

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "B" — Servicio del Prof. Dr. Juan Carlos Del Campo

"CUERPO EXTRAÑO" DEL COLEDOCO, "POST-COLECISTITIS NECROTICA, DISECANTE Y EXFOLIATRIZ" (*)

Dr. Boris Asiner

Colaboración anatomopatológica: Dr. J. F. Casinelli

La comprobación quirúrgica que presentamos si bien infrecuente, dada su importancia patogénica y posibilidades evolutivas, así como el estudio anatomopatológico y táctica que plantea, promueve su interés y justifica su difusión.

H. C. N° 97.077. — Corresponde a la Sra. M. F. S. de S., de 69 años, que ingresa al Servicio del Prof. Del Campo, por un "sufrimiento post-colecistostomía". Había sido intervenida de urgencia, por una colecistitis aguda, después de reiterados empujes de colecistitis agudas. El último episodio, lo había tenido unas 3 semanas antes, con los caracteres clínicos, de una colecistitis aguda obstructiva: intenso dolor, brusco, persistente, de días de evolución, a comienzo en epigastrio y luego propagado a hipocondrio derecho. Estado febril, chuchos de frío y orinas colúricas. Tinte icterico de grado leve. Le fue efectuada una colecistostomía, extra-yéndosele cálculos vesiculares. Drenó escasa bilis por el tubo. Después de unos 15 días de paulatina mejoría, reinicia un sufrimiento doloroso epigástrico, ictericia de grado leve, y un estado febril, no persistente ni intenso. No hubo decoloración de materias. Fue estudiada por colecistocolangiografía comprobándose la existencia de una litiasis (supuesta) coledoceana. El radiólogo llamó la atención sobre el aspecto del obstáculo (Radiografía N° 1). Por sondeo y estudio de la bilis del tubo de colecistostomía, colangitis, con infección biliar e identificación del "coli". Hipocloridia gástrica. Previa preparación habitual, nivelación del estado general, y tratamiento de sus deficiencias, así como la infección coledociana fue operada por nosotros, efectuándosele: Exploración quirúrgica, instrumental y colangiográfica de sus vías biliares, colecistectomía, y extracción de un "cuerpo extraño" intracoledociano, moldeado al colédoco, ("magma" que envuelve varios cálculos pequeños), que se saca en conjunto del

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 26 de agosto de 1959.

hepático, exteriorizada sólo $\frac{1}{3}$ de su circunferencia, con una intensa paricolecistitis. Existe una dilatación coledociana de unos $2 \frac{1}{2}$ cms. de diámetro, palpándose un componente intracoledociano, que parece corresponder a una litiasis, aunque su consistencia en alguna zona de su extensión no es tan firme como la de cálculos. Páncreas levemente indurado, hígado de consistencia normal, Bazo algo aumentado de tamaño. Exploración del resto del vientre: s.p.

Táctica: Infiltración anestésica de la unión colecisto - hepática; colecistectomía de fondo a cuello, difícil, pero en buen plano. En la zona señalada de la dilatación coledociana, se efectúa con la técnica habitual, una coledocostomía. Viene bilis, y se obtiene el "parto" de la "supuesta"

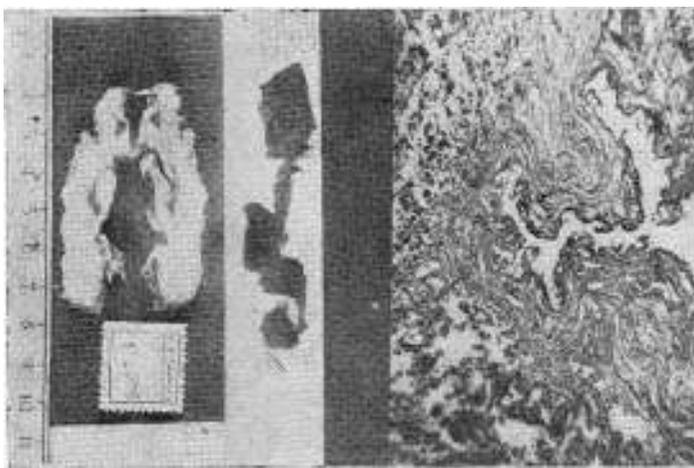


FIG. 2. — a) Superficies de sección del "estuche" fibroso constituido por las capas externas de la vesícula; b) Saco membraniforme gangrenoso formado por las capas internas exfoliadas de la vesícula; c) Estructura histológica del saco vesicular exfoliado; se ve el contorno sinuoso de la mucosa, la apariencia fibrilar de la muscular y parte interna de la fibrosa, y la superficie externa grumosa, correspondiente al plano de exfoliación.

