

**PERITONITIS BILIAR SIN PERFORACION.
LA COLEDOCITIS FILTRANTE (*)**

**La injuria distensiva como objetivo terapéutico
inmediato en la patología aguda de vías biliares**

Dr. Carlos Stajano

La distensión aguda de la vesícula biliar y de las vías biliares es punto de partida de estímulos diversos, que por vía refleja configuran una patología aparentemente disconexa y caprichosa que consideramos útil volver a puntualizar, dado que es inspirada por evidencias clínicas, radiológicas, evolutivas y experimentales, sin haberse destacado su trascendencia etiológica.

En muchos años de obstinada orientación, nos fue permitido construir numerosos capítulos de síntesis, que hemos expuesto en diversas oportunidades en que pretendimos aunar a entidades nosológicas dispersas de la Patología clásica, alrededor de un único proceso elemental.

Las exclusivas disciplinas e informaciones anatómicas, pretendidas omnipotentes, nos dieron conceptos de inelástica rigidez y limitaron la verdadera visión de la patología integral. Sin embargo, es merced a la objetividad de sus documentos, que hoy nos es permitido reconstruir sobre las ruinas de un pasado, con las piezas anatómicas de los museos, la nueva patología viviente de la era contemporánea. *Es la patología intersticial la que domina la patología de todos los parénquimas.* La polimorfa clasificación con sus subclasificaciones analíticas, no es sino la expresión de etapas evolutivas en grado y en el tiempo, de un mismo proceso elemental.

Ese mismo proceso, presente en toda la Patología, puede concretarse alrededor del dispositivo fluxivo, vasomotor y mesenquimatoso, cuya dinámica refleja de sutilísima sensibilidad

(*) Trabajo presentado a la Sociedad de Cirugía el día 10 de octubre de 1956.

responde a estímulos de variada procedencia; son los mecanismos atingentes a la vida normal, *así como a la vida patológica funcional y lesional conocida.*

La peritonitis biliar sin perforación. La colecistitis filtrante.

Los hechos clínicos y su documentación pertinente, adquieren muchas veces real significado, cuando un concepto de síntesis, permite interpretar diversas constancias analíticas, que en determinado momento no despertaron atención. Deseo referirme en esta breve comunicación a dos casos de peritonitis biliar, de origen coledociano, *sin perforación*, reeditando el ya conocido de la peritonitis biliar de origen vesicular.

Similares coincidencias etiológicas permiten unificar ambos procesos al través de un mecanismo dinámico único, que lo configuramos como un proceso elemental, básico de Fisiopatología general. Me refiero al significado de la injuria distensiva aguda, como determinante del trastorno capilar y conjuntivo submucoso, así como la permeación no sólo de las membranas capilares, sino de la más evidente y de constancia objetiva como es *la permeación de las paredes de reservorios y canales.*

La copiosa bibliografía y casuística publicada permite puntualizar los hechos, y es a su través, que se descubre el concepto dominante de los cirujanos que han tratado analíticamente sus casos y dado su interpretación. He aquí en resumen lo que surge:

a) El cirujano ante una peritonitis biliar explora y busca afanosamente el orificio de la perforación, muy pequeño o grande y muchas veces no lo consigue encontrar.

¿Es en la vesícula o en la vía principal?

Recordamos lo que todos hemos visto claramente en la peritonitis biliar de origen vesicular, cuyos grados hemos precisado al través de sus formas anatómicas y observaciones de nuestro archivo. (1)

a) Vesícula edematosa y tensa en el curso de una colecistopatía obstructiva recubierta de un ligero rocío biliar.

b) Vesícula oscura, negruzca por enfusiones hemorrágicas

(1) Unidad conceptual de la colecistitis filtrante, exfoliatriz, hemorrágica y necrótica. Bol. de la Soc. de Cirugía. Tomo XXVI, Nº 6, 1955.

ubmucosas y a gran tensión de su contenido, con derrame seroso biliar variable en cantidad en plena cavidad sin perforación.

c) Placas negruzcas de esfacelo parietal en medallones, en vesículas tensas, en general por cálculos císticos enclavados en pleno bacinete, pero aún sin perforación.

d) La perforación necrótica, con bilis y cálculos en la cavidad peritoneal, libre de adherencias.

