

UNIDAD CONCEPTUAL DE LA COLECISTITIS FILTRANTE EXFOLIATRIZ Y NECROTICA (*)

Dres. Carlos Stajano, Alfonso Santos Dubra y Julio Mañana

Podríamos confeccionar un trabajo, con gran acopio de material clínico y anatómico. Hemos preferido presentar cinco casos tipos, alrededor de los cuales podríamos agrupar todo un archivo. Creemos de interés destacar hechos salientes y conceptos básicos muy simples, que es de nuestro deseo puntualizar. Presentamos a nuestra Sociedad, ideas decantadas, pues los hechos sobran y abundan.

En tres grandes capítulos desarrollamos nuestra exposición.

1º **Ubicación fisiopatológica, anatomopatológica y nosológica de procesos analíticamente considerados como entidades distintas.**

- a) síndromes císticos
- b) colecistitis obstructivas
- c) colecistitis filtrante
- d) colecistitis exfoliatrix
- e) colecistitis necrótica
- f) colecistitis gangrenosa.

Estas entidades desde el punto de vista bacteriológico pueden ser agrupadas en:

- absolutamente estériles (tipos a, b, c, d)
- amicrobiana (necrótica) (tipo e)
- microbiana aero- anaerobia (gangrenosa) (tipo f).

Defendemos la unidad fisiopatológica del gran proceso y lo

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 26 de octubre de 1955.

estudiamos en conjunto, al través de sus distintas etapas evolutivas, aisladas, o en relación con las pancreatitis agudas.

2º **La injuria distensiva aguda, es el “primun movens”** y determinante constante de la respuesta refleja y elemental, con sus representantes en la vasomotricidad y en la actividad mesenquimatosa ambiente. Ambos componentes son solidarios en su aparición. (1)

La distensión cavitaria o canalicular aguda es variablemente nociva, de acuerdo al sitio en que ella actúe y sostenemos de acuerdo a nuestra experiencia que es la determinante específica que provoca:

- a) el dolor visceral;
- b) los reflejos constantes que se producen regionalmente y a distancia;
- c) en grados intensos, genera las resultantes variablemente importantes del choc, con todas sus consecuencias.

Interesa insistir en la reflectividad exquisita de la vesícula biliar, y en particular del bacinete, en su confluencia cística, comparada con la menor reflectividad de la vía biliar principal. En último término, aunque parezca paradójal colocamos la ampolla de Vater y el esfínter de Oddi. Surge evidente al través de una clínica copiosa, la enorme reflectividad del bacinete y la vesícula biliar, ante la injuria distensiva, en las colecistitis obstructivas, en su variada y polimorfa etiología.

3º **La naturaleza de la respuesta refleja intersticial, es siempre idéntica y puede descomponerse en sus dos integrantes**, ya generando los procesos fugaces y reversibles o bien los persistentes y definitivos. Inicialmente, los trastornos afectan a la vasomotricidad, punto de partida del edema, la tormenta vasomotriz y la hemorragia intersticial variablemente intensa en el ambiente submucoso. *Histológicamente*, se encuentra vasodilatación capilar con permeación, eritrodiapédesis, exudación de plasma, elementos de la sangre en el tejido, etc., etc. Es un fenómeno de aparición instantánea y contemporáneo a la injuria distensiva, determinante.

(1) Concepto relacionado con la “Nocividad de la injuria distensiva aguda en Patología general” al través de nuestra docencia en Patología y Clínica de 1920 a 1955.

Cuando el proceso injuriante se mantiene, aparece en escena la actividad vivaz del mesénquima, con la aparición solemne del histiocito en el campo fluxionado, que a las pocas horas domina todo el campo de la fluxión vasomotriz. *Es la etapa histiocitaria*. Si la causa persiste, sucede a ésta la *etapa fibroblástica*, que al perder sus núcleos da origen a la *etapa fibrosa* ulterior dando razón de las estenosis fibrosas retráctiles, cirrosis, etc.

Finalmente, en una *última etapa* aparece el consiguiente y constante sufrimiento epitelial. La mucosa vesicular o canalicular sufre las vicisitudes del subsuelo nutricio y los exponentes de este trastorno son las:

- | | | |
|--------------------------|---|---|
| —colecistitis edematosas | } | (Formas hipertróficas) |
| " productivas | | |
| " vellosas | | |
| " poliposas | | |
| —Adenomas típicos | } | (Tumores benignos) |
| " atípicos | | |
| —colecistitis esclerosas | } | (Formas fibroesclerosas
y atróficas) |
| " atróficas | | |
| " esclero atróficas | | |

Es de interés, el señalar, que los casos que presentamos pueden servir para mostrar la *constancia de la injuria distensiva vesicular en causa*.

