

TRES EPOCAS DE LA HISTORIA RECIENTE DE LA LITIASIS BILIAR Y LAS GRANDES CONQUISTAS CONTEMPORANEAS (*)

Dr. Carlos V. Stajano

1º) *Hace 35 ó 40 años*, la litiasis biliar tenía un único amo: *el médico internista*, que como carcelero la retenía celosamente toda una vida, haciendo despliegue de terapéuticas denominadas curativas, pero viviendo su realidad un funesto error, amparado por la traidora latencia sintomática habitual ya primitiva, ya consecutiva a los tantos accidentes habituales de su evolución. Las clínicas médicas del hospital, estaban repletas de casos de litiasis biliar, habitualmente complicados, pero el cirujano no intervenía jamás, sino en aquellos casos gravísimos en que se encendía la mecha y se producía el incendio; y qué incendio!

Recién se exigía al cirujano que concurriera como el Cuerpo de Bomberos, para salvar lo que quedaba y de ahí el terror y la fama de esa cirugía mortífera, pero por exclusiva complicidad del internista, el que tuvo que aprender de las clínicas quirúrgicas, lo que es en realidad la multiforme litiasis biliar. La clínica pura, con la guía de la fiebre y el chucho, la ictericia y las formas variadas del dolor, orientaron a los clínicos en aquellos procesos del hipocondrio y hemitórax derecho con todas sus danzescas fisonomías.

Las operaciones escalonadas de entonces, salvaron a muchos enfermos con un drenaje de fortuna que permitió reoperar después.

De entonces a hoy se ha transformado gradualmente el pa-

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía, el día 22 de junio de 1955.

norama. Nosotros lo hemos vivido y lo narramos con emoción, pues hace 20 años la colecistografía, cambió el criterio médico quirúrgico, enseñando la latencia absoluta de grandes y múltiples calculosis vesiculares.

La Cirugía, merced a la Radiografía, trató miles de litiasis biliares simples no complicadas y la colecistostomía de excepción siguió corriendo por cuenta de los internistas recalcitrantes, que por desgracia aún existen, generando tragedias que sólo puede atenuar y no siempre con éxito, el cirujano.

Sin embargo la cirugía del último decenio, a pesar de sus progresos, tuvo sus características, sus objetivos y también sus lagunas de ignorancia. Con la colecistografía sola, el cirujano entraba al campo operatorio ignorando el estado de las vías biliares. Su exploración manual e instrumental, ante un colédoco grueso y dilatado era de rigor, y es precisamente esta época la de los grandes cirujanos de las vías biliares, la que paga a pesar de todo, tributo a su ignorancia en ciertos aspectos de esta polimorfa enfermedad.

1º Se ignora la litiasis intrahepática que en sus formas profundas son indagnosticables por la exploración manual o instrumental. Hoy sabemos y hemos aprendido su gran frecuencia y la única forma de diagnosticarla en el acto operatorio y su tratamiento.

2º) Podríamos definir esta época como la del auge de la cirugía del colédoco, y destacar que fué el período de la candente discusión relacionada con el *traidor cálculo residual o mal llamado olvidado del colédoco*.

La vanidad de los cirujanos habló de infalibilidad, de técnicas depuradas, de buenos y malos cirujanos, pero a pesar de todo, los buenos y los malos, tienen y seguirán teniendo aún hoy en su haber, cálculos residuales o mal llamados olvidados, que tendrán que ser confesados sin rubor, pues hoy sabemos que no son olvidados, sino que son *cálculos escondidos* que descienden en el post operatorio desde una dilatación intrahepática derecha o izquierda, que como corniza o barrera los contiene. En el post operatorio, la colangiografía nos ha mostrado ese descenso, no

de un cálculo, sino a veces 3, 4 ó 5, cuya interpretación, nos fué dado conocer en esta tercera etapa clínica y radiológica, verdaderamente luminosa de la litiasis biliar.

3ª) *La hora actual*, la resumimos así:

La colecistografía y la colangiografía anteoperatoria con bilingrafina, nos permite llevar a la mesa con diagnóstico preciso:

a) una enfermedad vesículo cística pura, con normalidad de tamaño y calibre de la vía principal.

