

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "E" - Prof. Dr. Soto Blanco

ROTURA VESICULAR EN POST-OPERATORIO ALEJADO DE COLECISTOSTOMIA (*)

Dres. Atanasio Jorge Sierra y Lorenzo Mérola

El motivo de esta comunicacion, es presentar y discutir dos casos de rotura vesicular, que se produjeron en el post-operatorio alejado de una colecistostomía, en ocasión de un nuevo cuadro vesicular agudo.

Eventualidad poco frecuente, pero la gravedad del accidente, y las consecuencias terapéuticas que de estos casos creemos pueden extraerse, le confieren importancia práctica real.

Veamos las historias clínicas correspondientes:

J. C., 56 años, polaco, jornalero. **Ingresó** a Sala Artigas del Hosp. Maciel el 4 de marzo de 1958.

M. de I.: Desde hace 8 días, dolor en epigastrio e H. D. irradiado a H. I. y F. lumbar I. Intenso, continuo, sin períodos de acalmia total. Vómitos. Chuchos de frío. No ictericia. No coluria. Constipación.

Antec.: Etilista. Gran broncorreico. Dispepsia de tipo hepato-biliar datando de varios años. Numerosos cuadros similares al actual en los 2 últimos años, que remitieron espontáneamente, sin tratamiento médico. En 1933, gastrectomía por ulcus, realizada por el Dr. Mérola (padre). En 1940, lumbotomía D. por litiasis renal.

Examen: Febril 39, 2a.x. 39, 8rec. Mal estado general: desnutrido, deshidratado. No ictericia. **Abdomen:** Dolor espontáneo y provocado en H. D. Defensa neta a ese nivel. Tumoración palpable subhepática, que impresiona como vesícula con pericolecistitis adherencial. No dolor a Iz.

En suma: Colecistitis aguda, con 8 días de evolución, con vesícula palpable, intenso dolor y contractura.

Evolución: Visto el tiempo transcurrido desde el inicio del cuadro, y el estado general, se instala tratamiento médico. Las primeras 24 horas queda estacionado. Cuando se pensaba intervenirlo para drenar su vesícula comienza a mejorar neta y rápidamente. A los 4 días del ingreso está apirético, sin contractura, muy discreto dolor. La mejoría se acentúa y persiste en los días subsiguientes.

Exámenes: Leucocitosis: 6.900. No pigmentos biliares en orina. Un. panc.: 16. Rg. simple. H. D.: hígado pequeño, opacidad uniforme, contornos regulares. Colecistografía: vesícula no se tiñe.

A los 20 días del ingreso: Nuevo cuadro agudo, similar al anterior. Defensa marcada. Vesícula palpable, muy dolorosa. Leucocitosis: 12.000.

Se decide intervenirlo con el único fin de drenar esa vesícula.

Operación: 25 de marzo 1958. Dr. Sierra. Pcte. Reynés. Anest. local. Paramediana D. de unos 12 cm. Vesícula tensa, de pared muy gruesa, congestiva y edematosa. Intenso proceso adherencial a epiplón, colon y mesocolon que bloquea la logia subhepática. Se libera fondo vesicular. Se punciona y se extrae

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 9 de mayo de 1962.

bilis blanca. Se abre luego vesícula. La exploración con pinza de cálculos y digital es negativa con respecto a litiasis. No se insiste en su búsqueda. Ostomía con sonda Malecot. Jareta hemostática del borde y luego dos invaginantes. Drenaje celofán. Cierre de pared.

Post-operatorio: A las 24 horas, ya drena bilis abundantemente. Al 3er. día está apirético y se levanta.

El 15 de abril de 1958. Colangiografía A97934: normal.

El 30 de abril de 1958. Colangiografía A98210: "el lipiodol ha rellenado la vesícula, ha pasado a través de un cístico fino al colédoco que es de calibre normal. El pasaje al duodeno se hace sin dificultad".

Se retira el tubo. El 3 de mayo de 1958 se va de alta. Se le avisa que si sufre nuevamente, deberá reingresar para colecistectomizarlo.

Reingreso. 10 agosto 1958. Cuatro meses y medio de su operación.

Boleta de puerta del Hosp. Maciel.

Desde su egreso ha pasado perfectamente hasta hace 4 días, en que hace un dolor brusco, a tipo cólico, en flanco D. **Rápidamente el dolor se generaliza a todo el abdomen, y se hace continuo e intenso.** Vómitos. Desde hace 2 días, constipación de materias y de gases.

Examen: Muy dolorido. Temp. 37,8 ax. 38,6 rec. **Abdomen:** Dolor y defensa generalizada. Douglas doloroso y ocupado. Se hace diag. de peritonitis.

Operación: Dr. Pradines. "Mac Burney. Peritoneo grueso y edematoso. Abierto, viene bilis casi pura, en gran cantidad. Viene de todos lados no habiendo tabicamiento de ninguna especie. Escaso exudado fibrinoso. La exploración muestra el fondo vesicular adherido a la incisión paramediana. Se hace transversa en H. D. **Se encuentra orificio en el fondo vesicular a nivel de su unión con la pared abdominal.** Fluye bilis en cantidad. Pared vesicular gruesa, edematosa, de empuje inflamatorio. Se explora la vesícula y se encuentran 2 cálculos mixtos que se extraen. Sonda Pezzer por el orificio existente. Tubo de goma subhepático. Se sacan ambos por contrabertura. Tubo de drenaje en Douglas. Cierre de ambas incisiones".

