que sea la perfección de los otros medios de diagnóstico— deben depender, en efecto, en último término, de la *impresión clínica* que, con la ayuda de la experiencia, es el guía más seguro.

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO

El examen radiológico es el tiempo capital del diagnóstico de las colecistitis. Implica, sin embargo, varias incógnitas y causas de error. Para ser completo, debe comprender:

1º. *Un examen radioscópico y radiográfico de la vesícula, en pos de los signos directos de colecistitis; del tubo digestivo vecino, en pos de los signos indirectos.*

2º. *La colecistografía después de ingestión de tetraiodofenoleftaleína.*

I.—RADIOSCOPIA Y RADIOGRAFIAS

Preparación del enfermo: purgación ligera 48 horas antes (no dar una purgación energética que, en lugar de vaciar el intestino, lo llena de gases que estorban al examen). El enfermo estará en ayunas desde la víspera por la noche.

Conducta del examen.

1º. Búsqueda de los signos directos:

Examinar a la pantalla en las diferentes posiciones: de pie, de frente y de perfil; en el decúbito dorsal y ventral.

Tomar radiografías —de preferencia instantáneas— durante el examen radioscópico.

2º. Búsqueda de los signos indirectos. Dar a tomar una leche de barita:

Examen radioscópico en las diferentes posiciones del estómago, del piloro, del duodeno.

Radiografías en los momentos y en las posiciones que parezcan los mejores.

INTERPRETACIÓN DE LAS RADIOGRAFIAS

1º. Signos de litiasis.

Las dos terceras partes de los cálculos biliares no son visibles (cálculos de colesterolina pura).

Pero los que son, aún débilmente, se reconocen siempre por su aspecto.

Aspecto de los cálculos.

El más típico es el *anillo opaco* de la corteza cálcica, rodeando un centro claro. A veces, tiene un aspecto de *media luna*, o *cálculos enteramente opacos*, que corresponden anatómicamente a cálculos duros de bilirubinato de calcio.

Su forma: ya sea *poliédiricos*, con facetas múltiples; ya sea *grueso cálculo único ovoide*; a veces *numerosos calculillos* como granos de trigo que pueden simular un cálculo único cuando se hallan agrupados.

Puede ser difícil descubrir a primera vista la sombra de los cálculos. Esta es a veces más neta en los films negativos examinados en el negatoscopio.

Topografía de los cálculos.

Esta es tan importante como el aspecto para el diagnóstico.

Se encuentran comprendidos en una *zona bastante extensa*, que va de la 10^a costilla a la parte media de la fosa iliaca y de la línea media a la pared lateral del abdomen.

Los cálculos vesiculares, los más frecuentes, se encuentran entre el *borde inferior del hígado* (casi siempre visible) y la *cresta iliaca*. Son casi siempre *múltiples, muy móviles*, cambiando de sitio a lo alto como a lo ancho según la posición en que se ha tomado el film.

Los cálculos situados más arriba —encima o debajo de la parte interna de la 10^a costilla— pueden ser: cálculos de la pelvis vesicular o cálculos del canal cístico. Se trata, en general, de un *cálculo único, grueso, poco móvil*.

Diagnóstico diferencial.

Los cálculos urinarios son más densos, presentan contornos más regulares. Se hallan sobre un plano más posterior, lo cual es fácil demostrar por medio de films de perfil: los cálculos biliares ocupan un plano anterior con respecto al plano de los cuerpos vertebrales; los urinarios, un plano posterior.

Accesorialmente, el diagnóstico puede discutirse, y será fácil, con: osificación de los cartílagos costales, calcificación de un riñón tuberculoso, sombras del contenido intestinal, hidatides calcificadas de un viejo quiste hidatídico.

2º. *Signos vesiculares directos.*

Se trata de la *visibilidad de la vesícula*, signo bastante raro.

La vesícula normal es invisible sobre una radiografía simple.

Sin embargo el diagnóstico no es evidente sino cuando la vesícula es visible al mismo tiempo que los cálculos que contiene.

El caso de *sombra vesicular sin cálculos*, está sujeto a demasiadas causas de error, para permitir un diagnóstico por sí solo. Pero debe incitar a buscar otros signos radiológicos de comprobación: los signos indirectos de que vamos a hablar; una colecistografía (que puede ser negativa, la vesícula visible, pudiendo no ser opacificable por el tetraiodo).

3º. *Signos indirectos.*

Tienen gran valor. Antes de que se emplee el tetraiodo, permitían por sí solos el diagnóstico de las lesiones vesiculares en 60% de los casos.

Se los puede dividir en cuatro grupos:

1) *Deformaciones por presión de la vesícula sobre un órgano.* Estas deformaciones presuponen una tensión exagerada del contenido de la vesícula o un espesamiento de sus paredes. Lomon las considera como los más importantes de todos los signos. Gutmann no les concede un valor tan absoluto, porque no se sabe con certeza si es la vesícula la que comprime y porque una flacidez anormal del estómago o el duodeno puede permitir que sus paredes sean deprimidas por una vesícula normal. Estas deformaciones no deben, pues, ser juzgadas sino en relación con los otros signos radiológicos.

Las principales se encuentran:

Sobre el bulbo duodenal: depresión curvilinea del borde externo o aplastamiento de arriba abajo del bulbo;

Sobre el antro gástrico, más raramente: indican, entonces, una gruesa vesícula;

Sobre el ángulo cólico derecho: vesícula muy gruesa y descendente.

2) *Deformaciones por adherencias.* Son menos características porque pueden deberse a otras afecciones.

Duodeno: se trata, ante todo, de *desviaciones*:

Desviación hacia afuera de la 2^a. porción;

Oblicuidad hacia atrás (film de perfil) de esta 2^a. porción, que vuelve más abajo a su posición normal, formando un ángulo;

Retroposición del bulbo.

Las modificaciones morfológicas no son patognomónicas. Más importante es este signo negativo: ausencia de imágenes de úlcera.

Estómago y bulbo duodenal: aparecen, en ciertos casos, atraídos y fijados en el hipocondrio derecho. Estas desviaciones, acompañadas de diversas deformaciones, pueden, a veces, hacer creer en una úlcera.

Angulo cólico: atraído hacia el hipocondrio. A veces se ven imágenes de *fijación directa* en la vesícula, con un *divertículo de tracción* lleno de gas.

3º. *Trastornos de la motilidad del estómago y del duodeno por espasmos reflejos.* Estos se reconocerán sobre todo en la radioscopía.

La existencia de *espasmo*, extendido al tercio inferior del estómago, que toma un aspecto tubular, sería, según ciertos autores, absolutamente característico de lesión vesicular. Tal no es la opinión de Lomon.

Los otros fenómenos de espasmo: espasmo medio-gástrico, espasmo del cardia, espasmo del bulbo duodenal, hipoperquinesia gástrica, son, del mismo modo, signos de *irritación vecina* y adquieren valor sobre todo comparados con los otros signos de afección vesicular (Gutmann).

4º. *La distensión de la ampolla de Vater* (Lomon) se traduce por una pequeña sombra situada al lado del borde interno de la 2^a. porción del duodeno, la cual puede persistir durante 24 horas.

Este signo —debido a una dilatación del orificio de la ampolla que se deja inyectar por la barita— parece indicar constantemente una *lesión anterior o actual de la vesícula o del páncreas*.

Esos son los diferentes signos indirectos. Repetiremos que *ninguno de ellos tiene valor absoluto* y no adquiere sino aquel que le concede el contexto radiológico y clínico.

II.—COLECISTOGRAFÍA

Este método tiene por objeto completar y precisar los datos obtenidos por medio de la radiografía simple, de la cual debe seguir los principios generales.

Preparación del enfermo. Purgación ligera y enema, 48 horas antes.

La víspera del examen: almuerzo normal, con mantequilla y huevos; comida ligera, sopa y legumbres, sin mantequilla.

A partir de las 10 de la noche, ingestión por dosis fraccionadas de 3 gramos de tetraíodo (para un adulto de peso mediano).

Conviene dar, al final de la comida de la víspera, una píldora de un centígramo de extracto de opio para moderar el tránsito intestinal y favorecer, de ese modo, la absorción del tetraíodo (Gutmann).

(Existe otro método por vía hipodérmica — 4 centigramos de tetraíodo por kilo de peso, en solución acuosa isotónica — pero este método se ha manifestado peligroso y conviene abandonarlo).

Exámenes. Se harán dos, al día siguiente: el primero a las 10 a. m., el segundo a las 2 p. m.

Si la vesícula es visible en el primer examen, dar una comida opaca para examinar simultáneamente el estómago y el duodeno y para provocar la evacuación vesicular y poder apreciarla.

RESULTADOS

1º. *Vesícula invisible.*

Conviene eliminar primeramente las causas de error: no ingestión del tetraíodo, o píldoras vomitadas luego, o no absorbidas (buscarlas en el intestino); ayuno quebrantado; mala calidad del producto (el *Foriod Poulenc* se recomienda, desde este punto de vista, como el producto de más confianza); o, en fin, insuficiencia hepática grave, capaz de hacer imposible la concentración biliar de la substancia opaca.

Una vez eliminadas estas causas de error, la *vesícula invisible tiene un gran valor diagnóstico*. Significa, en efecto:

1º. Su supresión práctica por alteración profunda de sus paredes, pérdida de su poder concentrador, obliteración de su cavidad;

2º. O una obliteración del canal cístico, por cálculo, brida, torsión, estenosis, cáncer u otra causa; obliteración que tiene por efecto *excluir la vesícula del circuito biliar*, lo cual equivale también a su anulación fisiológica.

En cambio, no se debe admitir la explicación de que la vesícula es invisible por estar llena de cálculos, porque los casos en que tal cosa sucede son excepcionales.

2º. Vesícula fuertemente opaca.

Ciertos autores (Chiray, Lomon) admiten que una vesícula bien impregnada por el tetraiodo es sana.

Esta apreciación parece excesiva, pues, en muchos casos, la sintomatología clínica y las lesiones que se encuentran en la operación, desmienten la afirmación de «vesícula sana» emitida en fe de su buena coloración por la substancia opaca.

Los diferentes grados de opacidad no merecen, tampoco, mayor atención. La misma vesícula aparece más o menos opaca en dos exámenes diferentes o según el momento en que ha sido tomada la radiografía.

3º. Modificaciones de la forma de la vesícula.

Algunas de ellas presentan cierto interés (Lomon): *Vesícula estirada en forma de banano*, indica paredes vesiculares espesas, duras;

Vesícula de cotornos irregulares, con *bordes sinuosos: adherencias*;

A veces se ve un aspecto especial: una especie de prolongación puntiaguda hacia abajo, que indica adherencia al colón.

4º Los cálculos.

El tetraiodo los hace visibles en 85 a 90% de los casos. Se presentan bajo dos aspectos:

Cálculos múltiples: manchas claras irregulares sobre el fondo oscuro de la vesícula;

Cálculo único: gran mancha única rodeada de un cerco oscuro.

