# CONSIDERACIONES SOBRE CIRUGIA BILIAR

## Análisis de 470 observaciones (*)

**Dres. Abel Chifflet y Luis A. Praderi**

Hemos utilizado para este estudio las observaciones de asistencia privada. Tenemos en esta forma un conjunto tratado con cierta uniformidad de criterio. Además, las circunstancias de la actividad privada hacen posible el conocimiento de la evolución alejada, hecho imposible en nuestros medios hospitalarios.

Todas las observaciones corresponden a enfermos que fueron operados, y cuyo diagnóstico es operatorio y del patólogo.

El total de observaciones analizadas por diagnóstico se detalla a continuación:

CUADRO I

| | |
|---|---|
| Litiasis biliar | 436 |
| Cáncer en las vías biliares | 19 |
| Quiste hidático de hígado | 16 |
| Cáncer del páncreas | 7 |
| Otras afecciones | 5 |

Estos últimos cinco casos comprenden: dos enfermos colecistostomizados por hepatitis virósica. Uno de ellos (4.709) curó y el otro (5.056) falleció después de una mejoría franca de 48 horas.

Un enfermo con litiasis de páncreas fue colecistostomizado. El cuarto caso corresponde a un enfermo con un quiste hidático

(*) Trabajo presentado a la Sociedad de Cirugía el día 13 de noviembre de 1957.

del páncreas (6.488) abierto en el colédoco inferior. No tenía litiasis, sino una esclero-odditis. Se hizo quistostomía, cierre del orificio quistocoledociano por dentro del quiste, duodenotomía con papilotomía, coledocostomía y colecistectomía. Está curado.

El quinto caso, quiste de colédoco. Se reconoció por colangiografía operativa el quiste con su característica desembocadura en el Wirsung y su ramillete superior. Se hizo coledocostomía. La enferma está bien.

Siete enfermos fueron operados de las vías biliares por compresión del colédoco por cáncer del páncreas. En los dos primeros practicamos colecistostomía, en los otros cinco se hizo colecistoyeyunostomía.

En una de estas observaciones la enferma tenía una litiasis vesicular, en las otras seis no había litiasis. Es un hecho interesante, ya conocido, la rareza de simultaneidad de cáncer del páncreas y litiasis vesicular. Contrasta con el hecho habitual de cáncer vesicular y litiasis. La vesícula sana en el cáncer del páncreas se distiende y se hace clínicamente reconocible (signo de Courvoisier Terrier).

Preferimos como derivación biliar, la derivación interna por colecistoyeyunostomía en Y griega, con asa defuncionalizada.

La derivación externa no sólo da incomodidad importante, sino que perjudica seriamente la nutrición. La colecistogastrostomía provoca gastritis y vómitos biliosos abundantes. La colecistoyeyunostomía lateral puede interferir con el curso digestivo. La colecistoyeyunostomía en Y es una operación bien reglada, sin mayor riesgo, y de una tolerancia muy buena. En caso de vesícula excluída o ausente (hecho poco frecuente como dijimos) deberá recurrirse a la coledoco-duodenostomía.

## QUISTE HIDATICO Y PROCESOS DE LAS VIAS BILIARES

(Ver Cuadro II)

Dieciséis enfermos operados del árbol biliar tenían quiste hidatídico del hígado. En seis había una comunicación franca del quiste con las vías biliares; en cuatro había procesos canalicu-

lares en quistes ya tratados; en seis había concomitancia del quiste y litiasis biliar.

De las observaciones con comunicación quístico-biliar, hay una en que el quiste está abierto en la vesícula. Es una posibilidad muy poco frecuente. Se extirpó el quiste que estaba calcificado, con la vesícula en una sola pieza. Postoperatorio normal. De las cinco observaciones restantes hay una de coexistencia con litiasis y dos en que después de curados del proceso quísticobiliar hicieron tránsito hepatobrónquico que requirieron toracotomía.

