

COLECISTITIS GANGRENOSA (*)

Expulsión espontánea de la Vesícula biliar por la herida operatoria

Dr. Julio César Priario y Br. Elbio Pumarez

Traemos a la Sociedad de Cirugía este caso de colecistitis gangrenosa, por haber presentado raras particularidades evolutivas, lo cual lo hace digno de su difusión, con el objeto de oír las opiniones de los señores consocios.

Se trata de un paciente de raza blanca y 54 años de edad, que ingresó al Servicio del Prof. Stajano el día 14 de marzo de 1952.

No presenta antecedentes patológicos de importancia, salvo un cuadro doloroso de hipocondrio derecho, al cual el enfermo le resta jerarquía, y que sucedió hace aproximadamente 4 años.

El paciente es moderadamente obeso, gran comilón y no presenta hábito por el alcohol.

Cuarenta y ocho horas antes de su ingreso al hospital, comenzó a sufrir de intensos dolores en la región lumbar izquierda, los que más tarde se localizaron en el hipocondrio derecho, acompañándose este cuadro de vómitos biliosos.

Cuando nosotros lo examinamos, comprobamos un pulso de 100 por minuto; una presión arterial de 12 1/2 de máxima y 8 1/2 de mínima; temperatura de 37 1/2 axilar y 38 rectal; lengua seca y saburral y facies de intenso sufrimiento.

El abdomen presentaba a la simple inspección, una dismi-

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa el día 30 de abril de 1952.

nución de la motilidad respiratoria y una tumefacción en el hipocondrio derecho, como las que corrientemente se ven en casos con vesículas tremendamente aumentadas de volumen. La palpación del hipocondrio derecho era muy dolorosa y aún sin ser muy prolijos en la semiología, podíamos certificar la existencia de una tumefacción a gran tensión situada bajo el hígado.

El resto del abdomen era muy poco doloroso a excepción de la fosa iliaca derecha, cuya palpación despertaba dolor intenso, así como en la maniobra de decompresión brusca.

No existía, pues, defensa en la mayor parte del abdomen, salvo en hipocondrio, flanco y fosa iliaca derechos, donde era de grado moderado.

La palpación de la región lumbar izquierda, la evidenciaba como completamente indolora.

El tacto rectal mostró un Douglas débilmente doloroso.

Dos radiografías de abdomen evidenciaron una sombra subhepática con forma de "berenjena" y un íleo regional en el hipocondrio derecho.

Hicimos diagnóstico de colecistitis aguda, probablemente supurada, y decidimos la operación de inmediato.

La operación se efectuó con anestesia general por ciclopropano, y abordamos la zona vesicular por una incisión transversa, disociando los músculos.

Caímos en un foco inflamatorio comprendido entre el hígado y ángulo derecho del colon. El epiplón mayor circunscribía esta zona, protegiendo así el resto de la cavidad abdominal. En el centro de este foco inflamatorio se veía la vesícula tremendamente distendida y su pared muy adelgazada, lucía de color marrón verdoso.

Una punción de esta vesícula permitió extraer pus muy fétido, cuyo examen bacteriológico permitió identificar a un bacilo con los caracteres del coli y gérmenes anaerobios.

Las falsas membranas que rodeaban la vesícula iban desde el fondo al cuello. Se reseca el fondo de la vesícula y se retiran varios cálculos de diversos tamaños y uno del tamaño de una nuez, enclavado en el bacinete.

Se hace colecistostomía con sonda de Pezzer y se dejan dos drenajes de Penrosse por debajo de la vesícula.

Hidratamos convenientemente al enfermo y le suministramos Penicilina y Estreptomina y suero antigangrenoso.

Los exámenes de laboratorio efectuados inmediatamente después de la operación, mostraron que el paciente estaba en acidosis diabética, pues tenía una glucosuria de 50 o/oo y acetonuria (Reacción intensa). A su vez, la glicemia era de 2gr.22.

La reacción de Wasserman era positiva.