5.^o La evacuación vesicular.

Su estudio tiene, también, su importancia.

La vesícula normal empieza a ser visible hacia la 8^a hora después de la ingestión del tetraiodo; alcanza su máximo de opacidad hacia la 18^a hora; permanece opaca hasta la 24^a hora; se borra de la 30 a 40^a hora. Este horario corresponde al caso de un sujeto que permanece en ayunas. Después de una comida grasosa, la evacuación se efectúa a las 4 horas.

La vesícula patológica puede presentar: un retraso en llenarse; un retraso en la evacuación espontánea o provocada.

En estos casos, se puede pensar en una insuficiencia vesicular, en una estasis, en la rigidez de las paredes, pero estas hipótesis no tienen nada de absoluto.

III.—CONCLUSIONES

El examen radiológico, en la forma que lo hemos expuesto, contribuye al diagnóstico de las colecistitis crónicas con una serie de datos que se pueden resumir así:

1.^o *El diagnóstico de la litíasis.* La radiografía simple lo hace en 30% de los casos, pero, gracias a la colecistografía, esta proporción puede alcanzar un 90%.

Quedan, pues, de todos modos, 10 a 15% de cálculos cuya existencia no puede ser radiológicamente demostrada.

2.^o *El diagnóstico de perivisceritis,* será, igualmente, hecho por medio del examen radiológico en cierto casos. Pero la radiografía no permite afirmar el origen vesicular de la perivisceritis a menos de mostrar, al mismo tiempo, signos indiscutibles de colecistitis.

3.^o *El diagnóstico diferencial entre colecistitis y úlcera,* se presenta en las mismas condiciones que el precedente.

En presencia de un síndrome de dispepsia hiperesténica o de estenosis pilórica, por ejemplo, se practica un examen radiológico.

O bien éste confirma el diagnóstico de úlcera poniendo de manifiesto las imágenes típicas de esta afección.

O bien sólo se encuentra signos de perivisceritis sin signo característico de úlcera y, entonces, hay probabilidad en favor del origen vesicular de la perivisceritis.

4.^o *El diagnóstico del estado anatómico de la vesícula*, por fin, no puede ser ni aproximativamente hecho por la radiología.

Una gruesa vesícula hidrópica, forma «tumoral» de fácil diagnóstico clínico, es en general invisible aún con la cole-cistografía, porque esas vesículas hidrópicas son, justamente, el prototipo de las vesículas excluidas del circuito biliar y, además, funcionalmente anuladas.

Se ha dicho que la *vesícula fresa* es frecuentemente visible sin tetraiodo. Pero, el hecho de que la vesícula es visible, no autoriza a concluir que sus paredes han sufrido la alteración anatómica llamada *fresa*.

Del examen radiológico no se debe esperar, pues, toda la precisión ni respuesta a todas las preguntas. Y, sobre todo, éste no debe nunca ser interpretado con prescindencia de los datos clínicos ni en contradicción con ellos. No puede, tampoco, en ningún caso, servir de argumento decisivo por o contra las indicaciones operatorias.

DIAGNÓSTICO POR EL TUBAGE DUODENAL

ÁREA HISTÓRICA

DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

Prueba de Meltzer-Lyon.—Técnica.

1.^o *El tubage se hará en el enfermo en ayunas, con una sonda de Einhorn con oliva metálica.*

Conviene cerciorarse que el tubo ha llegado al duodeno y no se ha quedado, como puede suceder, enrollado en el estómago. El medio más sencillo para esto es practicar el tubaje con un tubo montado sobre guía de acero flexible y tras la pantalla radioscópica. Este procedimiento es, además, menos desagradable para el enfermo que la deglución voluntaria del tubo.

2.^o *La prueba de Meltzer-Lyon consiste en excitar el flujo biliar hacia el duodeno mediante la inyección por la sonda de 50 a 100 cc. de una solución de sulfato de magnesia al 30%.*

Esta inyección se hará en el enfermo acostado sobre el lado derecho, posición en que debe permanecer durante todo el tiempo de la prueba.

A partir de 10 minutos después de inyectada la magnesia y, luego, cada 5 o 10 minutos, durante una hora, se practicará una aspiración por el tubo, mediante una jeringuilla. El líquido retirado en cada aspiración se depositará en tubos de ensayo separados y numerados.

Este líquido, supuesto el caso de un individuo normal, se presenta bajo tres aspectos sucesivos:

1) Inmediatamente después de la inyección de magnesia, se obtiene un líquido fluido, color amarillo de oro, cristalino, denominado *Bilis A*.

2) Diez o quince minutos después, el líquido cambia *bruscamente* de aspecto: aumenta de cantidad; su color se obscurece, volviéndose *café obscuro*; se espesa, tomando la consistencia de un jarabe. Esta es la *Bilis B*.

La bilis B es —por lo menos así lo consideran la mayor parte de los autores— la *bilis vesicular*. La vesícula se contrae bajo la influencia de la magnesia y vacía su bilis que, como se sabe, es espesa y de color oscuro, porque se halla concentrada.

3) Poco a poco la bilis B cesa de fluir y es reemplazada por una bilis más clara y más fluida que la bilis A: es la *Bilis C*, que parece ser bilis recientemente secretada.

Cabe retener, en resumen, que siendo la *bilis B* considerada como bilis de origen vesicular, su estudio puede contribuir, en cierto modo, al diagnóstico de las lesiones vesiculares.

RESULTADOS (Chiray).

Estos dependen: 1º. Ante todo del modo de respuesta vesicular. 2º. Accesoriamente, de los caracteres físicos, químicos, histológicos y bacteriológicos de la bilis B.

1º. El modo de respuesta vesicular.

Toda respuesta normal, comprobada, si hace falta, dos o tres veces, puede considerarse como un argumento formal contra el diagnóstico de afección vesicular.

Los casos patológicos pueden resumirse en tres:

1) *Respuesta negativa*. Se reconoce inmediatamente por la ausencia de bilis B. La bilis A parece menos coloreada que la normal, idéntica a la bilis C.

Dos hipótesis son posibles:

Vesicula llena de cálculos, de los cuales uno cierra el canal cístico. Vesicula ya sea esclerosa, ya hidrópica.

En todo caso, *vesicula excluida del circuito biliar*.

Pericolecistitis y periduodenitis con o sin colecistitis no calculosa. En este caso la respuesta puede no ser enteramente negativa.

Si el enfermo siente dolores durante la prueba, es signo que la vesícula conserva aún su contractilidad.

Si no hay dolores, se puede concluir en una vesícula excluida.

2) *Respuesta casi negativa*. Unas pocas gotas de bilis B. En este caso la interpretación depende del estado de la bilis A:

Bilis A del mismo color que la bilis C:

Obstrucción cística incompleta;

Vesicula llena de cálculos y conteniendo una pequeña cantidad de bilis muy concentrada, cuya salida es difícil.

Bilis A de color normal o más obscura: el cístico es permeable; es la contracción vesicular la deficiente, a causa de pericolecistitis o de esclerosis vesicular.

3) *Respuesta positiva anormal*. *Bilis B muy obscura, casi negra, abundante*:

Estasis vesicular,

Atonía vesicular.

Si la bilis B tiene reflejos verdosos: infección.

2º. *Caracteres de la bilis B*.

Se puede admitir como caracteres patológicos de cierto valor, los siguientes:

Caracteres físicos: bilis verdosa: infección; bilis con calculines o con lodo: litiasis.

Caracteres químicos: bilis pobre de colesterina: litiasis.

Caracteres histológicos: polinucleares neutrófilos en abundancia: infección.

Caracteres bacteriológicos: microbios en gran abundancia: infección.

Sobre estos últimos caracteres cabe anotar que sólo la gran abundancia de leucocitos y de microbios tiene valor diagnóstico, porque toda bilis, por el hecho de pasar por el

intestino, recoge a su paso, por breve que sea, algunos leucocitos y microbios, a punto que toda bilis proveniente de un tubage es cultivable.

CONCLUSIONES Y CRÍTICA

El tubage duodenal parece capaz de dar algunos datos interesantes sobre el estado anatómico y funcional de la vesícula. Es, por ejemplo, sumamente útil saber si tal vesícula que se trata de extirpar está ya funcionalmente excluida; si tal otra, a pesar de las apariencias clínicas y radiológicas, conserva aún alguna actividad funcional. Las indicaciones operatorias pueden ser modificadas hasta cierto punto según estos datos.

Pero, por bueno que sea el método del tubage duodenal, incurre en dos reproches: su dificultad técnica, primero; la falta de certeza, luego, de sus bases teóricas. Así, la bilis B, por ejemplo, no es seguramente y en todos los casos de origen vesicular; se cree, generalmente, que ese es su origen, eso es todo. Lo mismo se puede decir de la bilis A y de la bilis C. De manera que, la interpretación de los resultados, está subordinada a esta incertidumbre que da lugar a discusión. De ahí que, a parte ciertos autores, la mayor parte hacen poco uso del tubage duodenal como método de diagnóstico de las colecistitis.

Venimos de revisar las diferentes etapas del diagnóstico de las colescistitis crónicas, diagnóstico difícil, ya que al cabo de todas las investigaciones sólo se puede afirmar: el diagnóstico de colescistitis crónica; su naturaleza litiásica, cuando se tiene una prueba de ésta; o presumir, sin poder afirmarla, su naturaleza no litiásica, en el caso contrario; la existencia de lesiones periviscerales, entero-apendiculares o gastro-duodenales asociadas a la colecistitis; la existencia de ciertas lesiones anatómicas clínicamente diagnosticables: los hidrocolecistes. El estado de la célula hepática es, aún, un punto importante del diagnóstico. Ciertos signos clínicos

permiten, en algunos casos, sospechar una insuficiencia hepática más o menos intensa, mas no es posible, dada la importancia de este factor, contentarse con nociones aproximativas: diferentes exámenes de laboratorio son necesarios para, en cierto modo, medir el valor funcional del hígado. Los expondremos a propósito del tratamiento pre-operatorio, que es el momento en que estos exámenes se imponen.

DIAGNÓSTICO OPERATORIO

La exploración, conjunto de maniobras de capital importancia al comienzo de toda operación, es, en último término, la que completa el diagnóstico en todos aquellos detalles que las etapas anteriores dejaron en suspenso.

Por el momento nos contentaremos con enunciar los resultados de la exploración. De la técnica de ésta, hablaremos en el capítulo consagrado al tratamiento.

I.—EXPLORACIÓN POR MANIOBRAS EXTERNAS

Se llama así a la exploración del comienzo de la operación, practicada con la vista y el tacto, sin alterar las relaciones anatómicas de los órganos.