Evolución: Fue buena, pese a la extrema gravedad inicial. Lenta pero firmemente fue mejorando. Dos meses después, los Dres. Sapriza y Sierra procedieron a la colecistectomía y reparación de eventración de H. D. que se hicieron sin problemas, y el enfermo se va de alta 12 días después. Un año después, Dr. Sierra lo opera de eventración a nivel de su Mac Burney también sin problemas.

2º CASO.

L. B. de C. 54 años. **Ingresó** a Sala Cirugía B del Hosp. Maciel el **25 de marzo de 1960.**

M. de I.: Rectorragias. Gran obesa. Estudiada, se le ha comprobado una lesión polipoide de sigmoide.

1ra. operación: Dres. Mérola y Terra. Ano transverso.

2da. operación: Dres. Mérola, Olazábal y Sierra. Incisión de flanco y F. I. I. Sigmoidotomía. Pólipo vellosos. Se extirpa. Cierre. Evolución bien, salvo supuración parietal.

3ra. operación: 27 mayo 1960. Dres. Mérola y Mayans. Cierre intra-peritoneal del ano trasverso. Se comprueba una litiasis vesicular múltiple en una vesícula de paredes sanas. Se practica colecistostomía.

Evolución: Buena. 10 días después se realiza colangiografía. A 108571: "Inyectando contraste por el tubo de drenaje se rellena la vesícula, cístico y hepatocolédoco, que se presentan morfológicamente normales, el contraste pasa con facilidad al duodeno. En el último tiempo de la inyección, el contraste escapa en parte fuera de la vesícula". (Recordemos que fue hecho muy pocos días después de operada). Alta poco después. Sigue siendo vista en policlínica.

Reingreso: 11 octubre 1960. Cuatro meses y medio de su operación.
M. de I.: Eventración de flanco y F. I. I.

19/10/60. Operación: Dr. Mérola y Pete. Kmaid. Cura quirúrgica de su eventración.

Evolución: Hace un mal post-operatorio inmediato, al igual que con ocasión de las intervenciones anteriores. Gran obesa, quejosa, pone escasísima colaboración de su parte, siendo imposible sentarla o moverla en la cama.

25/10/60: Ascenso térmico brusco, a 38,5 ax., que remitió en 24 hrs. Se interpreta como motivado por su herida, que ha empezado a supurar.

26/10/60: Entre sus múltiples quejas, refiere dolor en H. D. por 1ª vez. Al examen este dolor no se pone de manifiesto.

27/10/60: Ya ictericia franca. Se comprueba dolor en H. D. y flanco sin defensa. Apirética. Funcional hepático: confirma la ictericia, sin aportar mayores datos, salvo un neto toque hepatocítico. Se plantea posibilidad de ictericia médica.

29/10/60: Persiste dolor en H. D., sin defensa.

Los 3 días siguientes se sigue con tratamiento médico. El estado general no es malo. Pasa apirética los tres días. Persiste ictericia. Poco dolor en H. D.

2-3/11/60: Fiebre alta. Dolor, y ahora defensa en H. D. Nuevo funcional hepático: intenso toque hepatocítico. Se decide reintervenirla.

Operación. 4/11/60: Dres. Mérola y Sierra. Paramediana D. Se comprueba gran absceso subhepático, con pus fétido y abundante bilis. Vesícula desprendida de la pared, y a la cual le falta prácticamente todo el fondo. Limpieza. Drenaje con dos mechas de celofán. Sonda Pezzer en vesícula, con una jareta que apenas ajusta sobre la sonda, por las condiciones del foco que imposibilitan invaginación. No se comprueban cálculos. Cierre.

Evolución: Muy buena. A las 72 horas apirética. Retrocede y desaparece la ictericia. Quitadas las mechas, la herida cicatriza bien.

12/12/60: Colangiografía; "A 111339. "Vías biliares de aspecto normal, sin imágenes de cálculos en su interior. Buen pasaje del contraste al duodeno. Se llena el último cm. del Wirsung".

Se saca la sonda. Alta. Vigilada, ha seguido bien hasta el momento actual

COMENTARIO

Como vemos, los casos presentan entre sí diferencias evidentes, pero un nexo común, que es el problema que estamos tratando.

En el 1er. caso: Empujes de colecistitis aguda. Se le opera. Se practica colecistostomía, con anestesia local. No se encuentran cálculos a la exploración interna instrumental y digital. Por el tipo de cuadro, por la bilis blanca de obstrucción crónica, etc. se presume que los hay. Siendo imposible abordar el cuello vesicular de manera fácil, y previendo que el paciente estará abocado a una ectomía ulterior, no se insiste en la búsqueda. Se confía en que aliviada la distensión, finalidad de la operación, el cálculo obstructor se desimpactará. Y así sucede, pues en los días siguientes drena abundante bilis. Una 1ra. colangio muestra no hay litiasis. Nos cuesta creerlo. Una 2da. colangio es también normal. Alta en observación. Cuatro meses después, nuevo cuadro agudo vesicular. Rápidamente peritonitis biliar. Se opera y se comprueba rotura del fondo vesicular, y dos cálculos mixtos pequeños en la vesícula.