CUADRO II

**QUISTE HIDATIDICO Y PROCESOS DE LAS VIAS BILIARES**

**16 Observaciones**

| | | |
|---|---|---|
| Comunicación franca | 9 | (1 en vesícula) |
| Coledocostomías | 5 | |
| Quistostomías | 4 | |
| Procesos canaliculares en antiguos operados de quiste hidatídico | 4 | |
| Colecistostomías | 2 | |
| Coledocostomías | 2 | |
| Concomitancia de quiste y litiasis | 11 | |
| Con comunicación amplia | 1 | |
| Antiguos operados | 4 | |
| Quiste en actividad | 6 | |
| 15 % de litiasis en hidatidosis hepática (11 en 75) | | |
| 2,6 % de litiasis tienen hidatidosis (11 en 436) | | |

Estos hechos demuestran la característica invasora y destructiva del proceso adventicial. En un enfermo el quiste abierto en bronquios era diferente del abierto en vías biliares. En el otro caso el quiste abierto en vías biliares estaba drenado al exterior y el proceso de adventicitis evolutiva lo llevó a abrirse en los bronquios.

La edad de los cinco quísticobiliares era: 19, 25, 32, 39 y 39 años. Es decir que se trata de personas jóvenes, en un promedio muy inferior a la edad de la litiasis.

El tratamiento en las cinco observaciones de pasaje quísticobiliar fue fundamentalmente el drenaje. En los cinco enfermos

se drenó el colédoco. En cuatro observaciones se hizo también el drenaje del quiste; en el enfermo que no se drenó el quiste curó bien con el drenaje coledociano solo. La colecistectomía se hizo como complemento sólo en la enferma que tenía una litiasis vesicular. En los dos enfermos con tránsito hepatobrónquico se hizo toracotomía y tratamiento correspondiente. Los seis enfermos están curados.

Los cuatro enfermos que habían tenido quiste hidatídico y se presentaron con litiasis biliar fueron operados de su litiasis pero terminando con drenaje del árbol biliar. Dos tenían litiasis vesicular y se hizo colecistostomía; dos tenían litiasis coledociana y se hizo coledocostomía.

En seis observaciones había quiste hidatídico con litiasis biliar. Si agregamos la observación de litiasis con quiste hidatídico abierto en vías biliares y las 4 de litiasis en antiguo hidatídico tenemos 11 observaciones de coexistencia de ambos procesos.

Este número responde a 75 observaciones de hidatidosis hepática (15 %) y a 436 observaciones de litiasis biliar (2.6 %).

Los seis enfermos con coexistencia de quiste y litiasis fueron operados terminando con drenaje al exterior; en dos se drenó el quiste y se hizo colecistectomía, en dos se drenó el quiste y se hizo colecistectomía y coledocostomía y en dos se drenó el quiste y se hizo colecistostomía y coledocostomía. Todos los enfermos están curados.

De estas observaciones surge que en todo enfermo con litiasis se ha terminado la operación con drenaje biliar. Cuando el enfermo tenía quiste en actividad y litiasis vesicular (6 casos) se drenó siempre el quiste y el árbol biliar extrahepático (dos colecistostomías y cuatro coledocostomías).

Consideramos que el cierre del sistema biliar extrahepático como la colecistectomía simple, conduce por hipertensión biliar a la complicación en un quiste no drenado, y a la bilirragia intensa en los drenados. Hemos dado a este concepto de drenaje biliar en vías extrahepáticas y en quiste, el nombre de bipolar.

Cuando el quiste ya fue curado, no es posible la quistostomía pero terminamos con el drenaje de otro polo (4 observaciones: dos colecistostomías, dos coledocostomías), porque es habitual la caverna hepática posthidática que se complica si se provoca un brusco ascenso tensional en el árbol biliar.

## NEOPLASMA DE LAS VIAS BILIARES

Diecinueve enfermos operados tenían cáncer de las vías biliares.

En dos observaciones el cáncer era del hepático. En una de ellas sólo se exploró. En la otra se hizo hepatostomía externa en estado general muy grave, y falleció en el postoperatorio.

