

MALFORMACIONES VESICULARES (*)

A propósito de 90 casos

Dr. Atilio R. Bueno de los Ríos

El tratamiento adecuado de estas Malformaciones, apasionó siempre a Médicos y a Cirujanos, habiéndose defendido los más opuestos criterios en diferentes ambientes y épocas.

Pienso que debe resolverse cada caso de acuerdo al riguroso balance de las manifestaciones clínicas y evolutivas bajo tratamiento médico adecuado, prolongado y bien controlado.

Representan modalidades anatómicas individuales, sin traducción clínica, pero a veces se manifiestan por dispepsias hepatovesiculares, a las que se suman síndromes dolorosos y aún verdaderos cólicos hepáticos; pueden coexistir o no con síndrome cístico el que puede ser orgánico u órgano-funcional. Creo que estas manifestaciones se deben a obstrucción vesicular con cístico casi siempre permeable, con vesícula radiológicamente visible y malformada. Sondeo con Bilis B de estasis o bilis B ausente, a veces acompañadas de otras manifestaciones de síndrome cístico en el sondeo duodenal.

El síndrome doloroso existió en 37 de los 82 casos del Hospital de Clínicas; en los mismos, encontramos 5 litiasis biliares y 4 colesterosis vesiculares.

En nuestro ambiente médico, se ocuparon especialmente de este tema: En el aspecto Clínico-Terapéutico los Profs. Alfredo Navarro y B. Varela Fuentes; de su Clínico-Radiología el Prof. L. Zubiaurre; en sus características de Sondeo Duodenal J. Varela López; del Síndrome Cístico: los Profs. J. C. del Campo y G.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 7 de junio de 1961.

Martínez Prado; ha estudiado a fondo la fisiopatología del esfínter de Oddi el Prof. H. Cosco Montaldo; el Prof. W. Suiffet del Trat. Quirúrgico.

La radiología es indispensable para el diagnóstico de las malformaciones vesiculares, a veces con métodos especiales: como el de Albot, Toulet y Bonnet, para jerarquizar la importancia de acodamientos, tabiques, estrecheces infundíbulo-cuello-císticas, como lo puntualiza Zubiaurre.

La agenesia, la vesícula doble, la vesícula intrahepática, son diagnosticadas habitualmente en la operación; la diferenciación entre Vesícula intra-hepática y Agenesia, es aún así muchas veces imposible si no se hace Radiografía per-operatoria de contraste.

Cuando la malformación tiene manifestaciones dispépticas y síndrome cístico con cólicos hepáticos, el tratamiento médico fracasa muchas veces.

Puntualizó que no encaro el tema de síndrome cístico sino el de malformaciones vesiculares con o sin síndrome cístico.

En los síndromes dolorosos de las malformaciones vesiculares cito las cifras que corresponden a Asociación de Colesterosis, Litiasis Biliar y Malformación Vesicular:

En 60 vesículas fresas operadas por el Prof. A. Navarro, existían 23 Malformaciones;

En 41 Malformaciones, Lockwood (cit. por Varela Fuentes), encuentra 14% de litiasis asociada.

En 82 Malformaciones, encuentro 5 Litiasis y 4 vesículas fresas.

Villard y Cotte, Navarro, Varela Fuentes, Guy Albot, etc., puntualizan que los tabicamientos, acodaduras, divertículos, favorecen el estancamiento biliar, capaz de conducir a la colecistitis y la litiasis.

Guy Albot afirma que casi siempre existen malformaciones de la región infundíbulo-cística con membranas y acodaduras en las colesterosis vesiculares.

Según Mac Carty de la Mayo Clinic, la vesícula fresa o cisticitis con Lipoidosis, se encontraría hasta en el 22% de Colecistectomías, concurriendo para su producción: la inflamación, la

hipercolesterolemia, la hipercolesterinocolia, y estasis linfática.

“Todo estado funcional persistente, puede llegar a la larga, a un estado lesional” según Leriche y Mallet Guy.

Existe todo un conjunto de *lesiones del cístico*, que pueden acompañar a la Malformación, que constituyen las “*sifopatías*” de Ch. Debray, M. Roux, Laumonier y L. Canuet: enfermedad del cístico de Mallet Guy; Infundíbulo-cisticitis crónicas no litiasicas de Albot y colaboradores; Atresias cérvico-císticas con estrechez fibro-cicatricial; Distrofia fibrosa colo-cística con esclerosis de tipo colágeno; Displasias con diafragmas y espolones (vesícula a Sopapa de Schmieden) con adenomatosis más o menos difusas.

“Puede existir colecistograma positivo, a menudo de gran intensidad, y en el sondeo duodenal no haber tiempo vesicular, o bien bilis B poco concentrada, lo que indica un obstáculo con mecanismo valvular en la vía biliar accesoria;

O colecistograma negativo con prueba de evacuación vesicular positiva, pero patológica por su duración o por los caracteres físicos de la Bilis B, lo que es debido a una sobredistensión vesicular;

O colecistografía con vesícula bien opacificada, que se contrae intensamente pero se evacua con evidente retardo, y el Sondeo Duodenal presenta anomalías del tiempo vesicular (duración prolongada, Bilis B hipo o hiperconcentrada, etc.)” (Zubiaurre).

“Las anomalías más importantes, que caracterizan al síndrome cístico en el sondeo minutado, son:

- 1) Prolongación del tiempo de escurrimiento de bilis A (teba): significa retraso en la evacuación vesicular e insuficiencia de la contracción vesicular para vencer la resistencia del mecanismo valvuloesfinteriano de la región cuello-cística;
- 2) Tiempos vesiculares anómalos: a) en duración; b) ritmo intermitente de escurrimiento de Bilis B; c) Concentración excesiva o disminuida de la Bilis B;
- 3) Alternancia de sondeos con evacuación vesicular positiva y negativa;
- 4) Aparición de dolor, similar al del paciente, relacionado con

evacuación vesicular anómala (el dolor precoz o tardío, vinculado a anomalías del tiempo vesicular, es patognomónico del bloqueo cístico);

- 5) Prolongación del tiempo de interrupción del flujo biliar y gastos bajos" (J. Varela López).

Las malformaciones se explican por la alteración embriológica en la canalización del cordón cístico-vesicular, brotado del hepatocolédoco, que a su vez nace de la cara anterior del intestino anterior, en la zona que será después duodeno. De ese cordón hepatocolédoco nacerán: el botón hepático, la vesícula, y el páncreas ventral. La vesícula doble se debería a la formación de 2 brotes —en lugar de uno sólo— para formar el cordón cístico-vesicular (anomalía que se encuentra en el gato, vacunos y ovinos: 1%).

Las vías biliares, en embriones de 5 mms., son huecas; luego se obliteran por hiperplasia celular; la recanalización por reabsorción, se realiza entre los 7½ y 9 mms., comenzando por el colédoco siguiendo por el hepático y el cístico, y terminando por la vesícula. (Munilla).

