

SUFRIMIENTOS POST - COLECISTECTOMIA DIAGNOSTICO NO QUIRURGICO (*)

J. Varela López

Se designa con el nombre de sufrimientos post-colecistectomía o síndromes post-colecistectomía, la reaparición de síntomas iguales o parecidos a los que existían antes de la extirpación de la vesícula. Esta reaparición de los sufrimientos puede producirse inmediatamente, a veces el mismo día de la operación, pero puede también producirse tardíamente. La recurrencia tardía de los síntomas sobreviene generalmente en el transcurso del primer o segundo año.

La frecuencia del síndrome post-colecistectomía varía mucho según las estadísticas. Las cifras oscilan desde el 12 al 63 % (2, 4, 5, 6, 8, 17). Del conjunto de estadísticas se desprende que estos síndromes son frecuentes, y que los porcentajes más elevados los suministran los operados por colecistopatías alitiásicas. Estas colecistopatías no litiásicas son etiquetadas en muchas estadísticas como colecistitis crónicas, sin embargo, la mayoría de ellas son simples disquinesias. Esta confusión es debida a la persistencia en la literatura médica de una gran disparidad de criterios sobre las fronteras entre ambas entidades. De este modo, muchos casos figuran, o no figuran, como colecistitis crónicas no litiásicas según el criterio de los distintos autores. Gray y Sharpe^(*) tomando en cuenta solamente las colecistitis crónicas no litiásicas bien evidentes, encuentran en ellas casi la misma proporción de sufrimientos post-colecistectomía que en las colecistitis litiásicas.

(*) Esta comunicación fué presentada el día 23 de noviembre de 1950.

Estudio no quirúrgico de los sufrimientos post-colecistectomía.

El estudio de un sufrimiento post-colecistectomía, exige la exploración cuidadosa de la vía biliar. Hasta el presente no existía una técnica no quirúrgica que permitiera realizar correctamente esta exploración. Es en el sondeo duodenal realizado según nuestro método (¹⁹) donde pueden obtenerse datos muy precisos a este respecto.

Las alteraciones funcionales primitivas del esfínter de Oddi son responsables de un alto porcentaje de síndromes post-colecistectomía. Es de interés destacar que el conocimiento del significado semiológico de las anomalías que pueden observarse en el curso del sondeo duodenal de los colecistectomizados, permite identificar las disquinesias del esfínter coledociano, y separarlas de las alteraciones funcionales reflejas que acompañan frecuentemente a los procesos orgánicos de la región. El resultado del tratamiento con el sondeo duodenal y con la novocaína por vía oral completan el diagnóstico.

En algunos sufrimientos post-colecistectomía debidos a una causa orgánica, la semiología recogida durante el sondeo duodenal permite hacer el diagnóstico de la naturaleza de la lesión. En otros casos, en cambio, sólo se puede apreciar la existencia del proceso orgánico, sin que sea posible precisar con seguridad su naturaleza. Se comprende que aun estos resultados incompletos son satisfactorios, si se piensa que el interés primordial consiste en identificar los sufrimientos post-colecistectomía de causa puramente funcional, curables por la terapéutica médica, de aquellos debidos a una causa orgánica, que exige casi siempre una terapéutica quirúrgica para su curación.

El sondeo duodenal normal en los colecistectomizados.

La ausencia de la vesícula biliar modifica el sondeo suprimiendo dos de los 5 tiempos sucesivos que hemos diferenciado en su etapa duodenal (¹⁸, ²⁰): el tiempo vesicular y el tiempo hepático.

Se detallarán a continuación las particularidades que se observan durante la etapa duodenal del sondeo normal de los colecistectomizados, en la que se puede distinguir 3 tiempos sucesivos.

Tiempo coledociano. En ayunas no hay bilis en el duodeno.

Cuando se hace penetrar la extremidad de la sonda en D2 bajo control radiológico (*) se puede apreciar que al poco tiempo, empieza a fluir bilis amarillo oro por su extremidad libre. Esto se debe a que la estimulación mecánica que produce el contacto de la sonda con la mucosa de D2, provoca la abertura del esfínter de Oddi.

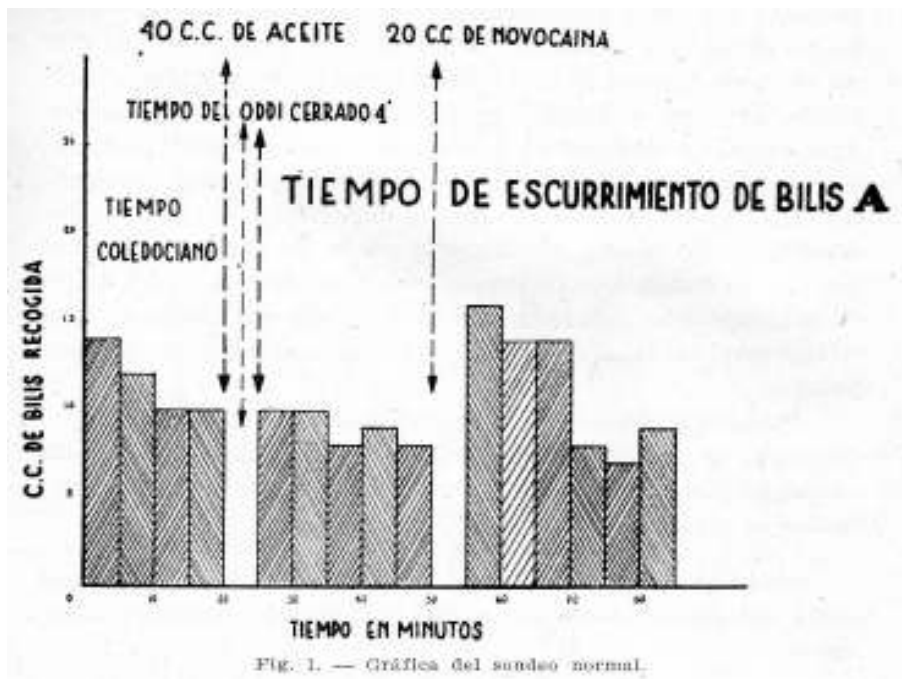
El ritmo del escurrimiento biliar durante el tiempo coledociano es igual o ligeramente superior al que se observa durante el tercer tiempo o tiempo de escurrimiento de bilis A, es decir 2 c.c. por minuto. El líquido que se recoge es de color amarillo oro oscuro y está más concentrado que la bilis recién secretada por el hígado, debido a que estuvo almacenada durante horas en los canales biliares donde perdió cierta cantidad de agua. La bilis amarillo claro de procedencia hepática tarda en aparecer en los colecistectomizados porque la falta de vesícula biliar hace que la estancación se extienda por todo el sistema canalicular, en lugar de estar limitada al colédoco. El líquido duodenal es límpido, no contiene grumos, tiene viscosidad moderada y su estudio microscópico no muestra nada.

Una vez estudiado durante el tiempo coledociano el funcionamiento del esfínter de Oddi bajo la acción de la estimulación mecánica, se procede a inyectar con suavidad por la sonda 40 c.c. de aceite tibio con el fin de observar ese mismo funcionamiento bajo la acción de la estimulación específica, es decir, en el transcurso del tiempo del Oddi cerrado y del tiempo de escurrimiento de bilis A.

Tiempo del Oddi cerrado. El efecto visible de la instilación del aceite en D2 es la interrupción inmediata del flujo de bilis por la extremidad de la sonda. Esta desaparición del flujo biliar se debe a la respuesta espasmódico-fisiológica que produce por vía refleja en el esfínter de Oddi, la instilación del excitante en la segunda porción duodenal. Este espasmo que cierra totalmente la porción terminal del colédoco, dura en condiciones normales de 3 a 6 minutos. Su terminación queda marcada por la reaparición del flujo de líquido amarillo oro por la extremidad de la sonda, que indica la reapertura del Oddi.

(*) En todos los casos estudiados se realizó el control radiológico de la posición correcta de la sonda en D₂.

Tiempo de escurrimiento de bilis A. Cuando funciona normalmente el sistema esfinteriano del colédoco, constituido por la 2ª porción duodenal y el esfínter de Oddi propiamente dicho, el escurrimiento de bilis durante este tiempo es bastante regular y tiene un ritmo de 1,5 a 2 c.c. por minuto. En los colecistectomizados casi siempre el flujo biliar alcanza de inmediato un gasto



minuto promedio elevado. Parecería que en ellos, pasado el espasmo inicial, la relajación del esfínter de Oddi es más rápida que en los sujetos normales.

El estudio funcional del sistema esfinteriano se completa instilando por la sonda 15 a 20 c.c. de novocaína al 1 % que se retiene durante 5 minutos pinzando la sonda. Esta instilación la realizamos cuando van transcurridos 25 a 30 minutos del tiempo de escurrimiento de bilis A. En los colecistectomizados con buen funcionamiento del esfínter de Oddi, la novocaína intraduodenal no modifica el gasto biliar o lo modifica poco, aumentándolo moderadamente.

El tiempo de escurrimiento de bilis A termina cuando se retira la sonda del duodeno, o termina cuando se realiza una segunda excitación. En ambas circunstancias se cierra de nuevo el esfínter de Oddi.

En los colecistectomizados la repetición de la excitación con sulfato de magnesio al 33 %, no es necesaria en la mayoría de los casos. Los casos patológicos que exigen el empleo de la segunda excitación con sulfato de magnesio, son aquellos en los que no se puede obtener un flujo biliar normal con la primera excitación, a pesar del empleo de modificadores. Se trata siempre de alteraciones anatómicas o anatómico-funcionales del colédoco y órganos vecinos, en las cuales también puede fracasar la segunda excitación. En las duodenitis la instilación de la solución hipertónica de sulfato de magnesio puede ser contraproducente, pues la irritación que produce aumenta el espasmo del Oddi y disminuye, o hace desaparecer el flujo de bilis que puede ser sustituido por un líquido casi incoloro con abundantes grumos gruesos.

Durante la ejecución de un sondeo normal en un colecistectomizado, no se produce ninguna molestia subjetiva. En caso contrario pueden aparecer diversas manifestaciones cuya importancia se verá más adelante.

Significación semiológica de las anomalías observadas en el curso del sondeo duodenal en los sufrimientos post-colecistectomía.

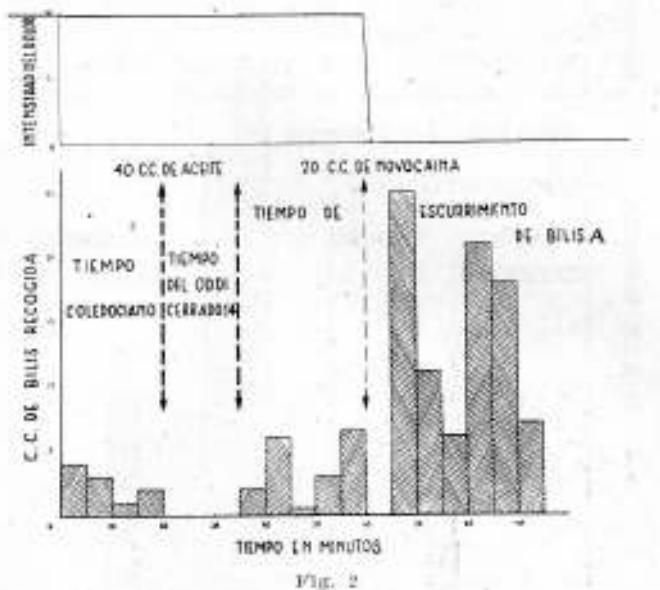
Los sufrimientos post-colecistectomía presentan matices semiológicos durante el sondeo duodenal que permiten hacer su separación en grupos etiopatológicos. A continuación se describen los signos anormales que pueden ser observados durante los tres tiempos sucesivos del sondeo duodenal de los colecistectomizados con alteraciones funcionales y orgánicas de la vía biliar.

1) SUFRIMIENTOS POST-COLECISTECTOMIA CAUSADOS POR LA HIPERTONIA PRIMITIVA DEL ESFINTER DE ODDI.

La disquinesia hipertónica del esfínter de Oddi es la causa más frecuente de los sufrimientos dolorosos post-colecistectomía.

obre un total de 70 observaciones, 22 es decir el 31,4 % correspondieron a hipertonías puras del esfínter de Oddi. Hay que hacer notar que entre estas 22 observaciones *no hubo ninguna ictericia; todos fueron síndromes dolorosos.*

La semiología durante el sondeo duodenal y las características evolutivas frente a la terapéutica con la novocaína fueron casi las mismas en los 22 casos. Se detallarán a continuación tres observaciones que son muy demostrativas.