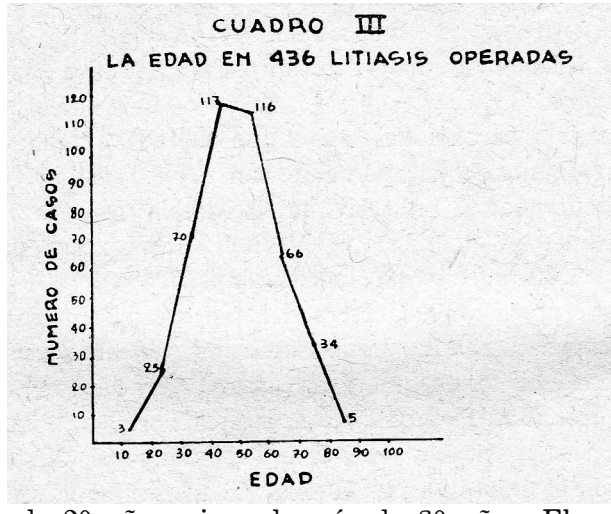
En dos observaciones el neoplasma era del confluente cístico-hepático; en uno se hizo sólo exploración y en otro una colecistostomía inoperante con extracción de cálculos.

En quince enfermos el neoplasma era de vesícula. En todos los casos en que se abrió la vesícula, había litiasis. Refiriéndonos al total de 436 litiasis tratadas, puede decirse que el 3.5 % habían desarrollado cáncer.

El porcentaje de hombres con cáncer es del 10 %, el porcentaje de hombres con litiasis que es 29.5 %. Todos los enfermos con cáncer de la vesícula fallecieron.

## LITIASIS BILIAR

Las observaciones de litiasis biliar son 436. La edad en que fueron operados figura en el cuadro III. Hay tres observaciones




de menos de 20 años, cinco de más de 80 años. El máximo en los 50 años. El sexo más afectado es el femenino. En nuestra casuística la diferencia no es tan intensa como en otras; hay 122 hombres y 295 mujeres, es decir, 29.5 % de hombres.

Hemos analizado la profesión de los hombres, pues en general las mujeres no tienen actividad especializada. Sólo debemos anotar el gran dominio de los comerciantes. Hay 25 % de enfermos del interior. Los profesionales son 27, entre los cuales 16 médicos.

De las 436 observaciones de litiasis hay una coexistencia con cáncer del páncreas, 11 en hidatidosis hepática (2.6 %) y 15 con cáncer de vesícula (3.5 %).

## COLECISTOSTOMIA EN LITIASIS VESICULAR

(Ver Cuadro IV)

CUADRO IV

**COLECISTOSTOMIAS**

**78 Observaciones**

| | |
|---|---|
| GRUPO I. — Como complemento de otra intervención abdominal importante | 12 |
| GRUPO II. — Colecistitis aguda | 16 |
| GRUPO III. — Colecistitis litiásicas en frío | 41 |
| Vesículas fresas (entre 1936 - 50) 33 obs. | |
| Dificultades de orden general o local (entre 1950 - 56) 8 obs. | |
| Otras afecciones | 8 |
| Colecistectomías en ostomizados | 14 |
| 7 en 41 ostomías en frío, 17 %. | |
| 2 en 16 ostomías en agudo, 16 %. | |
| 5 en ostomías de otros cirujanos. | |
| Cáncer en colecistostomizados: 2 en 19 casos. | |

Las circunstancias en que se realizó una colecistostomía en litiasis vesicular, fueron muy variadas. Son 78 observaciones. Una observación corresponde a un cáncer de páncreas con litiasis vesicular. Tres observaciones son de litiasis vesicular y quiste hidatídico, en que la indicación de drenar es por la hidatidosis. Tres colecistostomías fueron de necesidad en cánceres de las vías biliares. Dos colecistostomías fueron en enfermos con absceso parietal por progresión de la supuración vesicular.

Las 69 observaciones restantes pueden dividirse en tres grupos: un grupo de 12 enfermos corresponde a litiasis vesicular, en que existía un proceso de más jerarquía que requería operación (una colectomía, dos gastrectomías) y varios enfermos que deberían ser tratados por procesos hepáticos con drenaje biliar.