Rietz opina que el tipo de malformación depende de la edad en que se perturba este proceso, dando esta cronología:

Atresia total a los 9 mms.;

Atresia del hepático a los 11 mms.;

— Atresia del cístico y de la vesícula de los 11 a los 14 mms.;

— Atresia de vesícula solamente: de 20 a 23 mms.

En los casos de Atresias Biliares se encuentran frecuentemente otras Malformaciones.

Estudí (noventa) casos de malformaciones vesiculares, de las que 9 fueron de Hallazgo quirúrgico (1 de ellas incluida en las Historias analizadas del Hospital de Clínicas: Dr. Marella); 64 fueron estudiadas en la Clínica Gastroenterológica; 18 en otros servicios de clínica del Hospital de Clínicas, 3 casos de caracteres excepcionales tomados de la Bibliografía Nacional, 4 casos me fueron referidos por diferentes cirujanos, y 1 lo ví operar por el Dr. M. Karlen durante un curso de Perfeccionamiento organizado por el Prof. J. C. del Campo.

CUADRO I

Concepto y caracteres anátomo-clínicos

Son modalidades anatómicas individuales, la mayor parte de las veces asintomáticas, pero pueden traducirse por síndromes dolorosos.

Sus manifestaciones clínicas aparecen después de largo período asintomático; son más frecuentes en la mujer que en el hombre.

Predominan las características de colecistitis obstructiva, con o sin síndrome cístico (controlado por radiología y sondeo), sobre un fondo de dispepsia hiposténica hepato-biliar, con o sin litiasis biliar concomitante.

Es fundamental el estudio radiológico para diagnosticarlas.

Anomalías Vesiculares (Tabla I del Dr. Benigno (Varela Fuentes).	I) De forma	{ A) En gorro frigio B) en anzuelo C) Tabicada D) Con divertículo E) bilobada
	II) De posición	{ a) Intrahepática b) Posterior o transversa c) Flotante d) A izquierda
	III) De número	{ A) Ausencia de vesícula B) Vesícula doble

CUADRO II

Estudio de 90 casos con fines Terapéuticos.

Este número de casos estudiados comprende:

Enfermos de la Clínica de Nutrición y Digestivo del Hospital de Clínicas (Dr. B. Varela Fuentes) ..	64 casos
Estudio de Historias Clínicas de otros Servicios de Clínica del mismo Hospital	18 casos

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Casos hallados por diferentes cirujanos	5	”
Casos relatados en la Bibliografía Nacional	3	”
		<hr/>
TOTAL	90	casos

Se analizan los datos estadísticos de los 82 casos del Hosp. de Clínicas.

Los **hallazgos operatorios** son 9, desglosados en esta forma:
3 Agenesias vesiculares, diagnosticadas por: Belloso R. A., Marella M. y Gutiérrez Blanco H.; 1 caso encontrado en el Hosp. de Clínicas.

2 vesículas dobles: con un solo cístico: Dr. Del Campo J. C.; Andreon E. (con doble cístico).

1 vesícula biliar atrófica transformada en cordón fibroso: Dres. J. C. del Campo y R. Yannicelli;

1 vesícula intrahepática: Dr. Badano Repetto;

1 ausencia de vesícula y cístico (existiendo una dilatación intermediaria de vías biliares): Dr. M. Karlen;

1 vesícula retropedicular: Dr. M. Karlen.

Los datos estadísticos de 8 de estos casos no se analizan.

Los 82 casos estudiados en el Hospital de Clínicas, comprenden **anomalías vesiculares con sintomatología clínica**, correspondiendo a 147.500 registros hasta ese día, y a 10 veces mayor número de anomalías vesiculares encontradas por radiología: 816 casos, en un total de 12.554 colecistografías (6.49%).

Las Malformaciones con traducción Clínica se encontraron en personas que empezaron a sufrir después de largo período asintomático.

De acuerdo a otras publicaciones de diferentes países, existen:

En el sexo femenino: 60 casos;

En el sexo masculino: 22 casos;

Con una proporción casi de 3 a 1.

No se incluye ningún caso de clientela privada.

CUADRO III

**Exámenes realizados en 82 Malformaciones del
Hospital de Clínicas**

<i>Colecistografías o Colangiografías con Biligrafina:</i>	82	
<i>Sondeos Duodenales:</i> 46. Con Espasmos Duodeno-Oddianos:	6	
Muchos enfermos nerviosos no toleraron los Sondeos.		
<i>Radiografías Gastroduodenales:</i>	36	
<i>Estudios de Quimismo Gástrico:</i> 27: con	} Hipoclorhidrias: 15 } Hiperclorhidrias: 6 } Anaclorhidrias: 4 } Normoclorhidrias: 3	
<i>Exámenes Coprofuncionales y Coproparasitarios:</i>		23
<i>Exámenes de Rutina:</i> Urea en suero, A. completo de orina, Wassermann, y Hemograma Completo:		82
<i>Radiografías de Colon por Enema:</i>		22
<i>Laparotomías:</i>	21	
<i>Abreugrafías:</i>	13	
<i>Exámenes Funcionales Hepáticos:</i>	11	
<i>Rectosigmoidoscopías:</i>	4	
<i>Reacciones de Weimberg y Casoni:</i>	4	
<i>Electrocardiografías:</i>	4	
<i>Radiografías de Tórax:</i>	4	
<i>Metabolismo Basal:</i>	3	
<i>Colangiomanometrías Operatorias:</i>	3	
<i>Gastroscopía:</i>	1	
<i>Tránsito Esofágico Radiológico:</i>	1	
<i>Radiografía de Columna:</i>	1	
<i>Mielograma:</i>	1	
<i>Baciloscopía:</i>	1	

CUADRO IV

Aspectos radiológicos de 82 casos del Hospital de Clínicas:

Vesículas Péndulas: 17		
Vesículas Acodadas: 36	{	En su Cuello: 14
		En su Cuerpo: 12
		En su Fondo: 10 - (Tabicadas)
Vesículas Escotadas: 16	{	En su Cuerpo: 9
		En su Cuello: 4
		En su Fondo: 3
Vesícula "En Reloj de Arena": 1		
Vesículas Grandes: 4		
Vesículas con Seudo-Divertículo: 2		
Vesícula Irregular: 1		
		Colecisto- Negativas: 6
		Vesículas en "Anzuelo": 3
		Vesículas en "Gancho": 3
		Con Litiasis: 5
		Vesículas Fresas: 4

Las anomalías vesiculares son de diagnóstico fundamentalmente radiológico; y otras, de diagnóstico quirúrgico: en casos tales como la agenesia, vesícula intrahepática, muchas veces las vesículas dobles y las tabicadas.

Los aspectos radiológicos de estos 82 casos, corresponden a 816 malformaciones registradas en la clínica radiológica del Hospital de Clínicas, en 147.500 personas registradas en el hospital hasta ese día, con un total de 12.554 colecistografías.