Se trató su diabetes en la forma habitual y el paciente comenzó a mejorar visiblemente, encontrándose apirético al tercer día de operado; desapareció la acidosis, disminuyó la glucosuria y el estado general tuvo un repunte considerable.

Nos llamó la atención en este momento, la falta absoluta de drenaje biliar por su colecistostomía.

Al cabo de 18 días de operado, cuando la mejoría era notable, decidimos sacar su último drenaje y tras él salió la vesícula, al parecer en totalidad y completamente necrosada, después de lo cual cicatrizó perfectamente la herida. En esta fecha ya había desaparecido por completo su síndrome diabético, pues no presentaba glucosuria y su glicemia era normal pese a no recibir insulina. Al mismo tiempo el Wassermann se había hecho negativo.

El 9 de abril de 1952 fué dado de alta en perfectas condiciones.

El trozo pre-operatorio. Examen: Masas anhistas eosinófilas, en las cuales se puede reconocer restos estructurales de un órgano hueco, algunos vasos dilatados, focos de hemorragia y una necrosis masiva que abarca todas las zonas del examen. Llama la atención el hecho de que a pesar de existir grandes lesiones de carácter irreversible, altamente necrotizantes, hay falta absoluta de infiltración linfocitaria y leucocitaria. Por lo tanto se diagnostica: necrosis gangrenosa.

Examen de la pieza expulsada. En ella no se ve macroscópicamente más que un resto de un órgano hueco, de paredes delgadas y flácidas, lo que llama la atención, porque no es común en las litiasis vesiculares la flaccidez de las paredes. Se toma un trozo y se hace estudio histológico, se comprueban las mismas lesiones que las descritas en el trozo operatorio.

Se diagnostica necrosis gangrenosa en un órgano cuya identificación histológica es imposible.

Uniendo el estudio anterior a la observación clínica se puede llegar a las siguientes conclusiones:

1º) Estamos en presencia de una vesícula, en virtud de ser en la zona operatoria, el único órgano hueco cuya exclusión orgánica es compatible con la vida.

2º) Las lesiones anatómicas, con intensas alteraciones necróticas y falta de exudado leuco-linfocitario corresponden a una necrosis gangrenosa.

3º) Uniendo la anatomía patológica al hallazgo bacteriológico, se confirma el diagnóstico clínico de colecistitis gangrenosa.

CONCLUSIONES

Es un hecho notablemente raro la expulsión de la vesícula biliar por la herida operatoria.

En nuestro medio, el Prof. Larghero ha descrito dos casos análogos en su magnífica tesis de agregación sobre "Colecistitis Discante y Exfoliatriz". La pieza que nosotros presentamos puede muy bien corresponder al molde músculo-mucoso vesicular.

La anatomía patológica, en virtud de la total necrosis de la pieza estudiada, es incapaz de reconocer mucosa o capa muscular, pese a los diversos cortes efectuados.

Dr. Cosco. — Creo que este caso debe haber sido una colecisto-pancreatitis, de acuerdo al cuadro clínico relatado, con participación a izquierda, y la diabetes post-operatoria es un elemento que inclina también a pensar en el páncreas comprometido.

Creo que en este caso hubiera sido conveniente haberle ordenado el examen de las unidades pancreáticas para comprobar la existencia de reacción pancreática.

Dr. Stajano. — Este caso fué presentado en el Ateneo de la Clínica hace algunos días y realmente es un caso que merece ser traído a la Sociedad para exponer brevemente. La clínica era evidentemente de pancreatitis, la historia es clara. Pero lo interesante es unir el cuadro clínico con las lesiones anatómicas que se encontraron. Había una vesícula con cálculo enclavado en el bacinete, obturando totalmente la zona del pedículo y apretándolo y esa vesícula obturada, distendida y tensa fué la

que desencadenó, a mi juicio, el cuadro de pancreatitis por la distensión intensa de esa vesícula biliar, desencadenando la reacción intersticial del páncreas, dando cuadros pancreáticos como el de este enfermo.

