

POUEY Enrique
 PRAT Domingo
 PRAVIA Juan Carlos
 PUIG Felipe
 PEREZ FONTANA Velarde

S

SCHROEDER Alejandro H.
 SILVA José María
 SOTO BLANCO Juan
 STAJANO Carlos

R

T

RODRIGUEZ CASTRO Alfredo
 RODRIGUEZ ESTEVAN Carlos H.
 RODRIGUEZ GOMEZ Francisco
 RODRIGUEZ LOPEZ Manuel
 ROSSI Mario
 RUVERTONI Francisco

TARIGO Ernesto J.

V

VALDES OLASCOAGA Heriberto
 VARELA FUENTES Benigno
 VAZQUEZ Ramón S.
 VAZQUEZ RIOLFI Domingo

Presentado en la sesión del 13 de Mayo de 1931

Preside el Dr. Carlos Stajano

Intervención por estenosis operatoria del colédoco. Drenaje por tubo perdido

Trabajó de la clínica quirúrgica del Dr. Ernesto Quintela
 Por el Dr. RAFAEL CAPURRO

El caso que nos es dado presentar hoy a la Sociedad de Cirugía, se refiere a una estenosis operatoria del colédoco, que intervenimos con éxito, haciendo lo que se ha denominado drenaje por tubo perdido; es decir, colocando un tubo de cauchout en el colédoco para aguardar luego su expulsión espontánea en la cavidad intestinal.

He aquí la historia clínica conjuntamente con el comentario que ella nos suscita:

C. G., 37 años, casada, no ha tenido familia; sufre desde los 27 años cólicos hepáticos, dolores en el hipocondrio derecho con irradiaciones a la base del tórax y al hombro derecho. Esas crisis se repiten cada dos o tres meses y son acompañadas a veces de náuseas y ligera ictericia. Con la esperanza de poner fin a una larga serie de padecimientos decide operarse. Es operada en Enero de 1930. Colectomía. Incisión Mayo-Robson. Vesícula íntimamente adherida a la primera porción del duodeno. A fin de evitar un desgarramiento duodenal, el cirujano, que realiza la intervención, opta por no romper las adherencias, incide a la vesícula y deja una pequeña porción de la pared vesicular adherida

al duodeno. Expediente que por otra parte ha sido aconsejado por varios cirujanos, entre otros por Pauchet, que en su práctica quirúrgica presenta una lámina a ese respecto. Aparecen numerosos cálculos y pus. Disección del cístico, laboriosa ligadura con catgut del muñón. Ciecistotomía retrógrada, se coloca una gasa de a metro en lecho vesicular. Cierre de la pared en dos planos.

Post operatorio accidentado e inquietante, caída de pulso, taquicardia hasta cinco treinta en el segundo y tercer día. Colorragia abundante que dura casi un mes, con ascenso de temperatura hasta 38° 5, que se repite casi todos los días. Decoloración de materias que también persiste el mismo lapso de tiempo. Al cabo de un mes, la colorragia cesa, la fístula biliar cierra, la temperatura se normaliza, las materias fecales se recoloran aunque no completamente. La enferma que había sido operada el 14 de Enero de 1930, es dada de alta el 21 de Febrero del mismo año.

Un mes después de su salida del hospital, la enferma empieza a acusar una ictericia con coluria y decoloración de materias fecales. La ictericia se hace luego cada vez más pronunciada, lo mismo que la coluria, la decoloración de las materias se hace absoluta, ellas adquieren el aspecto mastic.

La enferma continúa con esa sintomatología cada vez más acusada y así por varios meses, hasta que en Noviembre 18 de 1930, ingresa al servicio del profesor Ernesto Quintela. Sala 22, Hospital Pasteur.

El cuadro clínico que presentaba entonces es el siguiente: Ictericia, intensísima; piel, mucosas conjuntivas, fuertemente coloreadas; orina, color marrón verdoso; materias fecales blancas, aspecto mastic; prurito generalizado que le impide conciliar el sueño. Pulso 74, temperatura 36°, a los dos días temperatura 39° precedida de chuchos.

Palpación abdominal: Hígado aumentado de volumen y doloroso, se palpa su borde anterior a la altura de la línea axilar anterior a dos dedos del reborde costal. Por lo demás, el vientre es blando y deprimible.

Examen pulmones y aparato cardiovascular, negativo.

Examen genital: Se palpan induraciones y algunas bridas en el fondo de saco vaginal posterior, vestigios seguramente de una antigua anexitis.

Examen de orina: Se constata la presencia abundante de ácidos biliares, pigmentos y urobilina. Urea 0grs.26. Tiempo de coagulación cuatro minutos, tiempo de sangría tres minutos.

Por la sintomatología de la ictericia, juzgamos que se trata de una ictericia por retención por obstáculo en la vía biliar principal. Además,

teniendo en cuenta la hipertermia que acusó la enferma, precedida de chuchos, admitimos también que la ictericia en cuestión va acompañada de infección de las vías biliares.