CUADRO VI

Afecciones concomitantes:

<i>Hipertonías Colónicas:</i> 10
<i>Espasmos Duodeno-Oddianos:</i> 6
<i>Úlceras Gastroduodenales:</i> 6
<i>Ptoisis Gástricas:</i> 6
Hemorroides: 6
Aortitis: 6
<i>Parasitosis:</i> 3
Hernias: 3
Anemias: 3
Enfisemas: 3

Diverticulosis Colónicas: 2
Aumento del volumen Cardíaco: 2
Hernia Hiatal: 1
Quiste Hidatídico de Hígado: 1
Hidronefrosis: 1
Etilismo: 1
Diabetes: 1
Hipertiroidismo: 1
Poliposis Gástrica: 1
Polineuritis: 1

CUADRO VII

Sintomatología:

Dispepsias Hepatovesiculares: 82. Con Cólicos Hepáticos: 37
Constipación: 27
Neurosis o Psicosis: 17
Alergia (Urticaria, Eczema, Rinitis Vasomotora): 13
Cafelalgias: 10
Síndromes Genitales Femeninos: 9
Síndromes Reumatoides: 8
Síndromes Reumatoides: 8
Diarreas: 7
Lumbalgias: 7
Ictericias: 5. Con Síndrome Coledociano: 2
Adelgazamiento: 5
Inapetencia: 4
Hepatomegalias: 4
Epigastralgias: 3
Astenias: 3
Convulsiones Epileptiformes: 2
Pigmentación Cutánea: 2
Subictericia: 1
Hipertricosis: 1
Pruritos Anal y Nasal: 1
Hematemesis y Melena: 1
Enterorragias: 1
Odinofagia: 1

No incluyo en la Estadística, los datos: Clínicos, Radiológicos ni de exámenes complementarios de los 8 casos que no figuran en las Historias Registradas en el Hospital de Clínicas.

A ellos, debo agregar 2 casos referidos por Munilla en su trabajo "Malformaciones congénitas de vías biliares" extra-hepáticas" (capítulo XI del Libro de Varela Fuentes-Munilla):

1) Observación de Munilla-Barberouse: Atresia total de vías biliares con dextroposición de vísceras;

2) Observación de los Profs. D. Pratt, Bauzá J., y Rodríguez Casto: ausencia total de vías biliares y aplasia total del árbol biliar (control operatorio).

En los 82 casos, se hizo Colecistografía o Colangiografía con Biligrafina; 46 Sondeos duodenales; 36 Radiografías Gastroduodenales; 27 Quimismos gástricos; 23 exámenes coprofuncionales y copoparasitarios; 22 grafías de Colon por enema; 13 Abreugrafías; 11 exámenes funcionales hepáticos; **y en todos los casos como rutina:** Wassermann-Kahn, Hemograma completo, Urea en suero, y Análisis completo de orina. Según las manifestaciones clínicas, se han pedido otros exámenes (Cuadro III).

Los aspectos radiológicos encontrados figuran en el cuadro IV: 30 Vesículas acodadas; 16 Vesículas escotadas (entre las cuales: 3 Vesículas en anzuelo y 3 vesículas en gancho); 17 Vesículas péndulas; 4 Vesículas grandes; 2 Vesículas con pseudo-divertículo; 1 Vesícula irregular; 6 Colecistogramas negativos. En las mismas, 5 litiasis y 4 vesículas fresas.

Manifestaciones asociadas: 15 Hipoclorhidrias, 10 Hipertensiones Colónicas; 6 úlceras gastroduodenales; 6 Ptosis gástricas; 3 Parasitosis, etc.

Como sintomatología encontramos (Cuadro VII): Dispepsias hepato-vesiculares: 82 casos (en 37 con cólicos vesiculares); Constipación: 27; 17 Neurosis o Psicosis; Alergias: 13; 10 Cefalalgias; 9 Manifestaciones genitales femeninas; 8 dispepsias hipersténicas; 8 síndromes reumatoides; 7 con diarreas; 5 Ictericias (con control de Funcionalidad hepática); 2 Síndromes coledocianos (1 intervenido); y otras manifestaciones que figuran en el cuadro VII.

Frecuentemente los factores etiológicos se intrincan: Disto-

nías neuro-vegetativas, Alergia, Neurosis, Endocrinopatías, Ulceras gastro-duodenales, Parasitosis, Asociadas a la Malformación.

En estos cuadros debe descartarse previamente el origen orgánico (estamos habituados a pensar en lo estrictamente funcional), *pensando en las afecciones que ya hemos detallado, asociadas a la malformación*; Afirmaremos que hay cuadros funcionales puros luego de cuidadoso estudio clínico-radiológico y de sondeo, repetidos a través del tiempo de tratamiento médico, como control.

Habiendo crisis dolorosas de tipo cólico vesicular: de intensidad, duración y propagación variables, **creo que existe síndrome cístico.** Si las crisis se asocian a dispepsias hiposténicas de tipo hepato-vesicular, no prejuzgo si ellas son previas o secundarias al síndrome cístico.

Toda contractura anárquica o disarmónica de las vías biliares: principal o accesoria, acarrea una hipertensión biliar con cuadro doloroso. La provocan: la litiasis biliar, espasmo y dilatación colédociana, oddi y duodeno-espasmo, **produciendo la contracción vesicular dolorosa y la reacción dolorosa del hígado mismo** (Chiray y Pavel, Chabrol y Busson, Albot y Libaude, Lambling, Mallet Guy, Guttmann, A. Bernard, etc.).

Graham y Petermann, demostraron que el cístico constituye un punto vulnerable de la vía biliar, debido a que los linfáticos del hígado convergen hacia él, además de que los linfáticos y plexos venosos de los órganos vecinos son contiguos.

La Radiomanometría permitió a Caroli reactualizar (1947) los conceptos de Schmieden y de Berg de que *la causa más frecuente de los trastornos funcionales biliares son las anomalías de la reg. infundíbulo-cuello-císticas:* disquinesias mecánicas por: atresia congénita del cístico, acodamientos del cuello y de la región cuello infundibular, membrana anormal del cuello vesicular; la dificultad persistente de la evacuación con retro-dilatación y báscula alrededor del cuello, o la formación de un verdadero divertículo de pulsión en el bacinete, exageran "el mecanismo valvular del cuello, y explican" su manifestación recién en la edad adulta, en cuya época se agregarían lesiones inflamatorias crónicas.

Para resolver los casos de diagnóstico dudoso, ha propuesto Caroli: La radiomanometría biliar por punción vesicular laparoscópica "A la Royer"; he tenido la oportunidad de presenciar la radiomanometría peroperatoria por Mallet Guy; estos métodos son excepcionales en nuestro ambiente.

Algunos datos de anatomía y fisiología de vías biliares:

La túnica muscular de la vesícula es plexiforme, entrelazada con fascículos fibrosos y fibras elásticas. *Sus filetes nerviosos provienen de un plexo subperitoneal.* La vesícula, como el intestino, tiene ganglios auto-motores.

