

076850

FJ: 1

T  
6.365  
5552  
MED.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ANALISIS SOBRE PATOLOGIA DE LA

VESICULA BILIAR

(Revisión de casos del Hospital Rosales  
en el período de cinco años 1950-1954)

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

ALVARO CASTRO VILLANEA

EN EL ACTO PUBLICO DE SU DOCTORAMIENTO

oOoOo





UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR:

Dr. Romeo Fortín Magaña.

SECRETARIO GENERAL:

Dr. José Enrique Córdova

FACULTAD DE MEDICINA

DECANO:

Dr. Saturnino Cortéz M.

SECRETARIO

Dr. Roberto Cuéllar

oOo

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

JURADOS QUE PRACTICARON LOS EXAMENES DE  
DOCTORAMIENTO PRIVADO

PRIMER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA MEDICA:

Presidente: Dr. Luis Edmundo Vásquez.  
Primer Vocal: Dr. Lázaro Mendoza.  
Segundo Vocal: Dr. Benjamín Mancía.

SEGUNDO EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA QUIRURGICA:

Presidente: Dr. Luis A. Macías.  
Primer Vocal: Dr. Ricardo Posada h.  
Segundo Vocal: Dr. Saturnino Cortez M.

TERCER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA OBSTETRICA:

Presidente: Dr. Roberto Orellana.  
Primer Vocal: Dr. Salvador Batista Mena.  
Segundo Vocal: Dr. Jorge Bustamante.

DOCTORAMIENTO PUBLICO

PRESIDENTE: Dr. Carlos González Bonilla  
PRIMER VOCAL: Dr. José Cepeda Magaña  
SEGUNDO VOCAL: Dr. Salvador Infante Díaz

oOo

DEDICATORIA.

A mis Padres.

A mi novia.

A mis hermanos.

A mis profesores

A mis amigos y compañeros.

oOo

## I N T R O D U C C I O N .

Muchos son los conocimientos de que dispone actualmente el caudal científico en lo referente a los padecimientos de las vías biliares extrahepáticas y principalmente de la vesícula biliar, Rica es ahora la literatura médica en nueva e interesante información sobre este importante campo de la patología quirúrgica. La seguridad de los procedimientos diagnósticos, ha aumentado paralelamente debido al perfeccionamiento de la técnica y, no obstante, un número relativamente considerable de pacientes sometidos a intervención quirúrgica, principalmente por colelitiasis, obtienen muy poco o ningún alivio de la cirugía. Y aunque se ha hecho mención de importantes conocimientos y del mejoramiento en el proceso del diagnóstico no siempre se adjudica el verdadero valor a los datos obtenidos del estudio de un paciente. Esta es la principal causa de error. En nuestro medio hospitalario la omisión es otra causa importante. Aunque la sintomatología sea completa, el estudio superficial de un enfermo puede ser sinónimo de fracaso. Esto es debido a que, en muchas ocasiones, la enfermedad biliar puede ser asintomática y coexistir con otras anomalías que producen síntomas similares (Puestow) (1). Otros errores tales como los referentes a la técnica quirúrgica pueden igualmente impedir el retorno al estado de salud. Es evidente que aunque se ha avanzado en este camino, hay aún muchas dificultades y el problema es siempre de actualidad.

El presente trabajo no pretende, desde luego, ofrecer ningún concepto nuevo que contribuya a salvar algún obstáculo. Se limita por el contrario a utilizar los conceptos conocidos para analizar desde distintos ángulos, los más importantes a nuestro entender, las hojas clínicas de todos aquellos enfermos del Hospital Rosales que fueron sometidos a una operación por enfermedad vesicular y cuyas piezas operatorias se examinaron en el Laboratorio de Anatomía Patológica del mismo hospital en un período de cinco años que va de 1950 a 1954. Nuestro objetivo es, por lo tanto, exponer gráficamente el material con que contamos tratando de prescindir de consideraciones teóricas, hasta donde ello sea posible, por lo que no se encontrarán nociones sobre anatomía, fisiología, etiología, etc. No obstante habremos de recurrir a comentarios de esa índole cuando lo juzguemos indispensable o conveniente para propósitos de claridad o explicación.

No se podrá conocer la frecuencia de intervenciones quirúrgicas sobre el tracto biliar en ese período, por cuanto no siempre se cumplió con el requisito del examen anatomopatológico, que hemos considerado indispensable para tener acceso a estas líneas, puesto que esa es la base sobre la que se han clasificado los casos.

Un grupo de enfermos ha sido excluido de la presente discusión porque a pesar de que el examen histológico demostró en ellos

patología biliar definida, según consta en los libros de biopsias del Laboratorio de Anatomía Patológica, sus hojas clínicas no pudieron hallarse en los archivos del Departamento de Información del hospital y, en consecuencia, no han podido ser estudiados conforme a los objetivos de este trabajo, asimismo, se ha prescindido de otro caso en el que el resultado de la investigación anatomopatológica no es concluyente.

Se incluirán unas breves palabras acerca de dos casos en los que el estudio histológico no reveló anormalidades en las paredes vesiculares, y que por esta causa no forman parte del total que ha servido para determinar los porcentajes que se encontrarán en el desarrollo del tema.

Finalmente se hará mención del número de casos en los que a la autopsia, y en el mismo período de cinco años, se descubrió la presencia de enfermedad biliar, pero que no siempre fueron estudiados en esa relación específica.

Para terminar queremos testimoniar nuestro sincero agradecimiento al Dr. Salvador Infante Díaz por su valiosísima colaboración.-



D E S A R R O L L O .

La serie que analizamos consta de 185 pacientes que fueron clasificados por el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital de la siguiente manera: 1º colecistitis crónicas calculosas 128; 2º colecistitis crónicas no calculosas 25; 3º colecistitis subagudas calculosas 14; 4º colecistitis subagudas no calculosas 8; 5º colecistitis agudas 6 y 6º cáncer de la vesícula biliar 4. (Serie correspondiente al período 1950-1954).-

No obstante las manifestaciones clínicas, tipo de tratamiento etc., han sido prácticamente iguales en los cuatro primeros grupos por lo que los hemos analizado en conjunto para no complicar innecesariamente el estudio. Aunque conocemos que el estado de inflamación subaguda es una realidad en cualquier tejido de la economía, lo cierto es que las colecistitis subagudas no aparecen anotadas en la clasificación de enfermedades de la Asociación Médica Americana (16), lo que hemos considerado un argumento para incluirlos en el grupo de las crónicas. Esto hace un total de 175 casos de colecistitis crónica (calculosa o no) para un porcentaje de 94.58; 6 colecistitis agudas para 3.24% y 4 neoplasias para 2.16%.

El grupo de las colecistitis agudas es exiguo aparentemente, pero en la literatura médica hay acuerdo en que es sumamente difícil y equívoco hacer comparaciones estadísticas de distintas series de este tipo de enfermedad vesicular por cuanto las cifras

neralmente no están de acuerdo con el número real de colecistitis agudas que se presentan en un período dado. Esto es debido a que muchos pacientes consultan cuando ya han padecido uno o varios episodios agudos y muchos mueren sin llegar a conocimiento del médico. Por otra parte en no pocas ocasiones el estado del enfermo confundido con un cólico biliar y en otras se practica una colestostomía sin tomarse biopsia.

En lo que respecta a los carcinomas de la vesícula biliar, su porcentaje (2.16%), está acorde con la frecuencia asignada a las neoplasias malignas de la vesícula biliar que oscila entre el 0.5 y el 1.5, aunque en algunas series se ha presentado hasta en el 14%.

En tres casos de colecistitis aguda y en tres de neoplasia se contraron cálculos lo que nos da un total de colelitiasis de 80% y es igualmente la frecuencia aceptada para la colelitiasis en el conjunto de las enfermedades del tracto biliar.

Desarrollaremos nuestro análisis de la siguiente manera:

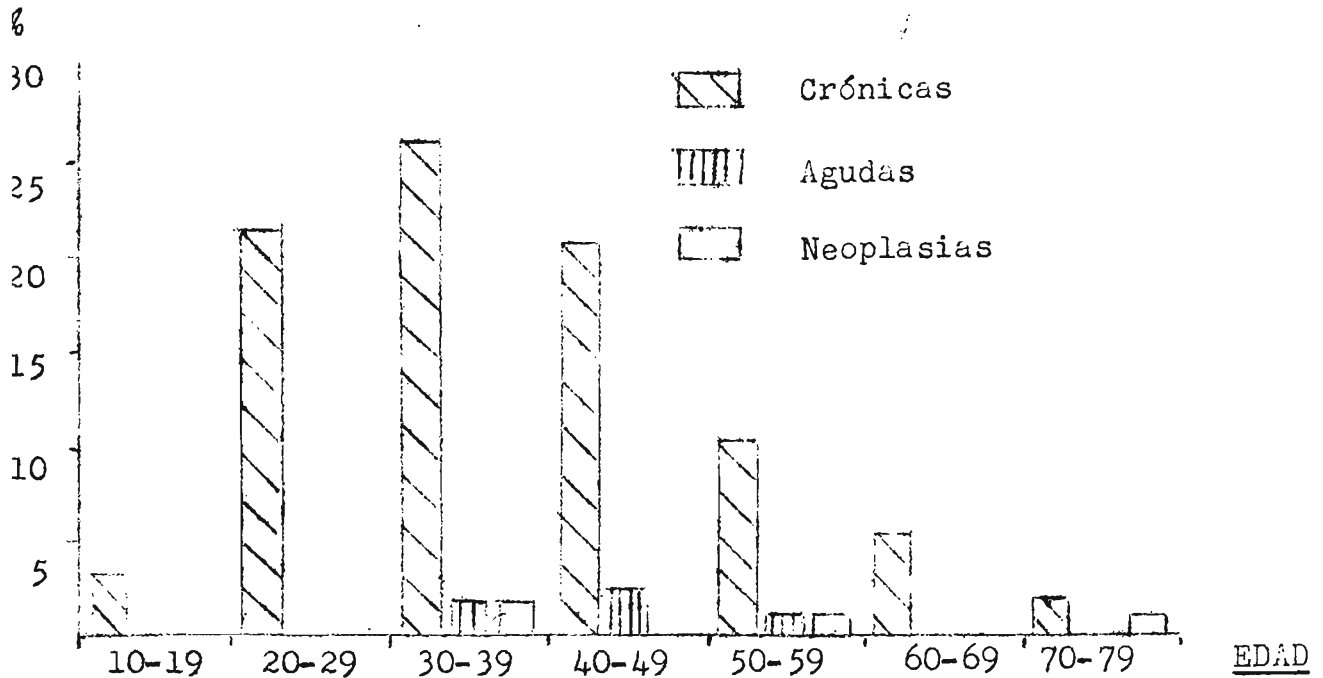
1. Edad.
2. Sexo.
3. Síntomas.
4. Antecedentes.
5. Examen físico.
6. Exámenes complementarios.
7. Diagnóstico.
8. Procedimientos quirúrgicos y hallazgos operatorios.
9. Complicaciones.

10. Síndrome poscolecistectomía.

11. Enfermedad de la vesícula biliar como hallazgo de aut  
sia.

1. E D A D.

Gráfica # 1.



**PORCENTAJE DE PACIENTES EN GRUPOS DE DIEZ AÑOS.**

Para los efectos de clasificación en lo que a edad se refiere, se ha dividido el total de pacientes en siete grupos que corresponden a décadas desde los diez hasta los 79 años. No obstante la edad osciló entre los 18 y 75 años. Como puede observarse por la lectura de la gráfica número 1, el número mayor de pacientes para los tres grupos estudiados estuvo comprendido en las tres décadas que van de los 20 a los 49 años. Generalizando podría decirse

que en conjunto el 25% de los pacientes estaban por debajo de 30; el 65% entre los 30 y los 60 y el 10% restante sobre los 60.<sup>†</sup> La distribución de los casos de colecistitis crónica está acorde, en términos generales, con la que ofrece la literatura médica, aunque merece notarse que el grupo correspondiente a la tercera década de la vida es algo más numeroso de lo que podría esperarse. En la serie de Griffin y Smith (2) el 14.4% tenían 30 años o menos. No se encontraron casos de colecistitis aguda ni de carcinoma de la vesícula biliar en los dos primeros grupos de edad. No le atribuimos significancia en lo que a la primera se refiere debido al exiguo número de casos de ese tipo, que nos ofrece el material con que trabajamos, circunstancia que hemos tratado de explicar en la primera parte de este análisis. Aún más, en un estudio de DeCamp, Ochsner y col. (3) se expresa que el 10% de los pacientes de colecistitis aguda fueron menores de 30 años y que la enfermedad se puede presentar en cualquier época de la vida. En cuanto a los carcinomas es notorio que dos de los casos, vale decir el 50%, eran menores de 40 años, puesto que Bockus (4) estima que la incidencia es muy rara por debajo de esa edad y explica que ocurre más comunmente en la sexta década, punto de vista que es corroborado por Jones (5). Los dos casos restantes que completan nuestro grupo se presentaron uno en la sexta y el otro en la octava décadas.