Esta exploración pondrá rápidamente de manifiesto:

- a) La existencia de *perivisceritis*, su importancia, los órganos que ésta envuelve en sus adherencias.
- b) La integridad del estómago y del duodeno.
- c) El estado de la vesícula: distendida o esclerosa; vacía o llena de cálculos.
- d) El estado de la vía principal: ya ciertamente indemne, o evidentemente afectada por la inflamación o la litiasis; ya, las más de las veces, dudosa, requiriendo una más completa exploración.

Durante esta primera exploración, se descubrirá lesiones que quedaron ignoradas clínica y radiológicamente, o que fueron apenas sospechadas:

1) Una estasis vesicular:

Sea de origen mecánico, debida, en general, a la perivisceritis; más raramente a la existencia de divertículos del

canal cístico, a vicios de implantación, a formación de codos.

(A este propósito podemos citar dos casos personales en los que los síntomas que dictaron la operación y las lesiones encontradas correspondían sin duda, a una *estenosis del cístico*. En el primer caso, encontramos una *vesicula pediculizada*, disposición anatómica anormal bastante rara. La vesícula había sufrido, aparentemente, fenómenos de torsión y creímos poder atribuir a la repetición de estos fenómenos la estenosis del cístico.—En el segundo caso, la vesícula se encontraba normalmente aplicada en su lecho hepático por el peritoneo. Era esclero-atrófica, con espesamiento considerable de sus paredes. La estenosis del cístico era, probablemente, la consecuencia de la propagación de dichas lesiones a la pared del canal).

La estasis puede ser de origen funcional, siendo responsable la atonía del órgano. Se encuentra, en estos casos, una gruesa vesícula, sin adherencias, sin obstrucción del cístico y cuyas paredes son sumamente delgadas.

2) *Un cáncer* —sea de fondo, sea del cuello de la vesícula y del canal cístico— cáncer desarrollado, frecuentemente, sobre una vesícula esclerosa y litiásica.

3) *Una tuberculosis*, cuya manifestación principal, por cierto, es peritoneal, bajo la forma de perivisceritis intensa que puede causar varias estenosis orgánicas.

4) *Una fistula bilio-digestiva*. Es el caso de mujeres viejas, en quienes no siempre aparece el síndrome agudo de *ileus biliar* que veremos más adelante, sino que muchas veces la fistula se constituye sin otras manifestaciones que una alteración progresiva del estado general y accidentes infecciosos frecuentemente repetidos.

La incisión de la vesícula —supuesto el caso en que se ha decidido hacer una colecistomía— puede, todavía, reservar sorpresas:

Hallar cálculos que ni la colecistografía había descubierto (ya la palpación habrá permitido sentirlos).

Encontrar la «bilis blanca» —mezcla de exudación serosa y de mucus— que constituye el contenido de los hidrocoleistes excluidos del circuito biliar.

Encontrar pus, a pesar de que ningún síntoma permitía hacer el diagnóstico de supuración. Son estos casos los que Hartmann ha designado bajo el nombre de *colecistitis supuradas latentes*.

II.—EXPLORACIÓN DE LA VÍA PRINCIPAL Y DE LOS ÓRGANOS VECINOS

Cada vez que hay una duda sobre el estado de estos órganos, conviene explorarlos metódicamente.

Así se encontrará, muchas veces, *cálculos del colédoco* que nada permitía sospechar, lesiones de *pancreatitis crónica*, un *apéndice enfermo* que convendrá extirpar al mismo tiempo que la vesícula.

III.—EXAMEN DE LA PIEZA OPERATORIA

Una vez terminada la operación, el examen macroscópico y microscópico de la pieza operatoria pondrá de manifiesto lesiones que tampoco tenían expresión clínica, en particular las *lesiones endo-vesiculares*, lesiones de la mucosa, que no traen ninguna alteración del aspecto exterior de la vesícula.

Estas lesiones pueden ser de naturaleza inflamatoria banal. Pero hay un tipo de lesión netamente caracterizado y que merece especial mención a causa, por lo menos, del número de controversias que ha causado:

ÁREA HISTÓRICA DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

La vesícula fresa de Mac Carty.

Macroscópicamente, la lesión se caracteriza por la presencia de una multitud de pequeñas granulaciones salientes a la superficie de la mucosa, a la cual dan el aspecto de una fresa.

Microscópicamente, estas granulaciones ocupan la extremidad libre de las vellosidades. Estas aparecen gruesas y ocupadas por una agrupación de voluminosas células poliedríticas con núcleos excéntricos y protoplasma lleno de una substancia lipoide que puede presentar disposiciones cristalinas.

A parte este aspecto característico, la pared vesicular presenta lesiones inflamatorias netas.

Ciertos autores han interpretado la *vesícula fresa* como un estado pre-litiásico. Pero las relaciones entre esta alteración anatómica y la litiasis parecen ser simples coincidencias.

II

COLECISTITIS AGUDAS

DIAGNÓSTICO POSITIVO

Las colecistitis agudas se presentan de maneras diferentes según la intensidad de los síntomas que las caracterizan y según sus circunstancias de aparición.

Desde el punto de vista del diagnóstico, conviene distinguir dos categorías de casos:

1º. Aquellos en que se trata de un *síndrome netamente localizado de la región sub-hepática*, cuyo diagnóstico es relativamente fácil.

2º. Aquellos en que la *sintomatología abdominal generalizada* es la de una perforación o simula una oclusión. En estos casos, el diagnóstico clínico se limitará muchas veces a reconocer la *urgencia quirúrgica* y el diagnóstico exacto de las lesiones se hará durante la laparotomía.

I.—SÍNDROME AGUDO SUB-HEPÁTICO

ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

Su principio se traduce:

Por un *dolor agudo* de la *región vesicular*;

Por *accesos febriles*;

Por trastornos digestivos intensos: *diarrea, vómitos, náuseas continuas*.

El aspecto general es el de una infección aguda, acompañada de síntomas locales que indican su origen vesicular. Este estado se asemeja, en suma, a una crisis de aquellas que sobrevienen periódicamente en el curso de las colecistitis crónicas.

Pero, lejos de mejorar rápidamente mediante el reposo y el tratamiento médico, los síntomas persisten y se acentúan los días siguientes.

La fiebre se mantiene elevada, alcanzando 39,5 a 40º cada tarde. El dolor local continúa intenso, exacerbándose por la presión, la tos.

El examen físico, además del dolor, revela:

La contractura muscular;

Una induración sub-parietal;

Signos netamente localizados en el hipocondrio derecho.

La evolución es comparable a la de la apendicitis aguda, es decir que se hace:

Hacia la resolución pura y simple, como si se tratara de una crisis, solamente más intensa que las crisis habituales de colecistitis crónica;

O bien, en otros casos, se constituye una peritonitis localizada, cuya traducción clínica es el «plastrón», el cual puede resorberse o supurar, doble eventualidad que exige una vigilancia estrecha.

La supuración, que se anuncia por la persistencia de fiebre oscilante, por la exacerbación de los dolores que se vuelven lancinantes, por la disnea y la tos reflejas de irritación frénica, se reconoce localmente:

Por el resblandecimiento del plastrón;

Por la existencia de una zona especialmente dolorosa, en la que puede aparecer la fluctuación.

Progresivamente se constituye una colección purulenta, con todos los signos de un absceso sub-hepático, a veces voluminoso, netamente fluctuante, frecuentemente pio-gaseoso.

En esta evolución, sin embargo, la gran cavidad peritoneal se encuentra mucho menos amenazada que en caso de apendicitis.

El estado del hígado y de la vía principal tiene una importancia mucho más grande que el peritoneo en la evolución de la colecistitis aguda.

En general, ésta se acompaña de una angiocolitis, cuyos síntomas, muy discretos, son la hepatomegalia dolorosa, a veces una ligera sub-ictericia.

La angiocolitis supurada es una complicación más rara y sumamente grave. Se anuncia por la aparición de grandes accesos febriles de tipo palúdico, acompañados de postración, de alteración rápida del estado general. El hígado aumenta considerablemente de volumen y se vuelve muy doloroso. A veces el bazo engrosa también, signo de septicemia o de infección venosa portal. La sub-ictericia, o más rara vez, una ictericia franca, acompañan esta evolución. El examen citológico de la sangre revela una fuerte hiperleucocitosis con

polinucleosis. La hemocultura puede ser positiva. Esta angiocolitis grave se termina casi siempre por la muerte.

Pero es de saber que, independientemente de esta evolución fatal, toda angiocolitis, aún ligera, compromete el pronóstico de la colecistitis. En efecto, la angiocolitis llamada «ligera» a causa de la discreción de sus síntomas, es frecuentemente una angiocolitis canalicular, intra-hepática y, llevando la infección a la intimidad del parénquima, es una causa importante de insuficiencia hepática grave y por otro lado, constituye una infección tenaz, lista a reanimarse bajo el menor pretexto, causando así crisis agudas frecuentes, sin dejar reposo al enfermo.

Esos son, esquemáticamente trazados, los síntomas de las colecistitis agudas.

Sus circunstancias de aparición constituyen un elemento de diagnóstico y pronóstico.

1.º O bien aparecen como complicación de una colecistitis crónica diagnosticada.

2.º O bien, la colecistitis aguda sobreviene en plena salud aparente y constituye un accidente revelador de una afección vesicular hasta entonces latente.

En el primer caso, el diagnóstico es fácil, sobre todo si el enfermo ha tenido ya accidentes agudos semejantes. La dificultad está en apreciar el pronóstico. Independientemente de la intensidad del accidente actual, que puede obligar a una intervención, se basará ante todo en la historia clínica anterior: la repetición más o menos frecuente de accidentes iguales; el estado de salud en el intervalo de ellos; la existencia o no de insuficiencia hepática.

En el segundo caso, el diagnóstico puede presentar algunas dificultades y, sobre todo, el pronóstico —basado únicamente sobre los accidentes actuales, que son los únicos— resulta azaroso y sólo una vigilancia continua de la evolución puede permitir obviar a tiempo a las complicaciones graves que pueden presentarse.

II.—SÍNDROME ABDOMINAL GENERALIZADO

Podríamos extendernos interminablemente sobre este capítulo.

Se trata de accidentes que estallan brutalmente y se presentan:

Sea como una perforación digestiva.

Sea como una oclusión intestinal.

Esquemáticamente, el diagnóstico de estos accidentes puede presentarse de la manera siguiente:

1.^o *Síndrome de perforación.* El enfermo ha sido sorprendido por un *dolor violento*, como una puñalada, en la región sub-hepática, acompañado de malestar general, de vómitos. El examen revela el signo esencial de la perforación: la *contractura abdominal generalizada*. El diagnóstico de perforación es evidente. El diagnóstico de *perforación vesicular* podrá hacerse: a causa de la localización inicial y máxima del dolor en el hipocondrio derecho; del predominio de la contractura en esta misma región; de la frecuencia de los vómitos; de la fiebre; de los *antecedentes de afección vesicular*, sobre todo, cuando éstos existen.