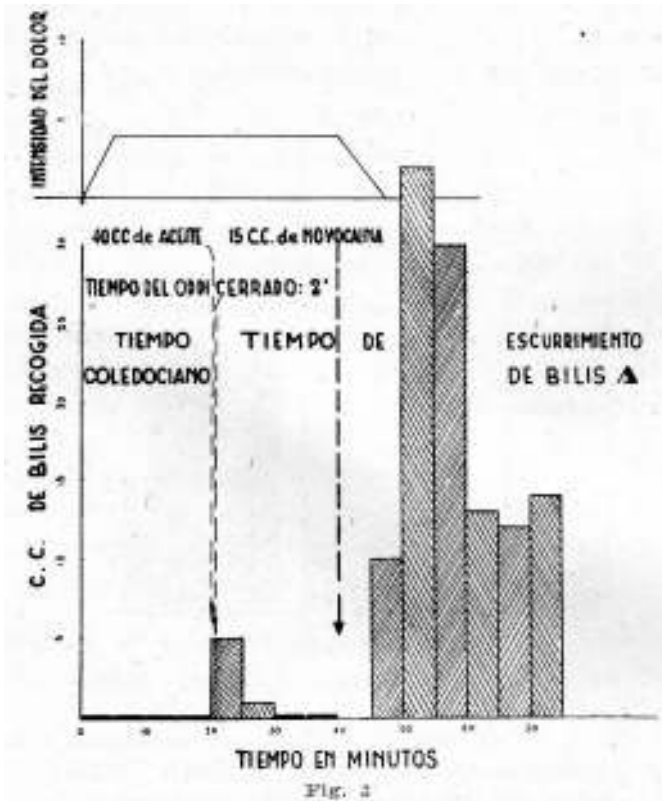


Obs. 1. Sr. D. O., 58 años. *Sufrimiento post-colecistectomía inmediato de causa funcional. Hipertonía del esfínter de Oddi.*

Después de 5 años de cólicos hepáticos repetidos hace un cuadro severo de hipocondrio derecho, con compromiso del estado general, que obliga a realizar una colecistostomía casi en agudo. Colecistitis litiasica. Mejora del estado general pero sigue con cólicos hepáticos. Dos meses después colecistectomía. Sigue sufriendo pero ahora casi sin intervalos libres. A los dos años, en vista de la intensidad y frecuencia de los cólicos hepáticos se reinterviene. La exploración mostró: *hepatocolédoco de calibre y aspecto normal*, adherencia de un asa yeyunal a la pared abdominal anterior y lesiones extendidas de aterosclerosis en la aorta abdominal. El sufrimiento persiste obligando al uso generoso de calmantes.

A los 46 días de la tercera operación se realiza el sondeo duodenal (fig. 2) que se inicia en plena crisis dolorosa. Sus resultados se detallan a continuación.

Tiempo coledociano. Una vez llegada la sonda a D2, la bilis empieza a fluir muy tardíamente por la extremidad de la sonda, es decir, que el esfínter de Oddi se abre con dificultad bajo la acción de la estimulación mecánica. El flujo biliar es escaso, 0,5 c.c. por minuto, y el dolor persiste sin cambio.



Tiempo del Oddi cerrado. El tiempo durante el cual deja de fluir bilis por la extremidad de la sonda, después de instilar el aceite en el duodeno, es de 14 minutos, es decir, que está bastante prolongado.

Tiempo de escurrimiento de bilis A. El flujo biliar es muy lento: 0,7 c.c. por minuto y el dolor continúa sin modificaciones.

Efecto de la novocaína. A los 2 minutos de instilar 15 c.c. de novocaína al 1 % por la sonda, el dolor empieza a aliviar, cesando totalmente a los 5 minutos. Simultáneamente el gasto bi-

liar aumenta en forma brusca y se mantiene elevado hasta el fin del sondeo: 3,1 c.c. por minuto. *La desaparición total del sufrimiento se prolonga durante 3 días.*

Obs. 2. Sra. A. R. de G., 46 años. *Sufrimiento post-colecistectomía tardío de causa funcional. Hipertonía del esfínter de Oddi.*

Colecistectomizada en 1945 por dispepsia hepatovesicular de larga data y cólicos hepáticos a repetición. Colecistitis litiasica.

Después de pasar bien un año reaparece la dispepsia, acompañada por diarreas y vómitos biliosos. En 1950, a los cuatro años de la operación, reaparece el dolor en hipocondrio derecho con irradiación a la fosa lumbar del mismo lado. Desde entonces es casi permanente. Dos meses después se realiza el primer sondeo duodnal cuyos resultados se expresan en la figura 3.

Se pueden apreciar en este caso anomalías similares a las anotadas en la observación 1. No se establece el flujo biliar en el tiempo coledociano. El tiempo del Oddi cerrado es corto: 2'. Durante el tiempo de escurrimiento de bilis A el gasto biliar es muy bajo. El dolor habitual de la enferma aparece al pasar la sonda a D2 y se mantiene hasta que se instila en el duodeno la novocaína. A partir de ese momento el flujo biliar por la sonda se vuelve rapidísimo (5 c.c. por minuto) y el dolor desaparece.

Después del sondeo la enferma continúa sin dolor y sin diarrea durante 6 días.

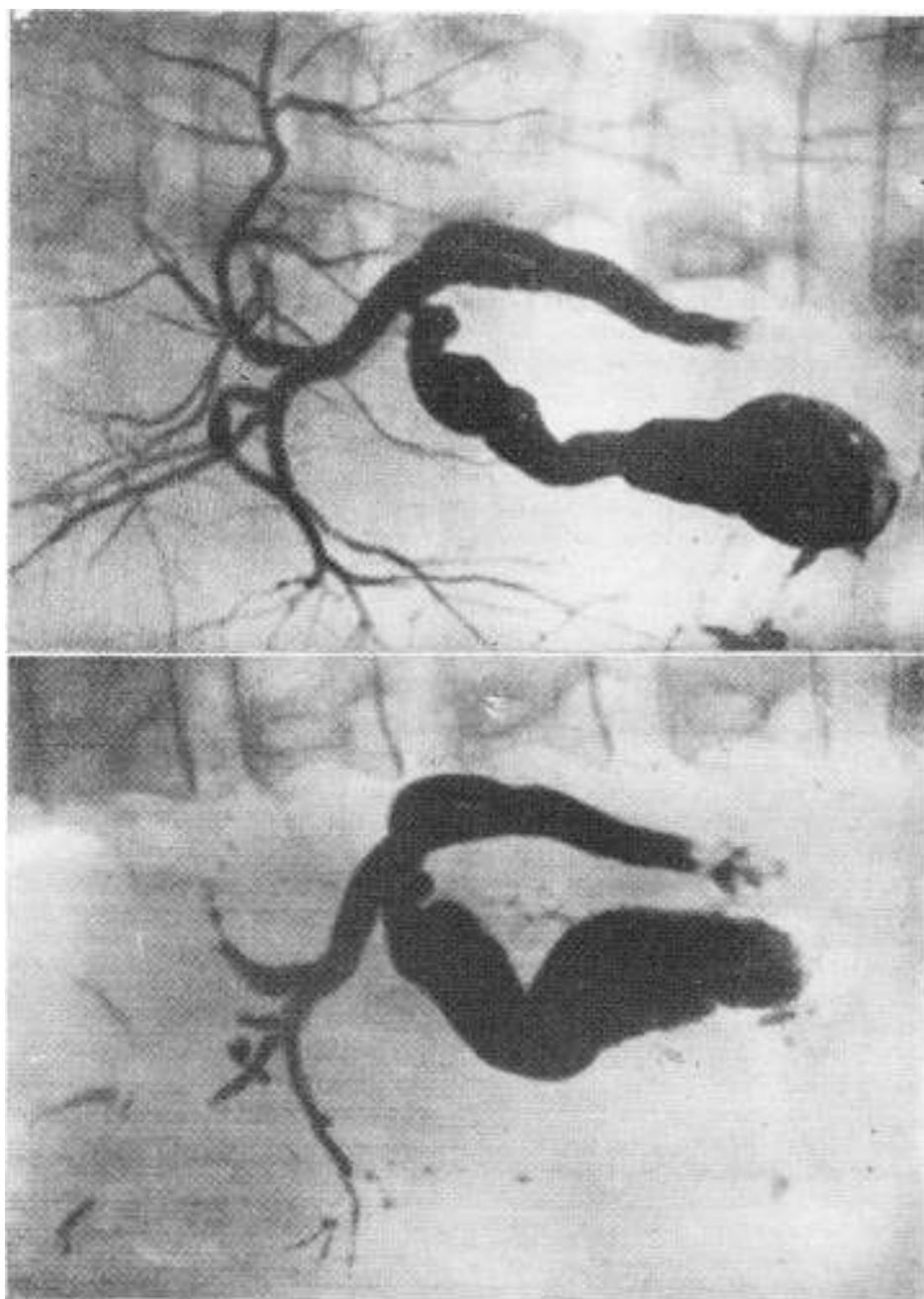
Obs. 3. Sra. J. A. de C., 46 años. *Sufrimiento inmediato post-colecistectomía por hipertonía del esfínter de Oddi.*

En 1949 cólico hepático febril con defensa en el hipocondrio derecho. Se enfría y se opera: colecistitis con pericolecistitis y cálculo enclavado en el cístico. Por dificultades técnicas, colecistostomía sin movilización del cálculo cístico. A los pocos días se establece un drenaje biliar muy abundante, y la colangiografía muestra una imagen típica de cálculo en el duodeno (fig. 4). Parece tratarse del cálculo del cístico que ha pasado al colédoco.

La enferma sigue sufriendo. Con novocainización, coledococlisis y nítrito de amilo en el momento de la aparición del dolor, se consigue la expulsión del cálculo certificada por dos colangiografías sucesivas (figuras 5 y 6).

La enferma sigue igual. Se atribuye su sufrimiento a una colecistitis residual y se hace colecistectomía. **La exploración del hepatocolédoco no revela nada anormal.** En el post-operatorio inmediato persiste sin cambios el dolor epigástrico en forma de crisis paroxísticas sobre un fondo de dolor casi continuo. Dos meses más tarde se practica un sondeo duodenal cuyo resultado se expresa en la fig. 7.

El gasto biliar promedio por minuto es bajo en el tiempo coledociano (0,5 c.c.) y en el tiempo de escurrimiento de bilis A (0,9 c.c.). El tiempo



