

Presentado en la sesión del 24 de Junio de 1931

Preside el Dr. Carlos Stajano

Embarazo ectópico intersticial

Por el Dr. J. C. DEL CAMPO

El doctor Del Campo, presenta una pieza correspondiente a un embarazo intersticial, que se obtuvo en una necropsia de una enferma fallecida antes de operarse.

Presentado en la sesión del 24 ds Junio de 1931

Preside el Dr. Carlos Stajano

Voluminoso cálculo biliar intraduodenal

Por el Dr. ALBERTO ROLDAN
(De Paysandú)

Señora C. R. de C., uruguaya, casada, de 50 años de edad, 12 hijos. Hace más de seis años que sufre del hígado, ha tenido gran cantidad de cólicos hepáticos, con ictericia, vómitos, etc. Siempre ha rechazado la intervención quirúrgica aconsejada por mis colegas. En estos últimos tiempos sus ataques se hacen más frecuentes, pero presentan otro carácter: se acompañan de fiebre, chuchos, fuerte inflamación de la zona vesicular y después de pasado el accidente agudo, persiste un estado subictérico. La he visto en los dos últimos ataques: colecistitis y angiocolitis, predominando los signos de coledocitis, con su fuerte dolor epigástrico, transmitido a un punto posterior en la región vertebral, dolor que he observado siempre en los cálculos del colédoco.

La intervención aconsejada esta vez es aceptada. Aprovecho un período de calma, no hay fiebre, los dolores han disminuído, persiste la ictericia.

Hecha la preparación indicada en estos casos, se interviene el 2 de Marzo de 1931. Anestesia: éter. Incisión: Sprengel baja; vesícula gruesa, llena de cálculos, con pericolecistitis intensa. Exploro con cuidado el colédoco-hepático buscando el cálculo que había pronosticado y con sorpresa no encuentro nada. Colecistectomía retrógrada; antes de cerrar exploro el duodeno y estómago, encontrando entre la 2.^a y 3.^a porción un grueso cálculo, libre, que se moviliza fácilmente y del tamaño de un huevo de paloma; lo fijo entre dos dedos y lo extraigo por una pequeña incisión. Introduzco al través de la abertura una sonda de goma blanda y con facilidad penetro en el colédoco: abundante bilis espesa

sale por el extremo de la sonda; no se nota ningún otro cálculo; por temor de prolongar la intervención, retiro la sonda, pero me quedo con una duda ¿por dónde penetré al colédoco, por la ampolla de Vater muy dilatada o por una fístula colédocoduodenal? y esa misma pregunta la hago para saber la vía que siguió ese cálculo para llegar al duodeno. Sutura duodenal en tres planos. Drenaje con tubo subhepático y mechas de gasa frente a la sutura.

Evolución sin accidentes hasta el décimo día, en que retiro las mechas. Al día siguiente, al mudar el apósito, se nota un líquido abundante de aspecto lechoso, viscoso, irritando la piel. Se ha formado lo que temíamos: una pequeña fístula duodenal por falla de algún punto de la sutura; continuamos haciendo un taponamiento con mechas.

¿El estado de la enferma es excelente, se alimenta muy bien y no siente el menor trastorno, la ictericia disminuye día a día, las orinas se aclaran, la secreción disminuye lentamente, luego cambia de aspecto, se hace purulenta, por fin cierra definitivamente al cabo de diez o doce días, se levanta y se le da el alta el 28 de Marzo.

Consideraciones.—Los puntos más interesantes de este caso, sobre los cuales deseamos llamar la atención: son los siguientes:

1.º.—No existiendo fístula colecistoduodenal, ¿por dónde ha llegado este cálculo al duodeno? Pasó por la vía natural venciendo la resistencia del esfínter de Oddi, cosa muy improbable, pues lo común es que cálculos mucho menores no puedan franquear esa barrera. ¿Se formó acaso una fístula colédocoduodenal, por desgaste de las paredes en el trayecto retroduodenal del colédoco? Es muy probable, a pesar de la negativa categórica de Chauffard, de que todo cálculo del colédoco cuando tiene cierto volumen, está condenado a permanecer en él hasta el momento en que el cirujano se resuelva a intervenir. Otros autores (Chiray y Pauel), apenas dejan entrever la posibilidad de esta fístula; pero, no hemos podido encontrar un solo caso descripto. Sin embargo, ninguna razón de orden anatomopatológico se opone a ello; y si la vesícula, órgano móvil, independiente del duodeno puede vaciarse en ese órgano por medio de una comunicación directa, con más razón el colédoco, órgano fijo, íntimamente ligado a las paredes de esa parte del intestino. Por otra parte, la facilidad con que nuestra sonda penetró en el colédoco al través de la brecha duodenal, nos inclina a aceptar la existencia de esa fístula.

2.º.—La falta absoluta de signos de obstrucción duodenal o pilórica, obedece al hecho de que ese cálculo enorme, del tamaño de un huevo de paloma, completamente móvil y fácilmente desplazable, había llegado al duodeno en ese instante, es decir, en el acto operatorio, obediendo tal vez a las maniobras preparatorias: posición, aneste-

sia, exploración, etc.? O de otra manera ¿por qué no produjo signos de obstrucción y por qué no siguió su curso, produciendo la salida por el recto (raro, pero que existen casos descriptos) o el ilius biliar por detención en la válvula íleocecal?

3.º.—Este caso confirma una vez más, la necesidad de explorar cuidadosamente en estas intervenciones no sólo las vías biliares principales, sino también el duodeno, estómago, etc.

Es de presumir las graves consecuencias que pudieron haberse producido por el hecho de haber ignorado la existencia del cálculo en el duodeno.

4.º.—¿Se puede hacer algún reproche a nuestra conducta operatoria? Aquí no puede plantearse la vieja discusión puesta siempre en el tapete, de cómo se debe procederse en el caso de fístula colecistoduodenal, es decir, colecistectomía y gastroenterostomía, sutura de la comunicación, en uno o dos tiempos, pues no es el caso.

Lo único que podría plantearse es, si el hecho de practicar una sutura en el duodeno, indicaba la necesidad de una gastroenterostomía complementaria para evitar una probable estenosis duodenal o una fístula duodenal persistente.

5.º.—La formación de una fístula duodenal no siempre tiene la gravedad que se le ha atribuido; naturalmente, que todo depende del tamaño y de la situación. Las pérdidas grandes de tejido duodenal y sobre todo de la pared posterior, son extremadamente graves y difíciles de tratar; en cambio, las fístulas pequeñas de la cara anterior se cicrran espontáneamente a breve plazo y no repercuten sobre el estado general del paciente. Lo prueba bien nuestro caso, en que contrastaba nuestra inquietud, con el estado excelente de la enferma, que no sintió el menor trastorno de parte de su alimentación y de la nutrición conservando buen apetito y teniendo diariamente sus evacuaciones.

6.º.—Por último, creemos que en nuestro medio son pocos los casos publicados de cálculo biliar del duodeno y por eso hemos creído interesante su presentación.

Por otra parte, no es una complicación muy común dentro de las emigraciones de los cálculos biliares, al punto que en la Sociedad de Cirugía de París, sólo se recuerdan dos discusiones sobre este asunto; una en 1921, con motivo del caso de Goullard informado por Robineau; y otra, en Febrero de este año (1931), con motivo del caso de Caudrelier (de Vannes), informado por Paul Moure.

Nota.—He tenido noticias de la enferma, quien se encuentra en perfecto estado de salud.