Desde las investigaciones de Lutkens se admite al existencia, en los $\frac{3}{4}$ de los casos, de un verdadero esfínter del cuello vesicular, cuya importancia ha demostrado Caroli por Radiomanometría. El cístico no tendría fibras musculares sino en su porción inicial, valvular (válvulas de Heister), permitiendo más fácilmente el paso de colédoco a vesícula que a la inversa.

Se da por demostrada la existencia de la válvula de Mirizzi sobre el conducto hepático común.

Inervación de las vías biliares: Se realiza por intermedio de los esplacnicos y los neumogástricos: **el dolor, por reflejo viscerosensitivo**, correspondiente a hígado, estómago, pancreas y bazo, se proyecta sobre una zona en forma de cinturón, comprendiendo: la parte superior del epigastrio, ambos hipocondrios, los espacios intercostales sexto y séptimo, así como la piel y músculos que cubren las vértebras octava y novena. Esta zona corresponde a los segmentos medulares VI y VII dorsales. **La vesícula puede referir sus dolores en el territorio de la IX raíz sensitiva dorsal.**

Según Pottenger: *El plexo nervioso hepático* contiene fibras provenientes de los ganglios VI y VII dorsales, el frénico y el neumogástrico derechos, y accesoriamente de los ganglios V-VIII y IX dorsales; a los cuales Víctor L. Fortuna agrega las fibras de la X dorsal.

(El nervio frénico está formado por filetes provenientes de los III-IV y V cervicales).

La sección fisiológica de los esplacnicos: disminuye el calibre

vesicular y coledociano aumentando la presión de base. Por *fibras procedentes del VII ganglio simpático derecho*, inhibirían el tono de las vías biliares. *Contienen fibras sensitivas provenientes de la VI a la XII dorsal*. La infiltración novocaínica o la esplanicectomía derecha dan a Mallet Guy y Guillet el retorno a la tonicidad normal de la vesícula atónica, controlado por Colecistografía y Radiomanometría.

La sección de los vagos: Dilataría considerablemente las vías biliares, bajando la presión de base, reforzando el tono de la musculatura lisa de vesícula y colédoco. Westphal dice que la excitación débil de los vagos, provocaría la contracción y evacuación de la vesícula, descendiendo la presión intra-vesicular.

La radiomanometría peroperatoria (Mallet Guy), determina sistemáticamente tres cifras:

1) Presión de Relleno: dependiente de la presión vesicular o coledociana permanente, que normalmente oscila entre: 10 a 15 cms. de agua para el colédoco, y 15 a 25 cms. de agua para la vesícula;

2) Presión de franqueo de las zonas Esfinterianas: Caroli opina que para franquear el desfiladero cuello-cístico, no es necesario distender la vesícula.

Esfinter vesículo-cístico: 20 a 25 cms. de agua; si no se dejara franquear a 50 cms. previa inyección intravenosa de $\frac{3}{4}$ mgrs. de atropina o inhalación de una ampolla de Nitrito de amilo, se impondría la colecistectomía;

Esfínter de Oddi: 10 cms. de agua, considerándose anormal a partir de 15 cms.: por encima de 50 cms. se suprimiría la excreción biliar intra-hepática;

3) Presión residual o presión de base: En ella no se produce más el pasaje de las zonas esfinterianas. Corresponde a la presión permanente de las vías biliares, y suele estar 1 a 2 cms. debajo de las cifras de pasaje vesicular (Guy Ledoux-Lebard).

La vesícula se llena cuando la presión coledociana se eleva a 25 cms. de agua, después del cierre del Oddi y del esfínter de Mirizzi sobre el Hepático común, por contracción coledociana activa según Mirizzi.

La vesícula se vacía en 1 a 2 horas, por contracción vesicular

que determina ondas de contracción que llegan al colédoco, prosiguen en él y determinan la apertura del Oddi. El estímulo sería dado por las grasas, las proteínas, la distensión duodenal, y la Colecistoquinina de origen duodenal, evidenciada por Ivy.

La sintomatología clínico-radiológica y de sondeo duodenal minutado, unidos a los exámenes complementarios que cada caso exija, diagnostican la malformación vesicular con sufrimiento.

Existiendo malformación con síndrome cístico: Si los sufrimientos no mejoran con tratamiento médico adecuado, controlado y prolongado durante un promedio de 6 meses, creo necesaria la laparotomía exploradora.

El ideal para resolver estos casos, sería la asociación de laparotomía y radiomanometría peroperatoria.

No desconozco los desastres de la colecistectomía en síndromes císticos funcionales (Espasmos de los esfínteres de Lutkens, Oddi o Mirizzi; Neurosis; Parasitosis; Gastroduodenopatías, etc.) cuya verdadera frecuencia está indicada en los Cuadros VI y VII.

*No me parece adecuado un tratamiento prolongadamente improductivo, en malformaciones de enfoque quirúrgico, cuyas indicaciones planteo más adelante, comi **no creo necesaria la colecistectomía en la atonía vesicular.***

“Para distinguir una vesícula atónica (que no se contrae ni se evacúa) de otra que se contrae pero no se evacúa o lo hace incompletamente por causa de obstáculo cístico, disponemos de 3 signos Colecistográficos de **Hipertonía Orgánica del Cístico:**

— La Vesícula “Bille”, perfectamente redondeada y esférica, aún después de la inhalación del Nitrito de amilo;

— El infundíbulo en “Dedo de Guante”, que da a la sombra vesicular un aspecto de pera;

— “El enderezamiento del fondo vesicular hacia la pared anterior en los clichés de perfil” (Albot, Toulet y Bonnet).

J. Varela López afirma la posibilidad de diferenciar, mediante la colecistografía y el sondeo duodenal minutado, los síndromes císticos por espasmo duodeno-oddiano o medioduodenal, o por hipertonía de DII con antiperistaltismo. A propósito de Síndrome Cístico estudiado en esta forma, recomiendo el hermoso

Trabajo al respecto de Varela López y Zubiaurre: Ann. Fac. Med., Montevideo, 1954.

Creo oportuno, subrayar la necesidad de tratar simultáneamente los factores asociados, cuyo olvido ocasiona la causa más frecuente de fracasos aparentes del tratamiento quirúrgico en sus indicaciones precisas.

En los 82 casos del Hospital de Clínicas, se realizaron 21 Laparotomías: con 16 Colectectomías, 3 exploraciones de Vías biliares, 1 Colectostomía, 1 Reconstrucción de Vías biliares (Dr. M. Karlen). Opino que 9 de 61 enfermos con tratamiento médico, deben también ser Laparotomizados.

La Laparotomía, como paso previo para el tratamiento quirúrgico, está indicada: En las Malformaciones vesiculares con síndrome cístico evolucionando sin mejorar con tratamiento médico adecuado, prolongado durante un promedio de 6 meses, y controlado.

Presento objetivamente y de buena fe, los datos estadísticos de 82 casos clínicos y su evolución bajo tratamiento médico y quirúrgico.