La verdadera relación de estas fases anatómicas, nos es evidente por cuanto configuran grados evolutivos en el tiempo de un exacto proceso elemental fluxivo, vaso motor reflejo, con el edema vaso motor, la extravasación sanguínea submucosa que es la que despoja a la mucosa de su soporte nutricio o provocando la necrosis isquémica de la pared músculo serosa de vesícula, con la escara consiguiente y la perforación fatal.

El hecho constante sobre el cual volvemos a insistir es la constancia de la distensión aguda de la vesícula en cuestión determinando el cuadro clínico de la crisis visceral característica, el que en ciertos casos continúa con la etapa de peritonitis biliar. El objetivo formal que nos guía en estos casos: a) es el de suprimir la injuria dinámica de la distensión, vale decir, logrando el drenaje simple y la supresión del obstáculo en el mismo acto o en la ulterioridad, de acuerdo a la gravedad de cada circunstancia; b) el tratamiento consiguiente de la víscera perforada necrótica, si es que existe, impone un complemento resuelto en pleno campo operatorio; c) *la deflución de la tensión existente* yugula de inmediato el cuadro; cesa el dolor agudo de la crisis distensiva y si existe permeación sin perforación, cesa desde el instante en que la tensión desaparece. Este hecho de observación es evidente y tenemos documentación que lo atestigua. *La distensión aguda del colédoco* determina exactamente el mismo cuadro con sus idénticas consecuencias. La sede de la crisis distensiva aguda es en estos casos el árbol biliar principal sin participación de la vesícula, crónicamente excluída del proceso, como en los dos casos similares que presentamos a continuación, e intervenidos por síndromes de peritonitis biliar aguda, comprobando en ambos casos la gran distensión coledociana afectada además de un gran edema en toda su extensión. La diferente conducta terapéutica en cada uno de estos casos fue de grandes enseñan-

zas, pues confirmó en un todo, el objetivo conceptual imprescindible que el cirujano debe cumplir en circunstancias similares.

La coledocitis filtrante, sin perforación, como en las colecistitis filtrantes o ya con el orificio de la perforación, configuran para nosotros manifestaciones elocuentes de un mismo proceso vascular que todos debemos aceptar por su elocuencia, permitiéndonos visualizar este aspecto de la Patología intersticial refleja, que es la que ilumina con nitidez rincones hasta hoy oscuros de la patología analítica bilio-pancreática, así como del resto de la Patología general.

Es evidente que la coledocitis filtrante productora de la peritonitis biliar, cede por su menor frecuencia el puesto a la colecistitis filtrante en el curso de los síndromes obstructivos agudos de la vesícula biliar, confirmando nuestras anteriores comprobaciones de la mayor reflectividad — del bacinete y vesícula biliar — comparada con la del colédoco y vías biliares intra-hepáticas.

Dr. Chifflet. — Las dos comunicaciones que hemos oído se prestan a consideraciones desde ángulos diferentes. Quiero, en primer lugar, referirme a la comunicación del Prof. Stajano, destinada fundamentalmente a la exposición del mecanismo inmediato de la peritonitis provocada por una permeabilidad adquirida del órgano frente al factor distensivo de origen mecánico.

Indudablemente, que el mecanismo de la permeación ha sido discutido y enfocado de distintos ángulos y el aporte que nos trae hoy el Prof. Stajano significa no solamente una nueva visión del problema si no la aplicación concreta de ideas de orden general que el Dr. Stajano ha sostenido en otros tejidos de nuestra economía. Por esa razón uno valora la comunicación conociendo las ideas del Dr. Stajano y lo que él ha contribuido al problema de las modificaciones del tejido intersticial bajo la influencia de la acción distensiva. Esta interpretación del Dr. Stajano la oímos como si estuviesen dentro de un camino conocido, pero significa indudablemente dentro del tema un aporte de una extraordinaria jerarquía. La interpretación tiene además otro beneficio, no de orden especulativo, sino respecto a la terapéutica que corresponde en estos casos. Si la permeabilidad del órgano se debe a un reflejo a punto de partida de la distensión visceral, es indudable que el tratamiento correcto debe dirigirse a la hipertensión, y los hechos demuestran que tiene razón precisamente con las dos observaciones que nos ha presentado el Dr. Mendy.