litiasis coledociana, que corresponde a un conglomerado de varios cálculos pequeños, envueltos en un "magma" de tejido de aspecto "necrótico" que tiene unas dimensiones de 4 cms. x 1 cm. La unión cístico - coledociana muestra cístico de $\frac{1}{2}$ cm. fibrosado y engrosado hacia su sector vesicular, y dilatado hacia la unión coledociana. Se completa la exploración previo decolamiento duodeno - pancreático. Lavaje de "cucharillas" y "Beniqué", fácil a duodeno; lavado coledociano. La colangiografía muestra libre de cálculos el colédoco y buen pasaje a duodeno. Se deja

tubo de Kher en la coledocostomía, completando su cierre con 4 puntos de lino fino. Dren cigarette con tubo en el lecho hepático, que junto con el tubo de Kher se saca por zona externa disociada, de músculos anchos de la herida operatoria. Cierre de la pared por planos.

ANATOMIA PATOLOGICA:

Examen macroscópico: Son dos formaciones diferentes.

a) Trozo de pared vesicular, de 6 x 3 cms., excavado con fuerte y difuso engrosamiento fibroso, teniendo un espesor casi uniforme de 1 cm.;

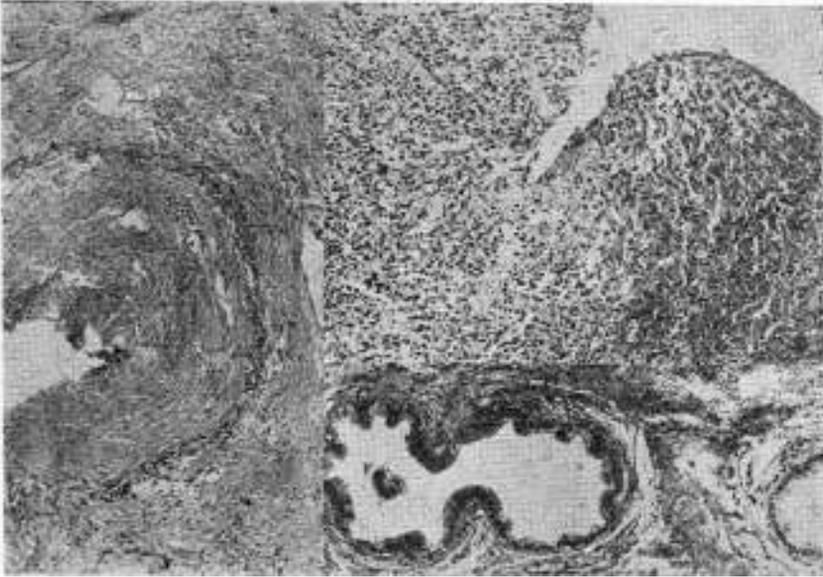


FIG. 3. — Detalles estructurales histológicos del "estuche" fibroso residual de la vesícula (a en la fig. 1). a) Vista topográfica de la pared vesicular residual, con una superficie cóncava de granulación, y el plano elástico de la serosa marcando la separación con la atmósfera fibroproductiva externa; b) El tejido de granulación que reviste interiormente el "estuche" vesicular; c) Glándulas conservadas en el extremo proximal del saco vesicular.

la superficie interna, cóncava, tiene zonas de aspecto fibroso cicatrizal, salpicadas de brotes de un tejido blanduzco, gris amarillento, probablemente de granulación; hay focos amarillentos en el espesor parietal, con la apariencia de zonas granulomatosas crónicas.

b) Formación cilindroide, de 5 cms. de largo y 2 cms. de diámetro, constituida por un saco membraniforme, flácido, de 2 o 3 cms. de espesor, de color negro con tinte verdáceo, arrollado; al desplegarlo, muestra restos de cálculos conglomerados en el centro; un extremo de este saco, es en

realidad un conducto de casi 1 cm. de diámetro, que está aplastado, pero es posible reconstituir su cavidad. Impresiona como un saco membrani-forme gangrenoso y exfoliado, apelonado y reteniendo entre sus pliegues los fragmentos de cálculos (que son de estructura mixta).