Tratamiento Médico: Higiénico, Dietético, Medicamentoso:

- a) Con Régimen Hipotóxico, Balanceado, Hepato-Protector;
- b) Con Antiespasmódicos Vago-Inhibidores, Atropínicos;
- c) Con Antialérgicos: Antihistamínicos de síntesis;
- d) Con Atarácicos o Timolepticos: primero utilizamos Cloropromazina o Meprobamatos; actualmente Librium.

Mediante lo cual controlaremos:

La oportuna contracción vesicular;

El estasis vesicular;

La espasmodicidad: vesicular y esfinteriana;

La Vagotonía y la Alergia (frecuentes);

Las Neurosis;

El poco frecuente factor inflamatorio.

En 51 casos el tratamiento médico fue exitoso.

— *Deben medicarse simultáneamente los factores asociados.*

Si los sufrimientos no se corrigen con tratamiento médico adecuado, si existe ictericia, si el sondeo presenta acumulos de

colecsterina y de bilirrubinato de calcio, los gastroenterólogos y cirujanos debemos "*Cortar el nudo Gordiano*", e impedir que el enfermo siga sufriendo indefinidamente: Laparotomizando.

En 21 casos (25.6 %) fue necesaria la Laparotomía.

En estos casos estará indicado: explorar y si es necesario suprimir —mediante Colecistectomía— el órgano que sufre; con lo cual se suprimirá el Circuito Algógeno.

La descripción Anatómo-Quirúrgica de W. Suiffet en el Síndrome de obstrucción orgánica del Cístico es: "Cuerpo vesicular de apariencia normal: paredes finas color azul pálido, peritoneo s/p. Dificultad en la evacuación manual de la vesícula; contenido biliar espeso y oscuro. Colédoco normal en volumen, paredes, contenido e incluso su vaina. Cístico duro, fibroso, con peritoneo adherente a su nivel; ganglio cístico tumefacto, visible y palpable (en las cisticitis con peri-cisticitis).

"Pericisticitis con dificultad de reconocer el cístico en el tejido inflamatorio (lesión frecuente en el úlcus yuxta-pilórico);

"Tumefacción de tamaño variable del infundíbulo o cuello vesicular en las Anomalías de Constitución;

"Liberación dificultosa del cístico de su vaina serosa; acodadura canalicular fijada por la arteria cística a nivel del bucle infundíbulo-cístico. Liberado el cístico, sorprende a veces su longitud, que se exagera al seccionar la art. cística. Debe investigarse la litiasis cuidadosamente (cálculos pequeños desapercibidos, pueden bloquear transitoriamente el cístico), tanto cística, como coledociana.

"Reconocer si hay colesterosis vesicular" (W. Suiffet).

La Colecistectomía se asociará —en casos especiales— a la esfinterotomía del oddi o las anastomosis bilio-digestivas (Coledocotomías supraduodenales externas de Finsterer).

Las coledoco-duodenostomías supraduodenales externas de Finsterer: tienden a: aliviar la estasis biliar, permitiendo el reposo canalicular; evitar las disquinesias y las infecciones biliares post-colecistectomías; evitar la distensión e hipertensión canalicular.

En las Malformaciones, estarían indicadas en:
los colédocos muy dilatados o estenosados;

- coexistencia de hipertónías del Oddi con: litiasis múltiples, angiocolitis, pancreatitis.

La colecistectomía estará indicada en las Malformaciones vesiculares con síndrome cístico, asociadas a:

- Litiasis biliar;
- Colesterosis vesicular (Navarro; Guy Albot);
Hidrocolecisto intermitente (Villard y Cotte; Navarro);
Ictericia (Con Funcional Hepático de Obstructiva extra-hepática);
- **Sifopatías de Ch. Debray, constituidas por:**
 - Enfermedad del cístico de Mallet Guy,
 - Infundíbulo-cisticitis crónicas no litíásicas de Albot,
 - Atresias cérvico-císticas y estenosis fibro-cicatricial, Distrofia fibrosa cuello-cística con esclerosis de tipo colágeno,
 - Displasias con diafragmas y espolones (Vesículas a sopapa de Schmieden) con adenomatosis más o menos difusas;

Los casos no mejorados con tratamiento médico adecuado, controlado y prolongado, a los cuales convendría la exploración radiomanométrica operatoria.

Lockwood B. C. (Citado por Varela Fuentes), analizando en 1948 su material de 41 Malformaciones —sobre 1464 Colecistografías— encontró: 14% litiasis asociada; 70% con sufrimientos vesiculares claros; 24% debieron ser tratados quirúrgicamente.

Nuestros 82 casos del Hospital de Clínicas, sobre un total de 316 Malformaciones Radiológicas, tenían 5 litiasis y 4 vesículas frescas; fueron intervenidos 21 con 2 fracasos y 1 fallecido. En los 61 casos con tratamiento médico, en 52 casos el tratamiento ha sido exitoso y creo que 9 de ellos deben ser laparotomizados.

En esos 82 enfermos, debieron ser realizadas: 9 Apendicec-tomías, 2 salpingectomías bilaterales con oforectomía parcial, 2 Suturas de úlceras gastroduodenales perforadas; 1 Gastrectomía subtotal; 1 Sigmoidotomía; 1 Quistectomía hepática; 1 co-nización cervical uterina y 1 Fisura anal.

Los Hallazgos operatorios, suman 9 (uno de ellos corresponde a las Historias Clínicas examinadas en el Hospital de Clínicas), comprendiendo: 3 Agenesias Vesiculares, 1 caso de vesícula doble con 2 císticos, 1 caso de Vesícula doble con un sólo cístico, 1 Vesícula biliar atrófica transformada en cordón fibroso, 1 Vesícula intrahepática, 1 Ausencia de Vesícula y cístico existiendo dilatación intermediaria de vías biliares, 1 vesícula retropedicular.

En resumen: se ha tratado médicamente 61 casos: 74.4%. Se trató quirúrgicamente 21 casos: 25.6%. Deben laparotomizarse otros 9 casos: 10.9%. Tratamiento médico exitoso: 52 casos: 63.45%.

CUADRO X

Sinopsis del tratamiento efectuado en 82 casos:

Con tratamiento médico exclusivo: 61 casos: 74.4%.

Tratamiento médico exitoso: 52 casos: 63.45%.

Deben ser laparotomizados: 9 casos: 10.97%.

Tratamiento quirúrgico: 21 casos: 25.6%.

Colecistectomías: 16

Laparotomías exploradoras: 3

Colecistostomías: 1

Reconstrucción de vías biliares: 1

Siguieron sufriendo: 2

Fallecido: 1

Total de fracasos: 3

Otras intervenciones quirúrgicas en los casos estudiados:

Apendicectomías: 9

Suturas de úlcera gastroduodenal perforada: 2

Salpingectomía bilateral y ooforectomía parcial: 2

Gastrectomía subtotal: 1

Sigmoidotomía: 1

Quistectomía hepática: 1

Conización cervical uterina: 1

Fisura anal: 1.