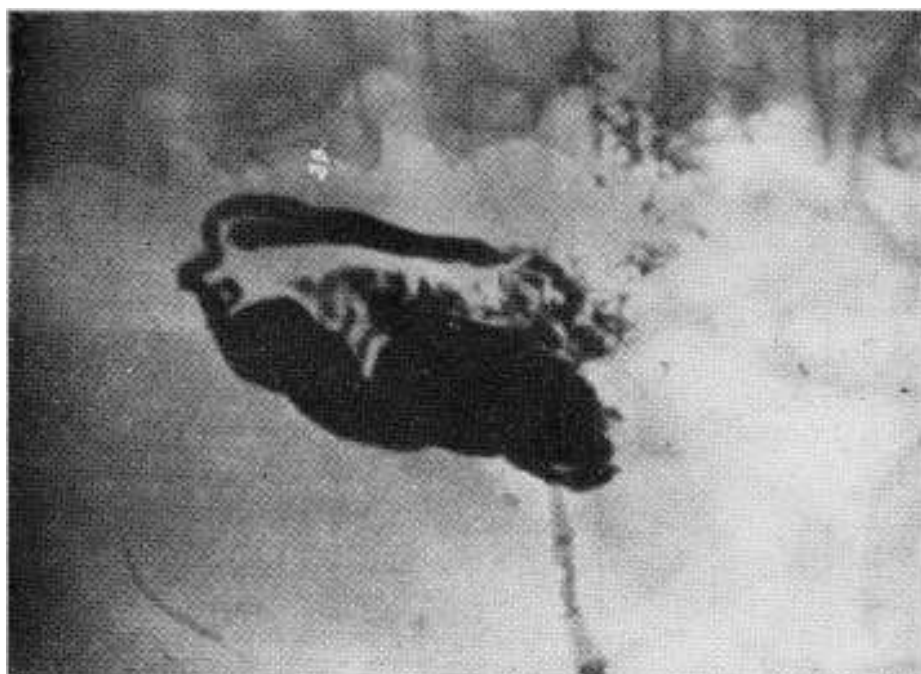


Fig. 8

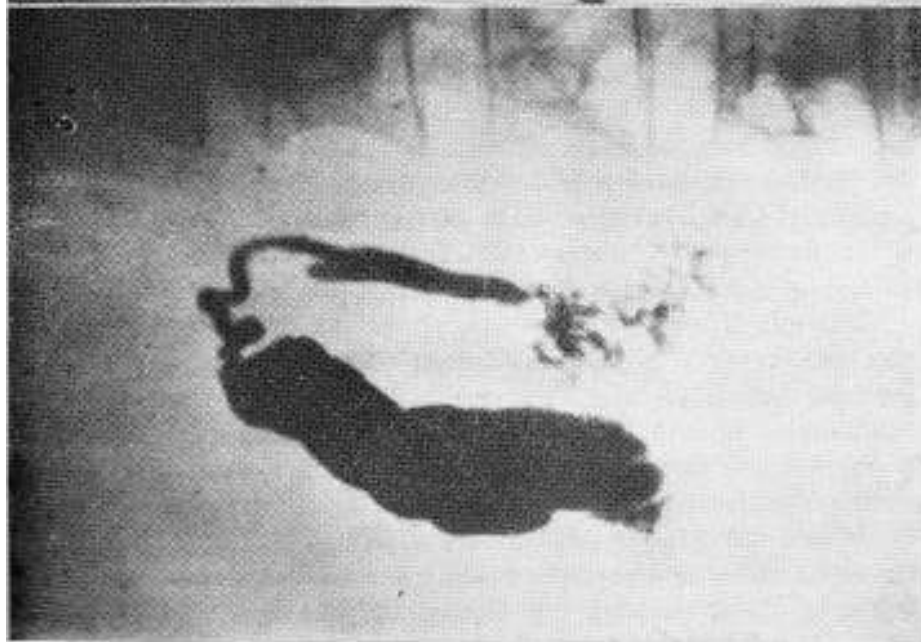
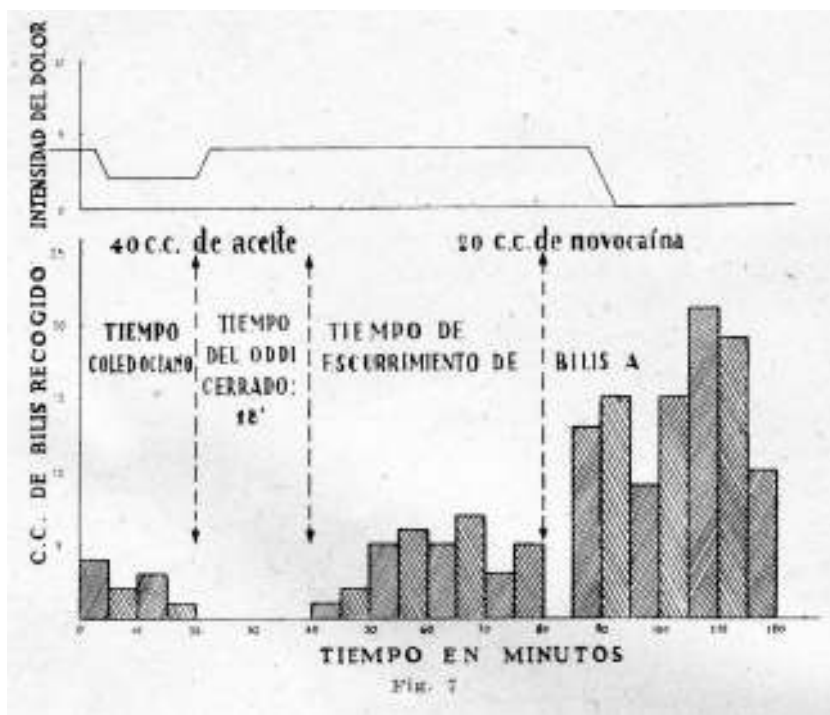


Fig. 5

del Oddi cerrado está prolongado: 18 minutos. El dolor habitual de la enferma persiste hasta que se instila la novocaína por la sonda; entonces el gasto minuto se eleva a 3 v.c. y el dolor desaparece.



Comparando las anomalías que se observan durante el sondeo duodenal en estos 3 casos, se puede apreciar que son superponibles. Dichas anomalías se pueden resumir así:

1º Durante el tiempo coledociano no se establece el flujo biliar por la sonda, o se establece tardíamente y es escaso.

2º El tiempo del Oddi cerrado estaba prolongado en las observaciones 1 y 3 y acortado en la observación 2. El tiempo del Oddi cerrado de duración normal o acortado, se observa en las disquinesias hipertónicas de los colecistectomizados con mayor frecuencia que en las de los sujetos que tienen vesícula. Sin embargo, lo más frecuente es que en los colecistectomizados con hipertonia del esfínter de Oddi este tiempo esté prolongado. Sobre 22 casos de hipertonia primitiva del esfínter de Oddi, en 8 (36,4 %), se encontró este tiempo con una duración normal, en 3 (13,6 %) estaba acortado y en 11 (50 %) prolongado. La

prolongación varió desde 8 hasta 42 minutos, y en tres casos el Oddi no se abrió hasta que fué instilada la novocaína por la sonda.

3º Durante el *tiempo de escurrimiento de bilis* A el flujo de bilis por la sonda es muy lento y el gasto promedio minuto es bajo.

4º El *sufrimiento habitual* de los pacientes se presenta a lo largo de los 3 tiempos del sondeo duodenal y a veces ya existe antes de empezar la prueba. En las hipertonías primitivas del esfínter de Oddi, el dolor durante el sondeo se observa con más frecuencia en los colecistectomizados que en los sujetos que tienen vesícula. En nuestra serie se encontró en 9 (40,9 %) de las 22 observaciones.

5º La introducción de la *novocaína* al 1 % por la sonda en D2, produce inmediatamente el aumento considerable del gasto biliar y la desaparición del dolor. *Los resultados obtenidos con la instilación de novocaína demuestran, lo mismo que las medidas manométricas de Butsch y Mc. Gowan, (3, 14), cual es la fisiopatología de estos sufrimientos. Se trata de cuadros de hipertensión canalicular debidos a la retención biliar causada por el espasmo del sistema esfinteriano del colédoco. Las representaciones gráficas de los sondeos duodenales muestran con claridad el estricto paralelismo entre el sufrimiento y la retención biliar.*

Estas anomalías observadas durante el sondeo duodenal son muy características, pero todavía se completan con los resultados de la prueba terapéutica realizada con la novocaína intraduodenal y oral. La novocaína (clorhidrato de procaína) usada al 1 %, en instilación duodenal (9a) y por boca en dosis adecuadas (10), permite obtener siempre una mejoría franca, a veces espectacular, de estos sufrimientos post-colecistectomía por hipertonía primitiva del esfínter de Oddi.

Los sondeos duodenales hechos periódicamente durante el tratamiento, ponen en evidencia el paralelismo estricto entre la mejoría clínica y la regularización funcional progresiva del esfínter. Las figuras 8 y 9 corresponden a los últimos sondeos hechos en las observaciones 1 y 2 después de terminado el tratamiento. En estos esquemas, y coincidiendo con la curación clí-

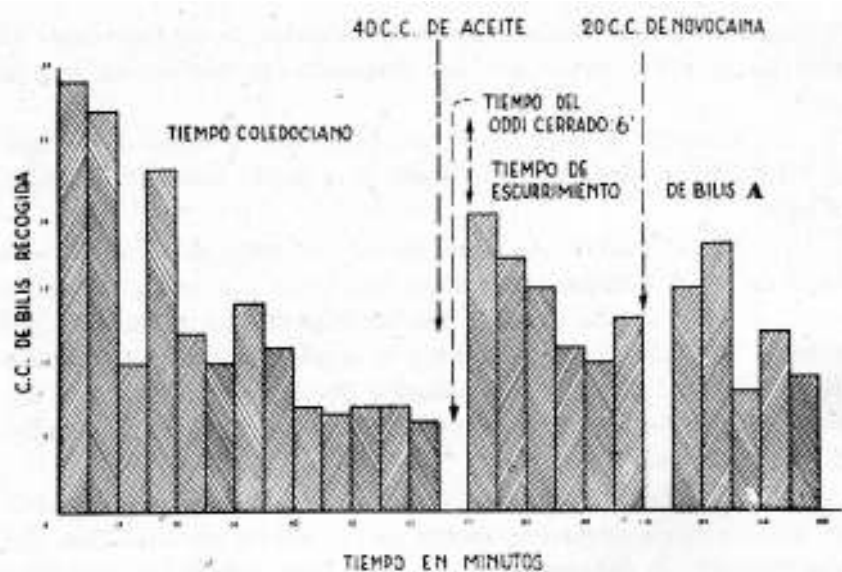


Fig. 8

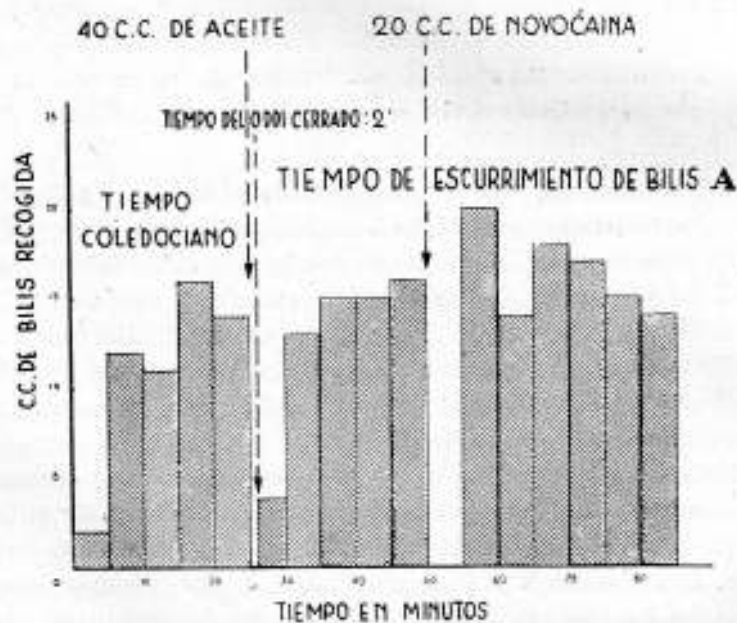


Fig. 9

nica, se puede apreciar la desaparición del trastorno funcional esfinteriano.

El comportamiento frente a la terapéutica con la novocaína y las anomalías observadas en el curso de los 3 tiempos del sondeo duodenal, constituyen un síndrome muy característico que permite hacer el diagnóstico de sufrimiento post-colecistectomía por hipertonia primitiva del esfínter de Oddi.

De las tres observaciones que detallamos, en dos ellas, 1 y 3, el diagnóstico de obstáculo funcional está plenamente confirmado por la exploración quirúrgica repetida, y en la obs. 3 también la colangiografía descarta la existencia de elementos orgánicos como causa del sufrimiento.

Hay que destacar que en las obs. 1 y 3 la exploración quirúrgica y la colangiografía mostraron un hepatocolédoco de aspecto y calibre normal. De este hecho se desprende con claridad que la falta de dilatación canalicular tiene poco valor para saber si existe un impedimento funcional en la circulación biliar hacia el duodeno.

En el cuadro clínico de los sufrimientos post-colecistectomía causados por la hipertonia del esfínter de Oddi, el síntoma más frecuente y llamativo es el dolor. Este dolor puede presentar características muy variables, que van desde el cólico hepático típico hasta la epigastralgia sin caracteres definidos. De la misma manera su intensidad puede variar de un episodio a otro, así como de uno a otro enfermo, pudiendo en algunos casos (obs. 1 y 3) adquirir una jerarquía excepcional por su intensidad y frecuencia. En fin, el dolor puede aparecer sobre un fondo de dispepsia hepatovesicular y sufrimientos discretos, o puede manifestarse aislado, aunque las crisis paroxísticas se acompañen casi siempre de náuseas, vómitos y bloqueo respiratorio.

La hipertonia primitiva del esfínter de Oddi produce raramente ictericia clínica. La ictericia en estos casos raros es fugaz tiene poca entidad dentro del cuadro clínico dominado por crí-dolorosas intensas y frecuentes.

II) SINDROMES POST-COLECISTECTOMIA CAUSADOS POR LA HIPOTONIA DEL ESFINTER DE ODDI.