EXAMEN MICROSCOPICO:

a) **Pared vesicular:** Es una gruesa pared conjuntiva fibroesclerosa inflamatoria crónica, con extensas áreas de granulación en la superficie interna, integradas con abundantes histiocitos xantelásmicos, y algunas células gigantes de cuerpo extraño (cristales de talco), restos de la intervención anterior. La parte externa conserva el tejido adiposo subseroso, organizado por la neoformación fibrosa de reparación. También hay granulomas de cuerpo extraño (talco, hilos) en la superficie externa. En esta zona externa, es posible identificar la capa elástica de la serosa peritoneal. El único vestigio de la pared vesicular normal, es la presencia de algunas cavidades glandulares en un extremo del fragmento.

b) **Contenido coledociano:** Está formado por un saco tisular profunda y homogéneamente necrosado, de apariencia fibrosa dilacerada, de color amarillo pardo, conservándose tangibles únicamente algunas zonas conjuntivas. La superficie interna es ondulosa, con la característica configuración de la mucosa vesicular (salientes pseudopapilares e invaginaciones crípticas), pero no hay conservación de epitelio, y la capa más interna es granulosa y fuertemente impregnada de bilis. La superficie externa, es una banda granulosa muy desintegrada, y no hay nada que permita suponer la presencia de un plano de exfoliación purulenta. No se pueden identificar con seguridad restos de la muscular. Hay "sombras" de cavidades vasculares y otras que probablemente son invaginaciones crípticas de la mucosa o infundíbulos.

En resumen: El contenido coledociano es el "molde" de las capas internas de la pared vesicular, "necrótico-gangrenosas y exfoliadas", englobando en sus pliegues restos de cálculos. La **pared vesicular persistente**, es una gruesa atmósfera de organización fibrosa de las capas externas conservadas en el primitivo lecho vesicular, con una superficie interna de granulación inespecífica y con granulomas de cuerpos extraños quirúrgicos provenientes de la colecistostomía anterior.

La interpretación anatomoclínica del caso sería, pues, la de una colecistitis obstructiva aguda litiásica, "gangrenosa", con exfoliación de las capas internas necrosadas y posterior migración al colédoco.

Se trataba pues, de una antigua "biliar", que hizo un cuadro agudo de colecistitis, culminando una larga historia de episodios

reiterados de igual etiología y que a las tres semanas del último cuadro agudo, por su nuevo empuje, es intervenida de urgencia, efectuándosele una cólecistostomía y extracción de cálculos vesiculares. En el p. o. inmediato, presenta un sufrimiento integrando un síndrome coledoceano con comprobación por colecistocolangiografía de una “supuesta litiasis coledociana”. La intervención por nosotros efectuada, halló que el contenido coledociano estaba formado por un “magma necrótico” que envolvía varios cálculos y constituido, de acuerdo al estudio realizado por el Dr. Casinelli, por restos de pared vesicular, poniendo en evidencia posible, que este material intracoledociano, haya migrado desde el “saco” vesicular (quizá favorecido por la disposición anatómica señalada en la descripción operatoria) hacia el cólecoco. Creemos que la táctica quirúrgica efectuada en la primera oportunidad, y el lapso transcurrido entre la colecistitis aguda y la “ostomía” efectuada unas tres semanas después, es claramente *la base cronológica* de esta situación. *Posiblemente la colecistostomía no extrajo todo el material vesicular, o el proceso disecante no se había cumplido aún en totalidad, dando lugar a que se estableciera la “disecación necrótica” y su “exfoliación”, ya que el lapso de unas 3 semanas, más o menos, desde el episodio inicial de colecistitis aguda, es el cronológicamente requerido para este resultado patológico.*

Del estudio de la Tesis del Prof. Dr. P. Larghero sobre “Colecistitis Disecante y Exfoliatriz” así como de la comunicación del Prof. Dr. A. Navarro, surge que los casos presentados se establecieron en un tiempo promedial de unos 25 días de evolución clínica, a partir del episodio agudo inicial (lesiones “necróticas, disecantes y exfoliativas”). Los casos aportados son casi todos operados después de episodios agudos graves, de “colecistitis” evolucionadas, con comprobación anatomopatológica de este tipo de lesión, constituida por exfoliación de los elementos constitutivos de la pared vesicular, sea de la mucosa, o de la músculo-mucosa, determinando el proceso patológico la disecación y exfoliación de una membrana, constituida en una u otra forma, y evolucionando al desprendimiento dentro de la cavidad vesicular (“saco”), formado por la membrana de pared disecada. Esta situación debe ser diferenciada “de las pseudo membranas”

(Lancereau) donde hay un exudado que cubre la pared y no son los elementos constitutivos de ella que se exfolian.