Otro aspecto es el anatómico ulterior; este enfermo expulsó su vesícula en block, como si hubiera sido exfoliación de la mucosa, lo cual sucede en la pancreatitis con canal permeable, descrita y estudiada muy bien por Lage. Es un caso de eliminación total de vesícula biliar, es el caso de gangrena isquémica, por compresión del pedículo cístico y que fué lo que provocó la gangrena vesicular, puesto que se encontraron anaerobios y los anaerobios no germinan en tejido sano sino que se desarrollan en medios contaminados o muertos. La eliminación en block de esa vesícula biliar, cosa que no es habitual, fué lo que motivó la sugestión del Dr. Priario de traerlo a la Sociedad; tiene interés anatómico, funcional, y la reacción pancreática unida a ese proceso de distensión es a mi juicio lo que determina todo el cuadro violento.

Dr. Prat. — En la comunicación esta voy a comentar dos cosas: primero, que se pueden ver casos semejantes de gangrena de la vesícula que a veces no necesitan una cirugía radical. Recuerdo un caso que operamos con el Prof. Stajano, que también tenía las características de una vesícula aguda de tipo gangrenoso que lo operamos y encontramos una vesícula enorme, como una berenjena, ya con una chapa de mortificación grande, dado que este enfermo tenía lesiones cerebrales muy importantes, hicimos la apertura y la resección de la parte mortificada, terminando con la colocación de una sonda de tipo Pezzer, suturada alrededor, y el enfermo evolucionó tan bien, que habíamos dejado para un segundo tiempo su extirpación, pero ha marchado tan normal que nunca le propusimos la otra intervención y hace varios años de esto.

Narraré lo que me ha pasado en un caso de un vesícula aguda, drenada por mí, y haciendo como hacía el drenaje del fondo de la vesícula con una sonda de Pezzer, gruesa, con la sutura alrededor de la brecha, y a los 12 o 15 días después, al retirar la sonda, se sacó una vesícula, al parecer una formación anatómica que tenía las características de una vesícula, pero parece que estaba constituida sólo por la mucosa y elementos musculares. Creo que en ese momento no estaba toda la vesícula; yo me pregunto si en este caso, no habiéndose encontrado ni peritoneo, ni las capas musculares, si no podía ser una vesícula exfoliada o diseada. Puede ser que en ciertos casos sea eliminada totalmente la vesícula y otras veces la parte interna, la mucosa, con capas adyacentes hasta la musculosa. Es un caso muy similar al que yo he tenido. En ese caso era la capa muscular, con la capa mucosa nada más.

Dr. Del Campo. — Habiéndome dedicado al tema de colecistitis aguda, mucho, en estos últimos años, me interesa indudablemente el caso que acaba de presentar el Dr. Priario. Las comprobaciones que él ha hecho dependen por una parte del tipo de complicación aguda que ha tenido esa vesícula litiasica y por otra parte, de la terapéutica hecha. Nosotros,

que hacemos la intervención precoz y la colecistectomía casi siempre, sólo tenemos un caso de eliminación completa de la vesícula biliar, con infección particularmente grave y conducta expectante, en cuyo caso nosotros creemos que debió ser operado. El término de colecistitis gangrenosa es un término que se presta muy a menudo a discusión; los cirujanos lo utilizamos con mucha facilidad y lo utilizamos cada vez que vemos macroscópicamente zonas de mucosa vesicular, de aspecto necrótico. Los anatomo-patólogos, sobre todo en nuestro país, son un poco exigentes, y exigen además de la destrucción del parénquima, de la necrosis del parénquima, la putrefacción del parénquima, y las características histológicas tal como las ha descrito el anatomo-patólogo del Servicio del Dr. Stajano y tal como lo señala y analiza en casi todos los casos el Dr. Cassinelli en nuestro Servicio. El Dr. Cassinelli a lo que se llama colecistitis gangrenosa, le llama colecistitis necrótica; pero los cirujanos le llamamos colecistitis gangrenosa porque sabemos que es un proceso que conduce por eliminación de la zona necrótica, muy a menudo a la perforación de la vesícula consecutivamente, ya sea en medio cerrado, ya sea en medio abierto.