Mallet-Guy, Blondet y Deslons (12) en una serie de 50 colecistectomizados encuentra en 20 (44 %), una hipotonía del Oddi como responsable de la recurrencia de síntomas. La hipotonía no aparece en todos los casos como factor único; se asocia a reacción pancreática crónica, cirrosis biliar y signos de infección coledociana, pero los autores insisten en que la mayor parte de las veces, ella sola produce el síndrome. Nosotros todavía no hemos podido documentar ningún caso evidente de sufrimiento post-colecistectomía, provocado directamente por la insuficiencia del esfínter de Oddi. En las observaciones personales la alteración funcional aparece asociada con procesos orgánicos que pueden explicar el cuadro por sí solos. Cuando la hipotonía se asoció con angiolitis, lo que podía imputársele era un papel causal, por permitir la infección canalicular ascendente. Así sucedió en la observación siguiente.

Obs. 4. Srta. J. B., 50 años. *Sufrimiento tardío post-colecistectomía. Hipotonía del esfínter de Oddi y angiolitis.*

Después de larga historia de dispepsia y cólicos hepáticos, hace un absceso subhepático por perforación de un piocolecisto, que se drena. Meses después colecistectomía; vesícula litiásica escleroatrófica. La exploración del hepatocolédoco con decolamiento duodeno pancreático no revela nada anormal. Después de pasar un año bien tiene un cólico hepático con chuchos de frío que se repite dos veces en el espacio de 7 meses. La última vez es seguido de ictericia franca. El sondeo duodenal mostró entonces los elementos típicos de la hipotonía del esfínter de Oddi (fig 10).

Tiempo coledociano. El flujo biliar se establece inmediatamente que la sonda llega a DII y el gasto biliar minuto promedio es elevado (1,7 c.c.).

Tiempo del Oddi cerrado. Es muy corto: 1 minuto.

Tiempo de escurrimiento de bilis A. El gasto biliar es muy elevado en el periodo inicial. Este flujo biliar precozmente abundante, junto con el tiempo de Oddi cerrado muy corto, indican la ausencia de la hipertonía esfinteriana fisiológica que sigue a la instilación de cualquier excitante en D2. Asimismo, el gasto biliar minuto durante este tiempo es muy elevado: 3,3 c.c., lo que

traduce el estado de completa relajación del esfínter coledociano. En ta relajación completa se confirma al instilar 20 c.c. de novocaína por la sonda que no producen modificación en el gasto biliar.

Como puede apreciarse en cada uno de los 3 tiempos suce-

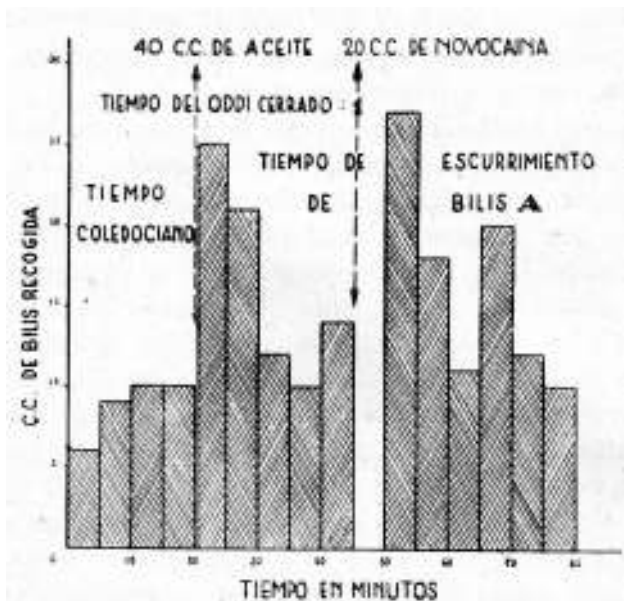


Fig. 10

del sondeo de los colecistectomizados, existen anomalías que son muy características. Estas anomalías, opuestas como es lógico, a las que se pueden comprobar en la hipertonia, tienen como aquéllas un valor semiológico preciso que permite diagnosticar la hipotonía del esfínter de Oddi.

En la observación que consideramos junto a estas anomalías propias de la insuficiencia esfinteriana, aparecieron los signos de angiolitis, es decir: bilis muy turbia, fétida, con abundantes grumos, y cuyo sedimento era rico en mucus, piocitos, células biliares y bacilos Gram negativos.

Este caso evolucionó favorablemente con el tratamiento a base de sondeos duodenales, antibióticos, reposo y dieta hepática. Después de un año no existe recidiva.

La hipotonía del esfínter de Oddi apareció asociada otras veces a litiasis residual o a sufrimientos pancreáticos evidentes. Sobre un total de 70 observaciones se encontraron 10 casos (14,2 %) con hipotonía del esfínter de Oddi. De ellos, en 3, la alteración funcional estaba asociada con angiocolitis no litiásica, en 1 con un neoplasma canalicular no obstructivo, en 1 con angiocolitis y litiasis, en 2 con litiasis residual, en 2 con reacción pancreática evidenciada por síntomas clínicos y humorales. De estos 9 casos en 6 se tuvo control operatorio.

Cuando la hipotonía del esfínter de Oddi se asocia con sufrimiento pancreático puede existir *dolor durante el sondeo duodenal*. Este dolor se inicia o aumenta después de la instilación del aceite tibio por la sonda, a pesar de la aparición precoz y abundante del flujo biliar. El sufrimiento tiene la localización e irradiaciones características del dolor pancreático. En aquellos colecistectomizados en que la reacción pancreática está asociada a la hipertonía del esfínter de Oddi, el dolor, cuando existe, puede presentar otra particularidad. Ella consiste en que la instilación de novocaína en el duodeno, no trae el alivio, aunque produzca la relajación del esfínter con la consiguiente aparición de flujo abundante de bilis por la sonda. Alguna vez inclusive hemos visto la exacerbación del dolor después de la instilación de novocaína. Sin embargo, este comportamiento del dolor pancreático frente a la novocaína, no es constante y en muchos casos después de la instilación se le ve desaparecer junto con la retención biliar, al establecerse el flujo normal de bilis.

En un caso seguido durante cuatro años, se pudo observar que hasta mediados del año 1949 el dolor desaparecía con el empleo de la novocaína, al mismo tiempo que aumentaba francamente el flujo de bilis. En cambio, en los 3 sondeos que se realizaron a partir de enero de 1950, la instilación de novocaína por la sonda, en lugar de calmar el dolor, lo exacerba, a pesar de producir todavía el mismo efecto aparente sobre el espasmo del esfínter de Oddi. Este cambio en el comportamiento del dolor durante el sondeo coincidió con una agravación del cuadro clínico.

Finalmente en un caso la hipotonía del esfínter de Oddi se encontró asociada con una colangitis crónica de tipo catarral. El sufrimiento post-colecistectomía tardío consistía en una dispepsia hepato vesicular con dolor moderado en epigastrio e hipocondrio derecho. En el curso de los 3 tiempos del sondeo duodenal existían las anomalías habituales en la hipotonía del Oddi, y además la bilis recogida en el tiempo coledociano contenía regular

cantidad de grumos finos. El examen microscópico reveló la presencia de mucus, abundantísimas células biliares, escasos piocitos y escasos bacilos Gram negativos.

Con tratamiento médico a base de coleréticos, sondeos duodenales y dieta apropiada, se obtuvo la desaparición del sufrimiento. Un sondeo duodenal realizado posteriormente mostró la desaparición de los signos de colelucitis, así como una discreta atenuación de las anomalías correspondientes a la hipotonía esfinteriana.

Es preciso mencionar aquí un *síndrome post-colecistectomía* inmediato que constituye, a diferencia de los demás, una *verdadera secuela de la extirpación de la vesícula*. Se trata del cuadro diarreico que aparece con cierta frecuencia después de la operación. Esta diarrea muy molesta, que generalmente tiene poca jerarquía, puede presentar a veces real importancia e incluso adquirir gravedad en casos excepcionales. Pribran (¹⁷), en una serie de 1370 colecistectomizados, cita 5 casos de diarrea aguda grave, de los cuales dos fueron mortales. En la autopsia no se encontró más que una duodenitis y yeyunitis agudas. El autor explica estos cuadros por la parálisis completa del esfínter de Oddi producida por la remoción de los plexos nerviosos durante la operación. Oddi (¹⁸), Bergh, Sandblom e Ivy (¹), Judd y Mann (¹¹) demostraron por distintos métodos en el perro y en el hombre, que la colecistectomía iba seguida de esa parálisis del esfínter de Oddi. En los tres casos de diarrea inmediata post-colecistectomía que estudiamos por medio del sondeo duodenal, pudimos comprobar la existencia de esa pérdida del tono esfinteriano. El cuadro diarreico en ellos no presentó caracteres alarmantes en ningún momento. A continuación detallamos la observación más demostrativa, que constituye una comprobación experimental por las condiciones en que fué realizada.

●bs. 5. Sra. E. B. de N., 43 años. *Parálisis inmediata y total del esfínter de Oddi post-colecistectomía y diarrea prolongada.*

Consulta en 1948 por larga historia de dispepsia hepato biliar y cólicos hepáticos febriles. Una radiografía simple de hipocondrio derecho reveló una imagen densa, visible espontáneamente, con zonas claras en su centro, con la localización y la morfología de la vesícula biliar. El sondeo duodenal mostró un síndrome doloroso de lucha vesicular con Meltzer-Lyon negativo, así como las anomalías típicas de la hipertonía secundaria del esfínter de Oddi que se detallan más adelante. En otro sondeo realizado 7 meses más tarde, poco antes de la operación, se obtuvieron los mismos datos. La inter-

vención quirúrgica mostró una vesícula de paredes enfermas, llena de un mastic negruzco con abundantes partículas calcáreas blanquecinas y varios cálculos mixtos. Hepatocolédoco de aspecto normal. Poco antes de la operación se le había introducido por vía nasal una sonda hasta el duodeno, con el fin de pasarle suero en el post-operatorio. Durante el largo tiempo que transcurrió desde su colocación hasta que se realizó la extirpación de la vesícula, no hubo flujo de bilis por la sonda. En cambio pocos minutos después de la colecistectomía se estableció un flujo rápido en chorro continuo, que persistió durante las 24 horas que estuvo colocada la sonda en el duodeno. Poco tiempo después de sacada la sonda, apareció una diarrea intensa que molestó mucho a la enferma durante un mes. Posteriormente desapareció en forma paulatina.

Esta observación posee un gran interés, puesto que confirma la hipótesis de que la diarrea inmediata es debida al flujo continuo de bilis hacia el intestino, que produce la colecistectomía por parálisis del esfínter de Oddi. Además este caso demuestra que la hipertonía refleja del Oddi producida por una vesícula enferma, puede desaparecer instantáneamente al ser extirpada ésta, a diferencia de lo que sucede con la hipertonía primitiva o con la hipertonía secundaria a causas extravesiculares.

El mecanismo de ciertas diarreas intermitentes que presentan algunos colecistectomizados mucho tiempo después de la operación, es, en cambio, muy diferente. Se trata de gastroduodenitis (17) en las que encontramos muy a menudo en el sondeo duodenal una hipertonía refleja del esfínter de Oddi, y a veces también signos de coledocitis secundaria. En estos casos el elemento fundamental y primario es la alteración grastrroduodenal que frecuentemente ya existía antes de la operación. Su tratamiento correcto resuelve el problema.

III) SUFRIMIENTOS POST-COLECISTECTOMIA CAUSADOS POR LA ALTERACION ANATOMICA DEL COLEDOCO.

La alteración orgánica, no neoplásica, del colédoco puede ser una etapa evolutiva de la disquinesia hipertónica del esfínter de Oddi (13); pero a menudo es un hecho secundario a procesos orgánicos de vísceras vecinas, especialmente vesícula, páncreas y segunda porción duodenal. Se constituye así la "Enfermedad del esfínter de Oddi" (13), o la "Colédoc Odditis retráctil crónica" (7), o la "Enfermedad del colédoc terminal" (15).

Cierto número de afecciones orgánicas del árbol biliar acompañadas de una disquinesia hipertónica del esfínter de Oddi que necesitaron una terapéutica quirúrgica, fueron tratadas previamente con la novocaína por vía oral. En el post-operatorio inmediato se continuó con la medicación. Esta conducta permitió evitar el sufrimiento post-colecistectomía, así como la posibilidad de que la hipertonía constituyera lesiones anatómicas que la fijaran definitivamente.