Estas son las consideraciones que uno podría hacer desde el punto de vista conceptual. Ahora en lo que se refiere a las observaciones en sí,

voy a hacer algunas consideraciones respecto a lo que hubiese hecho en casos similares y algunas acotaciones respecto a la evolución de los enfermos. En lo que se refiere al hombre operado en primer término, los dos comunicantes reconocen que no se hizo con ellos lo que corresponde, ni desde el punto de vista de la lesión, ni desde el punto de vista de la posible patogenia. Ese enfermo con la vesícula drenada, no había solucionado su problema, era un enfermo que era reconocido que tenía una ictericia por retención, que en el acto operatorio la vesícula no tenía bilis, que en el curso de la operación hecha la colecistostomía, no salía bilis, de tal manera que prácticamente diría yo, con criterio de un proceso provocado por una distensión o sin ese criterio, la conducta que correspondía era el drenaje directo de la bilis, que si no se obtuvo por la vesícula, la única solución es ir directamente al colédoco.

Ahora, creo que las condiciones generales del enfermo, la edad del enfermo, curso de la intervención, pueden a veces hacer dificultoso el abordaje del colédoco, cuando la vesícula no sirve para hacer el drenaje del árbol biliar y en ese sentido, se me ocurre anotar dos cosas: una de ellas es que por cualquier dificultad que sea, es preferible jugarse la vida del enfermo en el acto operatorio y no dejarlo a que se exponga que la vida se vaya sin haberle hecho el tratamiento correcto. Si no se puede drenar la vesícula hay que drenar el colédoco de cualquier manera.

El segundo hecho es el problema de la anestesia. Después de muchos casos, personalmente creo que esos enfermos sólo pueden ser correctamente explorados, correctamente tratados, cuando se dispone de una anestesia general que permite no sólo explorar en su totalidad sino hacer el tratamiento que corresponda a cada caso. Creo que los enfermos con cuadros agudos biliares, benefician de la anestesia general y yo, personalmente, lo hubiese operado con anestesia general.

El segundo caso se refiere a un drenaje hecho por la vesícula, y habiendo aparecido bilis se obtuvo el beneficio. Ahora, en nuestra experiencia, y de otros cirujanos que han publicado su estadística, la litiasis coledociana por colecistitis aguda es tan frecuente como la litiasis coledociana en la colecistitis en frío, es decir, que consideramos que existe un altísimo porcentaje de litiasis coledociana en el curso de accidente agudo por lo cual la intervención quirúrgica dirigida a la vesícula, colecistectomía o colecistostomía, sin drenar el árbol biliar significa la posibilidad de dejar en ese colédoco, litiasis residual. Esa litiasis residual puede ser el punto de partida de complicaciones ulteriores, sobre todo que pueden provocar un accidente, como el encarcelamiento de la litiasis por disminución del calibre del colédoco al disminuir la tensión en el interior del árbol biliar.

Hay otro asunto sobre el cual también desearía decir algunas palabras, y es el hecho de hacer una colangiografía a presión, a tres días del acto operatorio. No sé con qué sustancia fue hecha esa colangiografía, parece que fue hecha con aceite yodado. Nosotros somos temerosos de la inyección a presión dentro del árbol biliar, más cuando ese árbol biliar está dilatado, coledocitis y angio colitis y la inyección de una sustancia

iodada nos ha provocado accidentes graves a los cuales tememos mucho, máxime cuando es poco después de una intervención quirúrgica, que por el solo hecho del acto operatorio provoca una congestión hepática.

Termino mis palabras felicitando a los comunicantes por haber recogido dos observaciones tan ilustrativas, tan completas, de tanta enseñanza desde el punto de vista práctico y por haberla ajustado a una interpretación patogénica que, vuelvo a decir, no sólo armoniza con la ideas que el Dr. Stajano ha repetido en más de una oportunidad, sino que además conduce a una terapéutica efectiva que es acción sobre el factor distensivo más que acción sobre la pared del órgano afectado.

Dr. Walterskirchen. — Quiero únicamente mencionar una posible causa de la peritonitis biliar de los dos casos traídos por el Dr. Mendy y que sería una causa perforativa, sin querer con ello decir que estos dos casos presentados no pueden haber sido realmente sin perforación. Recuerdo un caso de clínica muy parecida en el que el autopsista encontró como causa de la peritonitis biliar la perforación de un vaso biliar aberrante inmediato debajo de la cápsula de Glisson que para el cirujano durante la operación por su posición fue imposible de ver. Estas muy chicas perforaciones, de tamaño de una cabeza de alfiler y menos, pueden dar muchísima bilis como me lo probó otro caso de una colecistectomizada, que ya en la mesa operatoria, apenas cerrada la herida, perdió por el tubo de drenaje, que pongo sistemáticamente después de las colecistectomías, tanta bilis que yo pensé que la ligadura del cístico se había soltado. La inmediata relaparatomía demostró que la ligadura doble del cístico no se había perdido, pero que un vaso biliar aberrante en el lecho de la vesícula drenó tanta bilis a pesar que la vía biliar principal en este caso estaba libre.