- por la oclusión cística en los casos 1 - 3 - 4 - 5;
- por la oclusión coledociana en el caso 2.

El conocimiento de la fluxión intersticial refleja submucosa, con sus componentes, y la intensidad variable del choc regional a consecuencia de la espina determinante da razones comprensibles para interpretar en forma unitaria:

- el edema del árbol biliar en particular de la vesícula;
- la colecistitis filtrante; (Casos 1 - 2 - 3 - 5)
- " " exfoliatriz;
- " " necrótica amicrobiana;
- " " gangrenosa séptica.

Las primeras con indemnidad total de microbios, la última con participación coli - anaerobia, agravando la complicación anterior (capilar e intersticial).

Tenemos la impresión de que simplificaremos la comprensión de una patología anatómica, hoy analítica e incomprensible, en una Patología constituida por material viviente y no con elementos de las ruinas de un pasado, que han servido para cimentar nuestro conocimiento pero que no pueden seguir el ritmo de avance de la clínica fisiológica contemporánea.

Es la Patología dinámica, la que nos permitirá sintetizar muchos otros capítulos hoy distantes de la nosología corriente.

CASO 1. — D. I. L. de V., 59 años. Registro 17501.
(Hospital de Clínicas). Sexo: femenino.

Motivos de ingreso: Ingresos por cólico hepático intenso que se prolonga. Antecedentes de sufrimiento hepato biliar. Prescindimos de otros detalles propios a esta afección.

Examen: Palpación de una vesícula grande, tensa y muy dolorosa.

Diagnóstico: Colecistopatía aguda obstructiva.

Operación: Cirujano Prof. Stajano, Dr. Santos, Dr. Mañana.

Vesícula grande muy tensa con pericolecistitis.

Punción vesicular: 100 c.c. de bilis clara. (Se envía para examen).

Grueso cálculo enclavado en el cístico. Placa necrótica en la parte media e inferior de la vesícula. Resulta difícil por el gran proceso inflamatorio determinar la existencia de cálculo en el hepatocolédoco. **Colecistostomía:** vienen trozos de mucosa esfacelada.

Anatomía patológica (Dr. Cassinelli). Infiltración hemorrágica total que borra toda estructura parietal, aunque se conserva la superficie mucosa levantada y prácticamente exfoliada por la hemorragia.

Evolución: Excelente.

Colangiografía postoperatoria: No se observan imágenes de cálculo en las vías biliares que tienen un calibre normal.

Estudio bacteriológico de la bilis: Los medios sembrados han permanecido estériles.

CASO 2. — L. V. de A., 50 años. Registro 17018 (Hospital de Clínicas). Oriental, sexo femenino.

Motivos de ingreso: Cólicos hepáticos a repetición, sin ictericia, ni fiebre. Ingreso actual por cólico hepático acompañado de ictericia.

Examen: Grave estado general. Ictericia de piel y mucosa. Defensa muscular en H. D. con gran dolor que impide extraer conclusiones de los planos subyacentes.

Diagnóstico: Colecistopatía aguda obstructiva grave con ictericia.

Operación: Dr. Santos, Dr. Varela, Dr. Mañana.

Vesícula distendida que se punciona extrayéndose bilis oscura. Placa necrótica en la parte media e inferior de la vesícula. No se palpan cálculos. Gran proceso inflamatorio y edematoso de la vía biliar principal

que dificulta su examen. No se comprueban cálculos a la palpación. **Colecistostomía.** Salen restos necróticos que se envían para examen.

Diagnóstico operatorio:

- a) necrosis de la mucosa vesicular con exfoliación;
- b) necrosis parcial en medallón en la pared vesicular;
- c) distensión aguda sin cálculo.

Anatomía patológica (Dr. Cassinelli):

- a) lesiones inflamatorias crónicas caracterizadas por hiperplasia fibrosa, infiltración mononuclear, atrofia de la mucosa;
- b) lesiones agudas en curso caracterizadas por congestión, hemorragia, edema, necrosis hemorrágica de las capas internas.

Estudio bacteriológico de bilis: Los medios sembrados han permanecido estériles.

Colangiografía post - operatoria: Se comprueba un cálculo en el extremo inferior del colédoco.

Reintervención: Colecistectomía, coledocotomía, extracción del cálculo, drenaje con Kehr.

Evolución: Normal.

CASO 3. — O. F., 62 años. Registro 16067.

(Hospital de Clínicas). Oriental, sexo masculino.

Motivos de ingreso. — Cuatro días antes de su ingreso, dolor intenso en H.D. y vómitos biliosos, sin fiebre ni ictericia. Constipación. Expulsó gases.