2.^o *Síndrome de oclusión.* Se trata comúnmente de una mujer vieja. Los accidentes han empezado, también, bruscamente por un dolor sub-hepático agudo y por vómitos. Los síntomas de oclusión —dolor paroxístico, vómitos, meteorismo— se establecen luego y no tiene nada de particular. Su evolución es lenta. El curso de las materias y los gases no se interrumpe sino tarde. Se ha indicado como síntoma característico la «migración del dolor», que sigue la migración del cálculo a través del intestino. A veces el cálculo ha podido ser descubierto en la radiografía, permitiendo el diagnóstico de *ileus biliar*. Los antecedentes son, en este caso, también, los mejores argumentos del diagnóstico.

En realidad, es raro que, aún con la ayuda de los antecedentes, se pueda atribuir con exactitud a la vesícula el origen de síndromes como la perforación y la oclusión, cuyas causas son numerosas y todas más frecuentes que una lesión vesicular.

Además, la esquematización de estos accidentes agudos en dos tipos: la perforación vesicular y el ileus biliar, no corresponde, tampoco, a la variedad de lesiones que se puede encontrar, como veremos a propósito del diagnóstico operatorio.

Para terminar, citaremos dos categorías especiales de colecistitis agudas, especiales sobre todo por sus circunstancias de aparición:

1.^o *Las colecistitis de la fiebre tifoidea*, revisten dos aspectos:

1) *Colecistitis aguda de la convalecencia*. Al final del tercer septenario, a veces más tarde, aparecen: un dolor subhepático más o menos intenso, acompañado de vómitos; una induración de la región; una *recrudescencia febril*.

Estos síntomas, característicos, permiten fácilmente el diagnóstico de colecistitis.

El enfermo deberá ser estrechamente vigilado, mantenido a dieta, con hielo sobre la región vesicular. En efecto, este accidente agudo puede agravarse rápidamente y terminarse por una perforación; o complicarse de *angiocolitis con abcesos del hígado*, particularmente grave. Esta evolución grave es, por cierto, la menos frecuente. En general, la colecistitis aguda es solamente un accidente inicial que mejora pronto, pero deja tras sí una lesión crónica de la vesícula. Sabido es, en efecto, el sitio importante que ocupa la tifoidea en la etiología de las colecistitis crónicas.

2) *Perforación vesicular*. Esta sobreviene en plena evolución de la tifoidea, al fin del 2.^o septenario, en la época de las hemorragias y de las perforaciones intestinales, en plena postración. Su *síntomatología* es obtusa, como la de las otras complicaciones de este período y no permite, en general, el diagnóstico preciso de perforación vesicular. Se opera con el diagnóstico de perforación; el calificativo se lo encuentra una vez hecha la laparatomía.

2.^o *Las colecistitis de la preñez* son en general tardías. Aparecen durante el 8.^o o el 9.^o mes; o durante el trabajo, o después del parto.

No tiene de particular sino la dificultad que hay para examinar el abdomen a causa del útero grávido y los diagnósticos diferenciales propios al estado puerperal: principio de eclampsia, pielonefritis, infección puerperal.

Las colecistitis del 8.^o y 9.^o mes pueden causar el parto prematuro. Pueden dejar una inflamación crónica de la vesícula y los accidentes agudos repetirse en cada preñez. En este caso y si ha habido anteriormente parto prematuro, hay *indicación operatoria de urgencia* para evitar que éste se repita.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No lo estudiaremos sino en los casos de *síndrome sub-hepático localizado*. Respecto a los síndromes abdominales generalizados, ya digimos que el diagnóstico del origen vesicular de tales síndromes era tanto más difícil cuanto que las lesiones vesiculares son causas raras de perforación o de oclusión.

1º. *La apendicitis sub-hepática* es el primer diagnóstico que cabe discutir en todas las formas clínicas:

Crisis aguda de apendicitis y comienzo de colecistitis;

Apendicitis supurada y colecistitis supurada;

Apendicitis grave, tóxica, con complicaciones hepáticas y angiocolectitis.

Es inútil buscar signos diferenciales de las dos afecciones: no los hay. Cada vez que hay lugar a duda, la prudencia consiste en atenerse al precepto siguiente: *operar para no dejar pasar la hora si se tratara de apendicitis; si las lesiones apendiculares no parecen suficientes para explicar los síntomas, explorar la vesícula.*

2º. *Las supuraciones sub-hepáticas*, cuando no se ha asistido a su origen y a su evolución, provocarán la discusión entre sus diferentes causas posibles:

Vesicular.

Apendicular.

Flegmón peri-nefrítico anterior.

Quiste hidatídico supurado.

Absceso del hígado.

Supuración de origen gástrico.

DIAGNÓSTICO OPERATORIO

No insistiremos sobre los casos en que la intervención corrige un diagnóstico de apendicitis en favor de la colecistitis o inversamente, o muestra la coexistencia de las dos lesiones.

El diagnóstico operatorio es, ante todo, interesante en los casos de síndrome abdominal generalizado.

1º. *Se ha diagnosticado una perforación:*

La aparición de bilis después de la incisión del peritoneo anuncia el origen vesicular.

El examen de la vesícula muestra dos tipos de lesiones:

1) *Sea una perforación situada en el fondo o en la cara inferior de una vesícula gangrenada.*

2) *Sea una vesícula tendida, violácea, sin perforación, pero de cuyas paredes filtra la bilis* —lesión muy rara, que caracteriza las *peritonitis biliares sin perforación*. Traduce una alteración profunda de las paredes vesiculares que se vuelven permeables. En ciertos casos se ha encontrado una *arteritis obliterante* de los vasos de la vesícula como origen de esta lesión (Desplas).

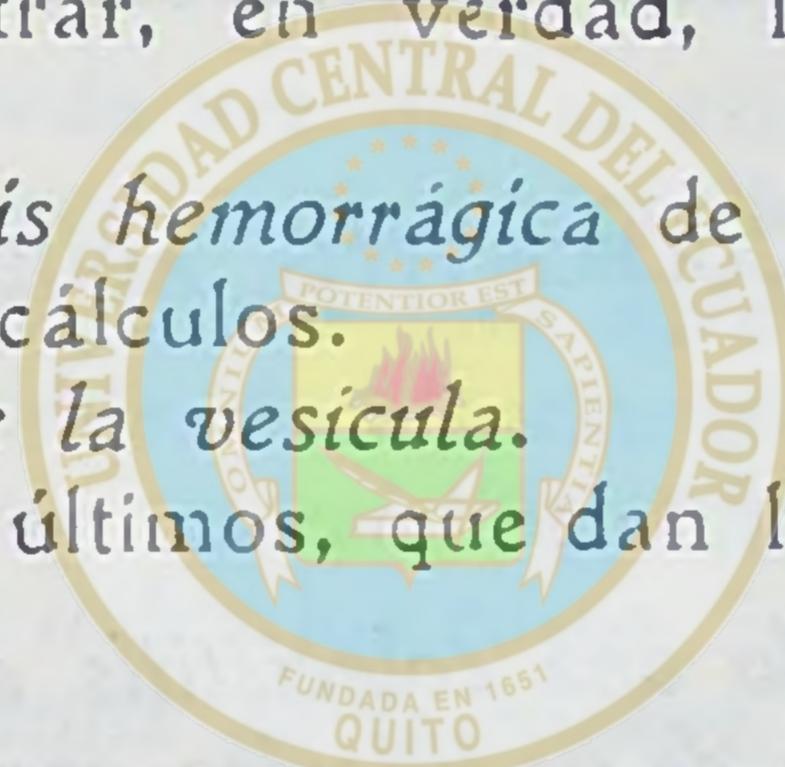
2º. *Se ha diagnosticado una oclusión.* Es el caso en el cual la laparatomía reserva las sorpresas más variadas:

Se puede encontrar, en verdad, la *oclusión por ileus biliar*.

O una *pancreatitis hemorrágica* de origen litiásico, con una vesícula llena de cálculos.

O un *vólvulo de la vesícula*.

Accidentes estos últimos, que dan lugar a un síndrome de *pseudo-oclusión*.



ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

TRATAMIENTO

I

INDICACIONES OPERATORIAS

La discusión de las indicaciones operatorias se reduce a responder a dos preguntas:

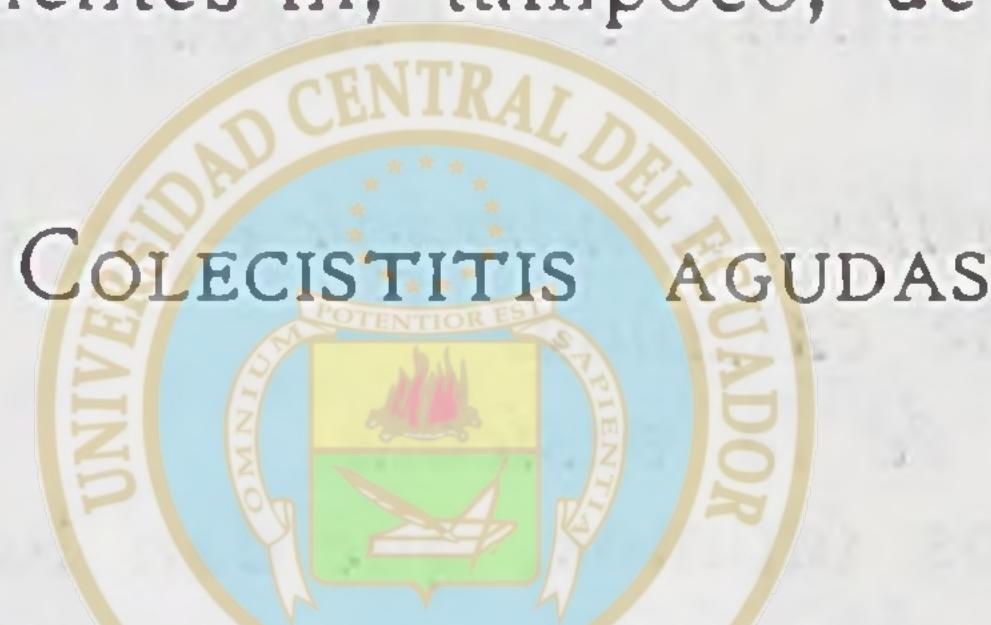
1º. *Qué casos se debe operar?*

Todos los casos agudos graves que no se encaminan rápidamente hacia la resolución a pesar del reposo, la dieta y el hielo; y sobre todo, aquellos que se acompañan de angio-colitis.

Entre los casos crónicos: aquellos que se complican; los que resisten al tratamiento médico practicado largo tiempo. En estos últimos casos, la indicación dependerá: de la intensidad y la tenacidad de los dolores; de la importancia de los trastornos digestivos; de la alteración del estado general; de la frecuencia de las manifestaciones infecciosas.