CONCLUSIONES

- 1) **Más del 10 % de las Malformaciones vesiculares diagnosticadas radiológicamente, padecen de dispepsia hiposténica con síndrome de “obstrucción incompleta” del cístico, no modificable con el régimen adecuado asociado a la terapéutica antiespasmódica.**
- 2) **Es necesario el examen integral: psíquico y somático:** La asociación de síntomas clínicos, radiológicos y de sondeo, con las investigaciones de Laboratorio que llamamos de rutina, establece el diagnóstico.
Sería ventajoso asociarle la radiomanometría por punción laparoscópica “a la royer”, como la denomina Caroli.
- 3) **Son más frecuentes los padecimientos órgano-funcionales que los puramente funcionales.**
- 4) **Casi siempre las Malformaciones se asocian con:**
 - Alergia
 - Neurosis
 - Distonías neuro-vegetativas, indicadoras del sufrimiento del “mundo interior”, asociadas con endocrinopatías.
 - Hipertonías: Gástrica, o duodeno-yeyuno-íleo-cólicas.
 - Hipoclorhidrias.
 - Afecciones ginecológicas.
 - Úlceras gastroduodenales.
 - Más raramente: parasitosis.
- 5) **En los casos de duda o de terapéutica improductiva, es necesaria la laparotomía exploradora, que realiza muchos diagnósticos que sin ella serían improbables.**
- 6) El tratamiento médico exclusivo mejora un 63.45% de los casos, pero no es la única alternativa para los enfermos que no mejoran: debe tenerse presente la laparotomía exploradora.
- 7) Deben medicarse simultáneamente las afecciones asociadas.
- 8) **La anestesia de los esplácnicos, durante la laparotomía, creo que mejora los resultados operatorios.**
- 9) El 25% de los enfermos de esta serie, debió ser laparotomizado.

- 10) El síndrome post-colecistectomía fue poco frecuente en esta serie de casos.
- 11) Es imprescindible el control post-operatorio inmediato y alejado de estos enfermos.
- 12) La duración mínima de tratamiento médico fue de seis meses.

BIBLIOGRAFIA

1. A. NAVARRO. Trastornos producidos por Anomalías de la vesícula biliar. Anales de la Facultad de Medicina. Montevideo, 1916.
2. A. NAVARRO. — Trastornos producidos por Anomalías de la Vesícula biliar. Anales de la Facultad de Medicina. Montevideo, 1923.
3. VILLARD y COTTE. — Hydropsie intermittente de la vesicule. Revue de Chirurgie. 1906. Pág. 124.
4. DEVE (cit. por Navarro). — De quelques particularités anatomiques et anomalies de la vesicule biliaire. Bull. Soc. Anat. 1903.
5. A. NAVARRO. — Vesícula Fresa. Anales del Instituto de Clínica Quirúrgica y Cirugía Experimental. Montevideo. Imp. Rosgal. 1939.
6. B. VARELA FUENTES; J. VARELA LOPEZ y G. MARTINEZ PRADO. — Colecisto-Colangiopatías funcionales (disquinesias). Boletín de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Centro de la Rca. XII 1949.
7. B. VARELA FUENTES; F. PRADERI y B. VARELA RODRIGUEZ. — Interés Clínico, Radiológico y Quirúrgico de las Malformaciones Congénitas de la Vesícula Biliar. El Día Médico. Año XXV. Nº 87. Bs. As. 1953.
8. B. VARELA FUENTES; L. ZUBIAURRE; J. VARELA LOPEZ y G. MARTINEZ PRADO. — El Sondeo Colecistográfico. Prensa Médica Argentina. Vol. 37. N. 1. 6-I-1950.
9. B. VARELA FUENTES; G. MARTINEZ PRADO; L. ZUBIAURRE; W. SUIFFET; J. VARELA LOPEZ. — Disquinesias biliares. Relato al 7º Congreso Uruguayo de Cirugía. 1956.
10. J. VARELA LOPEZ; L. ZUBIAURRE. — El síndrome Cístico. Anales de la Facultad de Medicina. Montevideo. T. 39. Nº 1. 1954.
11. J. C. DEL CAMPO. — La Obstrucción del Cístico. Cap. XVIII. Patología Digestiva de Varela Fuentes-Munilla. Edit. Espasa-Calpe. Bs. As. 1947.
12. A. MUNILLA. — Malformaciones Congénitas de las Vías Biliares extra-hepáticas. Cap. XI. Pat. Digestiva. Edit. Espasa-Calpe. 1947.
13. ALBOT G.; E. POILLEUX. — Les Voies Biliaires. París. Masson et Cie. 1953.
14. G. ALBOT; C. OLIVIER; F. POILLEUX et H. LIBAUDE. — Des

- formes de debufdes cholecystites chroniques non lithiasiques et des-syndromes d'hypertonie cystique et vesiculaire décelés par la radiomanométrie biliaire. Vigot Edit. Paris. 1950.
15. G. ALBOT; H. DRESSLER. — Cholecystites chroniques non lithiasiques. Encyclop. Med. Chir. 7044-H10. París. 1952.
 16. J. CAROLI y J. MERCADIER. — Les dyskinésies biliaires. Vigot. Edit. Paris. 1949.
 17. MERCADIER J. — Le sphincter vésiculaire et les dyskinésies vesiculaires. Tesis. París. 1947.
 18. P. L. MIRIZZI. — Fisiopatología del hepato-colédoco. Colangiografía operatoria. Edit. El Ateneo. Bs. As.
 19. J. J. DUBARRY. — Affections fonctionnelles des voies biliaires. Encyclop. Med. Chir. 7044-D10. París, 1960.
 20. M. CHIRAY et I. PAVEL. — La vesicule biliaire. Masson et Cie. 1936.
 21. P. MALLET GUY; R. JEANJEAN; P. MARION. — La Chirurgie biliaire sous control manometrique et radiologique peroperatoire. París. 1947.
 22. L. O. BRAIER. — El dolor en el Sondeo duodenal. Valor Clínico Buenos Aires.
 23. FERREIRA BERRUTI P. — "La Inervación del Hígado y de las Vías Biliares". Cap. X. Pat. Digestiva. T. II. Edit. Espasa-Calpe. 1947.
 24. COSCO MONTALDO H. — Pancreatitis Agudas. Relato. Quinto Congreso Uruguayo de Cirugía. 1954.

Dr. Marella. — En el trabajo presentado hace dos reuniones por el Dr. Bueno de los Ríos, sobre malformaciones vesiculares, se hace una descripción de las distintas modalidades de malformaciones que puede adoptar la vesícula biliar. Sobre esto quisiéramos hacer algunas puntualizaciones.