Examen: Sin ictericia, dolor espontáneo y difuso de abdomen, pero con predominio en H.D. Se palpa la vesícula biliar tensa y dolorosa.

Vista por el Prof. Stajano decide la intervención quirúrgica de urgencia. Como un colega piensa en volvulus cecal, se hace una amplia incisión de Mac Burney y apendicectomía (apéndice normal). Líquido bilioso en el vientre. Incisión transversa de H.D. Vesícula negruzca a gran tensión, con grandes placas amarillo verdoso de aspecto necrótico; litiasis vesicular múltiple de pequeños cálculos. No hay cálculo obstructor. Colédoco y pedículo edematoso. **Colecistostomía:** con sonda de Pezzer.

En suma: colecistitis con placas necróticas no perforada aún; colecistitis en su etapa filtrante de colecistitis sin perforación.

Evolución: Buena. A los 42 días de la operación durante la curación expulsa el molde de la mucosa vesicular y tras ella una ola de pus. El **informe anatomopatológico** (Dr. Cassinelli) del fragmento vesicular eliminado dice que está constituido por dos zonas, una interna de tejidos totalmente necrosados, conservando sólo una textura deshilachada y sombras de vasos sanguíneos con fuerte pigmentación biliar y una externa con exudación purulenta que vendría a representar el "surco" de eliminación. Esta atmósfera supurada de demarcación, conserva vesículas adiposas señalando su ubicación en el plano fibro - adiposo subseroso.

Examen bacteriológico de la bilis vesicular obtenida en el acto ope-

ratorio. — No se observan bacterias. Los medios de cultivo permanecen estériles.

Colangiografía post - operatoria. — No hay obstáculos al tránsito de las sustancias de contraste y el calibre de toda la vía principal es normal.

A pesar del diagnóstico claro y firme de colecistitis obstructiva, planteado por el asistente, que envió el enfermo de campaña, hizo dudar al médico que lo recibió, dado que la medicación calmante administrada en puerta, modificó fundamentalmente la semiología del abdomen.

CASO 4. — Esta observación fue publicada por el Dr. Priario y Banchiller Pumarez en esta Sociedad, en abril de 1952. Nos fué cedida gentilmente por los autores.

Motivos de ingreso. — Como antecedente, episodios dolorosos de H.D. de poca intensidad. Ingresa por dolor intenso en H.D.

Examen. — Defensa en H.D. Se palpa vesícula a gran tensión y muy dolorosa.

Diagnóstico. — Colecistitis aguda, probablemente supurada.

Operación. — Vesícula grande, de color marrón verdoso. Pericolecistitis.

Punción vesicular que permitió extraer pus muy fétido. Litiasis vesicular. Colecistostomía.

Estudio bacteriológico de la bilis. — Bacilo con los caracteres del coli y gérmenes anaerobios.

Evolución. — Nunca hubo drenaje de bilis por la colecistostomía. A los 18 días se retira el drenaje y tras él salió la vesícula al parecer en totalidad y completamente necrosada.

Anatomía patológica de la pieza expulsada. — 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. No hay infiltración linfocitaria y leucocitaria. **Diagnóstico:** necrosis gangrenosa.

Evolución: Excelente.

CASO 5. — A. F., 59 años, oriental, sexo masculino.

Síndrome cístico agudo. Vesícula enorme palpable. Mal estado general. Enfermo arterial cerebral, frágil. Operación de urgencia. **Vesícula enorme, tensa, con cálculos y grandes placas de esfacelo.** Punción vesicular: **líquido hemorrágico y pardo**, que resultó totalmente estéril. Se saca un cálculo enclavado en el bacinete. Se reseca parcialmente la vesícula necrótica. Drenaje con Pezzer.

Buena evolución post operatoria.

Conclusión diagnóstica, operatoria, fisiológica de los cinco casos.

Desde el punto de vista diagnóstico, precisamos exactamente el síndrome: síndrome de colecistitis obstructiva, con vesícula grande, palpable, tensa. Dolor característico en su etapa visceral

pura o con reacción peritoneal. *Nuestra conducta* es decisiva, siempre intervencionista precoz, con el objetivo de suprimir la persistencia de la distensión nociva. Si el caso lo permite, no sólo realizamos el drenaje de la vesícula tensa, sino la colecistectomía y la supresión de obstáculos, que puedan repetir el mismo cuadro distensivo, canalicular, con todas sus consecuencias. *El acto quirúrgico es como una prueba experimental*, dado que al suprimir la tensión vesicular ocurre:

- a) El cese inmediato del dolor.
- b) La filtración vesicular cesa desde ese momento.
- c) El edema desaparece.
- d) Los fenómenos vasculares discretos retroceden.
- e) Los fenómenos vasculares variablemente intensos, desprenden definitivamente el forro muco-muscular, vesicular, que se elimina en los días del post operatorio.
- f) Deja a salvo de ulteriores y probables complicaciones al territorio intersticial del páncreas.
- g) Asegura un post operatorio normal.