Otro grupo de 16 enfermos fueron operados en agudo con perforación vesicular, piocolecisto, colecistitis disecante, etc., y las condiciones locales y generales hicieron preferir la colecistostomía. Entre estos 16 enfermos están las cinco observaciones de más de 80 años. Los 16 enfermos curaron. Dos de ellos fueron ulteriormente colecistectomizados.

Un grupo de 41 enfermos con litiasis vesicular fue colecistostomizado en frío. Entre estas observaciones hay 6 que corresponden a coledocostomías que fueron acompañadas de colecistostomías. Muchos fueron colecistotomizados en una época que no extirpábamos las vesículas fresas. Los otros fueron colecistostomizados por dificultades de orden general o local para hacer la ectomía.

Analizando las fechas de la operación encontramos 33 observaciones en el período 1936 - 50 y 8 observaciones en 1950 - 56.

Es indudable que las indicaciones de la colecistostomía en frío se hacen cada vez menores. Los 41 operados por colecistostomía por litiasis en frío han tenido evolución variable. Alguno están bien, otros sufren; hemos tenido que colecistectomizar 7, es decir 17 %, lo que significa un porcentaje importante. Además debimos colecistectomizar 2 de los 16 colecistostomizados y cinco enfermos que habían sido colecistostomizados por otro cirujano. En fin, hemos observado dos cánceres de vesícula en colecistostomizados por otro cirujano.

Estos números son suficientemente expresivos para mostrar la necesidad de hacer colecistectomía en la litiasis biliar.

## COLECISTECTOMIAS

(Ver Cuadro V)

Hemos practicado 340 colecistectomías. No hemos tenido ninguna muerte por colecistectomía. En 244 enfermos la colecistectomía ha constituído toda la operación.

En 4 enfermos la colecistectomía fue por cáncer de la vesícu-

la, de los cuales en tres el diagnóstico fue hecho por el histólogo Los 4 enfermos tuvieron una evolución fatal.

CUADRO V

**COLECISTECTOMIAS**

**340 Observaciones**

| | | |
|---|---|---|
| Colecistectomías solas | | 244 |
| Colecistectomía y coledocostomía | | 59 |
| Colecistectomía y otra operación | | 27 |
| Apendicectomías | 18 | |
| Gastropilorectomías | 4 | |
| Cura eventración | 2 | |
| Esplenectomía | 1 | |
| Sutura de colon | 1 | |
| Quiste biliar | 1 | |
| Colecistectomía por cáncer vesicular | | 4 |
| 3 diagnóstico por hallazgo histológico. | | |
| Colecistectomías en quistes hidatídicos | | 6 |
| 2 con drenaje del quiste. | | |
| 4 con drenaje del quiste y del colédoco. | | |

En 18 colecistectomizados se hizo apendicectomía; este número demuestra nuestra tendencia a no ampliar sin necesidad actos operatorios que deben ser inofensivos.

En 9 colecistectomías se hizo otra intervención; 4 gastropilorectomías, 2 curas de eventración, una esplenectomía, un quiste biliar y una resección de colon.

## COLEDOCOSTOMIAS

Se han hecho 82 coledocostomías en litiasis, lo que da 18.5 %. Este porcentaje de coledocostomía corresponde a todo el período de 20 años en estudio, pero analizando por separado los últimos años, la cifra es mayor, lo que demuestra una tendencia a abrir el colédoco cada vez más.

De estas 82 coledocostomías hay 59 que fueron acompañadas

CUADRO VI

**COLEDOCOSTOMIAS**

**82 en 436 litiasis (18,5 %)**

| | |
|---|---|
| GRUPO I. — Coledocostomía y colecistectomía ..... | 59 |
| GRUPO II. — Coledocostomía y colecistostomía ..... | 6 |
| GRUPO III. — Coledocostomía sola (colecistectomizados en operación anterior) | 17 |

de colecistectomía, constituyendo así el grupo más numeroso. En 16 pacientes se hizo sólo coledocostomía por tratarse de antiguos colecistectomizados o enfermos cuya vesícula o cuyo estado general no permitían la extirpación vesicular.