2º. *Qué operación se debe practicar?*

Aparte de algunas indicaciones muy precisas, la elección del método operatorio depende mucho de las tendencias de cada cirujano: los partidarios de la colecistectomía la aplicarán casi a todos los casos; los partidarios de la colecistostomía darán a ésta la preferencia. Entre los dos extremos es posible ser ecléctico y esforzarse por dar a cada operación indicaciones apropiadas, cuanto más que ninguna de las dos carece de inconvenientes ni, tampoco, de ventajas.



Primer caso:

Se ha reconocido una colecistitis aguda.

1º. *Si se trata de un litiásico conocido, las indicaciones son bastante restringidas. Se puede diferir:*

Si los síntomas son bien localizados;

Si no hay signos inquietantes de reacción peritoneal o de angiocolitis;

Si el enfermo es visto por primera vez sólo el 3º. o 4º. día, cuando el máximo de la crisis parece haber pasado.

En estos casos, en efecto, sobre todo si no es la primera crisis de que sufre el enfermo, el riesgo de gangrena, de perforación, de difusión peritoneal, es mínimo, mucho menor que en la apendicitis y, «sería abusivo asimilar la una a la otra las dos afecciones desde el punto de vista de las indicaciones de urgencia» (Papin).

Los signos que ordenan la intervención son:

La persistencia de los accidentes a pesar del hielo y el reposo;

La persistencia de una alta temperatura y, sobre todo, una temperatura oscilante;

La sub-ictericia;
Los vómitos;
La aceleración del pulso desproporcionada con la temperatura;

Una hiperleucocitosis elevada;

La difusión del dolor abdominal, el meteorismo.

2º. Si se trata de una primera crisis de colecistitis aguda, en un enfermo sin antecedentes, o con pocos antecedentes biliares, la indicación operatoria, sin ser absoluta, es mucho más amplia (Lecène, Leriche y Cotte). En efecto, en estos casos, a una sintomatología relativamente benigna corresponden, frecuentemente, formas graves: supuradas, hemorrágicas, flegmonosas y aún gangrenosas. El peritoneo, libre de toda adherencia, se halla netamente expuesto.

Se debe, pues, intervenir:

Inmediatamente, cada vez que se asiste desde el principio a una infección seria con reacción peritoneal intensa;

En cuanto se comprueba una agravación progresiva de los síntomas, si se ha diferido al principio (Leriche y Cotte).

3º. Si se trata de colecistitis tifica, la indicación de urgencia es formal en todos los casos.

4º. En la colecistitis de la preñez, al contrario, se opera sólo en caso de fuerza mayor: signos vesiculares muy graves, o bien inminencia de parto prematuro.

Elección del procedimiento.

1º. Se hará una colecistectomía si el enfermo es suficientemente resistente; si la vesícula aparece como el único o el principal foco de infección; si la operación se anuncia fácil y rápida.

2º. Se hará una colecistostomía si el enfermo está muy debilitado, sea a causa de la duración de los accidentes, sea por efecto de la edad o de una tara orgánica; si, por una de estas razones, conviene no emplear la anestesia general; si la infección está propagada a la vía principal. Pero, en este caso, conviene proceder de acuerdo con el estado del canal cístico:

Si el cístico se encuentra manifiestamente permeable, la colecistostomía permitirá el drenaje de la vía principal y, por tanto, es suficiente;

Si el cístico no está permeable, es preferible hacer, si se puede, una colecistectomía y un drenaje directo de la vía

principal, porque en estos casos de angiocolecistitis la infección de la vía principal tiene más importancia que la de la vesícula.

Por último, la colecistostomía será, a veces, una operación de necesidad, cuando las lesiones anatómicas no permiten la colecistectomía, como en el caso de que la vesícula está envuelta por adherencias espesas, o cuando su fragilidad es tal que se teme romperla durante las maniobras de extirpación. En este último caso, se debe proteger el peritoneo por una barrera de mechas de gasa.

Segundo caso:

Se interviene sin diagnóstico preciso, por accidentes abdominales generalizados.

1º. Se encuentra una perforación de la vesícula.

Hacer una colecistectomía, a menos que el estado general sea demasiado malo. Esta es la única contra-indicación posible, porque en estos casos la vesícula se encuentra siempre libre de adherencias y su extirpación es fácil.

La colecistostomía da malos resultados.

2º. Se encuentra una peritonitis biliar sin perforación.

Colecistectomía siempre que se pueda.

Colecistostomía sólo cuando la ectomía es imposible.

Además, se debe drenar sistemáticamente la vía principal, porque el síndrome de piritonitis biliar depende frecuentemente de una obstrucción brusca de esta vía por un cálculo, un cáncer, o una pancreatitis.

3º. Se encuentra un volvulo de la vesícula.

Hacer siempre una colecistectomía. La destorsión y la fijación de la vesícula es excepcionalmente posible y no da buenos resultados.

En todos estos casos graves:

No ligar el muñón del cístico, pero dejar un dren en contacto (Leriche y Cotte);

Hacer siempre una barrera de gasa sub-hapática (Lecéne);

Drenar la vía principal cada vez que al seccionar el cístico, fluye bilis turbia (Stern).

Tercer caso:

Se trata de un flegmón biliar.

Sajar en el punto culminante y drenar ampliamente.

Abstenerse de ninguna maniobra de exploración.

Secundariamente, después de un tiempo suficientemente largo, se hará una colecistectomía para evitar la reaparición de trastornos o un nuevo flegmón.

COLECISTITIS CRÓNICAS

Primer caso.

Se trata de litiasis vesicular con fenómenos infecciosos frecuentes.

La indicación es formal, no tanto a causa de la intensidad de los accidentes, sino de su repetición que impide seguir un tratamiento médico, particularmente las curas hidro-minerales, y suprime, por este hecho, las probabilidades de curación sin intervención.

Son, además, las formas más expuestas a las complicaciones graves y las ventajas de una operación en frío son enormes frente a los riesgos de una intervención de urgencia.

La colecistectomía es la mejor operación, la que reúne todas las ventajas:

Suprimir un órgano alterado, altamente séptico y frecuentemente privado ya de toda función;

Permitir una exploración fácil de la vía principal, si parece necesaria, a través del muñón del cístico;

Prevenir seguramente las recidivas.

La colecistostomía, al contrario, deja en su sitio un órgano enfermo, que puede causar fistulas, nuevos accidentes infecciosos, reproducción de cálculos, eventraciones. De este modo, conduce frecuentemente, a reintervenciones.

Sus partidarios la defienden con dos argumentos. Un argumento fisiológico: la vesícula es un órgano útil y su ablación causa trastornos a veces tan penosos como su enfermedad. Este hecho no es negable, pero no conviene, justamente, aplicar tal razonamiento en el caso que tenemos presente: una vesícula tan alterada que ha perdido ya, muchas veces, toda función. El otro argumento es de orden pura-

mente técnico: conservar la vesícula para poder servirse de ella, ulteriormente, en caso de nuevos accidentes de la vía principal, como agente de drenaje. Estos argumentos técnicos no merecen hacer contrapeso a los inconvenientes del abandono de un órgano enfermo.

En definitiva, la mayoría de los autores están de acuerdo en que se debe extirpar la vesícula calculosa, cuando se encuentra profundamente alterada por la infección.

Segundo caso:

Se trata de litiasis vesicular crónica sin accidentes infecciosos.

Las indicaciones se basarán:

Sobre la tenacidad de los dolores;

La importancia de los trastornos dispépticos reflejos;

La alteración del estado general;

La ineficacia del tratamiento médico prolongado.

Es necesario sobre todo, apreciar la importancia proporcional de los factores vesicular y extra-vesicular en el génesis de los trastornos presentados por el enfermo.

Un diagnóstico preciso, completo, importa mucho en estos casos. No hay que olvidar que la apendicitis crónica, la úlcera duodenal, pueden coexistir con una colecistitis litiásica y pueden ser responsables de gran parte de los trastornos. Entonces, extirpar o drenar la vesícula no tendría buen resultado si, al mismo tiempo, no se trata la lesión asociada, «combinando las operaciones» de una manera adecuada a cada caso: colecistectomía y apendicectomía en el mismo tiempo operatorio; colecistectomía y gastro-enterostomía o, más bien, gastrectomía, en el mismo tiempo o en dos tiempos diferentes. (Lecène).

El factor hepático es otro factor muy importante en esta clase de enfermos. Puede ser la causa real de muchos trastornos que se esperaba en vano hacer cesar con la colecistectomía y que necesitarán un tratamiento médico prolongado después de la operación.

Con estas restricciones, el método operatorio aplicable al caso que estudiamos, depende enteramente de las preferencias de cada uno:

Colecistectomía.

Colecistostomía.

Colecistendesis.

Estos dos últimos procedimientos tienden a ganar terreno, gracias al argumento que expusimos más arriba: el interés fisiológico de la conservación de la vesícula; argumento valioso, aquí, puesto que se trata de un órgano poco afectado y útil aún, una vez que se han extraído los cálculos.

Tercer caso:

Se trata de colecistitis crónica no litiásica.

En estos casos, las indicaciones son muy discutibles. Conviene primero, como dice Lecène, saber en qué consiste lo que se llama colecistitis no litiásica.

Esta lesión es rara y no se da este nombre sino a los casos en que clínicamente hay síntomas evidentes de inflamación vesicular y si esta inflamación es comprobada por el cultivo de la bilis vesicular y por el examen histológico de las paredes vesiculares.

Es muy frecuente, al contrario, si se admite que toda bélida, todo espesamiento parietal, toda vesícula fresca, son otras tantas colecistitis crónicas dignas de ser operadas.

En el primer caso, la ineeficacia del tratamiento médico seguido largo tiempo, constituye una indicación formal. La vesícula puede, en efecto, encontrarse tan enferma como cuando hay cálculos.

En el segundo caso, no decidirla intervención sino cuando la persistencia de trastornos típicamente vesiculares, la ausencia de lesiones aparentes de otros órganos, permiten esperar un resultado favorable de la operación. Hay, también, que tener muy en cuenta el *temperamento*, el factor psíquico del enfermo: muchas veces se trata de mujeres nerviosas, ptósicas, en quienes los trastornos obedecen a un mecanismo complejo, sobre el cual la intervención vesicular no puede tener ninguna influencia.

El método operatorio varía según las opiniones de los autores:

La colecistectomia tiene sus defensores, aunque la vesícula esté poco alterada (Gosset, Desmarest, Stern).

Otros autores (Lecène, Duval, Quénu, Mathieu, Desplas) considerando que en general la *estasis* es el principal trastorno funcional de estas vesículas, preconizan como tratamiento el *drenaje prolongado de la bilis*. La manera de realizarlo es variable: *Colecistostomía* (Duval, Desplas); *drenaje*

trans-duodenal del coledoco (Duval, Mathieu); *colecisto-gastrostomia* o *colecisto-enterostomia* (Tuffier, Quénu, Mathieu).