En primer término, las malformaciones vesiculares hoy son mucho mejor conocidas dada la frecuencia de las intervenciones sobre el órgano y fundamentalmente a la frecuencia de la colecistografía, que permite conocer estas malformaciones en una masa muy importante de la población. Esto ha llevado a algunos autores a estimar que las malformaciones se presentan aproximadamente en el 10% de las personas.

En segundo término, quisiéramos decir que hay malformaciones que tienen valor patológico y que otras por sí mismo no la tienen ni por ellas ni por sus posibles consecuencias. Por ejemplo, el caso de las malformaciones en gorro frigio que es la más frecuente y no tiene valor patológico alguno.

Un tercer aspecto que quería tratar y como corolario de lo anteriormente dicho, comentando este trabajo, es el siguiente; creo que tiene

que quedar bien establecido aquí con motivo de esta presentación: Es que la presencia de una malformación vesicular **NO** quiere decir que sea pasible de una sanción quirúrgica. Suscintamente se podría recordar el criterio quirúrgico general sobre cuales afecciones vesiculares biliares deben ser operadas.

En primer término, la litiasis biliar. En segundo término, cuando hay una infección biliar demostrada y en tercer término, es el caso de ciertas malformaciones del cístico, que dan un sufrimiento muy importante y que son rebeldes a toda terapéutica médica.

Ahora quisiéramos recordar, algunas malformaciones vesiculares, en operados nuestros. En la Clínica del Prof. del Campo, en dos oportunidades, nos encontramos con agenesias vesiculares. En uno de ellos, se operó por tener una ictericia obstructiva. La intervención demostró la ausencia de vesícula y cístico y la obstrucción de la vía biliar principal era causada por un cálculo único de colédoco. La colangiografía operatoria tampoco demostró la existencia de una vía biliar accesoria. Este enfermo tiene un doble interés, en primer término la agenesia de vesícula y cístico, y en segundo término, es la demostración como a nivel del colédoco se puede formar un cálculo biliar.

Otra observación que tiene interés mencionar, aunque no se refiere estrictamente al tema en discusión, es el de una enferma con un síndrome cístico, muy bien estudiada por gastroenterólogo, que indicó la colecistectomía después de fracasar toda terapéutica médica. La intervención mostró un cístico filiforme y acodado. La evolución post operatoria no mostró gran mejoría en el tipo de sufrimiento. Este caso puede ser ilustrativo, para demostrar que los síndromes císticos que no van acompañados de litiasis, la colecistectomía no mejora muchas veces su situación.

Dr. Valls. — Con respecto a la comunicación del Dr. Atilio Bueno de los Ríos a las malformaciones vesiculares, yo creo que es conveniente aclarar que hay algunas malformaciones vesiculares que lindan entre lo normal y lo patológico, porque pueden haber vesículas más o menos largas que se acoden más o menos de acuerdo con sus relaciones con el colon transverso y ahí la explicación de algunas vesículas en gorro frigio, algunos tipos de malformaciones. La otra cosa que hay que aclarar es que algunas malformaciones de orden vesicular pueden no dar origen a ninguna sintomatología y no tienen expresión patológica. Eso sí pueden coincidir a veces con procesos patológicos y es importante conocer eso porque pueden hacer a alguna persona perder la noción de que el proceso patológico puede estar en otro lado. Por ejemplo, una persona con una malformación vesicular puede tener un neoplasma de estómago, puede achacarse a la malformación vesicular su proceso patológico digestivo. Interesa también porque puede ser origen de proce-

sos patológicos y es importante que a veces hay coexistencia de las malformaciones. Por ejemplo, hace cuestión de un mes yo vi en la Policlínica Quirúrgica del Servicio del Prof. Del Campo una enferma que tenía un tabicamiento vesicular y que tenía cólicos hepáticos, que no tenía litiasis, pero que se le agregaba una estenosis del cístico, es decir que a la lesión, al tabicamiento, se le agregaba una estenosis del cístico. Y es necesario saber que a veces pueden coexistir las malformaciones vesiculares con malformaciones de la vía biliar principal, también con fenómenos, con procesos de hipertonia y que el tratamiento en forma incompleta de la lesión puede dejar peor a la persona si se trata solo de la lesión vesicular. También es necesario saber que la existencia de una malformación vesicular que significa un hecho nuevo del punto de vista anatómico en el pedículo hepático y que si una persona tiene un proceso patológico y tiene una malformación vesicular está poniendo al cirujano en situaciones anatómicas nuevas que tiene que saber resolver. Más porque a veces esas malformaciones vesiculares coinciden con malformaciones de otros elementos que forman el pedículo hepático. Yo recuerdo una enferma que operé, que tenía a la vez de una malformación vesicular, una malformación, una mala disposición de los elementos vasculares del pedículo hepático. Era una enferma que tenía litiasis del colédoco y tenía la vena porta precoledoceana, y se dividía en dos ramas portas una de las cuales pasaba abajo del cístico de tal manera que si uno hubiera querido abordar el colédoco a través del cístico se secciona la porta derecha. Esa enferma tuvimos que resolver haciendo decolamiento duodeno pancreático y haciendo la extracción, el tratamiento litiasis del colédoco después del decolamiento y por la cara posterior del colédoco. Es decir que puede haber coexistencia de malformaciones, lo que es necesario conocer, porque puede ser un hecho de importancia de orden vital para el cirujano. Es decir que puede coexistir una malformación, no tener ningún significado patológico, puede coexistir con otros hechos patológicos, puede ser origen de hechos patológicos o puede complicarle la situación al cirujano cuando va a operar una lesión que no tienen nada que ver con el hecho patológico.

Dr. J. P. Otero. — Yo voy a encarar el tema bajo un ángulo diferente del que lo ha hecho el Dr. Bueno de los Ríos, el punto de vista de un cirujano en actividad, a quien se le presentan los problemas de la cirugía del vientre.

Desde mis primeros años de graduado me quedó grabada profundamente la impresión que me hizo la lectura de un trabajo del Prof. Navarro sobre las malformaciones de la vesícula biliar y del cístico, y sobre los síndromes clínicos a que eso podía dar lugar. Hace unos 15 años más o menos tuve oportunidad de examinar en la Sala 22 del Hospital Pasteur una paciente que sufría de dolores en el hipocondrio y que, en el

momento en que pasaba yo visita de la sala, hizo una crisis dolorosa y en la cual se palpaba netamente una tumoración piriforme, tensa, dolorosa, del hipocondrio derecho, con todos los caracteres de una vesícula distendida. A la mañana siguiente esa tumoración tan evidente había desaparecido por completo, al mismo tiempo que la enferma no tenía más ningún dolor. Esa paciente fue intervenida por el Dr. Palma quien le hizo una colecistectomía, basándose en parte en ese hecho clínico y que de otra manera no hubiera podido determinar tal vez una conducta en el campo operatorio. No recuerdo exactamente el resultado del estudio colecistográfico. Insisto en el hecho de que no había en esta enferma litiasis vesicular ni coledociana, ni tampoco una definida alteración visible de la disposición anatómica en el campo operatorio. Este caso entra para mí bajo el capítulo que el Prof. Navarro estudia con meridiana claridad como siempre lo hace, bajo el título de hidrocolecisto agudo o hidrocolecisto intermitente, no recuerdo exactamente. El hecho fundamental es que el cirujano sólo puede hacer el diagnóstico si ve la paciente en el curso de la crisis, y sorprende este típico hidrocolecisto agudo.