Las alteraciones anatómicas de la enfermedad del colédoco terminal, son casi siempre reversibles si se drena el colédoco en forma adecuada. En caso contrario, se convierten en reducto de infecciones interminables, y a veces en el punto de partida o de agravación de procesos retráctiles de la región esfinteriana. Estas esclerosis retráctiles del Oddi fueron las únicas alteraciones que exigieron la esfinterotomía para prevenir o curar el sufrimiento post-colecistectomía.

De los 70 casos de sufrimiento post-colecistectomía estudiados, existían en 33 (47,1 %), causas anatómicas biliares o bilio-pancreáticas. *Dentro de los síndromes puramente dolorosos, solamente en el 35 % se encontró una causa orgánica; en cambio en los síndromes con ictericia se encontraron durante el sondeo signos de alteración orgánica en el 99,9 % de las observaciones.* En todos los casos la exploración quirúrgica confirmó la existencia de alteraciones anatómicas, aunque en algunos rectificó la naturaleza de la alteración. Esto sucedió en 3 casos con elementos de angiocolitis y precipitaciones cristalinas abundantes, que hicieron pensar en la existencia de una litiasis residual infectada. La operación mostró en 2 de ellos un hepato-colédoco con alteraciones anatómicas evidentes, que contenía bilis patológica, pero sin cálculos, y en el otro mostró una neoplasia canalicular no obstructiva complicada con colangitis y también sin cálculos. En los 3 casos se había comprobado durante la colecistectomía, la existencia de una litiasis vesicular.

El único colecistectomizado con cuadro icterico tardío que no presentó signos de alteración orgánica durante el sondeo, correspondió a un caso de hepatitis virósica post-transfusional.

Las alteraciones anatómicas del colédoco y de los órganos vecinos se acompañan casi siempre de perturbaciones funcionales

en el esfínter de Oddi. De las 33 observaciones citadas, en 21 existía hipertonía del esfínter de Oddi, en 10 hipotonía y solamente en 2 no se comprobó ninguna alteración.

Ya fueron consideradas las anomalías que se observan en el curso de los 3 tiempos del sondeo duodenal en la hipotonía del esfínter de Oddi, asociadas a procesos orgánicos del colédoco y órganos vecinos.

En las hipertonías secundarias del esfínter de Oddi, se observan más acentuadas las modificaciones de los tiempos del sondeo que caracterizan el espasmo puro del Oddi, pero además aparecen otros nuevos.

Tiempo coledociano. Es más frecuente que no se obtenga bilis por la sonda, ni aún después de la instilación de suero fisiológico. La excitación mecánica no abre el esfínter de Oddi o lo abre con gran retraso y en forma incompleta, permitiendo un pasaje escaso de bilis.

Tiempo del Oddi cerrado. Es muy largo. La instilación por la sonda de 40 c.c. de aceite tibio, produce un cierre prolongado del esfínter de Oddi, que con frecuencia sólo termina cuando se recurre al uso de modificadores: novocaína o nitrito de amilo. El tiempo del Oddi cerrado de duración normal, solamente se observó en 2 casos de hipertonía secundaria, y en ninguna observación estuvo acortado.

Tiempo de escurrimiento de bilis A. Después de la estimulación específica con el aceite, la abertura del esfínter de Oddi siempre es incompleta o intermitente, oponiendo por ello una resistencia considerable al pasaje de la bilis A. El flujo de bilis se realiza en forma lenta y entrecortada por largos intervalos, durante los cuales no fluye ninguna bilis al exterior. El gasto minuto medio, resulta así, muy por debajo de las cifras normales que oscilan entre 1,5 y 2 c.c.

Efecto de los modificadores. *El efecto del modificador durante cualquiera de los tiempos del sondeo duodenal, nunca es tan franco como en el caso del espasmo puro* (^{19b}); a veces fracasa totalmente en la primera instilación e incluso se hace necesario repetirlo una o dos veces, en el transcurso del sondeo. En casos extremos no se obtiene el flujo de bilis normal por la sonda, a pe-

sar del empleo repetido de distintos excitantes y de distintos modificadores.

En suma *el carácter distintivo de las hipertonías secundarias* del esfínter de Oddi durante el sondeo duodenal, es la intensidad y la persistencia del trastorno, que se traduce por la acentuación de las anomalías durante los 3 tiempos y por la resistencia a la acción repetida de los modificadores. Es necesario destacar que estos caracteres se presentan con intensidad máxima precisamente en los casos de alteración fibrosa del esfínter de Oddi, en donde no existen modificaciones de los caracteres físicos y microscópicos de los líquidos biliares. Los signos indirectos permiten en estas circunstancias hacer el diagnóstico de alteración órgano-funcional a pesar de la ausencia de signos directos del proceso anatómico. En cambio, en los casos de angiolitiasis o no litiasis, en donde existen durante el sondeo duodenal anomalías evidentes en los caracteres de las distintas muestras de bilis recogidas, pueden observarse hipertonías, cuyos caracteres se aproximan, en mayor o menor grado, a los que presentan las hipertonías puras del esfínter de Oddi.

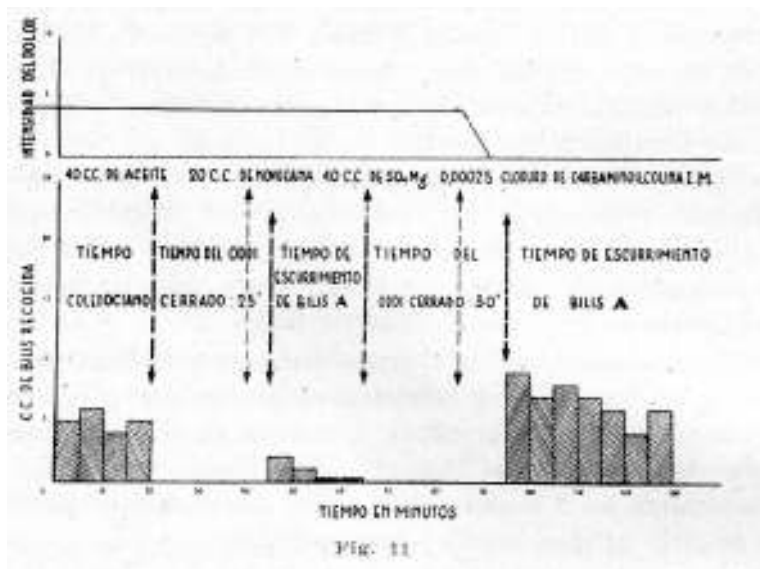
Las anomalías que en el curso del sondeo duodenal constituyen *signos directos de la existencia de alteraciones orgánicas* del hepato-colédoco son muy claras. Consisten en modificaciones variadas de los caracteres físicos y microscópicos de la bilis recogida durante los 3 tiempos del sondeo. Ahorramos el detalle por ser materia ya mencionada y bien conocida.

Durante el sondeo duodenal efectuado en los colecistectomizados con hipertonía secundaria del esfínter de Oddi, *es menos frecuente la aparición de dolor* que en los que tienen hipertonías primitivas. Sobre 21 observaciones con espasmo secundario sólo en 5 (23,9 %) existió dolor en el curso de la prueba. *El hecho que probablemente explica esta menor frecuencia del dolor, es la existencia casi constante en estos casos de una dilatación importante del hepato-colédoco.* Pribran ⁽¹⁷⁾ opina a este respecto que "los pacientes con un conducto estrecho son mucho más sensibles a los cambios de presión, que los que tienen un conducto dilatado". Cuando existe dolor, éste lo mismo que en las hipertonías puras, guarda estricta relación con el grado de retención biliar, de erminado en cada momento por el grado de hipertonía esfín-

teriana. Pero la dificultad que existe habitualmente para suprimir las hipertonías secundarias del Oddi y la retención biliar consiguiente, hace que el dolor persista frecuentemente hasta las etapas finales del sondeo duodenal.

Se detallan a continuación cuatro observaciones de hipertonía secundaria del esfínter de Oddi.

Obs. 5. Sra. C. F. de G., 50 años. *Sufrimiento tardío post-colecistectomía. Colédoco Odditis retráctil crónica. Hipertonía secundaria del esfínter de Oddi.* Operada en 1946, por cuadro agudo de vientre superior, se encontró una



colecistitis litiasica aguda y una pancreatitis edematosa. Colecistectomía parcial. Siete meses después nueva operación por crisis dolorosas intensas y repetidas de epigastrio e hipocondrio izquierdo. La intervención quirúrgica mostró una colédocolitiasis con un cálculo enclavado en la ampolla de Vater. Pasa un año bien y vuelve a sufrir de dolores en barra en el abdomen superior con irradiación a fosa lumbar e hipocondrio izquierdo. El sondeo duodenal mostró lo siguiente (fig. 11).

La desaparición del espasmo del esfínter de Oddi se obtuvo solamente después de la inyección I. M. del cloruro de carbominoilcolina, que se hizo con el fin de estudiar la secreción pancreática externa. Este efecto paradójal de la estimulación del vago, no hace sino comprobar el hecho ya conocido de que el efecto que sobre el músculo liso tiene la excitación del nervio motor, depende del estado previo de ese músculo, o sea del tono neurovegetativo local.

Tratada con trasentina, novocaina y sondeos repetidos desaparecen las

anomalías funcionales durante el sondeo duodenal, y sin embargo la enferma sigue sufriendo casi en la misma forma. En la reoperación se encontró el colédoco muy dilatado, con su porción terminal estrechada y rígida que no permitía pasar un explorador fino. Se practicó la esfinterotomía transduodenal y se drenó con tubo T el colédoco. Retirado el drenaje no se repitieron más las crisis dolorosas.

Comentario. Se puede apreciar en esta observación la resistencia característica que presenta frente a la acción del modificador, el espasmo desarrollado sobre la lesión orgánica. También se aprecia a través de los datos del sondeo duodenal, así como de los resultados aparentemente contradictorios de la terapéutica antiespasmódica, que el papel principal en la producción del síndrome de hipertensión biliar, lo desempeña en este caso, la estrechez anatómica.

Hay que destacar que este hecho no se percibe durante el sondeo, puesto que el flujo biliar hacia el duodeno es aparentemente normal después que se suprime el obstáculo funcional. Los elementos que permiten el diagnóstico son: el comportamiento del espasmo frente al empleo de los modificadores, y el efecto contradictorio de la terapéutica médica sobre las anomalías del sondeo y el cuadro clínico.



Fig. 12

Obs. 6. Srta. A. U., 26 años. *Sufrimientos post-colecistectomía de causa orgánica. Fibrosis difusa del hepato-colédoco.*

Colecistectomizada en 1944 por cólicos hepáticos a repetición: vesícula con paredes de aspecto normal, y adherencias al colon y duodeno que contenía bilis negra de estancamiento. Hepato-colédoco de aspecto normal. Desde

la operación se exacerba su sufrimiento. En 1948 éste se vuelve más intenso y continuo, por lo que reingresó al hospital. El sondeo duodenal mostró muy acentuadas las anomalías características de la hipertonía secundaria del esfínter de Oddi, con lo que se diagnosticó una alteración anatómica severa del colédoco (fig. 12).

En la reoperación se encontró el hepato-colédoco extraordinariamente disminuído de calibre en forma uniforme desde el hilio hasta el duodeno. Al abrirlo se vió que estaba formado por la capa seroelástica fibrosada y muy espesada y una luz mucosa filiforme que no se pudo cateterizar con bujía fina.

Comentario. La dificultad en el pasaje de la bilis hacia el duodeno adquiere en esta observación una gran intensidad. Se trata de una fibrosis difusa del canal biliar desarrollada en los años que transcurren entre las dos operaciones. Graham H. F., con motivo de un caso similar, sugiere que esta lesión podría deberse al reflujo pancreático mantenido por el espasmo del esfínter de Oddi en un sistema canalicular bilio-pancreático comunicado. Hay que destacar que como en la observación de este autor, en la nuestra la estrechez es muy extensa y no se comprueba la dilatación supra-estrictural que es regla en las estrecheces de origen quirúrgico.

Obs. 7. Sra. J. F. de G., 48 años. *Sufrimiento post-colecistectomía inmediato de causa órgano funcional. Litiasis, angicolitis e hipertonía secundaria del esfínter de Oddi.*

En 1947 cólicos hepáticos febriles. Colecistectomía: litiasis vesicular y coledociana, drenaje coledociano durante 22 días. A los 8 días de retirado el drenaje, nuevo cólico hepático que se repite desde entonces cada 3 ó 4 meses. En 1950 los cólicos son más frecuentes y violentos y el último va seguido de ictericia.

El sondeo duodenal reveló las anomalías características de la hipertonía secundaria, menos acentuadas que en las observaciones anteriores (fig. 13).