## 2. S E X O.

En cuanto al sexo no hay particularidades dignas de mención

<sup>†</sup> En la serie de Colcock y McManus (14) el 24.11% eran mayores de 60 años

y los casos han aceptado una clasificación (Gráfica número 2) que muestra el notorio predominio del sexo femenino, esperado en cualquier discusión de esta naturaleza.

### 3. SINTOMAS.

El dolor, como es ostensible por la observación de la gráfica número 3 fué la manifestación capital en el cuadro sintomático de los tres grupos de pacientes y probablemente en todos los casos ocasionó la consulta. Decimos probablemente porque las cifras 95.99, que caracterizan el porcentaje de los enfermos de colecistitis crónica<sup>+</sup>, están sujetas a error. Esto se debe a que en las hojas clínicas de 7 pacientes o sea el 4% restante, no se encontró ningún dato referente a la sintomatología de la enfermedad, lo que no excluye la existencia de dolor. Lo mismo es válido para los demás síntomas señalados en la gráfica en lo que respecta a la colecistitis crónica únicamente. A este propósito vale hacer notar, y esto en lo que se refiere a los tres grupos de enfermos, que las cifras que representan a los demás síntomas pueden tener otra causa de error. Queremos decir que los observadores al entrevistar a los pacientes no los sometieron a un interrogatorio común y por lo tanto los síntomas que aparecen apuntados en la gráfica no fueron investigados en todos ellos. Deberemos insistir sobre este particular al analizar otros ángulos del problema.

El dolor presentó las mismas características, al menos aparentemente, en todos los enfermos, despojándose así de todo valor para

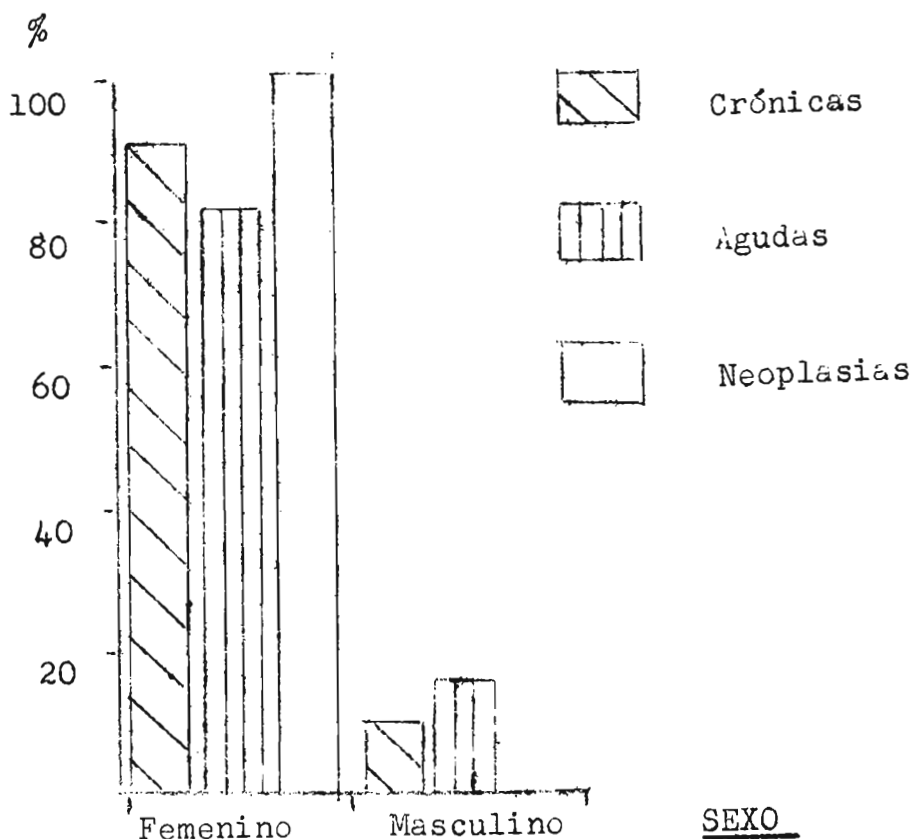
+ En los otros dos grupos se presentó en el 100%.-

el diagnóstico diferencial de los distintos tipos de enfermedad vesicular. Dichas características son las que constituyen la descripción de "cólico biliar" que aparece en todos los textos. Aunque no se insistió en los detalles no sólo del dolor sino de los demás síntomas, lo que hace difícil su análisis, aquél se inició generalmente en el hipocondrio derecho aunque en un porcentaje considerable fué de comienzo epigástrico y en la mayoría de los casos se irradió sea al hombro derecho, región dorsolumbar o el resto del abdomen. Los porcentajes correspondientes pueden leerse en la gráfica. Probablemente el carácter del dolor fué una de las manifestaciones importantes que motivaron el que la mayoría de los enfermos fueran catalogados como "colecistitis calculosa".

El 81.71% de las colecistitis crónicas y todos los casos de colecistitis aguda y cáncer de la vesícula biliar presentaron náuseas y vómitos, la gran mayoría de los cuales fueron involuntarios y un escasísimo número provocado, en un afán por aliviar el dolor. Aunque algunos autores atribuyen esas características y una frecuencia tan elevada a la presencia de cálculos en los conductos biliares fuera de la vesícula, debido a que así lo han demostrado experimentalmente, lo cierto es que sólo hemos hallado cálculos extra vesiculares en 25 ocasiones y, no obstante, los vómitos y el dolor tipo "cólico biliar" son prácticamente el denominador común de nuestros casos.

Las otras dos características importantes de los cuadros sintomáticos de todos los pacientes están representadas por anorexia

Gráfica # 2.-

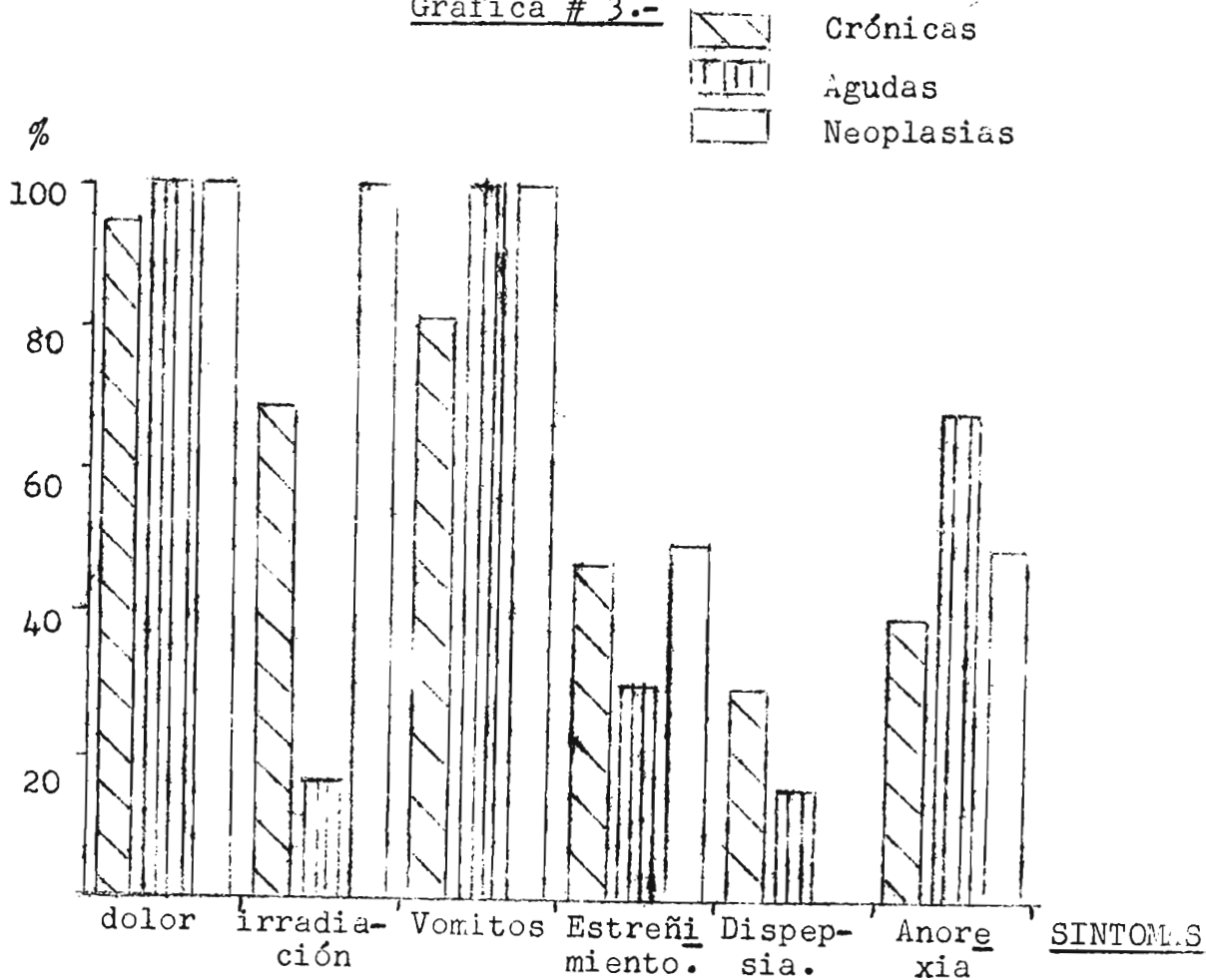


PORCENTAJE DE PACIENTES SEGUN SU SEXO

o hiporexia y estreñimiento. Esta última se presentó en el 44.56% de los casos de colecistitis agudas; y la primera en el 39.42% de las crónicas, las dos terceras partes de las agudas y la mitad de las neoplasias. Como dijimos antes es probable que esos porcentajes hubieran sido mayores si se hubiera insistido sobre los síntomas que representan.



Gráfica # 3.-



FRECUENCIA DE LOS SINTOMAS EXPRESADOS EN PORCENTAJE EN LOS TRES GRUPOS DE PACIENTES.-

En lo que respecta a trastornos dispépticos, aunque por la misma razón el porcentaje podría haber sido mayor aparecen señalados con cifras de 33.14% y 16.66% para las colecistitis crónicas y las agudas respectivamente. Sin embargo el atribuir demasiado valor a los llamados síntomas dispépticos (eructos, borborrismos, pirosis, regurgitaciones, etc.) puede ser un procedimiento

to peligroso y conducir el diagnóstico por un camino equivocado. Se debe recordar que además de un proceso vesicular pueden existir otras condiciones patológicas que producen estos síntomas y pueden ser la única y/o real causa de ellos. No nos detendremos a examinar las condiciones capaces de producir esa confusión porque tal cosa sale del marco de nuestros propósitos. Ahora bien, los autores están de acuerdo en que se les puede considerar como factor en el diagnóstico siempre que formen parte de un cuadro que por otros motivos pueda probarse de origen vesicular.<sup>†</sup> Aún con tal prueba en la mano, la retribución a un procedimiento quirúrgico emprendido sobre el tracto biliar puede ser un resultado poco satisfactorio en lo que a estos síntomas se refiere y, por lo tanto, se deberá siempre tratar de descartar la posibilidad de patología orgánica o funcional ajena a la enfermedad vesicular antes de decidir cualquier tratamiento, recordando que, además, el padecimiento biliar puede ser asintomático.

Del examen efectuado en la gráfica número 3 se deduce que aunque las designaciones de crónica, aguda y neoplasia parecieran merecer alguna diferenciación sintomática, en la práctica no es así para la mayoría de los casos y en este aspecto los cuadros se confunden. No obstante hemos de recordar aquí que en las hojas clínicas de nuestros pacientes no se ha puesto énfasis en la descripción detallada de los síntomas y eso, en parte, podría darnos una visión oscura del problema. Quizá la similitud de la expresión sintomática de estos distintos estados patológicos pueda hallar una explicación.