Dr. Ardao. — Como contribución al tema voy a presentar la observación de un enfermo que tuvo oportunidad de tratar hace un mes y medio en las siguientes circunstancias: en la noche violento cuadro agudo doloroso de hipocondrio derecho que simulaba un cuadro perforativo. Sin antecedentes biliares de ninguna especie, hombre de 54 años; a la media noche, el estudio radiográfico, buscando neumo peritoneo, reveló una imagen gaseosa en el hipocondrio derecho que se repitió en otra placa en la mañana siguiente. El enfermo pasó la noche sufriendo sin vómitos, con el pulso rápido, sin temperatura, y al día siguiente el examen físico mostró una reacción defensiva de hipocondrio derecho. Veintiún mil leucocitos a las 24 horas, nos llevó a intervenir, con diagnóstico de colecistitis aguda, comprobándose en la operación una enorme vesícula tensa, de color oscuro, con placas de esfacelo en el fondo, y un derrame sero bilioso bastante abundante en peritoneo libre. (Muestra diapositivos). El estudio bacteriológico del contenido vesicular (bilis y cálculos) no reveló microbios y contenía sólo 5 unidades pancreáticas. La imagen gaseosa del hipocondrio D. es producida por gas dentro de la vesícula.

Dr. Stajano. — Agradezco al Dr. Chifflet, al Dr. Walterskirchen y al Dr. Ardao que se ocuparon de esta comunicación. El Dr. Chifflet hace comentarios sobre la parte conceptual, y le agradezco mucho porque son viejas ideas mías, que he tratado de difundir o aplicar en otros territorios de la patología y utilizarlas en su aplicación terapéutica. Estoy también completamente de acuerdo en los comentarios que ha hecho sobre los dos casos tratados por mis asistentes, y cuando se hizo el Ateneo en nuestra clínica hice reparos en cuanto a la anestesia. En esos casos graves de cirugía incierta, que uno no sabe lo que va a tener que hacer, la anestesia local prácticamente es riesgosa a veces; no se tiene seguridad para proceder o por el dolor o por las circunstancias del proceso abdominal, por la falta de reposo, tanto más que era cosa difícil, como comprobaron los que operaron ese enfermo.

La anestesia local fue un factor que contribuyó al error, y segundo, al encontrar una vesícula impermeable y excluida se practicó la colecistostomía que no pudo drenar y la causa de la distensión coledociana quedaba en el tapete, sin hacerle nada.

Estuvimos de acuerdo todos en la Clínica, de que esa conducta era una conducta incompleta, porque persistían las mismas causas después como antes de la operación. La oclusión distensiva del colédoco, tuvo que persistir sin variación; sin embargo la mejoría se dibujó en cinco días por el drenaje de bilis al exterior (coleperitoneo) pero la causa actuante seguía presente. Ese enfermo hizo una redistensión después de esa mejoría y murió en colapso. No creo que se permeabilizase ese colédoco, porque para sacar el cálculo a la autopsia hubo que abrir por duodenotomía y desenclavarlo.

Estamos de acuerdo en cuanto a la distensión cavitaria en toda colangiografía post operatoria al quinto día, pese a que no se hizo violencia, y que era árbol biliar muy tolerante.

Yo no presencié ese caso, pero lo conocí después. El Dr. Santos presentó a esta Sociedad un caso en el cual, en el curso de una colangiografía operatoria, se produjo un cuadro de colapso brutal puesto que se le fue la mano al que inyectaba, haciendo un cuadro grave que casi no sale de la mesa; se pudo seguir la operación después de haberse recuperado. Prueba casi experimental y de laboratorio que demuestra la nocividad de la distensión aguda de un órgano canalicular, exactamente como los urólogos tienen cuadros sincopales en la urografía o pielografía ascendente; así como los ginecólogos presenciaron cuadros sincopales idénticos al de los embarazos ectópicos, en el curso de las salpingografías; idénticos a las agresiones en el curso de una irrigación a presión hecha por las antiguas parteras. Las enfermas sincopadas daban un cuadro alarmante producido ¿por qué? Por la maniobra experimental de la distensión aguda realizada por la distensión sorpresiva de las trompas. Me alegra puntualizar estos hechos a propósito de la colangiografía. Cuando decían "son cosas de Stajano", yo seguía pensando que tenía razón y con el tiempo vino la confirmación.