En este caso están todos los elementos para hacer pensar que efectivamente es una colecistitis gangrenosa, generalizada a todas las capas de la pared vesicular, y en segundo lugar con presencia de elementos microbianos de tipo anaerobio. De manera que todas las condiciones están llenadas.

Al comprobar la exfoliación de esa vesícula o la exfoliación de una parte de la vesícula biliar, depende de la terapéutica hecha. La colecistitis disecante no se ve más si no se hace expectación en el tratamiento de las colecistitis agudas; necesita una colecistitis aguda necrótica de cierta, de grande extensión, pero de foco microbiana y necesita una terapéutica expectante que es de unos 0 a 40 días antes de que se desprenda de la pared vesicular y se compruebe histológicamente un plano. Después la mucosa queda reducida a una papilla y el examen histológico muestra una pared fibrosa con un proceso de separación mucoso que ya no es mucosa vesicular, sino una capa de reconstitución mucosa. Exfoliación completa, eliminación completa de una vesícula biliar, la vi en un caso, pero la vi en un caso, de esto hace muchos años, en la cual debido a las condiciones generales del sujeto, un diabético, y visto tardíamente, esperé unos días más; en una recrudescencia, abrió un absceso y dentro del absceso había flotando una vesícula biliar. Podemos decir que eso podía ser o no vesícula biliar, y pasó lo que acaba de decir el anatomo-patólogo, que no dice que es vesícula biliar, sino un órgano hueco con características parecidas y situado en el hipocondrio derecho. Cuatro años después tengo la comprobación y no sólo tengo la comprobación sino la comprobación de donde se ha hecho la separación de la vesícula con el resto de la vesícula; ese enfermo hizo un cuadro de vías biliares, y en la intervención se encontró un cálculo de colédoco, un cístico dilatado y un muñón de bacinete, pequeño muñón con cálculo re-

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

sidual allí y le digo esto por este asunto; al Dr. Priario, le llamó la atención que haya extraído los cálculos del bacinete y no haya venido nada; pero por detrás de ese cálculo puede haber otro cálculo. Un surco puede hacerse por ejemplo en la zona donde tuvo ese cálculo grande, pero puede quedar otro cálculo, a veces mismo varios en el cístico y así se explica por qué luego de la extracción del cálculo no viene absolutamente nada de bilis. Raramente es por el hecho de que ya el cístico esté tomado por el proceso inflamatorio; más a menudo, vuelvo a repetir, es porque hay varios cálculos en el cístico.

No sé si el sujeto ha sido seguido o no, cómo evoluciona, pero el Dr. Priario puede anotar en su cuaderno que este sujeto puede tener un muñón de cístico y un cálculo en ese muñón.

Dr. Priario. — Agradezco mucho a las personas que han comentado y quiero decir solamente una cosa: que en el acto quirúrgico comprobamos una vesícula a paredes muy finas, rodeada por falsas membranas, que uno de los ayudantes me dijo: ¿No será el colon? Porque estaba tan tenso y tan fino que simulaba ser el colon, el ángulo derecho del colon. Dada esa finura de las paredes vesiculares, yo pensaba si esta pieza no fuera la totalidad de la vesícula, por supuesto que para el anatómo-patólogo es imposible determinarlo, pero el Dr. Del Campo me puso una pequeña espina...

Dr. Del Campo. — No, la espina nos ha quedado a todos nosotros.

Dr. Priario. — ...A mí me llamó la atención la falta de corrimiento biliar y pensaba si ese enfermo no hubiera hecho una estenosis cicatrizal, pero dada la posibilidad que dice el Dr. Del Campo, voy a seguir estudiando al enfermo, y si algún incidente tuviera lo comunicaré a la Sociedad de Cirugía. Actualmente el paciente se encuentra en perfectas condiciones.