<sup>†</sup> No obstante son muy frecuentes y en raras ocasiones la única manifestación de un proceso vesicular.

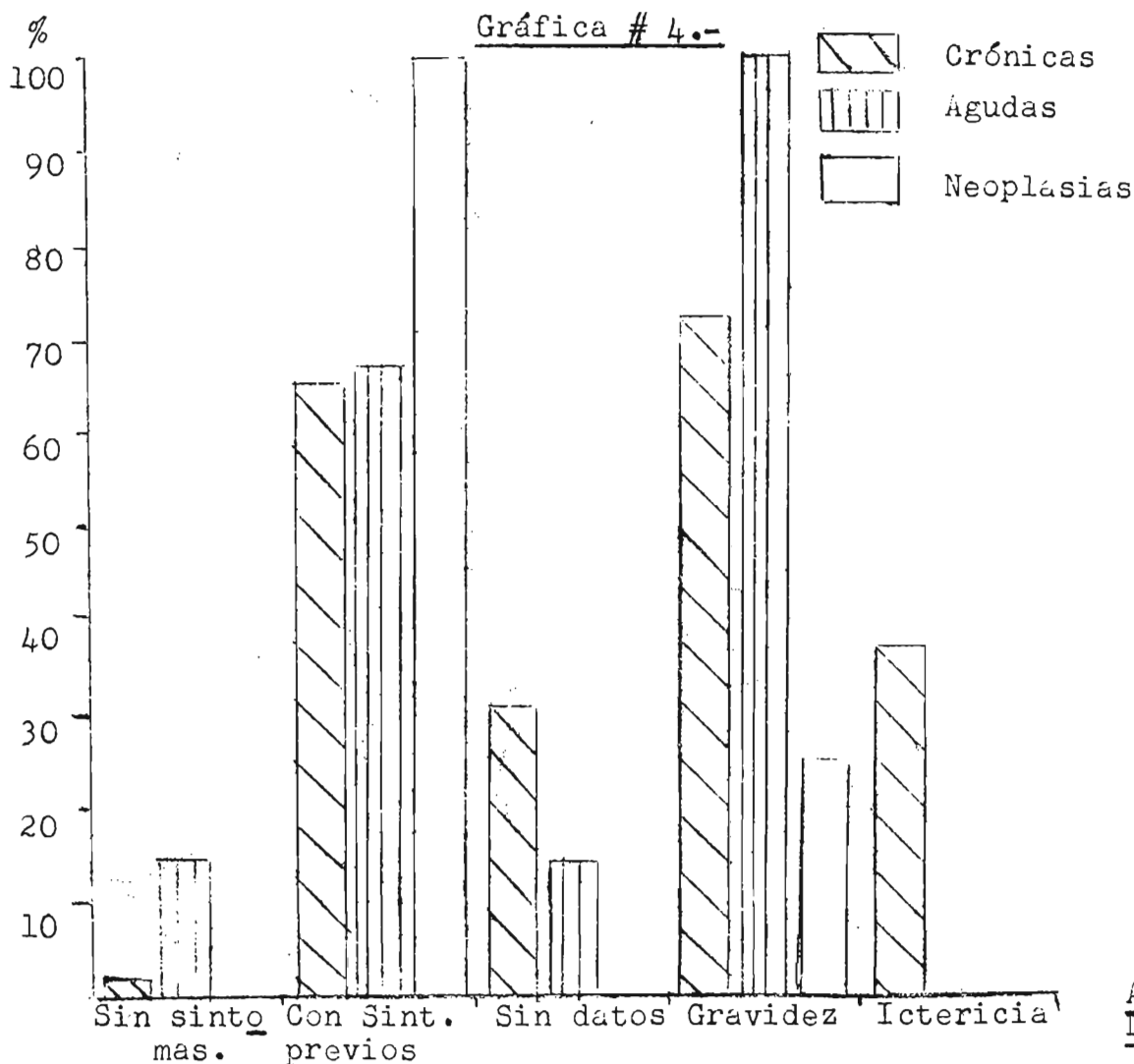
#### 4. ANTECEDENTES.

##### A) Duración de la Enfermedad.

Algunos datos de la gráfica número 4 merecen unas pocas palabras. Notamos que el 2.85% de las colecistitis crónicas no presentaron síntomas antes del ataque que motivó su admisión al hospital. De los cinco casos que representan ese 2.85%, cuatro presentaron cálculos. Es sabido, y lo hemos anotado en repetidas ocasiones, que la litiasis biliar puede permanecer asintomática y que es preciso evaluar debidamente todos los aspectos de cada caso para no confundir un cólico biliar con un proceso vesicular agudo. No obstante hemos expresado también al comienzo del desarrollo de este trabajo al referirnos a la colecistitis aguda, que ésta puede venir a complicar una vesícula crónicamente enferma, y así sucede generalmente. Esto prueba por sí solo, si volvemos de nuevo los ojos a la gráfica 4 y observamos que el 66.64% ( buscar la casilla que hemos denominado "con síntomas previos"). de nuestros casos de colecistitis agudas habían tenido síntomas anteriormente. De los cuatro casos que constituyen ese porcentaje, tres tuvieron cálculos y éstos no son un accidente agudo.

En cuanto al cáncer de la vesícula biliar, el 50 al 70% de los casos han presentado síntomas anteriores a los que motivaron la admisión, expresa Lam (6). Todos los casos aquí expuestos los habían tenido. En la serie de Jones (5) se encontraron cálculos en el 82%; y en el 66% la enfermedad comenu

zó 6 meses o menos antes de la hospitalización. En los nuestros, se encontraron cálculos en el 75% e igualmente en 75% el comienzo aparente de la enfermedad se situó en los seis meses anteriores al ingreso al hospital. Aunque nuestra serie es mínima los porcentajes tienen suficiente semejanza como para mostrar una tendencia. En resumen las designaciones anatómicas de crónica, aguda y neoplasia, cuando se trata de enfermedades de la vesícula biliar, no se identifican necesariamente con el tiempo de evolución clínica y en muchas ocasiones no guardan ninguna relación.



GRAFICA RELATIVA A ANTECEDENTES.-

B) Gravidez.

En nuestros pacientes del sexo femenino, (la gran mayoría como hemos visto) el antecedente de uno o más embarazos es suficientemente importante como para no apartarse de las normas de la enfermedad. Aunque esta es una de las características de los procesos patológicos del tracto biliar, continúa siendo objeto de discusión desde el punto de vista etiológico y en ese plano se aparta de nuestro tema. No parece necesario ningún comentario sobre este particular y sólo es de lamentar que en el 16.21% de los pacientes del sexo femenino no se investigó en este sentido.

C) Ictericia.

En cuanto a la ictericia, nos limitamos a señalar que aparece anotado como presente en el pasado de 38.28% de los enfermos de colecistitis crónica. No hay datos sobre 8 pacientes (4.57%). No existe el antecedente de ictericia en los otros dos grupos.

Los antecedentes de cinco casos del grupo de las colecistitis crónicas merecen referencia especial.

Uno de ellos (crónica calculosa) presentó en un ingreso anterior, ocho meses antes, una pancreatitis aguda. Es un hecho conspicuo que existe una estrecha asociación entre pancreatitis y enfermedad del tracto biliar, circunstancia que, entre otras, según Bisgard et al.

(7) puede verse como un factor que explique el reflujo de la bilis dentro del conducto pancreático y la producción de pancreatitis.

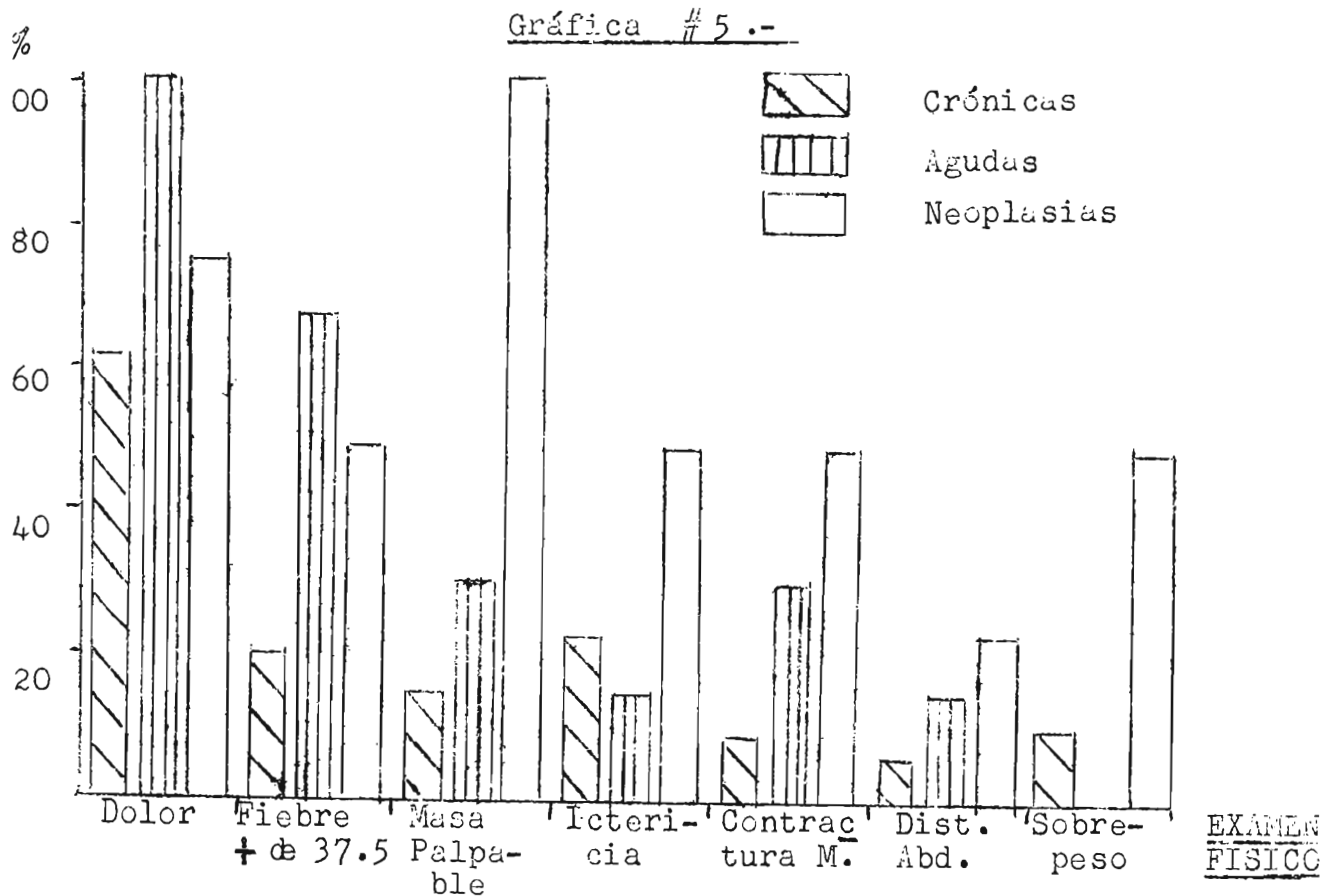
En el segundo caso se había practicado previamente una colecistostomía, en otro hospital, de la que sólo se sabe que no encontraron cálculos, pues no aparecen consignados otros datos sobre el procedimiento; suponemos que este fué emprendido con el diagnóstico de colecistitis aguda. Pero posteriormente además de presentar una posible fístula biliar externa posoperatoria, continuó aparentemente padeciendo de síntomas referibles a la vesícula biliar, aunque en la hoja clínica no aparece ningún dato sobre su sintomatología o examen físico ni ningún examen de laboratorio o radiografía tendiente a probar la existencia de patología en el tracto biliar. Aunque esto es censurable desde todos los puntos de vista fué reintervenida, encontrándose una colecistitis crónica calculosa. Nos limitamos aquí a citar el antecedente de la colecistostomía y dejaremos el comentario sobre la sucesión colecistostomía-colecistectomía para la parte del desarrollo referente a procedimientos operatorios.