El Dr. Chifflet se debe acordar, cuando el Dr. Navarro dejó su cátedra y dio una última y maravillosa clase. En esa sesión el Prof. Cames de Rosario, presentó un trabajo sobre pancreatitis en el post operatorio biliar. Yo me quedé asombrado porque la experiencia que tenía era muy distinta, dado que operamos infinidad de vías biliares de todo tipo y nunca tuvimos una pancreatitis inmediata después de la colecistectomía.

La frecuencia que se deducía de la comunicación de Cames, me planteó una enorme interrogante: los enfermos serían distintos a los nuestros?, o qué circunstancia sobre-agregada, podía dar tan diferentes resultancias?

Pensé en la colangiografía de Mirizzi que Cames hacía sistemáticamente como hoy la practicamos nosotros. La colangiografía está sujeta a exigencias técnicas y es el tiempo y la clínica la que nos enseñó los efectos producidos por la distensión de la sustancia opaca en el curso de una colangiografía, hecha a presión excesiva. En aquellos tiempos no estaba bien puntualizado este hecho y la manometría no era tan exigente como lo es hoy.

Todo pues se conjura para darle fundamento al concepto de la injuria distensiva que es una realidad clínica. La patología provoca distensión por pus, por sangre, por gas, por aire, por lo que sea, por bilis en nuestros casos.

Todas esas ideas me permiten sostener con convencimiento de que la injuria distensiva es el factor determinante que debe guiar el tratamiento, y ese concepto tiene la virtud de sacar de manos de muchos médicos recalcitrantes, a enfermos que deben operarse sin dilación. Son los enfermos que mejoran de la crisis distensiva aguda, están mejor a la tarde, pero la acción nociva sigue actuando y después de una mejoría transitoria hacen la colecisto pancreatitis al día siguiente, con sus diversas manifestaciones, incluso los pseudo quistes de páncreas, antes frecuentes. Estoy convencido de que esa cantidad de pseudo quistes de páncreas que antes veíamos, hoy nosotros no lo vemos. ¿Por qué? Porque somos intervencionistas "a outrance" en toda colecistopatía obstructiva aguda. Suprimimos la causa y sus efectos.

En este momento aún hay, otras clínicas más contemporizantes, en especial las médicas, que son las que abastecen los pseudo quistes de páncreas en mayor proporción porque hacen tratamientos médicos semanas y semanas, con el fin del mejor estudio o por orientación terapéutica propia y a menudo en pleno incendio.

Yo no opero pseudo quiste de páncreas de fabricación casera en mi servicio desde hace tiempo. Es importante frente a un síndrome patológico de distensión aguda condicionar la terapéutica de urgencia; vendrá luego el tratamiento de la causa de la distensión si se puede, y si el enfermo tolera todo lo que necesita. Si el enfermo está grave, el simple gesto del drenaje domina o yugula la gravedad y ese enfermo de 75 años está bien. Se le hará colecistografía, tiene de seguro un cálculo en la parte final del colédoco, pero ese enfermo sigue viviendo, pero hoy o mañana hará

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

la crisis distensiva y entonces morirá. De otra manera no se morirá, haciendo las cosas bien.

El caso del Dr. Ardao es muy interesante; de esos casos tengo varios estudiados, donde el proceso dominante es vaso motor. El proceso es necrótico y hemorrágico, debajo de una mucosa negra completamente despegada; es la colecistitis exfoliatrix y necrótica estudiada por Larghero, claro que sustentando otro concepto patogénico. Proceso capilar sub mucoso, hemorrágico, que ha pasado por el edema, luego la hemorragia y llega a la necrosis como tercer etapa dando perforación sobre placas verdosas o negras. Varios casos me permiten sustentar esa unidad patológica. La patología pasteuriana que aprendimos hace muchos años, dilata su horizonte; hay otros procesos que producen la inflamación netamente aséptica y dentro de esos factores está la distensión aguda reflexógena que produce toda esa tormenta que es de naturaleza esencialmente vaso motriz.

Agradezco mucho la colaboración prestada y seguiré aportando nuevos hechos en apoyo del concepto de la injuria distensiva y su papel en Patología general.