La bilis recogida era turbia y contenía abundantes grumos. El estudio del sedimento reveló abundantes cristales de colesterol, abundante bilirrubinato de calcio, mucus y bacilos Gran negativos.

La intervención quirúrgica mostró el *hepatocolédoco muy dilatado* y con sus paredes espesadas, conteniendo en su interior cálculos y bilis patológica con los mismos caracteres que la que se había obtenido durante el sondeo.

Obs. 8. Sra. A. U. de P., 52 años. *Suprimiento post-colecistectomía tardío de causa órgano funcional. Litiasis residual e hipertonía secundaria del esfínter de Oddi.*

Colecistectomizada hace 22 años por cólicos hepáticos repetidos: litiasis vesicular. Dispepsia hepato-biliar inmediata. Desde octubre de 1950 dolor post-prandial tardío, y un mes después cólico hepático seguido de ictericia.

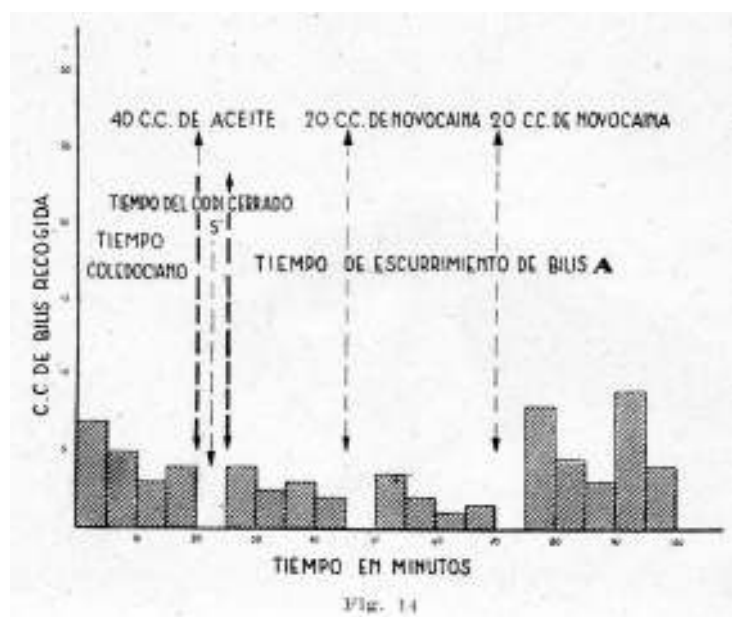
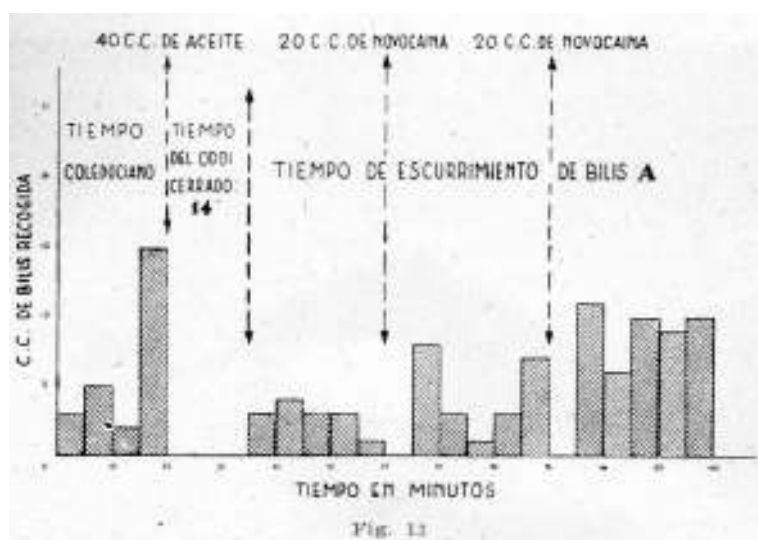
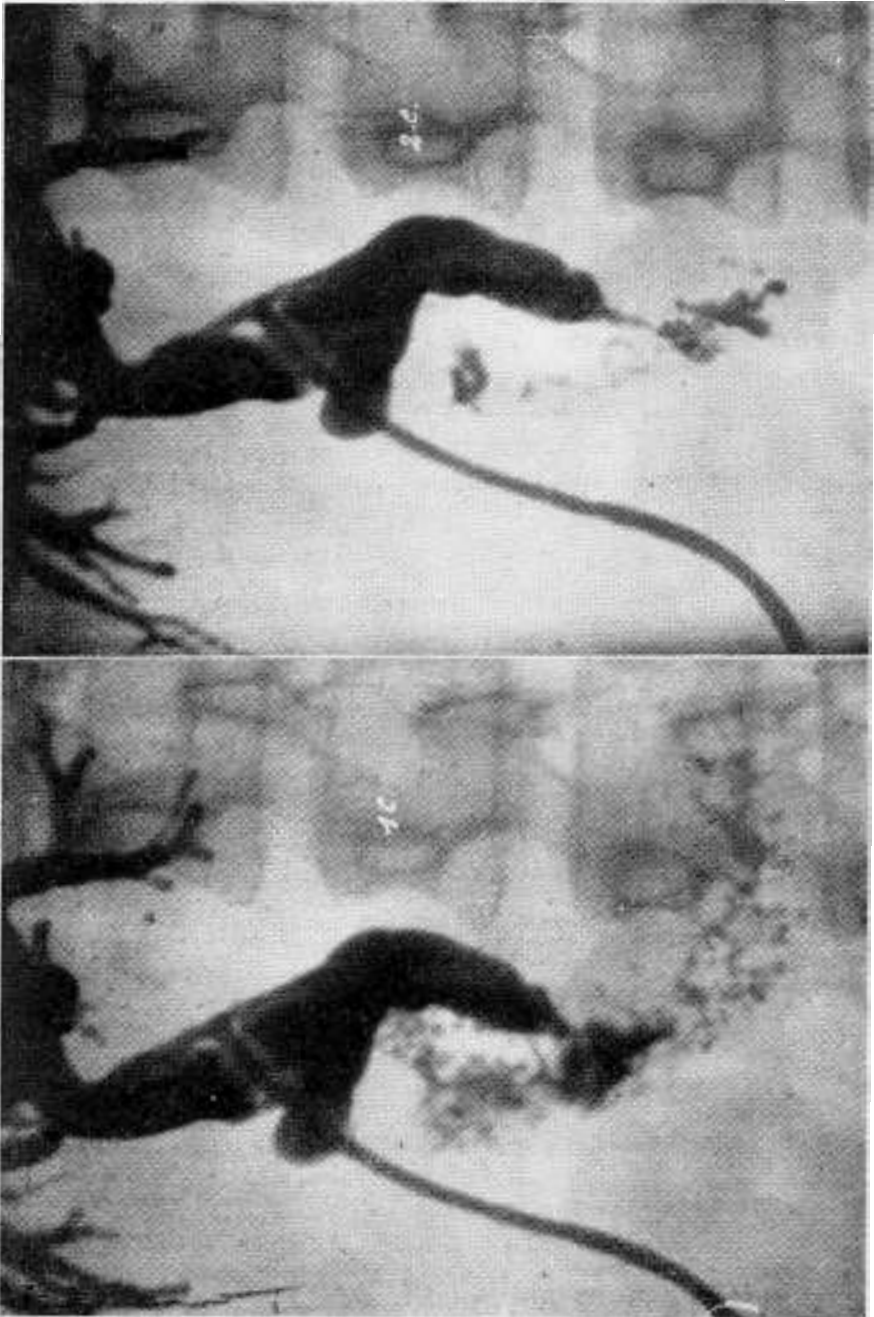


Fig. 14



El sondeo duodenal mostró las anomalías características de la hipertonía del Oddi de tipo secundario y la ausencia de los signos directos que permiten reconocer la naturaleza de la alteración anatómica (fig. 14).

Cuatro días después un nuevo sondeo mostró las mismas anomalías. El resultado de los sondeos (hipertonía secundaria del Oddi y falta de elementos de colangitis) unido a la historia de la ictericia, permitieron plantear como diagnóstico de gran probabilidad, la litiasis residual. El tratamiento con trasentina y régimen adecuado, no impidió la repetición de los cólicos hepáticos. La intervención quirúrgica mostró: *hepato-colédoco y muñón cístico muy dilatados*, con paredes de aspecto normal, conteniendo en su interior un cálculo grande. Después de cierta resistencia inicial, se pasó con facilidad hasta el duodeno una gruesa bujía.

En el post-operatorio drenó durante 3 semanas de 400 a 500 c.c. de bilis, y el pinzamiento del ubo provocaba rápidamente dolor epigástrico. La colangiografía hecha a los 20 días mostró la persistencia de la dilatación de las vías biliares y una imagen típica de espasmo del esfínter de Oddi (fig. 15).

La novocaína por boca a la dosis de 6 cucharadas diarias no produjo mejoría. Fue necesario emplear dosis más altas, fraccionadas cada hora para conseguir que tolerara indefinidamente el pinzamiento del tubo de drenaje.

La prueba terapéutica con la novocaína. El resultado de la prueba terapéutica con la novocaína por vía bucal, tiene importancia diagnóstica en los sufrimientos post-colecistectomía de causa órgano funcional, cuando no existen signos directos de lesión orgánica en la bilis recogida durante los 3 tiempos del sondeo duodenal. A diferencia de lo que sucede en las hipertonías primitivas, el tratamiento con la novocaína por vía oral fracasa en las hipertonías secundarias del esfínter de Oddi, en tanto no se suprime el factor causal. En los casos extremos la novocaína no mejora el cuadro clínico ni modifica durante el sondeo las anomalías debidas al espasmo esfinteriano. Otras veces, como pasó en la observación 6, se produce una discordancia entre el resultado del sondeo duodenal, que muestra la mejoría del funcionamiento esfinteriano y el cuadro clínico que persiste sin cambios. Finalmente en los casos más felices, se obtiene con la novocaína por vía oral la desaparición tardía del síndrome de hipertonía en el sondeo, así como la mejoría del cuadro clínico; pero esta mejoría raramente es completa y la recidiva se produce al suspender la terapéutica.

El tratamiento etiológico produce la desaparición de la perturbación funcional. Sin embargo existen excepciones como la de

la observación 8, que obligan a emplear los antiespasmódicos después de suprimida la espina orgánica; pero la terapéutica fisiopatológica obtiene entonces el éxito que no logró anteriormente.

IV) SUFRIMIENTOS POST-COLECISTECTOMIA CAUSADOS POR LA HIPERTONIA DEL ESFINTER DE ODDI SECUNDARIA A PROCESOS ORGANICOS GASTRODUODENALES.

En 12 observaciones (17,1 %) se encontró que la persistencia de síntomas era producida por una lesión gastroduodenal que había pasado inadvertida por un estudio incompleto del enfermo. En 6 de ellas el proceso gastroduodenal había sido el único causante del cuadro clínico que motivó la colecistectomía. La sintomatología biliar responsable del error diagnóstico fué producida por la hipertonia refleja de los esfínteres del cístico y del colédoco y consistió en cólicos hepáticos o cólicos vesiculares, con colecistograma o prueba de Meltzer-Lyon negativas, y en un caso con vesícula palpable transitoriamente. El estudio gastroduodenal mostró: 3 úlceras duodenales: dos bulbares y una post-bulbar, una gastroduodenitis, un neoplasma incipiente de la región antral y una gastroenteropatía. En las 6 observaciones restantes se había comprobado en la operación la existencia de una litiasis vesicular, pero pasaron inadvertidas una úlcera bulbar y 5 Giardias con duodenitis intensa.

Después de la colecistectomía el sufrimiento persistió sin cambio en unos casos y se exacerbó en otros.

En 8 observaciones el sondeo duodenal mostró la existencia de las anomalías características de la *hipertonía del esfínter de Oddi de tipo secundario*, en tres se encontró una hipertonia con caracteres parecidos a los de la hipertonia primitiva, y en una (la gastroenteropatía sin síntomas biliares) no hubo ninguna anomalía.

El tratamiento aislado de la hipertonia biliar secundaria fracasó totalmente en unos casos, en otros obtuvo solamente mejorías parciales transitorias, y solamente en algunas de las duodenitis a Giardias, con hipertonías de tipo primitivo, se obtuvieron mejorías rápidas y francas aunque poco duraderas. El tratamiento del proceso causal produjo en cambio en casi todos los casos la des-

aparición total de la sintomatología. Es de hacer notar que en 3 observaciones de úlcera duodenal, el régimen de Sippy produjo la desaparición de los síntomas biliares, aunque en 1 de ellas la mejoría fué precedida por una discreta exacerbación durante las primeras 24 horas.