El tercero es similar al anterior, con antecedentes de picocolo cisto y colecistostomía 5 meses antes y que reingresó por las mismas causas de reaparición de los síntomas y fístula externa posoperatoria.

En los dos casos restantes el antecedente fué una colecistopatía aguda; en uno de ellos, la paciente ingresó nueve meses antes por tal proceso y fué tratado conservadoramente.

En el otro caso, que fué igualmente tratado de manera conservadora, el antecedente era reciente y fué catalogado como una colecistitis tífica aguda. Sobre este caso volveremos de nuevo al hablar de diagnóstico.

Es probable, como hemos expuesto al plantear el desarrollo del tema, que un cuadro inflamatorio agudo vesicular sea un antecedente más frecuente de lo que pueda suponerse en los casos de colecistitis crónica y probable es también que la historia de esos enfermos sería más rica en colecistostomías si consultaran siempre en esas circunstancias.



FRECUENCIA DE LOS HALLAZGOS DEL EXAMEN FISICO

## 5. EXAMEN FISICO.

El exámen físico (Gráfica #5) es distintamente contributorio para los tres grupos de enfermedad vesicular que analizamos. El dolor o sensibilidad al palpar el hipocondrio derecho fué el único hallazgo prácticamente universal, presentándose en el 83.99% de las colecistitis crónicas, el 100% de las agudas y el 75% de los cánceres de la vesícula biliar.

El 21.71% de los casos de colecistitis crónica, las dos terceras partes de las agudas y la mitad de las neoplasias eran febriles al ingresar al hospital; esas cifras están de acuerdo con la explicación de Bockus, quien afirma que los casos de colecistitis aguda sin temperatura elevada no son raros y que en los cánceres de la vesícula siempre se presenta fiebre en alguna época del curso de la enfermedad. En este aspecto del examen como en el anterior se nota un predominio de las colecistopatías agudas sobre los otros dos grupos. En todos los demás aspectos la exploración física fué más pródiga en hallazgos con el grupo de las neoplasias, lo cual es particularmente notorio en las columnas correspondientes a masa palpable y hepatomegalia que suben ambas hasta la cifra de 100%. Una masa se palpó únicamente en el 15.99% de las colecistitis crónicas y en el 33.33% de las agudas y se anotó hepatomegalia en la mitad de las agudas y la quinta parte de las crónicas. En lo que se refiere a tumoración palpable nuestras cifras no se apartan en términos generales de las ofrecidas por la literatura médica, aunque en algunas partes se expresa que en muchas ocasiones el dolor no permite una :



identificación correcta, hecho de observación frecuente, que es válido en lo que se refiere al descubrimiento de hepatomegalia, sobre la cual no hemos encontrado cifras.

La ictericia es de ocurrencia variable, dependiendo probablemente en la mayoría de los casos de la presencia de cálculos, pero obviamente puede ser causada por otras circunstancias como compresión inflamatoria o neoplásica. Se diagnosticó clínicamente ictericia en nuestros pacientes en el 23.42% de las colecistitis crónicas, el 16.66% de las agudas y el 50% de las neoplasias.

Otras características prominentes proporcionadas por la exploración física estuvieron constituidas por contractura muscular en el área vesicular y distensión abdominal, que se presentaron, hecho contradictorio, en un porcentaje mayor de enfermos en el grupo de los cánceres vesiculares. No obstante, ambos casos presentaron una franca leucocitosis, y uno de ellos una temperatura de 38.8° C. y distensión abdominal que ocasiona el 25% señalado en la columna correspondiente, además de que en el otro se encontraron microabscesos en la superficie hepática en el momento operatorio. Es evidente que en los dos casos existía infección secundaria que justifica los hallazgos del examen.

En lo relativo a contractura muscular y distensión abdominal, siguen en importancia las columnas correspondientes a las colecistitis agudas, lo que es de esperar dada la naturaleza del proceso. Esas columnas ascienden hasta las cifras de 33.33% la de contractura y 16.66% la de distensión. Con respecto a esta última los autores han

señalado que en ocasiones puede producirse de modo tan intenso, como para confundirse con un síndrome oclusivo.

Nos parece que el 11.42% con que están marcadas las colecistitis crónicas en la columna "sobrepeso" no está de acuerdo con las características que en este sentido se le atribuyen generalmente a las enfermedades de la vesícula biliar. Tal parece como si se hubiera abusado un poco de esa circunstancia. El sobrepeso señalado en los casos de neoplasia ha sido comentado en la parte referente a síntomas.

Para terminar diremos que en el grupo de las colecistitis crónicas existen 8 casos (4.57%) de los que no se pudo obtener ningún dato por no existir en sus hojas clínicas la relación del examen físico que les practicaron. Esta omisión pudo haber modificado los porcentajes para ese tipo de enfermedad vesicular.

## 6. EXAMENES COMPLEMENTARIOS.

Es difícil hacer comentarios generales bajo este encabezamiento por cuanto solamente el leucograma se practicó en todos los casos y solamente cinco exámenes fueron efectuados en más de la mitad del total de enfermos. Merece destacarse con caracteres especiales el hecho de que una investigación tan importante como la determinación de la bilirrubinemia sólo se efectuó en 98 de las 185 pacientes que constituyen el total de nuestros casos, circunstancia que es más de lamentar puesto que tal investigación puede condicionar procedimientos operatorios ulteriores. Según expresa Rodney Maingot (8) una ictericia subclínica evidenciada por una bilirrubinemia de 0.5 a 0.7 mgms. es una de las indicaciones para efectuar la coledocostomía y;

por lo tanto, la ausencia de tal determinación puede dar lugar a que se realice una intervención quirúrgica incompleta y a que se comprometa el resultado de la misma.

Cuadro # 1.-

Número de cada uno de los exámenes de laboratorio  
y porcentajes respectivos.

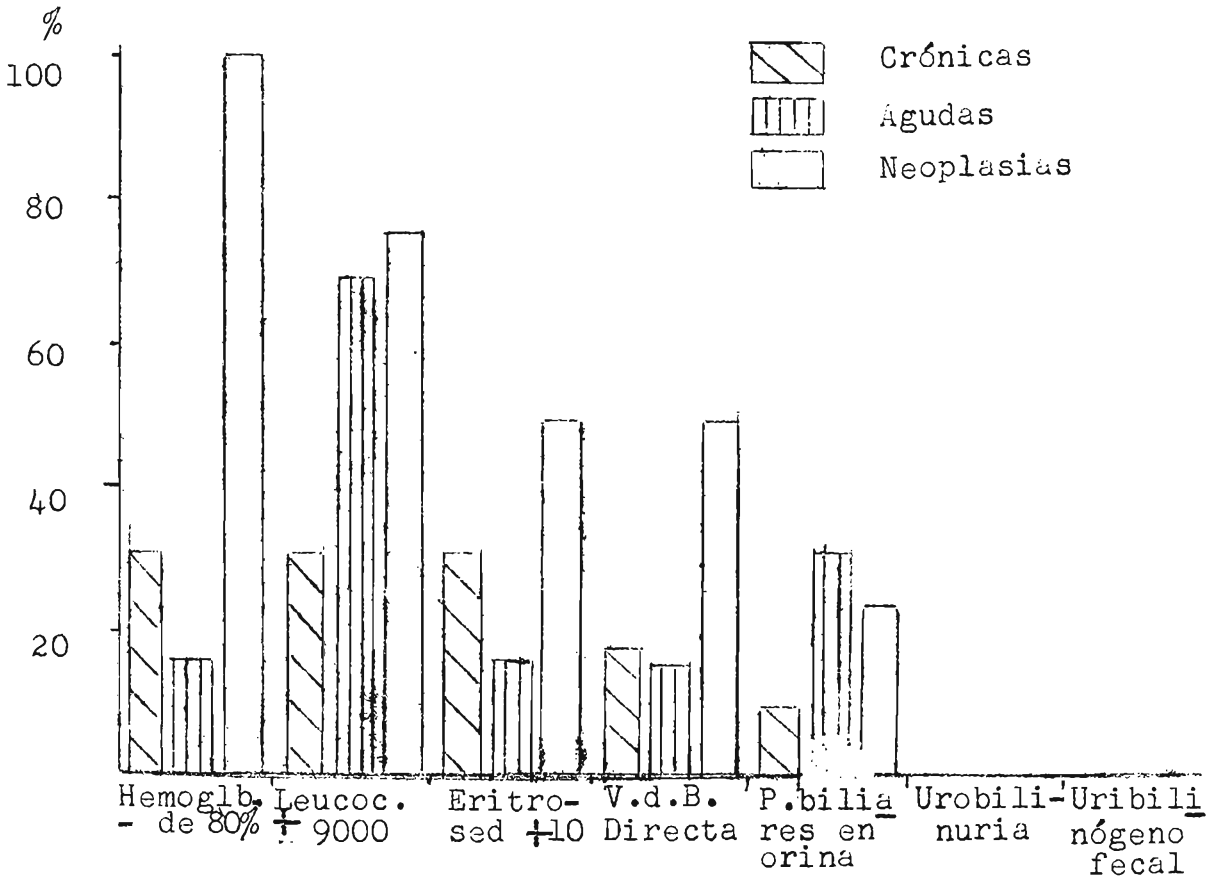
<u>tipo de examen</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
Hemoglobina	182	98.37
Leucograma	185	100
Eritrosedimentación	84	45.40
T. den Bergh (Directa)	98	52.96
Pigmentos biliares en orina	164	88.64
Urobilinuria	6	3.24
Urobilinógeno fecal	13	7.52
Proteínas totales	29	15.67
Valor de Protombina	53	28.64
Wanger	108	58.37
Pimol	94	50.80
Fosfatasa alcalina	30	16.21
Coolesterol total	71	38.37
Retención de Bromosulfaleína	16	8.64
Amilasa sérica	13	7.02

=====

Llama también la atención el que a pesar de que es un hecho conocido la repercusión que las enfermedades de la vesícula biliar pueden tener sobre el parénquima hepático y el consiguiente trastorno de su funcionamiento, los exámenes encaminados a demostrarlo se realizaron en una proporción sumamente baja. Tal circunstancia propende a obtener una visión equívoca de la verdadera situación de los enfermos y les priva de gozar de una dirección apropiada en el tratamiento de su

condición.

Gráfica # 6 .-

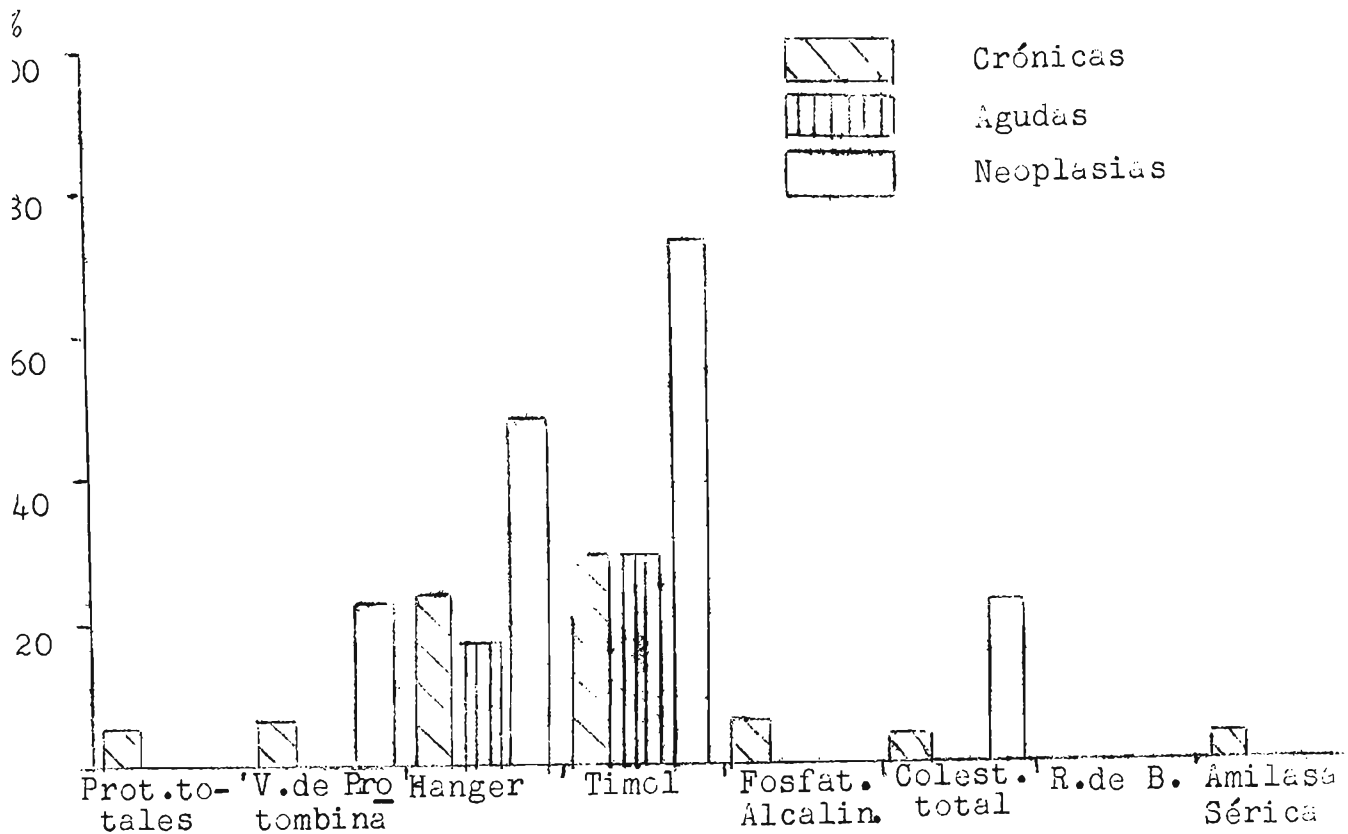


FRECUENCIA DE EXAMENES ANORMALES PARA CADA GRUPO

Aunque comprendemos que si bien es cierto que no siempre es necesario realizar todos los exámenes de laboratorio y que por el contrario éstos deben ser seleccionados inteligentemente, también lo es el que en nuestra serie tal investigación fué deficiente, para dar y