En 6 observaciones se hizo coledocostomía y colecistostomía, se trataba de enfermos con hidatidosis hepática.

## PAPILOTOMIA TRANSDUODENAL

Hemos hecho últimamente esta operación en 9 litiásicos de esta serie. La hemos realizado además en un caso de hidatidosis pancreática abierta en colédoco, y en otro de hidatidosis hepática abierta en vías biliares. Tenemos casuística más numerosa en el Servicio del Hospital donde todos los colaboradores la han realizado.

Hecha correctamente no presenta ningún riesgo y no hemos observado ninguna complicación. Permite en cambio observar directamente el orificio del Oddi, reconocer una lesión cancerosa pequeña en un enfermo, extraer sin riesgo cálculos enclavados en la ampolla, derivar correctamente el colédoco por papilotomía en casos de odditis esclerosante.

## MORTALIDAD OPERATORIA

Con este nombre reunimos los enfermos fallecidos en el curso de la convalescencia postoperatoria hasta el alta.

No hemos tenido mortalidad en los 340 enfermos colecistectomizados.

Una enferma, con fístula colecistogástrica fue operada por

un absceso perivesicular. Mejoró, pero se instaló una fístula gastrovesiculocutánea, no fue posible levantarla para operar y falleció.

Un enfermo con ictericia por litiasis coledociana e infarto del miocardio fue operado haciendo una coledocostomía muy simple; falleció a los tres días de su infarto.

Una enferma con litiasis residual del colédoco, colecistectomizada por otro cirujano, fue operada haciendo una intervención laboriosa para abrir el colédoco retropancreático y extraer el cálculo; falleció en el postoperatorio con insuficiencia hepática.

Una enferma con ictericia por litiasis coledociana primitiva cálculo enorme, mal estado general, fue operada extrayendo el cálculo y haciendo coledocostomía. Falleció en colapso a las 24 horas.

En fin, una quinta observación corresponde a un enfermo de 70 años con mal estado general, ictericia por litiasis coledociana, divertículo yuxtavateriano del duodeno, retención de orina por adenoma prostático. Se hizo talla vesical, coledocostomía, papilotomía transduodenal; después de 72 horas hizo un cuadro de hipotensión y falleció en colapso.

Analizando las 5 observaciones de muerte, sólo debemos atribuir a la operación practicada, la del cálculo que extirpamos por vía retropancreática; debió ser extraído por vía transduodenal.

Las otras 4 observaciones corresponden a procesos que escapan y seguirán escapando a los recursos quirúrgicos. Nos obligan a operar antes de llegar a esas condiciones.

## CONCLUSIONES

Meditando sobre estos 470 operados de las vías biliares y tratando de reconocer en el análisis de las observaciones la tendencia que el progreso médico y quirúrgico va imponiendo y los resultados de la experiencia adquirida, llegamos a las siguientes conclusiones:

1º) Que debemos ser francamente intervencionistas en la litiasis biliar, antes de complicaciones coledocianas y hepáticas, antes de la vejez, antes del cáncer. La cirugía de la colecistitis litiásica es una cirugía de riesgo muy bajo.

2º) Que la vesícula debe ser extirpada en la colecistitis litiásica, salvo cuando se le necesite para drenar el árbol biliar. La vesícula enferma drenada obliga a reintervenir (17 %) o se puede cancerizar.

3º) Que la operación debe ser sistematizada, ordenada, con correcta exploración de todo el árbol biliar extrahepático, llegando en la duda a abrir el colédoco o el duodeno para explorar el Oddi. En resumen, creemos que toda intervención sobre la vía biliar extrahepática debe orientarse a la exéresis o sea a la colecistectomía, y la intervención sobre el sistema biliar principal al drenaje o sea, a la coledocostomía.