SUMARIO

La reaparición o persistencia de síntomas después de la colecistectomía es un hecho relativamente frecuente. Hasta el presente no existía una técnica que permitiera realizar el estudio no quirúrgico de los sufrimientos post-colecistectomía. Es en el sondeo duodenal, realizado según un nuevo método, donde pueden obtenerse datos muy precisos que permiten analizar a fondo estos sufrimientos.

Se describen los 3 tiempos sucesivos del sondeo duodenal normal de los colecistectomizados, y se analizan las modificaciones observadas en el curso de estos 3 tiempos en los distintos síndromes post-colecistectomía. El conocimiento del significado semiológico de tales modificaciones permite reconocer las disquinesias del esfínter de Oddi, y separarlas de las perturbaciones funcionales reflejas que acompañan a los procesos orgánicos de la encrucijada bilio-duodeno-pancreática.

Los resultados de la prueba terapéutica con la novocaína por vía oral, y por instilación directa en DII durante los sondeos duodenales, completan los elementos para el diagnóstico.

El comportamiento variable frente a la terapéutica con la novocaína y las anomalías observadas en el curso de los 3 tiempos del sondeo duodenal, se combinan para formar síndromes que permiten hacer el diagnóstico de las distintas causas etiopatológicas de estos sufrimientos.

Las conclusiones se dedujeron del estudio de 70 observaciones de sufrimientos post-colecistectomía, en 27 de los cuales se tuvo control operatorio.

En 22 observaciones (31,4 %) se encontró una hipertonia primitiva del esfínter de Oddi.

En 33 (41,1 %) se encontraron procesos orgánicos biliares o bilio-pancreáticos, de los cuales 21 se acompañaban de una hi-

pertonía secundaria del Oddi, 10 estaban asociados con hipotonía, y 2 no presentaron perturbación funcional esfinteriana perceptible.

En 12 casos (17,1 %) se hallaron lesiones gastroduodenales, de los cuales 8 presentaban hipertonia esfinteriana de tipo secundario, 3 hipertonia de tipo primitivo, y uno sin ninguna perturbación funcional.

Finalmente en 2 observaciones no se comprobaron alteraciones funcionales, ni orgánicas de la encrucijada bilio-duodeno pancreática, y el caso restante fué una ictericia hepatocítica, virósica, post-transfusional.

También se realizó el estudio de una serie de 10 colecistectomizados considerados como normales.

SUMMARY

Post-cholecistectomy syndrome is relatively frequent. Up to now there was no technic for non surgical study of post-cholecistectomy disturbances. Duodenal drainage, accomplished after a new method, allons this study and the obtaining of very precise facts.

The three successive stages of normal duodenal drainage after cholecistectomy are described. The modifications observed in this three stages of the drainage in post-cholecistectomy syndrome are analized. Knowledge of the semiologic significance of such modifications allows the recognition of Oddi's sphincter dyskinesias and its separation from reflex functional disturbances in organic processes of bilio-duodeno-pancreatic "carrefour".

Results obtained in therapeutic test after novocainization either oral or instilled directly in the second portion of the duodenum during duodenal drainage sum up the necessary diagnostic facts.

The variable therapeutic results and the facts obtained from the three shages of duodenal drainage, are combined to point out different syndromes from which their different etiopathological causes are obtained.

70 post-cholecistectomy syndromes, in wich there was 27 operatory control, were studied.

In 22 cases (31,4 %) a primary hipertony of the sphincter

of Oddi was found. In 33 cases (41,1 %) either biliary or bilio-pancreatic organic processes were found; in this group 21 cases had secondary hipertony of Oddi's sphincter, 10 hipotony and 2 did not show any functional disturbance of that sphincter.

In 12 cases (17,1 %) gastro-duodenal lesions were found, of which 8 presented secondary hipertony, 3 primary hipertony and 1 no disturbance.

Finally in 2 cases there where no functional or organic disturbances of the bilio-duodeno-pancreatic "carrefour" and one last case showed an hepatocytic virus post-transfusión jaundice.

10 cholecistectomized people who are considered as being normal were also studied.

BIBLIOGRAFIA

1. BERGH J. S., SANDBLOM PH. y IVY R. C. — Effects of removal of the functioning gallbladder. Surg Gynec. and Obst. 62, 811, 1936.
2. BETTMAN R. B. y LICHTENSTEIN G. — End-results following cholecistectomy Amer. y Med. Sc. 1937, 194, 788.
3. BUTSCH W. L. y MCGOWAN J. M. — Pressure in the common bile duct: a preliminar report. Proc. Staff. Meet., Mayo Clin. 1936, 2, 145.
4. CARTER R. F., GREENE C. H. y TWISS J. R. — Diagnosis and management of diseases of the biliary tract. Pgs. 238, 261, 282, 295.
5. CARTER F. y MARAFINO B. — Symposium on cronic diseases; causes and relief of simptoms following cholecystectomy. New York State J. Med. 1940, 40, 1648.
6. CATELL R. B. y KIEFER E. D. — Failures after cholecystectomy. J. A. M. A. 1929, 93, 1270.
7. DEL VALLE D. y DONOVAN R. — Colédoco-Odditis retráctil crónica; concepto clínico y quirúrgico. Arch. Arg. Enferm. Apar. Dig. y Nut. 1926, 1, N° 4.
8. ELIASON E. L. y NORTH J. P. — Morbidity following cholecistectomy. Ann. Surg. 1939, 109, 580.
9. GRAY H. K. y SHARPE W. S. — Biliary dyskinesia. The role played by a remmment of the cystic duct. Proc. Staff. Meet. Mayo Cl. 1944, 19, 165.
10. HERRERA RAMOS F. y VARELA LOPEZ J. A. — Le traitement de Dyskinésies biliaires par la novocaïne. (En publicación).
11. JUDD E. S. y MANN F. C. — The efect of removal of the gallblader: an experimental study. Surg. Gynec. and Obst. 1917, 24, 437.
12. MELLET-GUY P., BLONDET P. y DESLONS J. — Le syndrome d'hypotonie de la voie biliaire principale. Arch. des Mal. App. Dig. y de la Nutrit.. 1949, 38, 383.

13. MALLET GUY P. FEROLDI J. y MICETH F. — Maladie du Sphincter D'Oddi. Lyon Chirurgical, 1950, 45, 33.
14. MCGOWAN J. M., BUTSCH W. L. y WALTERS W. — Pressure in the common bile duct of man: its relation to pain following cholecystectomy. J. A. M. A., 1936, 106, 2227.
15. NEGRI A. — Patología del colédoco terminal. Estudio de las perturbaciones funcionales. Prensa Med. Arg., 1947, 34, 36.
16. ODDI R. D'une disposition á sphincter spéciale de l'ouverture du canal cholédoque. Arch. Ital. de Biol. 1887, 8, 317.
17. PRIBRAM B. O. C. — Postcholecystectomy Syndromes. J. A. M. A., 1950, 142, 1262.
18. VARELA FUENTES B., VARELA LOPEZ J. A. y MARTINEZ PRADO G. — La contribución del laboratorio al diagnóstico de la colecistitis crónica, alitiásica. Primera Jornada Panamericana de Gastroenterología, p. 231. Edic. Prensa Méd. Arg., Buenos Aires, 1949. El Día Médico. Buenos Aires, 1950, p. 94 y p. 124.
19. VARELA LOPEZ J. A. — El sondeo gastroduodenal; una prueba semiológica a) p. 68, b) p. 66. Edic. Centro de Gastroenterología Hosp. Aciel, Montevideo, 1948.
20. VARELA LOPEZ J. A., VARELA FUENTES y MARTINEZ PRADO G. — Les cinq temps du tubage duodenal normal, et leurs modifications dans les cholécisto-cholangiopathie. Arch. de Mal. App. Dig., 1950, 39, 797.

Dr. García Capurro. — La comunicación de Varela López me parece muy oportuna. Ha tocado el tema del tubaje duodenal y todo lo que se puede obtener tanto como estudio en el pre y post-operatorio como del punto de vista terapéutico.

Es indudable que encarado el tubaje duodenal como una especialidad y puesto en manos competentes, puede rendir un servicio muchísimo más efectivo que el que obteníamos hace algunos años. Hace más o menos un año y medio, que organicé en el Hospital Inglés el mismo tipo de trabajo que describe aquí Varela y estoy muy satisfecho de ello.

No es posible, como sucede en algunos lugares, que el tubaje duodenal sea hecho por el personal secundario y por cualquier persona del personal secundario, en las diferentes secciones de una clínica o de un establecimiento. Se precisa concentrar el trabajo de los tubajes en cada Servicio, en manos de una sola persona que debe hacerlo con todo reposo, con toda tranquilidad y bien; por ejemplo, dos días por semana, en las primeras horas de la mañana, empezando muy temprano, antes de que empiece el trabajo del Servicio, creo que es el mejor momento y la mejor manera de obtener de este método de investigación y terapéutica el mejor resultado. Es lo que quería decir.

Dr. Stajano. — Me asocio a las manifestaciones de los dos socios y felicito a Varela López porque realmente muestra un panorama y abre

una ventana amplísima para la interpretación de distintos síndromes que los cirujanos hasta un tiempo atrás manejaban en forma puramente quirúrgica. Evidentemente la Fisiología y la Fisiopatología del Oddi es un campo inmenso en el que podemos aportar al enfermo beneficios que hasta hace un tiempo no se conseguían. También podemos afirmar que la medicación novocaínica es una medicación extraordinaria, no solamente en el árbol biliar sino en otras ramas de la Medicina y Cirugía, y los cirujanos estamos incorporando a nuestra práctica el uso más extenso de ese medicamento, tan extraordinario y espectacular en sus resultados.

En lo que respecta a la Fisiología del Oddi los casos que ha presentado Varela López son sumamente interesantes. Aparte del gran problema de fondo que toca hay dos de ellos que me llamaron la atención: son los casos de fibrosis difusa retráctil del hepatocolédoco post-colecistectomía: uno del Dr. Nario y otro del Dr. Miqueo, en los cuales el hepatocolédoco apenas permitía pasar una sondita muy fina y sin embargo esos enfermos siguieron viviendo más o menos bien. A propósito de esto yo voy a traer dentro de pocos días un caso de refacción de vías biliares por un neoplasma canalicular biliar en el cual se hizo una plastia del colédoco por resección del confluente entero, y la colangiografía que se hizo demuestra un tubo de reparación nuevo muy fino, y el enfermo sigue perfectamente bien y no tiene ninguna manifestación de estasis biliar. De manera que es éste un pequeño dato para fijar dentro de las muchas cosas interesantes que dijo Varela López. Lo felicito y no tengo nada más que decir.

Dr. Lorenzo y Losada. — Varela López tiene un libro publicado que se titula: El sondeo gastro duodenal; una prueba semiológica; si mal no recuerdo es así. Realmente ese título está muy bien puesto: es una prueba semiológica, prueba semiológica riquísima que está llena de matices y que exige por eso mismo que el que la hace tenga una preparación muy grande en el terreno que está explorando. Tan es así que el sondeo gastro-duodenal se vuelve entonces una prueba semiológica, tan fina, que exige entonces que se prepare especialmente el personal que debe hacerla y que debe ser en general el médico, porque la instrucción médica que debe haber detrás de todo eso debe ser tan grande, que ni siquiera pueden ser nurses o practicantes. Tienen que ser médicos.

Ahora el trabajo, es un trabajo que es un verdadero monumento. Esto que ustedes vieron aquí presentado en esquema y que parece, en fin, una cosa muy gráfica que fuera fácil de llevar al papel, exige un esfuerzo extraordinario; algunos estudios de estos son 6 u 7 horas que se pasan al lado del enfermo, tomando nota de los más pequeños detalles. De manera que este trabajo que presenta Varela es un verdadero monumento aparte de todas las consideraciones tan interesantes de la parte teórica, pero del punto de vista de lo que le ha llevado de tiempo, es extraordinario el esfuerzo que debe suponer a Varela el traernos esto aquí.