na noción de la magnitud de lo cual, hemos querido exponer en la  
cuadro número 1, el total de exámenes de cada clase que fueron  
practicados y el porcentaje correspondiente.

Gráfica # 7 .-



FRECUENCIA DE EXAMENES ANORMALES PARA CADA GRUPO

En contraste ofrecemos en las gráficas número 6 y 7 el número  
de exámenes con resultados alterados y los porcentajes respectivos

ara cada uno de los grupos de enfermedad vesicular. Completamos las gráficas 6 y 7 con un cuadro (No. 2) en el que están anotados el número de exámenes de cada tipo que se hicieron para cada grupo en particular y los porcentajes equivalentes. Se debe deducir que no se pueden obtener conclusiones del análisis de las dos últimas gráficas, con excepción de lo que se refiere a hemoglobina, recuento leucocitario y pigmentos biliares en orina por cuanto, como hemos mostrado en el cuadro el número de exámenes practicados no lo permite.

No obstante el grupo de las neoplasias ha sido más afortunado, por lo reducido de su número, y en lo que concierne a esos casos las cifras anotadas pueden considerarse significantes.

Cuadro # 2 .

Número de exámenes de cada tipo practicados para cada uno de los grupos y porcentajes respectivos.

EXAMEN	Crónicas		Agudas		Neoplasias	
	No.	%	No.	%	No.	%
hemoglobina	173	98.85	5	83.30	4	100
leucograma	175	100	6	100	4	100
microsedimentación	80	45.71	2	33.33	2	50
de B. (Directa)	92	52.56	2	33.33	4	100
de B. en orina	155	88.56	5	83.30	4	100
urobilinuria	6	3.42	0	0	0	0
urobilinógeno fecal	12	6.84	0	0	1	25
proteínas totales	29	16.57	0	0	0	0
de Protombina	51	29.14	1	16.66	1	25
amylasa	102	58.28	2	33.33	4	100
lipasa	88	50.28	2	33.33	4	100
fosfatasa Alcalina	29	16.57	0	0	1	25
colesterol total	67	38.28	2	33.33	2	50
urea	16	9.14	0	0	0	0
amilasa sérica	13	7.42	0	0	0	0

### COLECISTOGRAFIA

Se practicaron en total 173 (93.50%) colecistografías con los resultados anotados en el cuadro<sup>†</sup>; aunque en las hojas clínicas de dos de los enfermos no aparecen los resultados obtenidos; en dos casos se practicó únicamente una radiografía simple del abdomen y a pesar de que este tipo de examen es capaz de descubrir el 10% de los cálculos no encontramos explicación del por qué se prescindió de la colecistografía. Es de lamentar que no se realizara esta investigación en 10 pacientes, sin que existiera ninguna contraindicación, por cuanto éste es el principal medio diagnóstico en las afecciones de la vesícula biliar.

Siguiendo las normas que nos hemos impuesto no nos detendremos a considerar el procedimiento limitándonos a recordar que por cualquier método que se empleé, la obtención de una sombra vesicular satisfactoria depende de varios factores como: 1. Funcionamiento hepático normal; 2. Permeabilidad del conducto cístico; 3. Normal funcionamiento de la vesícula biliar; 4. Ausencia de sombras ajenas que interfieran la visualización. En el caso de la colecistografía oral deben de considerarse otros factores: 1. Capacidad de absorción de la mucosa intestinal; 2. Buena preparación del paciente y ausencia de vómitos o diarrea y 3. Presencia de enfermedades del tubo gastrointestinal que puedan interferir con la absorción del colorante.

Solamente se efectuaron tres drenajes duodenales: en uno la in-

† No.3.-

investigación fué negativa; en otro mostró cristales de colesterol y en el tercero bilirrubinato de calcio.

Es igualmente de lamentar el que esta prueba no se verificara con más frecuencia, puesto que puede proporcionar valiosos informes principalmente en aquellos casos en que la colecistografía no muestra la presencia de colelitiasis. Es probable que se encuentren cálculos en el 90% de los casos que muestren cristales de colesterol en el 50% de los que revelen la presencia de bilirrubinato de calcio y en el 98% de los casos en que se encuentren ambos (15).

Cuadro # 3 .

<u>COLECISTOGRAFIA</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
No se ve - no cálculos	91	52.55
No se ve - cálculos	54	31.18
Normal - cálculos	14	8.08
Normal - no cálculos	3	1.73
Concentra mal - no cálculos	3	1.73
Concentra mal - cálculos	6	3.46
=====		

Otros exámenes practicados que aparecen en el cuadro número 4 contribuyeron en gran parte a diagnosticar la patología asociada que mencionaremos en el capítulo concerniente a diagnóstico. Merece destacarse la poca frecuencia con que se hizo un examen radiológico del tubo digestivo, que debería ser rutinario en todos los casos en que se se-



VISION DE CONJUNTO DE LOS DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS  
EN EL TOTAL DE LA SERIE, SU NUMERO Y PORCENTAJE.

Cuadro # 5.

<u>DIAGNOSTICO PREOPERATORIO</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
Colecistitis crónica calculosa	172	92.96
Colecistitis crónica no calculosa	3	1.62
Colecistitis aguda	2	1.08
Síndrome abdominal agudo	1	0.54
Colédocolitiasis	3	1.62
Hidrocolecisto	3	1.62
Neoplasia	1	0.54

=====

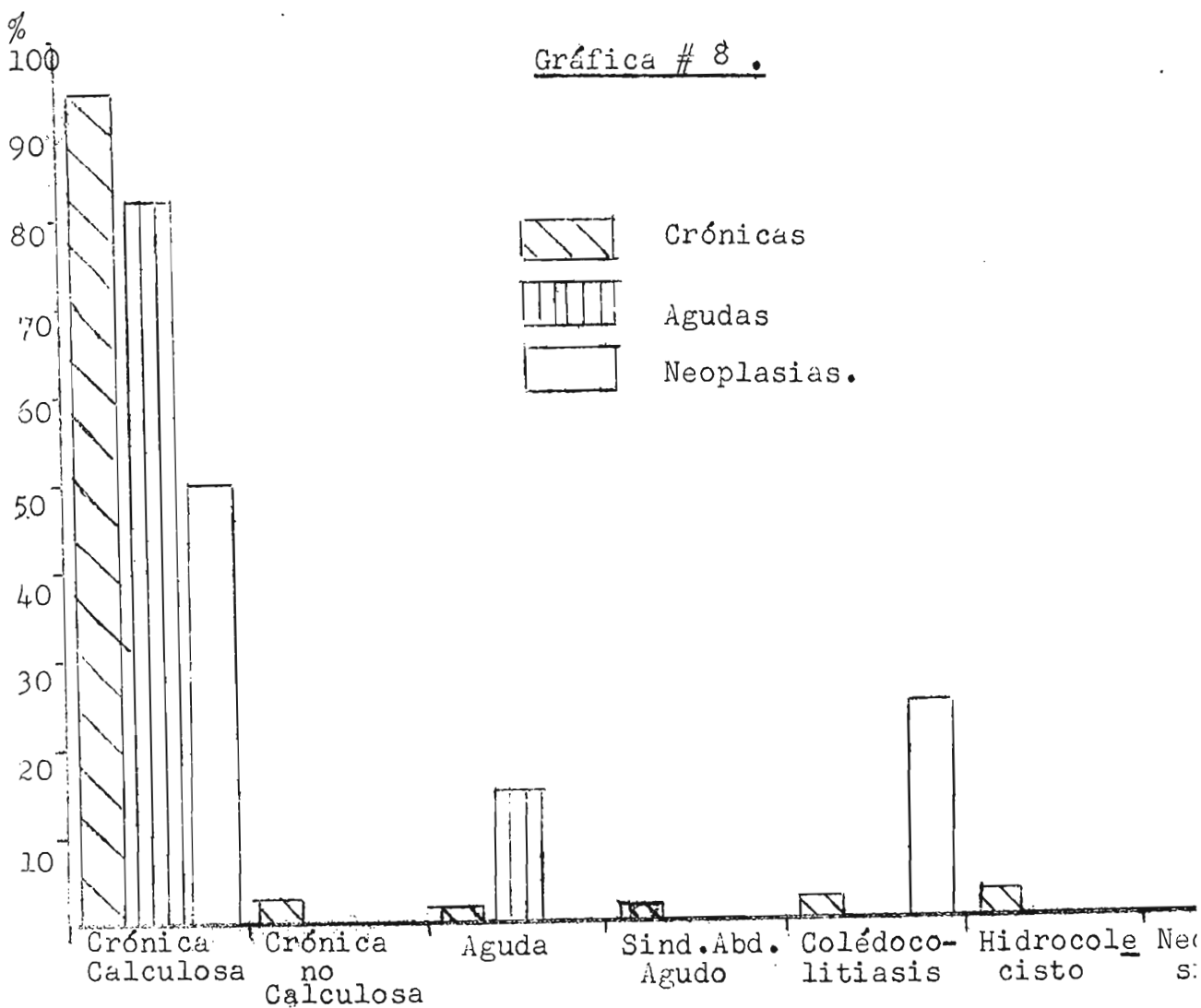
cutiva a la formación de cálculos en la vesícula biliar. Aún aquellos que se hallan en pacientes sometidos previamente a una colecistectomía se encontraban presentes ya, en la inmensa mayoría de los casos, en el momento del procedimiento operatorio anterior y pasar desapercibidos, probablemente por olvido de las indicaciones de colecistostomía, o porque habiéndose practicado ésta la exploración fué descuidada. No obstante ocasionalmente pueden formarse cálculos independientemente en el conducto común, a base de pigmentos puros o bilirrubinato de calcio (8), la prueba más importante de lo cual es proporcionada por reportes de hallazgos de cálculos en los conductos

extrahepáticos, en casos de ausencia congénita de la vesícula biliar. Nos parece, por lo tanto que en la práctica debe sustituirse ese diagnóstico por el de colelitiasis, o bien formular la presunción de la existencia de colédoco obstruido por cálculos como resultado de enfermedad vesicular como se hizo en otros dos casos. Generalmente se piensa en tal circunstancia cuando se está en presencia de un enfermo con historia de repetidos cólicos biliares seguidos de ictericia, pero desgraciadamente en un porcentaje considerable de casos los hallazgos operatorios se niegan a confirmar tal situación.

En el material que analizamos, como hemos dicho, se pensó en la obstrucción del colédoco en cinco oportunidades y sólo se comprobó en dos, mientras que como veremos al analizar los hallazgos operatorios se encontraron cálculos en esa posición en doce oportunidades en donde no se sospechó. Estas divergencias, como es obvio, se prestan a error y no parece conveniente, por lo tanto, exponer un diagnóstico único de una situación casi siempre accidental.