En suma, se debe distinguir cuidadosamente los casos, no extirpar muy fácilmente vesículas que no estén netamente enfermas, no extender demasiado las indicaciones de la colecistectomía.

Cuarto caso:

Se encuentra una tuberculosis o un cáncer de la vesícula.

La tuberculosis es excepcional. Se presenta, generalmente, bajo la forma hipertrófica. Se hará una colecistectomía siempre que sea posible.

El cáncer es menos raro. Lo raro es que sea operable. Se hará, entonces, una colecistectomía con resección cuneiforme del hígado.



TRATAMIENTO PRE-OPERATORIO

En los casos **agudos, urgentes**, este tratamiento se reduce forzosamente al mínimo. En los casos crónicos, cuando se dispone de todo el tiempo necesario para preparar al enfermo, conviene rodearse de todas las garantías. El biliar es un enfermo frágil por excelencia. La resistencia de su organismo deberá apreciarse cuidadosamente por medio de toda una serie de exámenes. Un tratamiento adecuado, de acuerdo con los resultados de esos exámenes, tenderá a aumentar su resistencia. La anestesia, por fin, se escogerá entre los productos menos tóxicos y que menos se expongan a complicaciones. Vamos a examinar detalladamente estos tres puntos.

EXÁMENES PRE-OPERATORIOS

1º. Los exámenes de sangre son de la mayor importancia: *numeración globular, fórmula sanguínea, tiempo de desangramiento, tiempo de coagulación*. Sus resultados no sólo

reflejan la resistencia orgánica general, sino que constituyen verdaderas pruebas funcionales de las dos funciones hepáticas que más interesan al cirujano: la función hemopoietica y la función de coagulación. Son, en efecto, estas dos funciones las que más frecuentemente se hallan alteradas: se puede decir que un enfermo sobre dos tiene un grado mayor o menor de anemia y una prolongación del tiempo de desangramiento y coagulación.

2º. *Las dosificaciones: glicemia, urea sanguínea, constante de Ambard, acidosis urinaria, completarán la investigación, dando datos a la vez sobre el estado hepático y renal.*

TRATAMIENTO

1º. *En los días que preceden la operación.*

a) *Profilaxis de los accidentes hepáticos.* Estos son, sobre todo, accidentes de acidosis post-operatoria. Para prevenirlos se dará:

Bicarbonato de soda, 4 a 5 gramos por dia;

Insulina, por pequeñas dosis, combinada a un régimen hidrocarbonado suficiente para mantener una tasa normal de glicemia.

b) *Profilaxis de los accidentes hemorrágicos:*

Cloruro o lactato de calcio, durante tres o cuatro días, sin exceder este tiempo, ni la dosis de 4 gr. por dia.

Anthéma o Arhéma-pectine.

Suero de caballo: 20 cc. sub-cutáneos durante dos a tres días.

Si a pesar de estos diferentes medicamentos, el tiempo de coagulación permanece superior a 10 minutos:

Pequeñas transfusiones cuotidianas: 100 gr. cada dia, estando listo a operar en cuanto el tiempo de coagulación baje de 10' (C. H. Mayo).

c) *Profilaxis de los accidentes cardio-vasculares.*

Suero glucosado adrenalinado en gota a gota rectal: 500 gr. diarios;

Uabaina o digitalina: 5 gotas, 3 días antes y 3 días después de la operación:

Aceite alcanforado: 20 cc. por día; 40 cc. el día de la operación.

2º. La víspera de la operación.

Beber abundantemente: agua lactosada, jugos de frutas.
Comida ligera, vegetariana.

No dar purgación.

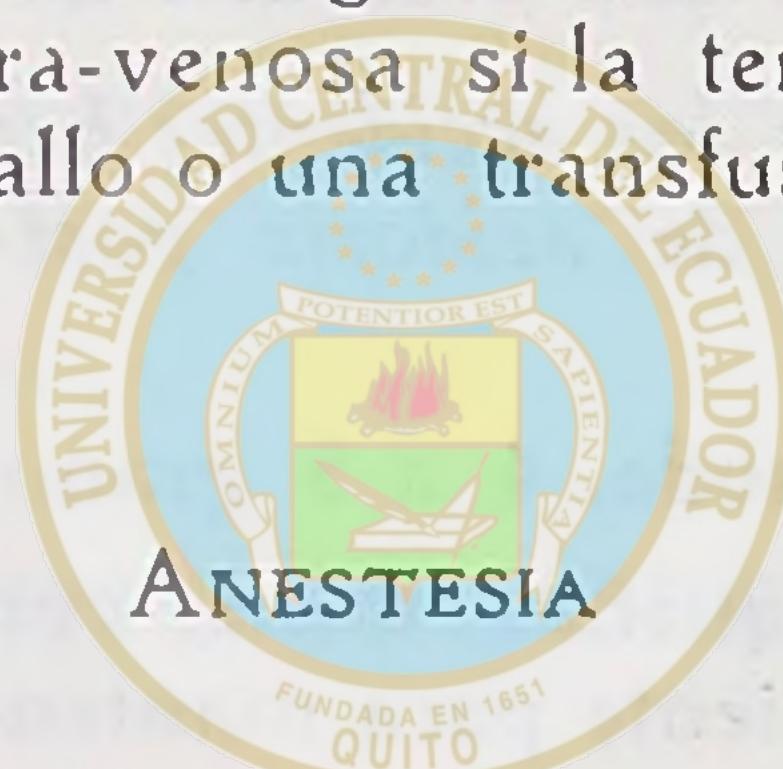
Enema evacuador.

3º. Durante la operación.

Calentar: cataplasma eléctrica, anestésico calentado.

Suero glucosado, adrenalinado, bicarbonatado: 1 litro.

En las operaciones de urgencia, se agregará el aceite alcanforado, uabaina intra-venosa si la tensión arterial es baja, calcio o suero de caballo o una transfusión durante o al fin de la operación.



ÁREA HISTÓRICA

Es un problema muy delicado. «En cirugía hepática no hay anestésico exento de reproche» (Stern).

Los peligros de la anestesia son, sin embargo, menores en los enfermos no ictericos, en las operaciones en frío.

Deben ser proscritos: el cloroformo, la mezcla de Schleich, la raqui-anestesia, por lo menos en los enfermos hipotensos.

Se empleará: el éter, la mezcla cloruro de etilo-éter; el éter calentado parece muy recomendable para evitar las complicaciones pulmonares (Gosset).

Se preferirá: el protóxido de nitrógeno, puro o apoyado por un anestésico de base (escopolamina-morfina); el ciclopropano; la anestesia loco-regional, sobre todo para las operaciones de urgencia.

III

TECNICAS OPERATORIAS

GENERALIDADES

1º. *Posición del enfermo.* La lordosis acentuada es una condición muy importante para favorecer la luxación hacia afuera del hígado, desplegar y exponer a la vista la región sub-hepática. Si no se dispone de una mesa que permita colocar al enfermo en esta posición, se empleará, sencillamente, una botella envuelta en una sábana que debe colocarse bajo las vértebras $D_{12} - L_1$, pero no más abajo, dentro de la concavidad lumbar.

2º. *Instrumentos.* Además de los instrumentos corrientes se tendrá a la mano:

Un separador auto-estático tipo Gosset o, más bien, Desjardins;

El juego de exploradores y curetas de Desjardins;

Pinsas de disección y hemostáticas largas y finas, tijeras y sonda acanalada largas, indispensables para trabajar fácilmente en profundidad;

Un dren de Kehr en forma de T, en caso de necesitar drenar el colédoco.

El alumbrado es muy importante. Por poco gordo que sea el paciente, se trabaja al fondo de un pozo de 20 o 25 cms. de profundidad. La luz natural o la luz artificial de una lámpara ordinaria son absolutamente insuficientes. Si no se dispone de un sistema de alumbrado indirecto sin sombras (cialítico o parabólica), la lámpara frontal es la mejor.

LAS INCISIONES

«A menos de recurrir sistemáticamente en todos los casos a la más amplia, pero también la más mutilante y la más larga y difícil de reparar, no se puede menos que dudar en cuanto a la elección de la laparatomía adecuada para cada caso» (Stern).

1º. Si se está seguro de tener que trabajar sobre la totalidad de las vías biliares, tres incisiones son igualmente recomendables:

La incisión de Mayo-Robson se compone de una rama vertical a través de las fibras del músculo recto y de una rama oblicua ascendente que corta la mitad del músculo para terminarse en el apéndice xifoides.

Es la mejor en cuanto a la luz que da sobre toda la región biliar y los órganos vecinos. Tiene otras dos ventajas: 1ª. la de poder ser hecha en dos tiempos, primero la rama vertical y, luego, sólo si se ve su necesidad, la rama oblicua; 2ª. la de poder prolongarse hacia abajo a voluntad si se necesita buscar el apéndice.

Por último, a pesar de que no respeta la inervación, no causa casi nunca eventración, porque su mayor parte consiste sólo en una disociación de las fibras musculares.

La incisión de Kehr, 2ª. manera, consiste en una rama vertical, mediana y una rama transversal cortando el músculo recto a igual distancia del apéndice xifoides y del ombligo. Es una excelente incisión, no enervante.

La incisión de Sprengel, baja, es transversal, como la rama transversal de la Kehr y puede ser prolongada oblicuamente hacia el borde costal, a través de las fibras del gran músculo oblicuo. Respeta la inervación.

La antigua incisión oblicua paralela al borde costal no es nada recomendable. Da una luz considerable, pero destruye toda la inervación y causa frecuentes eventraciones.

2º. Si no se tiene que operar sino sobre la vesícula y el canal cístico, y sobre todo cuando el enfermo es poco resistente, se debe preferir las *incisiones más cortas y más fáciles de reparar*, sin perjuicio de agrandarlas luego si hace falta.

La incisión de Péan, a lo largo del borde lateral del músculo recto, es muy buena para la colecistostomía.

La rama vertical de la incisión de Mayo-Robson es todavía mejor, fácil de completar si hace falta, fácil de reparar.

La mediana supra-umbilical es, por fin, muy empleada por numerosos cirujanos. Con un buen separador e inclinando al paciente sobre el lado izquierdo, da una luz suficiente sobre la vesícula.

3º. Si se interviene sin diagnóstico preciso, la mediana supra-umbilical es la única incisión conveniente. Si resulta insuficiente o incómoda, puede ser fácilmente transformada en Kehr.

LAS MANIOBRAS DE EXPLORACIÓN

Metódicamente practicadas, éstas deben permitir:

- Hacer un diagnóstico anatómico preciso;
- Hacer el inventario de las lesiones biliares y vecinas;
- Adoptar una *táctica operatoria* apropiada para cada caso;
- Abandonar a tiempo una operación peligrosa o impracticable.