El objetivo es la *colecistectomía exclusiva*, sin la obligatoria exploración del colédoco o instrumental, o radiográfica intraoperatoria.

b) Participación de la vía principal con litiasis del colédoco o intrahepática, mostrando además dilataciones totales o segmentarias que el radiólogo puede precisar.

Objetivo: Desde luego que la vesícula debe tratarse siempre, pero ello pasa a un plano subalterno en el plan de acción.

Es la dilatación de la vía principal la que debe tratarse; quirúrgicamente y en forma prolija y no retirarse del campo sin la indispensable colangiografía intraoperatoria y tan es de traidora la litiasis biliar, que es la colaboración de la pericia radiológica en perfección evolutiva, la que le advierte al cirujano de que existe dentro del hígado, en una de las ramas intrahepáticas, un nuevo cálculo escondido que es menester descender.

Se reinicia por consiguiente hoy, un nuevo acto, relacionado con el famoso pleito del cálculo residual, donde se desplaza la vanidad hasta hoy puesta en juego, por la realidad operatoria y colangiográfica combinada, que pone las cosas en su lugar. Omitimos argumentos y las pruebas de esta afirmación categórica y concluyente.

Por fin — la Clínica siempre en su gran papel de orientación, la colecistografía preoperatoria — la colangiografía preoperatoria, así como la exploración radiológica intraoperatoria y post operatoria, el través de sus sucesivas etapas, han permitndo un cúmulo de conquistas y la rectificación de normas clásicas tácticas y terapélicas, que no tememos afirmar que vivimos el más luminoso panorama de todas las épocas, no sólo en lo que res-

pecta a la Patología de la litiasis, sino en el aporte inmenso de la Radiología, que permite orientar con precisión, las tácticas operatorias pertinentes a cada circunstancia particular y autoriza a ahorrar en ciertos casos exploraciones inútiles y difíciles y en todo caso con un margen de riesgo que no es posible suprimir en absoluto.

El cirujano a veces rectifica al radiólogo y a su pesar abre un colédoco cuando así lo considera. El radiólogo no puede ser infalible y en algún caso no ha podido visualizar un pequeño cálculo en el colédoco terminal. Las incidencias en distintos planos permiten encontrarlo y evitar un error.

La litiasis biliar no es esclava ya, del internista. Se ha emancipado y es la Clínica Quirúrgica, que la ha despojado de viejos resabios que los progresos radiológicos han permitido desterrar. No sabemos cuando se detiene el progreso. Aseguramos que nunca. Sólo es digno de disfrutar del éxito de la hora contemporánea.

Hemos aprendido en el último año, más que en el total de los decenios transcurridos y hemos modificado nuestro criterio respecto a muchos aspectos clásicos de la litiasis biliar.

El Dr. Zubiaurre ha colaborado efectivamente con nuestro material clínico, tanto en el preoperatorio, como en la operación y en el postoperatorio y es con él, que hemos cosechado infinitas enseñanzas.

Dr. Ardao. — La historia y los documentos que presenta el doctor Stajano, tienen considerable interés, en estos días en que hemos visto numerosos casos de patología biliar a propósito de la biligrafina.

La evolución del caso, parece confirmar las teorías que ha expuesto el Dr. Stajano acerca de la influencia refleja de la distensión vesicular, sobre el intersticio vascular del pulmón (distensiones viscerales del abdomen, del páncreas, de la vesícula biliar, etc.). De manera que se tendría una confirmación, en este caso de índole muy particular, puesto que el proceso pulmonar ha desaparecido con la colecistectomía.

En segundo lugar merece destacarse, que el diagnóstico radiológico de cáncer de la vesícula, es absolutamente excepcional. La mayoría de los cánceres de la vesícula biliar, se encuentran por el examen histológico sistemático de vesículas litiásicas o bien grandes cánceres que han infiltrado desde la vesícula al hígado o al colon y que llegan en la etapa inoperable.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

De manera que el diagnóstico confirmado por la histología en el fragmento retirado, es un hecho de interés. Es absolutamente excepcional ver la imagen lacunar radiológica, dentro de la vesícula biliar del cáncer parietal como lo mostró este caso.

Considero que esta observación no puede pasar sin un comentario y felicito al Dr. Stajano por haberla traído a la Sociedad.