En la gráfica número 8 exponemos los porcentajes correspondientes a los diagnósticos que se hicieron para cada uno de nuestros enfermos.

Gráfica # 8 .



FRECUENCIA DE LOS DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS ATRIBUIDOS A NUESTROS TRES GRUPOS DE PACIENTES.

El diagnóstico de colecistitis crónica calculosa mantiene siempre para sí los porcentajes más importantes en los tres grupos de pacientes, con 94.28%; 83.30% y 50% para las crónicas, agudas y neoplasias respectivamente. De nuestros casos de colecistitis crónica

fueron diagnosticados como hidrocolecisto y dos como colédocolitiasis, de los cuales ya hemos expuesto la opinión general al respecto en otros dos pacientes, como dijimos anteriormente, se hizo el diagnóstico de colédocolitiasis como consecuencia de una colecistitis crónica calculosa; otros tres casos fueron diagnosticados como colecistitis crónica no calculosa y en uno de ellos se encontraron cálculos. En este caso, aunque una colecistografía reportaba la presencia de cálculos, una segunda los negaba.

En un paciente se hizo el diagnóstico accesorio (radiológico) de fístula con el tubo digestivo, y en dos, también accesoriamente, de fístula externa consecutiva a colecistostomía anterior. No obstante en el momento operatorio se descubrieron otras dos fístulas internas espontáneas, que hemos clasificado como hallazgos operatorios (ver cuadro número Diez); y existe otro caso de fístula biliar externa posoperatoria consecutiva a colecistectomía que hemos clasificado en la parte referente a complicaciones. Hemos querido dejar el comentario referente a estos accidentes para el párrafo correspondiente a procedimientos quirúrgicos y hallazgos operatorios que analizaremos conjuntamente; pero otros dos casos de este mismo grupo de las colecistitis crónicas nos parece que merecen algunas palabras. Uno de ellos fué operado con el diagnóstico de colecistitis tífica aguda, aunque en realidad la operación se realizó 80 días después de que el accidente agudo había cedido con tratamiento médico, por lo que lo hemos mencionado en la parte concerniente a antecedentes. No obstante que se trata de nociones teóricas, este caso nos brinda l

oportunidad de recordar que aunque actualmente existe acuerdo prácticamente absoluto que señala a un factor obstructivo (cálculo, agulacion del conducto cístico, compresión extrínseca, etc.) como causa de la colecistitis aguda y que la infección es un factor secundario aunque importante, se reconoce también que, a pesar de ser rara la colecistitis aguda puede presentarse como consecuencia directa exclusiva de un proceso infeccioso, circunstancia que ocurre en el 1% de los casos de fiebre tifoidea.

El otro fué intervenido con el diagnóstico de "síndrome abdominal agudo". No habían antecedentes referibles a enfermedad vesicular; existía una franca **inflamación peritoneal** en el hemiabdomen derecho; el paciente no estaba icterico y una colecistografía no mostró sombra vesicular. Se le practicó una celiotomía exploradora encontrándose una vesícula agudamente inflamada, distendida, conteniendo cálculos, a la que se había adherido el epiplón mayor en un mecanismo defensivo contra la peritonitis vecina. Se cerró la cavidad haciendose el diagnóstico posoperatorio de colecistitis crónica calcilosa en fase aguda, sin que aparezca explicado el por qué no se efectuó ningún procedimiento operatorio sobre la vesícula biliar. Trece semanas después fué reintervenido "en frío" practicándose una colecistectomía. Comentaremos este proceder al tratar sobre procedimientos quirúrgicos.

Sólo uno de nuestros casos de colecistitis aguda fué diagnosticado como tal para un porcentaje de 16.66%; los restantes (83.33%)

=====  
Cuadro #6

<u>PATOLOGIA ASOCIADA</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
Pancreatitis	4	2.16
Ulcus duodenal	5	3.24
Colangitis	2	1.08
Hepatitis secundaria	1	0.54
Cirrosis hepática	3	1.62
Metástasis hepática de carcinoma vesicular.	2	1.08
Degeneración turbia de protoplasma hepático.	1	0.54
Cáncer gástrico	1	0.54
Gastritis crónica	3	1.62
Duodenitis	1	0.54
Divertículo duodenal	1	0.54
Diabetes	1	0.54
Isquemia miocárdica	5	2.70
Cardiopatía congénita	1	0.54
Litiasis renal	1	0.54
Fibroma hepático	1	0.54
T. B. Pulmonar	2	1.08
Cáncer del cuello uterino	2	1.08
Fractura vertebral	1	0.54
Calcificación de arteria esplénica.	1	0.54
Quieste del ovario	3	1.62
Apendicitis aguda	1	0.54
Apendicitis crónica	1	0.54
Quieste hepático	1	0.54
Enfisema pulmonar	2	1.08
Fibrosis cuello uterino.	1	0.54

=====

## PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y HALLAZGOS OPERATORIOS.

En esta parte discutiremos conjuntamente lo relativo a procedimientos quirúrgicos y hallazgos operatorios, aspectos íntimamente ligados por el hecho de que frecuentemente, estos últimos condicionan a los primeros y por consiguiente su separación sería artificial.

Hay acuerdo universal en que la colecistectomía, sólo o acompañada de coledocostomía cuando ésta está indicada, es la única intervención quirúrgica capaz de promover una curación definitiva en los padecimientos del tracto biliar. No obstante, hay muchas cosas que decir al respecto. Las características de edad, duración de la condición patológica, estado orgánico del paciente como consecuencia de la propia enfermedad vesicular, complicaciones, presencia de patología asociada, hallazgos operatorios, etc., transforman lo que podría parecer una cuestión muy simple en un problema real que requiere un cuidadoso juicio médico-quirúrgico. Existen, desde luego, los casos sencillos, pero la conducta más sabia consiste en emprender el tratamiento de cada uno sin recordar la facilidad y las dificultades con que hayan sido resueltos los anteriores. Debemos mencionar a este propósito las palabras de Rodney Maingot: "El caso fácil y el cirujano con exceso de confianza, despreocupado de la técnica cuidadosa, constituyen la combinación más siniestra".

Ocasionalmente, dependiendo de las circunstancias o del tipo

de enfermedad, es necesario prescindir de la colecistectomía y recurrir a otros procedimientos tales como colecistectomía parcial, colecistostomía, que se practican más bien raramente y que en el caso de esta última, va seguida muy frecuentemente de una colecistectomía definitiva.

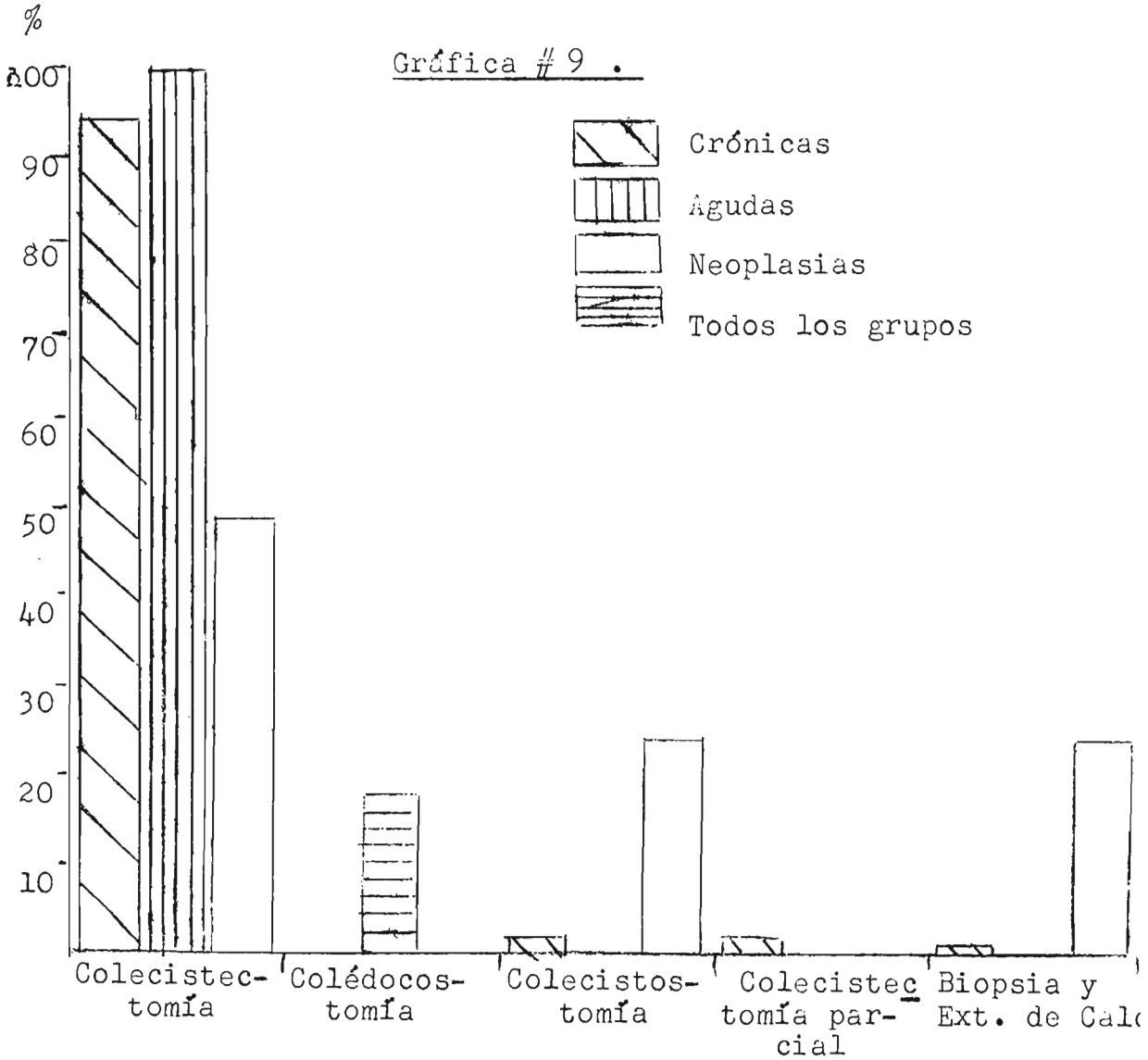
Pero en última instancia y en una visión más amplia del problema, la cirugía en general viene a ser el camino más corto y directo hacia el restablecimiento. Aún aquellos pacientes en quienes se descubre una colelitiasis silenciosa, ofrecen, según muchos autores, un terreno apropiado para la cirugía electiva principalmente si se trata de individuos jóvenes.

Sabemos que tal situación puede producir y en efecto produce numerosas complicaciones como colecistitis aguda, enclavamiento del cálculo en el colédoco, fístulas, etc. y a pesar de que muchas personas padecen de colelitiasis asintomática durante toda su vida esto no pone a nadie al abrigo de los peligros potenciales. Sin embargo éstos como todos los otros casos han de ser juzgados a la luz de las circunstancias individuales, ya que los pacientes difieren como se ha dicho, según su edad, condición orgánica, patología asociada, etc.

El tratamiento médico tiene un campo muy estrecho en la patología del tracto biliar y está reservado para aquellos pacientes que constituyen un riesgo quirúrgico muy pobre, o para aquellos que padecen una colecistitis crónica no calculosa que es un problema eminentemente médico. Estos últimos son los casos que



tratados quirúrgicamente proporcionan resultados desalentadores más frecuentemente; aún así se convierten en indicaciones operatorias cuando dan cuenta de frecuentes episodios de cólico biliar o producen ictericia; siempre que por los medios diagnósticos apropiados se hayan descartado otras anomalías como úlcera péptica, pancreatitis, enfermedad cardiovascular, etc.



FRECUENCIA DE LOS DISTINTOS TIPOS DE OPERACIÓN A QUE FUERON SOMETIDOS LOS TRES GRUPOS

En la gráfica número 9 exponemos los distintos tipos de operación practicados en nuestros tres grupos de enfermos y en el cuadro número 7 lo relativo a hallazgos operatorios.