Tres casos pueden presentarse:

1º. *No hay adherencias.* En este caso, la exploración rápida y fácil, se resume en los gestos siguientes:

Luxar el hígado, después de cortar el ligamento suspensor (maniobra muchas veces innecesaria);

Reconocer y palpar la vesícula;

Reconocer el *hiato de Winslow* y pasar a través de éste el índice a fin de poder palpar la vía principal entre pulgar e índice;

Palpar el duodeno y el páncreas, tratando de sentir a través de estos órganos el colédoco y la ampolla de Vater.

2º. *Hay adherencias.* Hay que empezar por *descubrir las vías biliares*;

Reconocer el borde anterior del hígado y, sobre éste, la *muesca vesicular*;

Descubrir la vesícula partiendo del fondo.

Tratar las adherencias con las tijeras guiadas por el dedo, teniendo previamente cuidado de guarnecer el campo operatorio, pues, durante estas maniobras se corre el peligro de abrir bolsas purulentas, o la vesícula, o el intestino, cuyo contenido séptico se esparciría en todo el peritoneo si no se lo ha protegido antes. A este respecto, hay que tratar con prudencia toda adherencia *corta, densa y dura*, que puede disimular el trayecto de una fistula bilio-intestinal.

Una vez desprendida la vesícula de sus adherencias, se buscará la *vía principal*, siguiendo el camino del canal cístico. Si el *hiato de Winslow* se encuentra obliterato, se llegará a la cara posterior del pedículo hepático perforando el epiplón gastro-hepático.

3º. *Hay dudas sobre el estado de la vía principal.* En este caso, antes de emprender ninguna operación sobre la vesícula, conviene completar la exploración de dicha vía. Para ésto, tres tiempos son necesarios:

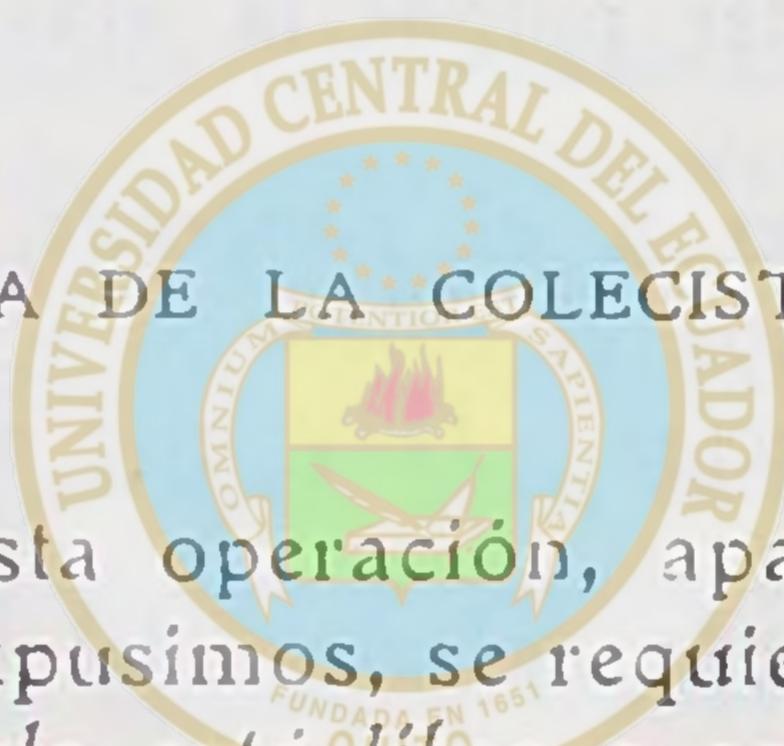
Descubrir el coleodoco, rasgando delicadamente el peritoneo con la punta de una sonda acanalada y descolándolo luego de lado y lado. A veces, una vez que se ve netamente el canal, se puede ya juzgar mejor su estado;

Puncionarlo: el aspecto de la bilis indica lo que se debe hacer: si está clara, indica que la vía principal está indemne; si aparece espesa y turbia, queda aún lugar a dudas;

Hacer la coledocotomía y practicar la exploración intracanalicular hacia arriba y hacia abajo con el explorador de Desjardins.

Una vez terminadas estas diferentes maniobras de exploración, el cirujano puede, aún en los casos más complejos, decidirse por una u otra operación de una manera segura y razonada. Es preferible proceder de este modo antes que practicar siempre, sistemáticamente, la misma operación para todos los casos.

TÉCNICA DE LA COLECISTECTOMÍA



Para practicar esta operación, aparte de todas las indicaciones que antes expusimos, se requiere una condición anatómica: *que la vesícula esté libre o se pueda desprender sin causar mayores daños*. Hay casos de perivisceritis tan intensa que esto no es posible.

Describiremos primeramente los dos métodos típicos: la colecistectomía del fondo hacia el cístico y la colecistectomía retrógrada; después, algunas variantes técnicas.

1º. *Colecistectomía del fondo hacia el cístico.*

Es el procedimiento clásico, el que conviene en la mayor parte de los casos, sobre todo cuando hay adherencias.

Primer tiempo:

Tomar el fondo de la vesícula con una pinza-corazón.

En lo posible, abstenerse de puncionarla; no hacerlo sino cuando su distensión estorba las maniobras y hace temer que se rompa.

Segundo tiempo:

Cortar el peritoneo en el fondo del surco cístico-hepático. Descolar la vesícula, con las tijeras cerradas primero, con una compresa, luego.

Cortar con las tijeras el peritoneo de lado y lado.

Tercer tiempo:

Tirar de la vesícula para tender el cístico.

Descubrirlo cuidadosamente hasta su confluencia con el hepático. *Es indispensable ver bien este sitio y no olvidar que a veces el cístico rodea al hepático antes de abrirse en él.*

Cuarto tiempo: Ligaduras.

Tratar de aislar la arteria cística y ligarla sólidamente. Esto no siempre es posible en el procedimiento que describimos. En este caso, hay que contentarse con una ligadura única.

Ligar el cístico (con la arteria, por consiguiente) a ras del colédoco, con un catgut grueso.

Cortarlo con el bisturí o el termocauterio.

2.º Colecistectomía retrógrada (según Gosset).

Esta técnica tiene dos ventajas: permite reconocer y ligar separadamente la arteria; permite encontrar el buen plano de clivaje para separar la vesícula del hígado. Esta técnica es más segura desde el punto de vista de la hemostasis y respeta la vía principal más seguramente que la técnica clásica. Pero no es aplicable sino a los casos fáciles, en sujetos no muy gordos, sin adherencias, en una palabra: *cuando la región biliar es de acceso fácil.*

Primer tiempo: Aislar el cístico:

Tirar de la vesícula.

Descubrir el cístico con la sonda acanalada.

Es necesario ver netamente el confluente de los tres canales, sin lo cual se expone a dejar un muñón cístico largo, que puede ser causa de trastornos. (Se ha visto casos de dilatación ampular de este muñón, realizando una neo-vesícula, llenándose de cálculos). O bien se puede herir el hepático o el colédoco.

Segundo tiempo: Ligar y seccionar el cístico. Se puede, entonces, tirarlo hacia afuera, con lo cual se tiende naturalmente la arteria cística, se la puede aislar, reconocer sus *frecuentes disposiciones anormales* y ligarla con seguridad.

Tercer tiempo: Ligadura separada de la arteria cística.

Cuarto tiempo: Descolamiento de abajo hacia arriba de la vesicula y sección del peritoneo que la une al hígado.

3.^o Variantes técnicas.

a) *Colecistectomia sub-serosa* (Doyen, Witzel). No es aplicable sino a *casos particularmente favorables*: lesiones mínimas de las paredes vesiculares y ausencia de adherencias. De lo contrario, sería imposible descolar el peritoneo vesicular.

Primer tiempo: Incisión longitudinal del peritoneo, prolongándose sobre el canal cístico y deteniéndose a 1 cm. del fondo, límite de la zona descolable. Incisión transversal, a 1 cm. del fondo, de un borde al otro de la vesicula. *Descolamiento* de las hojas en que se encuentra dividido el peritoneo. Esta maniobra requiere mucho cuidado, para no herir la vesícula.

Segundo tiempo: *Colecistectomia*, sea retrógada, sea del fondo hacia el cístico.

ÁREA HISTÓRICA

DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

Tercer tiempo: *Peritonización* del lecho de la vesicula. Esta es la principal ventaja del método.

b) *Procedimientos mixtos.* Tienen poco interés. Los partidarios intransigentes de la técnica retrógada, cuando ésta parece difícil desde el comienzo, preconizan empezar por el fondo, dirigirse, luego, al cístico y hacer las ligaduras, para terminar por la parte media.

4.^o *El fin de la operación* es el mismo cualquiera que sea la técnica empleada:

Poner un dren en contacto con el muñón cístico.

Una o dos mechas en el lecho vesicular.

Si se ha hecho una sub-serosa, el dren pasará en el túnel formado por el lecho vesicular peritonizado.

Sutura de la pared abdominal plano por plano. El plano músculo-aponeurótico conviene suturarlo con hilos no resorbibles (crin, seda o lino).

5.^o *Discusión de los métodos.* Se ha reprochado a la técnica clásica su hemostasis defectuosa, sobre todo en lo que concierne al lecho vesicular que sangra siempre; su falta de seguridad hacia la vía principal que corre el peligro de ser acodada por la tracción sobre el cístico, ligada y cortada al mismo tiempo que éste. Algunos autores (Gosset, Auvray, de Martel) acusan a aquellos que hacen operaciones clásicas sin accidentes, de hacer colecistectomías subtotales. La mayoría de los cirujanos reconoce, sin embargo, que por preferencia que se tenga por la retrógrada, hay muchos casos en que no se puede menos que abandonarla y adoptar la técnica clásica.

El drenaje sistemático ha sido discutido. Algunos cirujanos (Desmarest) prescinden de él siempre que pueden hacer una sub-serosa.

TÉCNICA DE LA COLECISTOSTOMÍA

Esta operación puede hacerse de dos maneras, según que la vesícula es o no exteriorizable:

Colecistostomía con fijación a la pared abdominal;

Colecistostomía a distancia, llamada drenaje a la Poppert.

1.^o *Colecistostomía con fijación.*

Primer tiempo:

Desprender el fondo de la vesícula.

Proteger cuidadosamente el campo operatorio, sobre todo en el ángulo inferior de la herida.

Segundo tiempo:

Puncionar la vesícula, en la parte más saliente del fondo; aspirar la mayor cantidad posible de su contenido.

Tercer tiempo:

Abrir la vesícula, longitudinalmente, partiendo del orificio de punción. La abertura debe tener 2 a 3 cms. Fijar con pinzas los labios de la abertura y tirar hacia fuera la vesícula.