Dado el antecedente indiscutible de litiasis biliar que nos ofrece esta enferma, litiasis que se constató en la operación de Enero de 1930, y considerando que la retención biliar se instaló al mes de haber sido dada de alta y a raíz de una colecistectomía que se caracterizó por un post operatorio irregular, pensamos que el diagnóstico causal de esa ictericia por retención, quedaba singularmente simplificado. Había que elegir entre dos factores: ¿la litiasis o la operación? ¿La litiasis había determinado la ictericia? ¿Cómo? Algún cálculo del colédoco que pasó desapercibido en el tiempo de la exploración de las vías biliares. Algún cálculo de la vesícula que se introdujo en el colédoco en el momento de la colecistectomía?

¿Y si fué la intervención quirúrgica la culpable de la ictericia, en qué forma podemos admitir que ella actuó?

¿Ligadura del colédoco? Pero, la ligadura del colédoco da una ictericia inmediata, cosa que no se produjo en este caso, la ictericia debutó a los tres meses del acto operatorio, y además la bilirragia fué abundante durante un mes.

¿Ligadura del colédoco con caída del muñón del cístico? Pero, entonces, la fístula biliar no tenía porque haberse cerrado y las materias no tenían porque colorearse más tarde, lo que denotaba que la bilis pasaba al intestino. Al menos que no se admitiera que el colédoco ligado pudo más tarde hacerse permeable.

Una herida o un pinzamiento del colédoco acompañados de una peritonitis plástica, proceso este último que se admite por sí solo como suficiente para dar una estenosis del conducto; era otra hipótesis plausible para explicar la imposibilidad en que se encontraba la corriente biliar para abrirse paso hacia el duodeno.

En fin, como se vé, el problema etiológico y patogénico del caso estaba lejos de presentar una solución precisa.

Pero lo que resultaba evidente a todas luces, era la indicación operatoria. El diagnóstico de ictericia por retención con infección biliar no daba lugar a dudas, respecto a la necesidad de la intervención quirúrgica.

Operación.—Noviembre 25 de 1930. Ayuda Dr. Etchegorry y practicante Alvarez.

Incisión mediana supraumbilical partiendo del apéndice xifoide hasta dos dedos por encima del ombligo. A partir de ese punto, incisión horizontal hacia la derecha hasta el reborde costal.

Se empieza por liberar la pared anterior del estómago y el colon transverso de la pared abdominal. Las adherencias son íntimas y profusas, sangra moderadamente.

El píloro, la primera y segunda porción del duodeno están íntimamente adheridos a la cara inferior del hígado. Se liberan esos órganos. El tiempo de coagulación, 4 minutos, que nos ofrecía la enferma, nos anima en la prosecución de la destrucción de adherencias. También existen adherencias hepáticas a lo que suponemos debe ser el hiato de Winslow, borde del epiplón gastrohepático. Al disociar esas adherencias aparece un pequeño orificio que da pus y tenemos la sensación de que hemos roto el colédoco. Ese orificio da unos cuantos gramos de pus, después aparece un líquido claro, mucoso, ¿bilis blanca?, nos preguntamos; es decir, secreción mucosa de los canales sin excreción biliar como ha sido observado en ciertos casos de ictericia por retención.

Examinando con más atención la región, aparece otro orificio que corresponde seguramente al cabo inferior del colédoco. Ya no existe duda para nosotros respecto a la ruptura de ese conducto.

Exploración del conducto con el explorador metálico Dujardins. Primero el cabo superior donde el explorador penetra libremente varios centímetros; luego, el cabo inferior donde el explorador llega al duodeno. Lo sentimos al fin de la segunda porción pared externa, sin forzar mayormente. Pedimos un tubo Kehr, no hay. Tenemos entonces una sonda Nelaton N° 13, que acortamos en varios centímetros en sus dos extremidades. La introducimos en el cabo superior haciéndola pasar en ese cabo varios centímetros; el trozo restante, lo hacemos pasar por el cabo inferior. No hay que pensar en hacer punto de sutura. Los tejidos se desgarran, la hemorragia no permite apreciar los detalles de los elementos anatómicos, el estado de la enferma apremia, pulso filiforme. Conviene retirarse cuanto antes de la mesa de operaciones. Después de colocado el tubo, constatamos que los orificios de los dos cabos coledocianos quedan separados apenas por un centímetro. Se coloca un tubo grueso de cauchout que llega hasta el colédoco, perc sin apoyarse en él, y una gasa de a metro para contener la hemorragia de las adherencias liberadas que se hace alarmante. Cierre de la pared en un plano. La piel con crines con fijación a la misma del tubo de drenaje exterior.