Observamos que, respondiendo a los principios ya enunciados, la colecistectomía fué la operación que se hizo en la mayoría de los casos de colecistitis crónica (95.99%), en todos los de colecistitis aguda y en la mitad de los de carcinoma de la vesícula biliar. En todos los demás las condiciones locales obligaron al cirujano a realizar otro procedimiento. Repetimos que únicamente en el grupo de las colecistitis agudas se practicó una colecistectomía en el 100% de los casos. Era de esperar que en alguno o alguno de estos casos se presentaran condiciones desfavorables que impidieran efectuar una operación definitiva, sustituyéndola por una colecistostomía.

Cuadro # 7 .

HALLAZGOS OPERATORIOS	No.	%
Adherencias	62	33.51
Coledocolitiasis	14	7.56
Colédoco dilatado	15	8.10
Fístula interna espontánea	3	1.62
Ascárides en vías biliares	2	1.08
Estrechez del esfinter de Oddi	1	0.54
Estrechez del colédoco	1	0.54
Perforación vesicular antigua	1	0.54
Microabscesos en superficie hepática	1	0.54
Nódulos en superficie hepática	4	2.16

=====

A propósito de este comentario sobre el tratamiento de las colecistitis agudas, recordaremos dos casos que mencionamos en la parte dedicada a diagnóstico. Aunque uno de ellos está catalogado anatómicamente como una colecistitis crónica calculosa sus características iniciales al ingresar al hospital eran indiscutiblemente las de una colecistitis aguda, al extremo de que fué intervenido con el diagnóstico de "síndrome abdominal agudo". La laparotomía reveló patología aguda de la vesícula biliar y una reacción de pericolecistitis. Sin que aparezca ninguna explicación se cerró la cavidad abdominal pero sin practicar ningún procedimiento sobre el tracto biliar. Tres semanas después fué reintervenida extirpándose una vesícula biliar pequeña, conteniendo cálculos, lo que dió lugar al restablecimiento del paciente.

El otro está clasificado efectivamente como una colecistitis aguda, fué operado a las 72 horas del comienzo de la enfermedad con un diagnóstico acertado, encontrándose un empiema vesicular que fué extirpado, con la consiguiente curación del enfermo.

Para los efectos de nuestro comentario podemos decir que en principio, aunque los dos casos fueron tratados quirúrgicamente, el primero lo fué tardíamente puesto que la enfermedad tenía cerca de diez días de evolución y en la primera operación no fué intervenido sobre la vesícula biliar, mientras que el segundo, cuya operación, una colecistectomía, se realizó a las 72 horas del principio del padecimiento, fué tratado tempranamente.

Existe acuerdo prácticamente unánime acerca de que la cirugía es igualmente la solución en casos de colecistitis aguda pero persiste el debate en cuanto al tiempo en que se debe operar, pronunciándose la mayoría de los autores por la intervención temprana. Por ejemplo DeCamp, Ochsner y col. consideran que este debe ser el proceder cuando los pacientes son vistos antes de las 72 horas, pero si lo son en el período que va del 4º al 10º día es preferible el tratamiento conservador si el ataque agudo está desapareciendo para recurrir a la cirugía selectiva pocos días después. Horwitz, McCorkle y Alpert (9) piensan que no puede establecerse una rutina en el tratamiento de la colecistitis aguda debido a las circunstancias individuales, pero que esta condición es una emergencia quirúrgica y que los enfermos deben ser operados tan pronto como sean puestos en condiciones. Por otra parte Zollinger y Ellison (10) opinan que los pacientes requieren un manejo individualizado pero que el momento oportuno para intervenir depende de la gravedad de la enfermedad y de la respuesta al tratamiento; este punto de vista no es compartido por Rodney Maingot quien también considera la colecistitis aguda como una emergencia quirúrgica, pero no se fía del curso clínico de la enfermedad, el que en muchas ocasiones no guarda ninguna relación con los cambios patológicos. No obstante, es del parecer que se ha exagerado un tanto la incidencia de la perforación y que no se debe omitir ninguna investigación ni medida tendiente a mejorar el estado general de los enfermos, aunque esto exija 1 ó 2 días, lo que no significa de ninguna

manera un tratamiento conservador. Únicamente acepta el tratamiento médico en caso de que así lo exija la patología asociada o lo permita un ataque leve y en aparente regresión como otros ataques anteriores.

Las opiniones pueden multiplicarse pero deducimos, como lo hemos hecho notar, que la tendencia es hacia la intervención temprana y que todas las modificaciones resultan de las condiciones individuales.

La operación aconsejada es la colecistectomía, pero hay que echar mano de la colecistostomía en caso de que la anterior no pueda realizarse; este es el sentir de la mayoría de los autores; si embargo Ross y Dunphý (11) creen que en la cirugía de las vías biliares extrahepáticas la colecistostomía tiene lugar como una operación planeada de antemano y no sólo como una vía de escape; juzgan que en casos seleccionados debe emprenderse como el primero o una colecistectomía en dos tiempos.

De todas maneras, en la mayoría de los casos en que se ha realizado una colecistostomía, la colecistectomía viene a ser un segundo tiempo obligado aunque no haya sido planeado así, puesto que los pacientes generalmente continúan experimentando molestias. En los dos casos de colecistostomía previa citados en estas páginas (antecedentes) tal fué la sucesión de los acontecimientos.

En nuestros enfermos (Gráfica número 9), la colecistostomía sólo muestra columnas correspondientes al grupo de las colecistitis crónicas y al de las neoplasias, la primera con tres casos para un porcentaje de 1.71% y la segunda con un caso para un porcen-

8. Bilis mucopurulenta o sedimento en el contenido aspirado del colédoco.
9. Pancreatitis o hepatitis subagudas (recurrentes).
10. Colecistitis aguda (cuándo las condiciones locales lo permitan).
11. Vesícula biliar sin cálculos, asociada con síntomas referibles al tracto biliar.

Como se ve, es una lista muy amplia y en nuestros casos, es preciso reconocerlo, se han seguido muy pocas de sus indicaciones. Sólo será necesario para demostrarlo, observar que 88 de todos nuestros casos tuvieron antecedentes de ictericia o ictericia actual y sin embargo únicamente se practicaron 34 colédocostomías, en el 41.17% de los cuales o sea en 14 casos se encontraron cálculos en el colédoco. De estos 14 casos, 9 o sea el 64.28% tenían antecedentes de ictericia o ictericia actual. Esto nos demuestra que a pesar de que en nuestros pacientes no se cumplió el primer punto de la lista, no hay que pensar sólo en ictericia para practicar la colédocostomía, sino que por el contrario, la literatura médica está acorde en que cualquier indicación no es sólo suficiente sino que también determinante, puesto que el procedimiento prácticamente modifica muy poco el período de hospitalización y el número de complicaciones y no produce estrecheces del conducto común. En el estudio de McLaughlin y Kleager (12), la colédocostomía añadió 2.75 días al promedio de estancia hospitalaria y elevó las complicaciones posoperatorias de 11.5 a 15.2%, sin que se produjeran estrecheces.

Para Walters y col., siempre que exista una indicación deberá practicarse la colédocostomía de manera rutinaria. Hay que recordar, que si es necesario realizar una segunda intervención por cálculos en el colédoco, la estancia hospitalaria, las complicaciones y la mortalidad serán mayores. No obstante algunos autores, como Mixter, Hermanson y Segel (13) opinan que el 50% de esas exploraciones son innecesarias y que elevan la mortalidad de 0.7% a 3.9%. Creen que la colangiografía operatoria complementada con la aspiración del colédoco proporciona la solución indicando cuáles son los casos que deben explorarse; mientras que Maingot considera tal procedimiento equívoco e innecesario.

En nuestros casos no se hizo nunca colangiografía operatoria.

Para propósitos de comparación copiamos del trabajo de McLaughlin y Kleager un cuadro referente a la incidencia de colédocostomías (Cuadro No.8).

<u>Cuadro # 8 .</u>			
Antes	No. de Casos	Colédocostomías No.	Cálculos Encontrados %
Lahey 1910-26			15.5
Catell 1930-33	493	198	40.2
	634	284	44.8
	909	444	48.8
Glenn 1932-38	907	112	12.3
Adams 1942-45	1104	504	45.7
Walters 1946-47	1259	301	24
McKittrick y Wilson 1949	100	100	100
McLaughlin y Kleager-1950	230	71	30.7

NOTA: Es necesario hacer notar que en nuestros casos de colecistitis agudas no se practicó ninguna exploración del conducto común.

se presentaron tres fístulas internas espontáneas para un porcentaje de 1.62, de éstas, dos fueron colecistoduodenales y la otra colecistogástrica. En ninguno de los dos casos se sospechó la complicación en el terreno de la clínica y únicamente la última fué diagnosticada radiológicamente, aunque tal diagnóstico fué de fístula colecistoduodenal. En la literatura médica se expresa que las fístulas más frecuentes son por su orden: 1º bilioduodenales, 2º biliocolónicas, 3º biliogástricas y que su frecuencia oscila entre el 1 y el 5% de los enfermos del tracto biliar. Es de conocimiento general que la colangiolitiasis es la causa principal de esta complicación que también puede ser producida, aunque raramente, por lesiones inflamatorias como úlcera duodenal o gástrica, o bien carcinoma de la vesícula biliar, estómago o páncreas. Es de interés notar que en el caso de la fístula colecistogástrica y en uno de los de fístula colecistoduodenal no se encontraron cálculos, pero en este último existía una úlcera duodenal que talvez pudiera explicar la existencia de esa complicación, aunque es más probable que los cálculos hayan pasado al duodeno a través de la fístula. Los tres casos fueron tratados quirúrgicamente en el momento de la colecistectomía. Uno de ellos curó completamente según probó la colangiografía posoperatoria y un control radiográfico practicado cinco meses después; otro murió a las 36 horas de operado de "shock irreversible" cuya etiología no pudo determinarse; no hay datos del tercero.

En nuestro material encontramos igualmente 3 casos de fístula externa posoperatoria; dos de ellos consecutivos a colecistectomía



y el otro a una colecistectomía; los primeros están clasificados en la parte dedicada a diagnóstico y el otro en la que se refiere a complicaciones.

Las fístulas externas son raras actualmente y las del tipo espontáneo son prácticamente desconocidas; las posoperatorias son generalmente debidas a cirugía incompleta o lesión de los conductos biliares y a un factor obstructivo de cualquier naturaleza. El hecho de que la colecistostomía, una de sus causas más importantes, se haga muy raramente en nuestros días, explica lo excepcional de esta complicación que se presentó en el 1.62% de nuestros enfermos. En los casos en que la fístula es consecutiva a una colecistectomía generalmente se descubre un factor obstructivo como cálculo, estrechez del colédoco o compresión extrínseca del mismo. En el caso de nuestra serie al paciente se le había practicado una colecistectomía; tenía antecedentes de ictericia e ictericia actual y la intervención demostró un colédoco dilatado y un cálculo enclavado en él por lo que se realizó una colédocostomía dejándose un tubo de drenaje en T. En todos los casos en que se sigue este proceder sobre todo cuando hay evidencia de obstrucción, es imperativo impedir durante un período más largo el flujo biliar por el tubo antes de extraerlo, en un afán por descubrir la posibilidad de persistencia de la obstrucción, lo que de ser así se manifiesta por la aparición de dolor e ictericia, escalofríos y fiebre. Además es imprescindible en estos casos practicar una colangiografía posoperatoria para asegurarse de la permeabilidad del colédoco. Este requisito

no se cumplió en nuestro enfermo y no se tiene información de la conducta que se siguió con el tubo, ni de la situación en el momento de la cura operatoria de la fístula.

Otro de los hallazgos interesantes de nuestra serie fué el de una perforación antigua localizada de la vesícula biliar en un caso de colelitiasis de 10 años de duración aparente. Continuándose con la perforación situada en el fondo vesicular, existía una "tumoración" que abarcaba parte del parénquima hepático vecino y que probablemente representaba el absceso que siguió a la perforación. Se extirpó al mismo tiempo que la vesícula biliar dando lugar a la desaparición de las molestias, al menos mientras el paciente permaneció en el hospital.

En nuestros casos de colecistitis aguda no se presentó ningún tipo de perforación, cuya frecuencia varía en las diferentes comunicaciones al respecto, desde el 1 al 10%.

Nos limitamos a señalar los siguientes procedimientos y hallazgos operatorios: se instituyó drenaje en el 71.34% de los casos y se practicó una apendicectomía en el 15.13%.