Cuarto tiempo:

Explorar y evacuar el contenido de la vesícula, con el dedo primero, luego con la cureta de Desjardins. Esta evacuación debe ser completa, porque si queda un cálculo no se debe contar con su evacuación espontánea. Sobre todo, cuando se encuentre un cálculo enclavado en el cístico se hará:

Sea el procedimiento de Delageniere: incisión de toda la pared inferior de la vesícula y del cístico hasta el cálculo; extracción de éste; sutura de la incisión dejando la abertura de colecistostomía.

Sea una colecistectomía.

Sí se abandona el cálculo se tendrá una fistula biliar que obligará a reintervenir.

Quinto tiempo:

Fijar la vesícula con catgut fino o con hilo de lino: 6 puntos no perforantes, uniendo el peritoneo vesicular al peritoneo parietal.

Colocar un dren dentro de la vesícula, de preferencia un dren autoestático tipo Pezzer o Malécot.

Otro dren acompañado de una mecha, bajo la vesícula.

Suturar la pared abdominal ~~por~~ encima y por debajo del orificio de colecistostomía.

2º. Colecistostomia a distancia. Es un método poco recomendable y que se empleará sólo en caso de necesidad absoluta, cuando la vesícula no alcanza, a causa de su pequeñez o de su retracción, a llegar a la pared abdominal y cuando parece indispensable una colecistostomía.

Abrir la vesícula, introducir un dren en su cavidad y fijarlo por una sutura en bolsa.

Drenaje a la Mikulicz y tubo de caucho bajo el hígado.

Así se forma un trayecto fistuloso más o menos largo, conduciendo de la vesícula al exterior, trayecto que tiene por principal inconveniente su persistencia que obliga a reintervenciones difíciles.

OTRAS OPERACIONES

Para terminar con la técnica operatoria, expondremos brevemente otras tres operaciones:

1^a. *La colecistectomía con resección cuneiforme del hígado* puede ser practicada en ciertos casos de cáncer de la vesícula.

Empezar, si es posible, por ligar el cístico, es decir, según la técnica retrógrada. Luego, en vez de descolar la vesícula de su lecho, cortar en pleno parénquima hepático, un espesor de 1 a 2 cmts. de manera de extirpar en block la vesícula y un fragmento de hígado susceptible de hallarse invadido por el cáncer.

El inconveniente de esta operación es la hemorragia considerable y difícil de contener que produce el corte del hígado. Para contenerla se hará una sutura hemostática por medio de puntos en U, pasados a distancia de los bordes y, si es menester, se recurrirá a una epiploplastia y se colocarán las mechas que sean necesarias.

2^a. *La colecistendesis (Schiassi)* consiste en abrir la vesícula, vaciarla cuidadosamente de su contenido (cálculos), lavarla y volverla a saturar sin drenaje. Esta operación tiene poca aceptación entre los cirujanos. No es practicable sino en casos muy limitados de litiasis con accidentes puramente mecánicos, sin infección, sin alteración importante de la paredes vesiculares, sin lesión de la vía principal.

3^a. *Las anastomosis bilio-digestivas* pueden hacerse de dos maneras:

1^a. *Colecisto-gastrostomía*, la más usada, se hará transversalmente y lo más cerca posible del piloro.

2^a. *Colecisto-enterostomía*, sea con el duodeno (1^a-porción), sea con el yeyuno. En este último caso, la anastomosis puede ser pre-cólica o trans-mesocólica.

Se ha reprochado a la colecisto-enterostomía de exponer a la infección de las vías biliares, mas no parece que este riesgo sea muy grande. La elección del método debe guiarse ante todo por las posibilidades técnicas (Stern).

La técnica es la de todas las anastomosis digestivas: sutura en dos planos, sero-seroso y total. La comunicación deberá tener 1 cm. de diámetro.

Las indicaciones de este método deben ser esencialmente paliativas: obstrucciones cancerosas o cicatriciales del colé doco. Ciertos autores lo han aplicado a casos de estasis vesicular, pero tal empleo no se justifica en absoluto.

IV

TRATAMIENTO POST-OPERATORIO

COLECISTOSTOMIA

1º. *Vigilar el drenaje.* El dren se conectará con un tubo de caucho largo que vaya a un bocal en el que se pondrá un líquido antiséptico.

Los primeros días sale una bilis abundante, espesa, turbia, de color muy oscuro. Poco a poco, la bilis se vuelve más clara y limpida, a medida que la infección disminuye.

Para retirar el dren de la vesícula se espera que la temperatura haya vuelto a 37 desde hace algunos días, que la bilis esté limpia, el estado general mejorado. Por término medio, el plazo es de 22 días.

HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

2º. Curaciones.

Proteger la piel con pomada de colargol al 15%.

Retirar el dren sub-hepático el tercer día; las mechas, progresivamente, a partir del quinto día; los hilos superficiales al noveno día.

3º. *Régimen.* Volver progresivamente al régimen de antes de la operación. Dar pequeñas comidas repetidas a fin de provocar expulsiones biliares frecuentes.

COLECISTECTOMÍA

Los cuidados se simplifican mucho.

Retirar el dren el tercer día, las mechas a partir del quinto día, los hilos el noveno día.

Enema y purgación el cuarto día.

Régimen, como está dicho más arriba.

V

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

COMPLICACIONES INMEDIATAS

1º. *Hemorragias.* Pueden sobrevenir entre el octavo y el catorceavo día. La forma más grave es la *hemorragia en superficie de todas las partes cruentadas* (herida parietal, lecho vesicular, adherencias), que es la consecuencia de una insuficiencia hepática grave. El tratamiento consistirá en introducir mechazos impregnados de suero de caballo o de gelatina en la herida, en inyecciones de suero de caballo, en transfusiones. A pesar de todos los tratamientos esta grave complicación se termina casi siempre por la muerte.

2º. *Complicaciones pulmonares.* Constituyen el inconveniente de la anestesia con éter. Son graves: 50 %, de mortalidad. Se debe, por consiguiente, poner en práctica todos los medios para prevenirlas: evitar todo enfriamiento al operado, en la sala de operación o durante el transporte; emplear el éter calentado; usar ampliamente revulsión y cataplasmas después de la operación; hacer sentar al enfermo lo más pronto posible, sobre todo si es obeso; inyectar eucaliptina o dienol durante tres o cuatro días.

3º. *Acidosis.* Esta aparece:

Sea bruscamente, 24 horas después de la operación, y se caracteriza por los síntomas siguientes: vómitos abundantes, algidez, delirio, pulso muy rápido y débil. Pronto entra el enfermo en estado comatoso y muere en pocas horas.

Sea más lentamente, con síntomas mixtos, hepáticos: sub-ictericia, náuseas; urinarios: oliguria, cetonuria; y nerviosos: insomnio, agitación. La evolución es, asimismo, más lenta y de menos gravedad.

El tratamiento consistirá ante todo en la *insulinoterapia combinada al suero glucosado*: 10 a 30 unidades de insulina por 24 horas, o más en los casos graves: 200 a 500 cc. de suero glucosado subcutáneo. Este tratamiento debe guiarse

más por los síntomas clínicos que por el examen de las orinas que pueden no contener ni azúcar ni cuerpos cetónicos (Proust).

4º. *Peritonitis.* Es una complicación actualmente excepcional, del mismo modo que las hemorragias gastro-intestinales, la dilatación gastro-duodenal aguda, la anuria.

La mortalidad operatoria a consecuencia de estas diversas complicaciones, es, por término medio, de:

2 a 6% para la colecistectomía;

1 a 4% para la colecistostomía.

COMPLICACIONES TARDÍAS

Contrariamente a las complicaciones inmediatas que son ante todo de orden general y de alta gravedad, las complicaciones tardías son *locales* y no comprometen la vida del enfermo.

1º. *Fistulas vesiculares.* Son de dos categorías distintas:

a) *Fistulas mucosas o muco-púrpulentas.* Se deben a la obliteración del canal cístico. Despues de haber localizado el sitio de dicha obliteración mediante una radiografía con inyección de lipiodol por la fistula, se puede ensayar la dilatación del trayecto y la extracción del cálculo. Si no se obtiene ningún resultado, colecistectomía.

b) *Fistula biliar verdadera.* No emprender en su tratamiento sino cuando la bilis se haya vuelto limpia y estéril.

Si las materias fecales están coloreadas, es que el colédoco es permeable. La persistencia de la fistula puede deberse solamente a la organización del trayecto cutáneo-mucoso: ensayar la separación y la sutura de los bordes mucosos. Si se fracasa: colecistectomía.

Si las materias están descoloridas, es que hay un obstáculo en el colédoco. Precisar en lo posible su sitio y su naturaleza mediante la radiografía con inyección de lipiodol. Si se trata de un cálculo: coledocotomía y colecistectomía. Si se trata de un obstáculo incurable: estrechez cicatricial o cancerosa, separar la vesícula de la pared abdominal y hacer una colecisto-gastrostomía o enterostomía.

2º. *Estrechamiento de la vía principal.* Puede producirse como complicación cicatricial después de una colecistectomía con drenaje del colédoco. Convendrá tratarlo me-

diente una derivación interna hepático o colédoco-duodenoneostomía; o colédoco-gastrostomía. La derivación externa no puede ser aceptable sino como una operación momentánea y de necesidad.

3º. *Eventración.* La colecistostomía predispone mucho a esta complicación. Depende, además, esencialmente, de la incisión empleada: es más frecuente después de las incisiones que no respetan la inervación y cuando no se ha empleado hilos no resorbibles en la sutura.

La cura quirúrgica de la eventración no es indispensable sino cuando estorba por su volumen, por los dolores que causa o cuando se forma una eventración adherente que expone a accidentes de estrangulación.



**ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL
BIBLIOGRAFÍA**

- CHIRAY ET PAVEL.—*La Vésicule Biliaire* - Masson & Cie., 1926.
 R. A. GUTMANN.—*Les syndromes douloureux épigastriques* G. Doin & Cie. 2e edit. 1936. Tome I.
 GOSSET.—*Journal de Chirurgie*. T. VII, p. 1, 1911.
 LARDENNOIS.—*Leçons a Clamart*, 1932.
 LECENE ET LERICHE.—*Thérapeutique Chirurgicale* - 1re ed., 1926.
 LERICHE ET COTTE—*Revue de Chirurgie*, Décembre 1912.
 MATHIEU.—*Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, p. 1200, 1920.
 QUÉNU.—*Revue de Chirurgie*, T. XLIII, p. 145, 1911.
 PETIT DUTAILLIS.—*These de Paris*, 1922.
 SCHWARTZ, AUVRAY, DE MARTEL.—*B. et M de la Société Nationale de Chir.*, p. 309, 1923.
 STERN ET FOURCHE.—*Tactique opératoire des voies biliares* G. Doin & Cie., 1929.
 TUFFIER, QUÉNU.—*B. et M. de la Soc. Nat. de Chirurgie*, p. 1261, 1920.