Patogénicamente estas situaciones podrían ser constituídas por procesos:

I) "*Bacteriano*", primario, "purulento", por infiltración purulenta con clivaje y exfoliación, iniciado o no, en colecistitis aguda obstructiva, calculosa o no.

II) "*Necrótica*", "*vascular*" por trombosis o embolia con o sin colecistitis calculosa obstructiva o no, donde el factor primario sería la "supresión brusca y masiva de la vitalidad de capas parietales vesiculares", dando lugar a un "secuestro", que siguiendo leyes de patología general se delimita y elimina, se "diseca", dando justificación así a la designación de "colecistitis disecante y exfoliativas", (Dres. Navarro y Larghero).

III) "*Canalicular*" forma patogénica, señalada por el Prof. Dr. Juan C. Del Campo, por activación del jugo pancreático, vía canalicular, comenzando en las capas internas, con necrosis, cuya exfoliación dependería, como él expresa:

"a) De la extensión y profundidad del proceso.

"b) De la participación más o menos grande del factor infeccioso y la época de observación operatoria, que, como es evidente, el proceso de disección y exfoliación requiere su tiempo.

"c) La conservación de la capa externa, fibrosa, atribuida sólo a vascularización independiente, puede resultar por ser la más externa al proceso inicial cavitario necrosante y a su mayor resistencia por ser fibrosa".

IV) Por posible "combinación" de las situaciones arriba mencionadas.

Al establecerse por cualquiera de los mecanismos señalados el proceso de "disección y exfoliación", en la colecistitis aguda, su evolución puede tener dos tendencias:

— "limitativa" limitación, con aislamiento focal, frecuentemente, si es calculosa, caída a luz vesicular del cálculo obstructor inicial, o disminución del microbismo activo, o dominio de la acción del jugo pancreático alterado, o posibilidad de mecanismos combinados, o

— "*evolutiva*" a perforación con peritonitis focal subhepá-

tica, absceso, o peritonitis difusa, o como situación excepcional el pasaje a otro sector, coledociano (situación como la que comprobamos) o aún fistulización o pasaje a gastroduodeno (caso de Fernström con vómito del material vesicular), o a forma de "ileobiliar" (donde es sólo el producto litiásico el que migra).

Por lo tanto, en base a que anatomopatológicamente la "exfoliación" y su evolución a las formas señaladas, sea de mucosa o músculo-mucosa, es un hecho ya incorporado y que resulta del "*otorgamiento del tiempo a la evolución*", será un argumento más en favor de la colecistectomía en "agudo" como táctica, siempre que técnicamente sea posible y el cirujano tenga el caudal de experiencia requerida para su solución.

Por ello, el cirujano, al tratar una colecistitis aguda grave, con la "ectomía", extirpa no sólo el foco necrótico, sino también la pared, con posibilidad de proceso patológico (infeccioso, necrótico, etc.), más o menos activo. Como es lógico, la indicación y la oportunidad, surgirán del balance particular de cada caso, del estado general, edad y los resultados del estudio complementario (datos de laboratorio, etc.). Se debe tener, por otra parte, en cuenta que la sintomatología no es paralela evolución, del tipo de "colecistitis disecante y exfoliatriz", sino que ella surge como una colecistitis aguda más o menos importante, aunque la radiología (estudio radiográfico simple de H. D. y abdomen) pueden aportar datos de valor.

RESUMEN:

1) Se presenta y estudia la evolución de una colecistitis aguda, que llegó a la forma de "colecistitis disecante y exfoliatriz" cuyo material parietal desprendido, "necrótico" con "cálculos", migró al colédoco, donde fue hallado, al ser intervenida la paciente por un sufrimiento "post-colecistostomía" con síndrome coledociano.