Se hallaron adherencias en el 33.51%; en dos casos se descubrieron ascárides en las vías biliares; en uno se encontraron "microabscesos" y en cuatro nódulas en la superficie hepática.

La colangiografía posoperatoria que se realiza con el propósito de determinar el grado de permeabilidad de los conductos biliares, inyectando un medio radio-opaco a través de un tubo en T de drenaje, principalmente cuando se han hallado cálculos en el coledo

CUADRO NO.10.

COMPLICACIONES OPERATORIAS	NO.	%
Sección del colédoco	3	1.62
Incisión del duodeno	2	1.08
Incisión del estómago	1	0.54
Desgarro del hígado	2	1.08

CUADRO NO. 11.

COMPLICACIONES TEMPRANAS	NO.	%
Embolia pulmonar	1	0.54
Shock posoperatorio	3	1.62
Cistitis poscateterismo	1	0.54
Ileo	61	32.97
Infección de herida operatoria	4	2.16
Disrupción de herida operatoria	2	1.08
Atelectacia pulmonar	2	1.08
Infección respiratoria	3	1.62

NOTA: Uno de los casos de shock posoperatorio y el caso de embolia pulmonar murieron.

CUADRO NO.12.

COMPLICACIONES TARDIAS	NO.	%
Fístula externa posoperatoria	1	0.54
Eventración	2	1.08
Ictericia obstructiva ¿etiología?	1	0.54
Muerte por coma hepático	1	0.54
Muerte por hematemesis	1	0.54
Muerte por síndrome oclusivo	1	0.54

mico de la región ó más bien el olvido de las múltiples variantes anatómicas que pueden existir; el pinzar ciegamente con el objeto de detener una hemorragia, son causas importantes de traumatismo operatorio del colédoco, el que a su vez condiciona la mayoría de las estrecheces benignas de este conducto.

En nuestros casos fué siempre posible realizar una anastomosis término-terminal, circunstancia que debe considerarse afortunada. No hubo control de los enfermos después de su salida del hospital.

De los cinco casos conocidos de muerte en nuestra serie, dos fueron tempranas y tres tardías para un total de 2.70%. No obstante, en realidad sólo las dos primeras pueden atribuirse directamente a la enfermedad o al tratamiento, un porcentaje de 1.08, a pesar de que en ninguno de esos casos se hizo autopsia. De los otros tres sólo se practicó autopsia en el que murió de "hematemesis masiva", demostrándose una degeneración grasosa hepática y hepatitis alterativa. Aunque la enfermedad del tracto biliar pudo haber tenido parte en el determinismo de la lesión hepática de este caso así como pudo haber contribuido a producir la lesión del que murió en "coma hepático" y aunque el "síndrome oclusivo" (diagnóstico clínico) a que se atribuyó la muerte del tercero pudiera haber sido condicionado por el procedimiento operatorio anterior, no existe ninguna prueba que explique una relación de causa a efecto.

#### SINDROME POSCOLECISTECTOMIA.

Uno de los aspectos más importantes a considerar cuando se piensa en emprender un procedimiento quirúrgico sobre el tracto biliar

la posibilidad de persistencia o reaparición de los síntomas. Hemos llamado la atención en algunas oportunidades hacia el hecho de que casi siempre es necesario recurrir a una operación en casos de enfermedad de las vías biliares extrahepáticas y, sin embargo, la cirugía no siempre produce los resultados esperados. Esto, desde luego, no la priva del papel preponderante de que goza en este tipo de pacientes; pero es preciso que se la ayude a promover el beneficio de que es capaz, previendo hasta donde ello sea posible las causas que puedan ocasionar resultados desalentadores. Hemos hecho mención de la frecuencia con que se presenta el síndrome poscolectomía en casos de colecistitis crónica no calculosa y de la persistencia de las molestias en pacientes que padecen una colelitiasis asintomática.

A continuación enumeramos las causas del síndrome:

1. Diagnóstico preoperatorio equivocado.
2. Cálculos en el conducto hepato-colédoco.
3. Estrechez del colédoco.
4. Cálculo o inflamación del remanente del conducto cístico.
5. Neuroma de amputación del conducto cístico.
6. Adherencias del estómago o duodeno.
7. Colangitis, hepatitis, y pancreatitis residual.
8. Extirpación de una vesícula que funciona normalmente.
9. Disinergia biliar.
10. Lesión maligna no reconocida.
11. Psiconeurosis.
12. Anomalías del esfínter de Oddi y ampolla de Vater.

En nuestra serie encontramos 20 casos con síntomas iguales a los que motivaron la colecistectomía para un porcentaje de 11.04 del total de enfermos con exclusión de las neoplasias. De esos 20 casos 2 eran crónicos calculosos y 8 no calculosos, pero los primeros constituyen el 8.21% del total de colecistitis calculosa y las secundarias el 22.85% de las no calculosas. Es evidente por lo tanto que en términos generales el número de fracasos fué tres veces mayor en el grupo de las colecistitis no calculosas. En el curso de la investigación diagnóstica preoperatoria se descubrió una cardiopatía isquémica en uno de los casos de calculosis, y litiasis renal y riñón oligústico en uno de los no calculosos. El único examen que se practicó en unos pocos pacientes con síndrome poscolecistectomía fué radiografía del tubo digestivo con resultados negativos. No se realizó ninguna otra investigación con el fin de descartar los otros factores enumerados. Sabemos que sí se hizo en algunos pacientes, pero probablemente al reingresar se les dió un nuevo número en el archivo, por lo que han escapado a nuestro estudio.

Es preciso hacer notar que nuestras cifras probablemente no reflejan toda la verdad por cuanto la mayoría de los enfermos no son controlados después de su salida del hospital y existe la posibilidad de que algunos de ellos hayan desarrollado síntomas sin consultar de nuevo, o los desarrollen en el futuro.

Exclusivamente con la intención de hacer hincapié en la necesidad de agotar todos los medios de diagnóstico, aclaramos que en la serie que estudiamos no incluimos dos casos porque los resultados

el examen anatomopatológico fueron negativos. Revisando sus historias clínicas encontramos que no se reunió evidencia que justificara la colecistectomía, por lo que tales pacientes fueron sometidos a un riesgo quirúrgico innecesario sin ningún beneficio y probablemente habrán de engrosar el grupo de los afectados de síndrome postcolecistectomía.

ENFERMEDAD DE LA VESICULA BILIAR COMO

HALLAZGO DE AUTOPSIA.

En una revisión de las autopsias realizadas en el mismo período de cinco años en que hicimos nuestro análisis encontramos distintos tipos de enfermedad vesicular, que sin comentarios exponemos en el siguiente cuadro: (No.13).

Cuadro #13.

ENFERMEDAD	NO.	%
colelitiasis	33	4.49
obstrucción biliar	3	0.44
cáncer de la V. B.	3	0.44
perforación de la V. B.	2	0.29
angiocolecistitis	2	0.29
calcificaciones	2	0.29
anomalías congénitas	2	0.29
quistos interna	1	0.14

=====

12. Se encontraron cálculos en el 50% de las colecistitis agudas y en el 75% de las neoplasias.
13. El 70.23% de los pacientes del sexo femenino habían tenido 1 ó más embarazos.
14. El 38.28% de los casos de colecistitis crónica tenían antecedentes de ictericia, no existía ese antecedente en los otros dos grupos.
15. El dolor se presentó en el 83.99%, el 100%, y el 75% de las colecistitis crónicas, las agudas y los cánceres de la V. B. respectivamente.
16. Se palpó una masa en el 100% de los casos de neoplasias, en el 33.33% de los casos de colecistitis aguda y en el 15.99% de las crónicas.
17. Al ingresar al hospital tenían ictericia el 50% de las neoplasias, el 23.42% de las colecistitis crónicas y el 16.66% de las agudas.
18. Se señaló sobrepeso únicamente en el 11.42% de las colecistitis crónicas y, hecho curioso, en dos casos (50%) de neoplasia.
19. El escaso número de exámenes de laboratorio que se practicaron no permite obtener conclusiones al respecto. Tal circunstancia propende a obtener una visión equívoca de la verdadera situación de los enfermos y les priva de gozar de una direc-



20. Se practicaron 173 colecistografías (93.50%). No se realizó esa investigación en 10 pacientes (5.40%) sin que existiera contraindicación que justificara tal omisión.
21. Es de lamentar que sólo se hicieran 3 drenajes duodenales, por la valiosa información que de ese examen puede derivarse principalmente cuando no se pueden descubrir cálculos mediante la colecistografía.
22. Las colecistitis crónicas fueron diagnosticadas en el 94.28% de los casos; las agudas en el 16.66% y las neoplasias en el 25%.
23. Se practicó una colecistectomía en el 95.99% de los casos de colecistitis crónica, en el 100% de los de colecistitis aguda y en el 50% de los de carcinoma de la V. B.
24. Debido a dificultades locales se realizó una colecistostomía en el 1.71% de las colecistitis crónicas y en el 25% de las neoplasias. Por la misma razón se hizo colecistectomía parcial en el 1.14% de las crónicas e igualmente en el 1.14% la intervención se limitó a extraer cálculos y tomar biopsias.
25. De 176 colecistectomías practicadas, 34, o sea el 19.31%, se acompañaron de colédocostomías; no se realizó tal procedimiento en todos los casos indicados.
26. Nunca se hizo colangiografía operatoria.
27. Se encontró un caso de estrechez del colédoco no consecutivo a operación y otro de estrechez del esfínter de Oddi que fué

28. A causa de las condiciones locales se hizo una colédocogastrotomía como tratamiento paliativo en un caso de carcinoma de la V. B.
29. Se encontraron 3 fístulas internas espontáneas (1.62%) y 3 fístulas externas posoperatorias; de estas últimas 2 fueron consecutivas a colecistostomía y la otra a colecistectomía.
30. Se halló un caso de perforación antigua localizada de la V.B.
31. Se hizo colangiografía posoperatoria en 22 de 34 colédocostomías para un porcentaje de 64.70%. Tal examen debería practicarse rutinariamente en todos aquellos casos en que se ha hecho una colédocostomía.
32. En 3 de nuestros casos se seccionó accidentalmente el colédoco y en los 3 se realizó una anastomosis término-terminal.
33. Se concieron 5 casos de muerte (2.70%), de las cuales únicamente 2 pueden atribuirse directamente a la enfermedad o al procedimiento operatorio (1.08%).
34. Se conocieron 20 casos de síndrome poscolecistectomía, un porcentaje de 11.4 del total de enfermos con exclusión de las neoplasias. 12 eran crónicos calculosos y 8 no calculosos, los primeros constituyen el 8.21% del total de colecistitis calculosa, los segundos el 22.85% de las no calculosas. De manera grosera puede decirse que el número de fracasos fué tres veces mayor en el grupo de las colecistitis no calculosas. No se hizo una investigación con el fin de descartar las causas del síndrome.

IV.-

B I B L I O G R A F I A.-

1. Puestow, Charles B.: Surgery of the Biliary Tract, Pancreas & Spleen, Year Book Publishers, 1953.
2. Griffin, George D. J., M. D., Smith, Lucian A., M.D.: Gallbladder Disease in Adolescent and Young Adults. J.A.M.A., 154 (9), Feb. 54.
3. DeCamp. T., Ochsner, A., Baffes, T. G., Bancroft, H. y Bendel W.: Timing in the Surgical Treatment of Acute Cholecystitis. Ann. Surg. 135: 734-750, May, 1952.
4. Bockus, Henry L., M. D. Gastroenterology Vol. III. Saunders.
5. Jones, Cyril C.: Carcinoma of Gallbladder, Clinical and Pathological Analysis of 50 cases. Ann. Surg. 132: 110-120, July, 1950.
6. Lam, C. R.: Present Status of Carcinoma of Gallbladder; Study of 34 Clinical Cases. Ann. Surgery. 111:403, Mar. 1940.
7. Bisgard, J. D. y Baker, C. P.: Studies Relating to Pathogenes of Cholecystitis, Cholelithiasis and Acute Pancreatitis, Ann. Surg. 112:1006. Dec. 1940.
8. Walters, Waltman, M. D., D. Sc.; Snell, Alpert M., M.D., Judd Edward Starr, Jr., M. D. y Butt, Hugh R., M. D.: Surgery of the Biliary System, Lewis Practice of Surgery, Vol. VII. W.F. Prior Company, Inc., 1948.