**Dr. Walterskirchen.** — Acabamos de oir resultados verdaderamente magníficos conseguidos en una larga serie de operaciones de las vías biliares. En esta cirugía de tan variados cuadros clínicos y necesidades operatorias, significa una mortalidad mínima como la refiere el Prof. Chifflet; un acontecimiento que alegra profundamente a cada cirujano y que queda establecido como una meta a alcanzar. Es para expresar esta alegría que siento y para felicitar al Prof. Chifflet que hago uso de la palabra.

La mortalidad en esta serie de operaciones recuerda el insuperable resultado recién referido por el Prof. Vasconcellos en la cirugía del ulcus gastroduodenal. En vista de tan buenos resultados uno se pregunta en qué camino podría continuar en el futuro la cirugía de las vías biliares para mejorarse todavía más. Si la mortalidad operatoria ya está casi eliminada, a mi parecer, dos caminos parecen posibles con el fin de aliviar el postoperatorio y mejorar los resultados alejados.

El primero: abandonar la **colecistostomía,** en cuyo camino ya estamos. La colecistostomía debe ser abandonada porque deja en el cuerpo un órgano enfermo y de función muy fragmentaria, siendo una operación de emergencia. Ya no existen dudas en la necesidad de la eliminación de la vesícula, constituyendo sólo un problema técnico. Y la técnica ya alcanzó el alto nivel necesario para efectuar la ectomia aún en condiciones difíciles. El uso de **anestesia local** en casos con estado general grave, la **operación precoz** y la **ectomía subserosa** progresando del fondo al cuello de la vesícula ensanchan el campo de las indicaciones de la ectomía a tal punto que la colecistostomía va siendo eliminada. En el servicio donde actué no se ha practicado la colecistostomía en base a las tres condiciones mencionadas.

El otro camino para el futuro desarrollo de la cirugía biliar, según mi parecer, es la **renuncia al drenaje del colédoco.** Este drenaje como tratamiento de emergencia sirvió y sirve cuando no parece posible resolver en seguida el problema de la vía principal. En este sentido fue provechoso. No es el lugar para ir más al fondo del problema. Especialmente lo siguiente no se refiere a la cirugía del quiste hidático. Nunca fue una

solución muy simpática dejar a un enfermo con una fístula biliar externa y con un cuerpo extraño puesto en el canal de importancia vital y de paredes finas. Si el drenaje del colédoco es superfluo no debería ser usado. No tengo la posibilidad de traer experiencia propia reciente. Por esto tengo que volver a la experiencia hecha en el servicio del Prof. Finsterer. Y es un hecho, que no se ha usado allí el drenaje del colédoco ni antes ni durante los cinco años que yo estuve, por calculosis, ni por estenosis, ni por colangitis. Según Finsterer los resultados no solamente no empeoraron sino que mejoraron. En mis personales casi 300 operaciones de vías biliares, incluído un alto porcentaje de operaciones precoces en casos agudos no he usado nunca un drenaje del colédoco y nunca me arrepentí. Como esto traduce al menos un significativo alivio y acortamiento del postoperatorio me parece que por allí podría andar el camino de la cirugía biliar.

Al Prof. Chifflet, quien conoce bien mis ideas al respecto, pido perdón por haberme repetido ahora.

**Dr. Cosco Montaldo.** — Felicito al Dr. Chifflet por la importante presentación estadística de numerosos casos de cirugía hepatobiliar y por las conclusiones que el análisis pormenorizado de ellos le ha permitido extraer.

Su trabajo constituye una síntesis de casi toda la patología biliar en sus diversos capítulos. Sería conveniente que en el futuro se fuera analizando cada uno de esos capítulos, de los cuales el Dr. Chifflet ha presentado una síntesis estadística y conceptual, y desarrollarlos cada uno de manera extensa con el aporte de la estadística, de los resultados y de las opiniones de los integrantes de esta Sociedad de Cirugía. Personalmente me siento inhibido de comentar una tan resumida serie de temas, aunque desearía exponer mi actual orientación sobre algunos de esos amplios, frondosos y discutidos capítulos de la patología biliar, para lo cual creo no faltará una próxima oportunidad.