Dr. Del Campo. — El problema que traen los comunicantes es un problema que me ha preocupado a mí desde hace cantidad de años y he hecho varias publicaciones al respecto. No es posible entrar al detalle porque es enormemente complejo.

Nosotros hemos llegado a la conclusión desde hace muchos años, y lo hemos difundido, que el punto principal en la llamada patología vesicular aguda es la obstrucción del cístico, con estadísticas que concuerdan con estadísticas mundiales, que lo es en más del 90 % de los casos, y que en más del 90 % de casos de obstrucción se trataba de un cálculo, que ese cálculo se encuentre en el momento operatorio o que ese cálculo haya pasado al colédoco como en una de las observaciones que trae el Dr. Stajano.

Hace tiempo que nosotros tratamos de terminar, junto con otros autores, con las llamadas formas anatómicas de las colecistitis agudas, colecistitis edematosas, colecistitis hemorrágicas, colecistitis supurada, que se confunden clínicamente y que debían ser englobadas en el mismo capítulo, porque muy a menudo se pasa de una a otra. Aun cuando he visto bien, porque he visto histológicamente, es decir, al microscopio, todas las vesículas que se han sacado en el Servicio (la tesis de la doctora Castiglioni fue basada sobre más de cien casos de colecistitis obstructivas) no le doy una importancia tan grande como el autor a la infiltración hemorrágica, que existe siempre, pero que como fenómeno grande sólo existe en los llamados infartos vesiculares, en forma total.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

La oclusión del cístico se hace en medio séptico o en medio aséptico y de ahí la evolución diferente, también, según los casos.

No voy a insistir sobre esto; voy a indicar sin embargo, que hay una serie de casos que corresponden a lo que falta del 90 % de los casos al 100 %, en los que parece no haber obstrucción de la vía biliar accesoría, debiendo buscarse la causa en el canal principal, ya sea bajo la forma de una lesión a nivel del extremo inferior del colédoco, ya sea, como se ha descrito, en los casos de pancreatitis aguda.

Queriendo ser sintético, le señalaré al Dr. Stajano que, en 1936 o 1937, comentando un caso presentado por el Dr. H. Alvarez, señalé la relación entre la colecistitis disecante y la pancreatitis aguda, sosteniendo esa posibilidad frente a la posibilidad mantenida por el Dr. Navarro de que la colecistitis disecante era de causa vascular.

Diría al Dr. Stajano que considero que la colecistitis disecante no es nada más que un momento en la evolución de una colecistitis necrótica, la que no ha sido suficientemente aguda como para llevar al enfermo a la sala de operaciones en los primeros días y en la cual no se ha esperado lo suficiente para que termine en lo otro en que terminan estas colecistitis necróticas, que es en esas formas llamadas por los anatomopatólogos de litiasis incrustada; es una vesícula esclero atrófica, pero vesícula esclero atrófica en la cual se encuentran los cálculos incrustados en la pared vesicular, conservando entre cálculo y cálculo una pequeña separación y restos todavía esfacelados de la mucosa antigua.

Dr. Stajano. — El objeto de mi trabajo es hacer una síntesis fisiopatológica del proceso elemental, pues creo que es la forma de simplificar la patología a través de tantos capítulos analíticos de la Patología clásica.

Estamos de acuerdo con el Dr. Del Campo que son etapas distintas de un mismo proceso elemental. El edema simple es un fenómeno vascular así como la pequeña infiltración hemorrágica que no llega a mayores y regresa. Una fluxión vascular más intensa, puede dar una lluvia torrencial en la submucosa y la desprende y provoca la colecistitis disecante hemorrágica y ese proceso vascular en mayor intensidad puede llegar a necrosar la vesícula por trastornos de irrigación y es estéril, casi siempre, pero cuando se añade una complicación séptica anaerobia como el caso de Priario, es un proceso sobre otro proceso: vascular primero y séptico sobreagregado después.

El objeto de nuestra comunicación gira alrededor de cinco casos tipos, tres o cuatro en evolución, casos recientes, y otros casos acumulados de tiempo atrás, abasteciendo un problema que venimos estudiando en la clínica desde hace muchos años y en que la pancreatitis aguda, crónica—, y recidivante — así como los procesos vesiculares — son el pretexto con el cual hemos desarrollado nuestro viejo tema básico y central, relacionado con la “nocividad de la injuria distensiva aguda”, “como “primus movens”, de toda la respuesta tisular refleja y que los cirujanos consocios ya conocen por todas nuestras publicaciones anteriores.