2) Se presenta la documentación anatomopatológica y se estudian los mecanismos patogénicos de esta situación.

3) Se hace breve referencia a la indicación de operación en "agudo", como táctica, colecistectomía, frente a la colecistostomía, en la colecistitis aguda.

BIBLIOGRAFIA

- CASTIGLIONI, D. — Tesis de Doct. Colecistitis obstructivas 1953.
- DEL CAMPO, J. C. — Comunicación a Soc. de Cir. 11 de junio, 1937, sobre Colecistitis disecante y pancreatitis aguda.
- DEL CAMPO, J. C. — Abdomen agudo. Ed. Cient. del Sind. Médico del Uruguay. Editorial Médica J.G.M., 1940. Capítulo V.
- DEL CAMPO, J. C. — La obstrucción del cístico. Su papel en patología vesicular. Patología Digestiva. Varela Fuentes y Munilla, T. II.
- DEL CAMPO, J. C. — Segundo Congreso Uruguayo de Cirugía, 1951. Pág. 184.
- FERNSTROM, J. — Subphrenic abces with vomited gall-bladder. Act. Chir. Scand. Tomo LIX, págs. 534 - 539. 1926.
- FOSSATI, A. — Pionemocolecistitis. Bol. de la Soc. de Cir. del Uruguay, 1932. Pág. 178.
- HALLENDOR, L. C.; DOCKERTY, M. B.; WAUGH, J. M. — Gangrenous Cholecistitis. A clinical and phatologic study of 100 cases. Surgical Cl. of N. A. 28 - 279. Aug. 1948.
- LARGHERO YBARZ, P. — Tesis de Agregación. Anales del Inst. Clín. Quir. y Exp. Págs. 421 - 513. 1935.
- NAVARRO, A. — Comunicación a la Soc. de Anat. Pat. (Citado por Larghero Ybarz).
- PRIARIO, J. C.; PUMAREZ, E. — Colecistitis gangrenosa. Expulsión espontánea de la V. B. por la herida operatoria. Boletín Soc. Cir. del Uruguay. Tomo XXIII. Nº 34. 1952.
- VALLS, A. — Litiasis del hepatocolédoco. Tesis de Agregación. 1955.
- ZOLLINGER, R. — Indic. for Surg. in gall bladder diseases. Illinois. Med. Journal. 1951. 100 - 121.

Dr. Asiner. — Deseo agradecer a los consocios de la Sociedad de Cirugía su deferente atención a nuestra exposición. Hemos tenido oportunidad de comprobar una situación anatomoquirúrgica excepcional, pero su estudio clínico, radiológico y sobre todo patológico, nos deparó el placer de releer el capítulo de las colecistitis agudas y las comunicaciones y tesis sobre colecistitis disecante y exfoliatrix de nuestros profesores. Presentamos una evolución que seguramente comenzó en una colecistitis aguda y que pasó por razones cronológicas — “otorgamiento de tiempo a la evolución patológica” — a una colecistitis disecante y exfoliatrix de la que el material desprendido, necrótico y cálculos migraron al colédoco. Así lo comprobamos operatoriamente, el estudio radiológico previo lo señala y la anatomía patológica lo expone. Presencia de restos necróticos vesiculares en el colédoco migrados de una colecistitis “evolucionada”.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

El Dr. Priario cuya intervención en las consideraciones de esta presentación agradecemos, pudo comprobar con el Dr. Pumarez, restos vesiculares necróticos en una herida operatoria de colecistostomía, al retirar un tubo de drenaje en su post operatorio. También en el comentario de su comunicación los profesores Prat y Del Campo señalan cada uno un caso similar. Un cirujano sueco, el Dr. Fernstrom, en 1926 (citado por el Prof. Larghero en su tesis) tuvo un enfermo que presentó una colecistitis aguda que evolucionó al absceso subhepático y luego tuvo una hematemesis en cuyo contenido se identificaron restos vesiculares.

Reunimos así situaciones evolutivas diferentes que creemos dan un renovado interés al capítulo de las colecistitis agudas, desde el punto de vista de sus indicaciones quirúrgicas y oportunidad operatoria.

Estas situaciones surgieron del tiempo dado a la evolución que seguramente se inició en una colecistitis aguda, no intervenida oportunamente.