La exploración con el explorador metálico de los dos cabos del colédoco que resultaron libres, nos demostró: primero, la ausencia de cálculos; segundo, que la ruptura del colédoco se hizo al nivel de la estenosis. Estenosis operatorio seguramente, por herida o contusión del colédoco acompañados también de peritonitis plástica de la región.

El post operatorio se señaló por temperatura 39° 4/5 el segundo

día, temperatura que cayó al tercer día, coincidiendo ese caída de temperatura con drenaje externo abundante de bilis. Esta colerragia abundante persiste tres días, después disminuye.

Al octavo día anuria, que cede con una inyección de suero glucosado hipertónico de 300 gramos. Al mes de operada ya no drena más bilis, la herida comienza a cerrarse, las materias se oscurecen, la ictericia y la coluria se hallan muy reducidas, y el 7 de Enero de 1931, es decir, 42 después de operada es dada de alta. Las materias son bastante coloreadas aunque no completamente, además presenta algunos ascensos de temperatura hasta 37.5°, la herida abdominal ha cerrado completamente. Inducimos en consecuencia, que el drenaje biliar por el tubo perdido se hace en bastante buenas condiciones, pero que la infección biliar persiste aunque muy aminorada, en razón de los pequeños ascensos térmicos que acusa la enferma.

Unos días después del alta, el 10 de Enero del mismo año, se le practica una radiografía donde aparece como se vé, la imagen del tubo del colédoco.

El 5 de Marzo, es decir, casi dos meses después, la enferma es examinada de nuevo, el estado general es bueno, pero conserva una ligera ictericia y además manifiesta que las materias no están todavía normales. Nueva radiografía: la sonda no aparece más, vale decir, ha sido expulsada de él y luego por el intestino. Sin embargo, la enferma que no se ha preocupado de examinar las materias, expresa que no ha percibido el tubo expulsado.

Posteriormente, en el mes de Abril, la enferma ha sido vista nuevamente, continúa la mejoría y aunque la ictericia no ha desaparecido completamente, ella se encuentra bien, ha vuelto a sus quehaceres recobrando su actividad de antes.

Sólo nos resta comentar brevemente, la táctica operatoria que hemos seguido en la intervención que nos ocupa.

Nos encontramos frente a una ruptura de colédoco, con un árbol biliar infectado; era necesario hacer una restauración de la vía principal, pero no podíamos olvidar que un drenaje se imponía en razón de la infección biliar existente. El tubo de Kehr con una sutura parcial del colédoco hubiera llenado probablemente esas dos indicaciones, pero la sutura parcial era imposible, la hemorragia y el estado de los tejidos se oponían a ello. Un tubo de Kehr colocado en otras condiciones hubiera seguramente permitido la reproducción de la estenosis una vez que él se hubiera retirado.

La intubación del colédoco pasando la sonda al través del duodeno hubiera llenado esas dos condiciones, pero el estado de la enferma no permitía prolongar la operación. Obtenemos por el tubo perdido. Colo-

camos una sonda de cauchout N.º 13, que se adaptaba bastante bien a las paredes del conducto. Este por lo que pudimos constatar, presentaba una dilatación poco considerable.

¿El tubo perdido no comprometía el drenaje exterior? Es la primera duda que nos asaltó. Sin embargo, el drenaje exterior se hizo perfectamente entre la pared y el tubo, como lo atestigua la bilis que se recogió en el bocal que eligió, hasta medio litro por día durante tres días.

¿El drenaje por tubo perdido estaba dentro de las condiciones que señalan los que tienen experiencia sobre el particular?

Primeramente el calibre de la sonda debe ser superior al que nosotros empleamos, calibre 16, si es posible 18. Sin embargo, nosotros pensamos, que en un caso con infección biliar, el tubo debe estar holgado en el conducto, en otras condiciones no se hubiera probablemente realizado el drenaje exterior.

En segundo lugar, se establece que la extremidad inferior del tubo debe hacerse pasar a través de la ampolla de Vater, para poder ser expulsado más tarde hacia el duodeno. Nosotros no nos preocupamos de hacer llegar esa extremidad a la cavidad duodenal, sin embargo, la sonda se expulsó lo mismo, probablemente el calibre reducido de la misma favoreció su expulsión.

En fin, consideramos que la técnica seguida en esta intervención ha sido acertada, y que el resultado obtenido es satisfactorio.

Dr. Navarro.—En la próxima sesión traerá un caso operado hace cinco años, por ruptura del colédoco, tratado por tubo perdido, con resultado satisfactorio, constatado tres años después.

Dr. Stajano.—Recuerda que el Dr. Ruvertoni presentó a esta Sociedad, hace tres o cuatro años, un caso de ruptura del colédoco con drenaje por tubo perdido, con trabajo de conjunto. Tiene el Dr. Stajano un caso tratado con tubo de Kehr, mantenido durante tres meses, con resultado integral, alejado después de cuatro años.