Recientemente he tenido que tratar un paciente que me consultó porque, después de una apendicectomía tenía crisis dolorosas y al mismo tiempo notaba que se le formaba un tumor en el flanco derecho que desaparecía en corto tiempo, cuando cesaba el dolor. Pensé ante todo en una oclusión del delgado por adherencias. El paciente traía ya una serie de estudios radiológicos de gastroduodeno y de colon, que eran todos normales. El estudio radiológico del delgado pareció comprobar mi sospecha de obstrucción. Sin embargo, la laparotomía mostró solamente las adherencias comunes, cecales, sin ninguna interferencia evidente con el tránsito del delgado que fue devanado desde el ángulo ileo-cecal hasta el ángulo duodeno-yeyunal. El paciente siguió sufriendo de las mismas crisis dolorosas y mencionando la misma formación simultánea de un tumor que se palpaba. Al cabo de un año, una colecistografía reveló una malformación del cuerpo de la vesícula e interpreté como causante de la distensión aguda intermitente por dificultades de evacuación, dando lugar aquí también al síndrome de hidrocolecisto agudo. Le hice recientemente una colecistectomía.

Yo creo que el sufrimiento de las vías biliares debido a malformaciones congénitas, con manifestaciones clínicas diversas, debe ser mucho más frecuente de lo que pensamos, y creo que además de la litiasis y de infección, debemos estar alerta respecto a la existencia de una posible malformación como base del sufrimiento del paciente. Esta malformación es a menudo difícil de interpretar si no es mediante el estudio radiológico y aún pienso que, puede haber malformaciones no evidenciables radiológicamente. Los viejos clínicos, de la vieja escuela, como el Prof. Navarro, que actuaban en una época anterior al descubrimiento de la colecistografía se empeñaban mucho más que nosotros en despistar

clínicamente los cuadros de sufrimiento abdominal, y de las "dispepsias" quirúrgicas, aplicándose a despistar en la historia, en la semiología, en el estudio del enfermo durante la crisis, elementos que le permitían orientarse.

Debemos agradecer al Dr. Bueno de los Ríos, y a la Clínica del Prof. Varela Fuentes el haber llamado la atención sobre este aspecto de la patología biliar.

Dr. Atilio R. Bueno de los Ríos. — Yo agradezco el interés de los Dres. Marella, Valls y Otero respecto al tema presentado. Realmente las acotaciones que se han hecho al respecto del tema son cosas que están expuestas en el transcurso del mismo. De manera que realmente no voy a responder a eso, sino que voy a agradecer los casos que se han aportado desde el punto de vista del conocimiento personal y de la anomalía que cada uno de ellos ha aportado. Eso sí, me voy a permitir presentar como síntesis las conclusiones que van a ilustrar mejor este tema. No creo que el 10% de las personas sufra de malformaciones vesiculares. Nosotros en 147.500 registros del Hospital de Clínicas encontramos 816 malformaciones vesiculares radiológicas. De esas 816 malformaciones radiológicas el 10% tenían el sufrimiento clínicamente, las demás no tenían sufrimiento. Entonces como conclusión: Uno: más del 10% de las malformaciones vesiculares diagnosticadas radiológicamente padecen de dispepsia hiposténica con síndrome de obstrucción incompleta del cístico, no modificable con un régimen adecuado asociado a la terapéutica antiespasmódica. Nosotros hacemos sistemáticamente en la policlínica de digestivo una asociación de espasmolíticos con antialérgicos y con timolépticos modificadores del estado neurovegetativo y simultáneamente del estado neuropsíquico del enfermo. Segundo: es necesario el examen integral síquico y somático. La asociación de síntomas clínicos radiológicos y de sondeo con las investigaciones de laboratorio que llamamos de rutina, establecen el diagnóstico. Sería ventajoso asociar como lo hacen los franceses y como lo recomienda Caroli la radiomanometría por punción laparoscópica, como él dice, "a la Royer", es decir laparoscopia y punción vesicular. Tres: son más frecuentes los padecimientos órgano funcionales que los puramente funcionales; cuando la malformación sufre es porque esa malformación se asocia con trastornos orgánicos y entonces de ahí viene el sufrimiento tardío de estos enfermos. Cuatro: casi siempre las malformaciones se asocian con alergia, con neurosis, distonías neurovegetativas indicadoras de la modificación del "mundo interior" del enfermo, asociadas con endocrinopatías, hipertonías gástricas o duodenoenterocólicas, hipoclorihidrias, afecciones ginecológicas, úlceras gastroduodenales y más raramente parasitosis. Cinco: en los casos de duda, o terapéutica improductiva, es necesaria la laparotomía exploradora que realiza muchos diagnósticos y que sin ella serían improbables. Seis: el tratamiento mé-

dico exclusivo mejora un 63,45% de los casos que hemos visto pero no es la única alternativa para los enfermos que no mejoran. Debe tenerse presente la laparotomía exploradora. Siete: deben medicarse simultáneamente las afecciones asociadas, cosa que ya se ha hecho notar también. Ocho: la anestesia de los esplácnicos durante la laparotomía creo mejora los resultados operatorios, lo que va en apoyo del procedimiento de Roberto Pereyra que hace la infiltración de los esplácnicos o hace hacer la esplancnicectomía al estilo de Mallet Guy cuando no se modifican estos síndromes. Nueve: el 25% de los enfermos de esta serie debió ser laparatomizado. Diez, el síndrome post colecistectomía fue poco frecuente en esta serie de casos. Once, es imprescindible el control postoperatorio inmediato y alejado de estos enfermos y doce: la duración mínima del tratamiento médico fue de seis meses.

El total de colecistografías fue de 12.554 en 147.500 Historias Clínicas, con 816 malformaciones (6.49 por mil) radiológicas.

El Dr. Marella hace una aclaración con respecto al trabajo del Dr. Bueno de los Ríos: aunque soy cirujano, pero tengo la debilidad de las estadísticas. El dato que di del 10% de las anomalías de las malformaciones vesiculares, es un dato tomado de los libros de Bockeys, Walter y Snell y Turai, tres obras sobre vías biliares.

El Dr. Bueno de los Ríos nos dice que en el Hospital de Clínicas se han encontrado 816 malformaciones vesiculares en 147.000 enfermos.

Aquí se le ha deslizado un error al Dr. Bueno de los Ríos, el número de 147.000, son de pacientes fichados en el registro general de ese Hospital, número que se alcanzó en marzo o abril ppdo. Pero solo a una pequeña parte de ellos se le hizo colecistografía, de modo que ambas cifras no son pasibles de tabulación.