Conocía en parte las cosas que nos ha traído esta presentación, por casos relatados en forma fragmentaria. También he tratado en la Poli-

clínica de Pasteur que atiendo, de ir haciendo, en algunos casos nada más, por el trabajo enorme que lleva esto, estos mismos estudios. Tenemos la impresión de que conducen a diagnósticos finos y permiten aclarar casos difíciles. Tenemos uno estudiado a la vez por él y por nosotros en el cual hemos diagnosticado en una enferma que tenía un aparente sufrimiento post-colecistectomía, que era simplemente una pitirática que había terminado por simular todos sus sufrimientos. Si no hubiera sido por el sondeo gastro-duodenal hecho en perfectas condiciones, hubiera llevado a una tercera operación, y ya llevaba dos; la enferma tratada de ese punto de vista ha mejorado extraordinariamente. No lo hacemos más a menudo porque realmente cada vez que se encara a un enfermo de estos y se tiene necesidad de llevar a la práctica un sondeo de éstos, es necesario disponer de 4 ó 5 horas y ustedes comprenden que en el Hospital, no se puede; de manera que no se hace más que en los casos necesarios. Pero tenemos un gran entusiasmo por todo lo que nos ha traído Varela López aquí. Si no lo hacemos más a menudo es por esta razón de orden práctico.

Dr. Prat. — Creo que la Sociedad debe agradecer sinceramente a Varela López que nos haya comentado este tema y sobre todo este tema traído por un médico que viene al recinto de los cirujanos, para tratar de colaborar con ellos y corregir un defecto. Las operaciones de cirugía biliar, sobre todo la colecistectomía, que es una operación importante, tiene en su contra un defecto capital o mejor dicho una secuela capital, al punto que en casi todos los libros y revistas se ha establecido un capítulo de la secuela de las colecistectomías. Secuelas que son tanto más frecuente según sean los casos más graves, según las técnicas, según las operaciones hechas. Al lado de esto nos encontramos con un dato paradójal de Moynihan que estableció hace muchísimos años que los resultados en la cirugía biliar son tanto mejores cuanto más lesión hay en la vía biliar, quiere decir que cuanto más enferma está la vesícula, cuanto más cálculos tenga, mejor resultado se obtiene. Indudablemente que esto debe relacionarse con lo que observamos corrientemente cuando los cirujanos operan sin encontrar cálculos, en tales casos tienen un temor extraordinario, por eso no van a la operación, sino después de un tratamiento médico muy completo, porque saben que son los que tienen mayor cantidad de secuelas y que no mejoran, sino que siguen sufriendo. En esos casos, el aforismo de Moynihan tiene una aplicación muy completa a pesar de lo cual me han criticado porque en mi práctica no haya hecho tantas colecistectomías como ha hecho otros, pero por mi parte declaro que he llegado a la conclusión de que la vesícula es un órgano extraordinariamente fisiológico, que el organismo la necesita, y que así como han dicho muchos cirujanos que se puede vivir sin vesícula, también se vive sin ovarios, sin piernas, pero ese no es un sujeto normal ni mucho menos. Si se puede conservar la vesícula, si no tiene lesiones irreparables, debe ser conservada y con ese criterio, cuando he encontrado vesículas de paredes finas y sanas las he conservado y de eso me felicito porque después al hacer

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

la colangiografía postoperatoria hemos comprobado el buen funcionamiento de esas vesículas y si presentaban trastornos postoperatorios hemos tratado esas secuelas que presentaban porque esas mismas secuelas, esos mismos padecimientos los he observado en las colecistectomías, y entonces sí, uno pregunta qué le hace el cirujano que ha hecho una colecistectomía al enfermo, cuando reaparecen sus molestias y sus trastornos. Probablemente hay que hacer un drenaje, drenaje del hepático, del colédoco, que si da resultado bien y si no ya no tiene más nada que hacer, quiere decir pues que nosotros tenemos un inconveniente serio en esta cirugía y desde ya aceptamos que presenta secuelas muy serias y complicaciones graves al punto que admitimos ese capítulo de las secuelas de la colecistectomía.

Ahora bien, el perfeccionamiento de la cirugía biliar lo debemos ya a muchos y entre ellos a Mirizzi que ha insistido en la colangiografía per-operatoria. Su uso nos ha puesto de manifiesto que la litiasis residual que admitíamos del 5 al 10 % de los casos, llega al 25, 30 y más del 30 % y que constituye el medio más seguro, no digo totalmente seguro, de poner de manifiesto esa litiasis residual olvidada de la vía biliar principal, que permite corregirla inmediatamente. Es por esto que lo más importante que se puede hacer es practicar la colangiografía, pero ésta tiene sus inconvenientes todavía, porque cualquier aceite yodado no sirve, hay que usar aceite yodado muy especial y hay que realizar una técnica correcta. Sin embargo ahora se nos dice que la colangiografía no basta, y aparece como necesaria la manometría. Malle-Guy, Carolí y cirujanos americanos nos indican la necesidad de la manometría para conocer la patología funcional de las vías biliares, y en efecto sin colangiografía y manometría el cirujano no puede ni siquiera ver si hay pancreatitis, cálculos residuales y alteraciones funcionales que sólo esos elementos pueden ponerle en evidencia.

Quiere decir todo esto que si al cirujano se le exige el progreso y perfeccionamiento, los hospitales deben tener los recursos necesarios y se impone que en cada sala de operaciones tenga el cirujano un aparato de rayos X para hacer las radiografías y la manometría en el acto operatorio, tanto para la cirugía biliar como para la renal y vascular que algunos cirujanos hacen sistemáticamente. Si vamos a tardar en inaugurar el Hospital de Clínica creemos que cada Clínica debería tener un aparato de rayos X, sería esto un progreso efectivo para toda la cirugía arterial y venosa que necesita este perfeccionamiento. Pero dejando de lado esta cirugía tenemos el caso práctico que nos presenta Varela López que es sumamente importante; el cirujano opera y no puede saber cómo está el Oddi, cómo está el colédoco terminal o si hay una pancreatitis que está comprimiendo ese colédoco; y precisamente nos ha demostrado que no es cuestión de cirujano porque ha operado un cirujano experimentado y competente y el enfermo sigue sufriendo igual, cada vez más, y precisamente con instilaciones de novocaína en el duodeno ha mejorado a esos enfermos y los ha dejado una serie de días sin dolores y después con

períodos más o menos prolongados y hasta quizás llegar a esperar curaciones, aunque eso es mucho más difícil.

Pues bien, creo que todo eso nos demuestra perfectamente bien que hay trastornos funcionales de todo el aparato esfinteriano y del aparato biliar de los que generalmente el cirujano no tiene un conocimiento preciso.

En cuanto a la aplicación del sondeo biliar en todos estos enfermos representa el monumento terapéutico más grande que se le puede levantar y precisamente he luchado siempre con mis asistentes para que lo hagan de una manera sistemática y continuada y en esto me permito hacer un reproche al internista y al especialista: a veces nos llevan al Instituto de Clínica enfermos por una lesión biliar y le han hecho en los servicios especializados 1, 2 ó 3 sondeos duodenales; eso no basta, estoy perfectamente convencido de que es un examen insuficiente. Este estudio, como lo dicen Bengolea y Velazco Suárez, debe ser prolongado, insistente y llegar a un diagnóstico, y para ello hay que insistir bastante y tener una experiencia muy grande. De manera que esta práctica que nos trae Varela López es sumamente importante, nos indica perfectamente la investigación semiológica necesaria, pero lo esencial sería no hacerla después del acto operatorio, sino simultáneamente con él, y entonces cabe aquí una sugereencia lógica; requiere la colaboración de los internistas, de los Centros de Gastroenterología con los cirujanos. Tenemos que estudiar conjuntamente médicos y cirujanos estos enfermos porque prácticamente en cirugía no se pueden tener estos enfermos tanto tiempo haciendo un estudio completo para ese diagnóstico funcional de la terminación de las vías biliares, de los esfínteres, etc. Ellos tienen que estar en estos centros y venir perfectamente estudiados, para que el cirujano pueda hacer el tratamiento completo porque ese tratamiento es necesario durante la operación en los casos de estenosis de la papila de Vater y mismo de distonía del esfínter o vía biliar y entonces podemos hacer mucho más que una simple inyección de novocaína. Este tratamiento se podrá hacer cuando haya una colaboración estrecha, íntima entre los cirujanos y los internistas y sobre todo con los especialistas de los centros de vías digestivas y creo que esa es la etapa a que tenemos que llegar y entonces esas interesantes observaciones que nos presentó aquí Varela López serán una cosa corriente en nuestro ambiente, serán diagnósticos establecidos antes de la operación y entonces el especialista con el cirujano lo podrán comprobar en el acto operatorio, ya sea por la manometría, ya sea por la colangiografía y conseguiremos el progreso de nuestra cirugía en vías biliares, pero hay que hacerlo a base de esfuerzo y de colaboración y en ese sentido considero que vamos pasarle un pedido a la mesa de la Sociedad de Cirugía para que haga una gestión ante el Ministerio de Salud Pública, para que cuanto antes suministre a los Servicios de Cirugía de nuestra ciudad aparatos de Rayos X para tener permanentemente en la sala de operaciones, como disponemos nosotros, y gracias a eso podemos hacer esas investigaciones radiográficas indispensables que creo que son y significan un gran progreso.

Creo que la Sociedad de Cirugía tiene que agradecer sinceramente

a Varela López esta interesante comunicación que nos ha traído, que puede significar un real progreso y perfeccionamiento de la cirugía biliar.

Dr. Miqueo. — Yo he llegado tarde aquí y pido disculpas, pero conozco perfectamente a Varela López y los trabajos de él y como hace cinco años que en realidad estamos trabajando con él, creo que puedo decir mi punto de vista como cirujano y respecto al sondeo duodenal.

Creo que con respecto al sondeo duodenal, Julio Varela ha abierto una nueva etapa en su historia al haber reglamentado tan precisamente los tiempos del mismo y los tiempos en los cuales se abren los distintos esfínteres. Lo mismo con las instilaciones de novocaína que empezó a hacer en primer lugar por medio de una sonda colocada en el duodeno.

Durante cinco años he operado enfermos estudiados por Varela López; comprobé en todos los casos prácticamente, que los datos que él da con el sondeo duodenal son exactamente los que se encuentran en la mesa operatoria; tan es así que por mi parte le tengo tanta confianza que no en el Instituto donde hacemos las cosas sistemáticas en cuanto a la colangiografía operatoria, pero fuera de allí si Varela López me informa que la vía biliar principal está completamente libre, no hay espasmo del esfínter, hago colecistectomía sobre los datos que da. Por los datos que me da, además de la exploración visual o manual, me basta para saber que en esa vía biliar no hay nada y la evolución de los enfermos es buena.

Por otra parte tengo enfermos tratados por secuela de colecistectomía por el método de la novocaína y ellos confirman en un todo los resultados que ha tenido Varela López. Por eso creo que es una adquisición que no hay que dejarla pasar por alto, porque esos estudios, que ya van siendo proyectados en el extranjero, reflejan un honor sobre la escuela uruguaya.

Dr. Prat. — Con respecto a lo que dijo el Dr. Miqueo, creo que seríamos injustos si no destacáramos que en materia de sondeo duodenal o biliar hay que recordar también y siempre de la escuela argentina con Bengolea y Velazco Suárez, que ha tenido una influencia extraordinaria en ese tema en el Río de la Plata.

Varela López. — Agradezco a los que han tomado parte en la discusión la confirmación del interés de esta comunicación y apoyo con entusiasmo las palabras del Prof. Prat recordando la importancia que ha tenido en el Río de la Plata el aporte de la escuela argentina para la práctica del sondeo duodenal. Aprovecho esta circunstancia para repetir que fueron precisamente los trabajos de los Dres. Bengolea y Velazco Suárez el punto de partida de mis trabajos en esta materia.

En lo que se refiere a la importancia fisiológica de la vesícula es un hecho indiscutible que lleva a Pribram a proponer de nuevo en su trabajo de 1950 sobre síndromes post-colecistectomía, la colecisto-coledocotomía como operación de elección en la cirugía biliar. Esta indicación es muy discutible, pero lo que es evidente que la cirugía biliar para ser eficaz exige un conocimiento exacto de la fisiología y fisiopatología regional. Es

por eso que la vieja afirmación de que los mejores resultados de la colecistectomía se obtienen en las vesículas litiásicas muy enfermas debe ser hoy superada, ya que si ella es válida en unos casos, no lo es en otros como lo evidencian muchas de las observaciones que hemos presentado. Es más exacto decir que los malos resultados de la colecistectomía se deben frecuentemente al conocimiento deficiente que se tuvo durante la operación del estado anatómico y funcional del colédoco terminal. Este desconocimiento de ciertas alteraciones anatómicas y funcionales de la región, es la causa más frecuente del síndrome post-colecistectomía.