Podrían plantearse dos interpretaciones: se trata de litiasis de neoformación, lo cual cabe dentro de lo posible; o se trata de cálculos residuales. Pese a no haberlos encontrado en la intervención, y pese a los documentos colangiográficos, que lamentamos no poder mostrar, pero que eran sin lugar a duda, "normales", nos atenemos a la segunda interpretación. De todos modos, estos hechos que citamos, hicieron que en lugar de ir a una colecistectomía ulterior, resolviéramos dar de alta, en observación, a este paciente.

En el 2do. caso: Se realizó una colecistostomía, en cierto aspecto "profiláctica", en una paciente litiásica, con vesícula de paredes sanas, que no había tenido sufrimiento biliar previo. Posteriormente, colangio normal. A los 4 meses, episodio agudo, que se inicia por fiebre alta, en pico. A las 23 horas, recien dolor de H. D. Y 24 horas después, ya ictericia intensa, marcando la peritonitis biliar, pues en ningún momento hubo nada coledociano. A la intervención: rotura del fondo vesicular; absceso bilio-purulento; no litiasis. Nueva colangio: también normal.

En un caso, colecistopatía aguda litiásica; en el otro, colecistopatía aguda no litiásica.

Ambos habían sido colecistostomizados **poco** tiempo antes, 4 meses aproximadamente. Pasan sin síntomas. Y al producirse un primer cuadro agudo de distensión vesicular, esa vesícula se rompe a nivel de su cicatriz, y **da en un tiempo muy breve, de 48 horas a lo más**, una peritonitis biliar, difusa en un caso, localizada en otro, muy grave, por supuesto, en ambos.

En los dos casos teníamos, de 4 meses antes, documentos radiográficos aparentemente probatorios de la integridad de las vías biliares, ausencia de litiasis residual, permeabilidad cística, normalidad coledociana, y permeabilidad del Oddi.

Decimos que en ambos casos la vesícula que se distiende se ha roto a nivel de su cicatriz, como se puede romper un útero en la cicatriz de cesárea, al sobrevenir, poco tiempo después, un nuevo embarazo. En el 1er. caso, rotura de 1 cm. a ni el de la cicatriz, a nivel del diedro entre fondo e icular adherido y pared. En el 2do. caso, falta prácticamente todo el fondo vesicular, como si hubiera quedado adherido a la pared abdominal. En los dos casos, la pared vesicular inflamada, edematosa, congestiva, pero no necrótica ni esfacelada, como para justificar la perforación.

Estamos de acuerdo en que ésta complicación es rara. Todos hemos visto sufrir nuevamente a colecistostomizados, sin que pase esto.

¿Pero, qué es lo raro, lo poco frecuente? ¿Lo raro es que estas vesículas no hayan podido resistir la distensión, y se hayan roto, a

nivel de la cicatriz, o lo raro es que un colecistostomizado reciente, de meses, haya vuelto a padecer una distensión aguda vesicular? Dicho de otro modo: ¿cuántas veces hemos visto hacer colecistopatías agudas con distensión a un colecistostomizado reciente? Cuando las circunstancias son éstas: ¿no será relativamente frecuente, o por lo menos posible, que esa cicatriz, fresca aún, verdadero punto débil, no resista la distensión, la infiltración edematosa, la tracción del hígado que se agranda hacia abajo, y se rompa?

En consecuencia, peritonitis biliar. No la clásica, por permeación, o por perforación en una pared vesicular intensamente alterada, sino otro tipo, que se puede producir rápidamente, en 48 horas de iniciado el cuadro, demasiado temprana en la evolución clínica de una colecistopatía, y por lo tanto, imprevista.

De todo esto surge, a nuestro entender, una conducta terapéutica. Frente a un cuadro agudo vesicular, se plantean dos disyuntivas:

Tratamiento médico conservador — Versus — Tratamiento quirúrgico.

En una 2ª etapa: Ostomía — versus — Ectomía.

En pacientes como éstos, que fueron operados pocos meses antes, en los cuales nos hemos asegurado clínica y radiográficamente por las colangiografías, que no hay litiasis residual, que toda la vía biliar es permeable y anatómicamente normal, y que hacen un nuevo cuadro vesicular agudo, por primera vez luego de pasar asintomáticos, es muy lógico ser conservador. Si un porcentaje altísimo de colecistopatías agudas, mejoran y curan su episodio con tratamiento médico, con mayor razón debería ser así en estos enfermos. Por otra parte, aún siendo pesimistas, si el tratamiento médico fuera inoperante, teóricamente las adherencias motivadas por los procesos anteriores y por la propia intervención anterior, nos pondrían a cubierto del riesgo peritoneal.

Y sin embargo, los hechos se sucedieron exactamente al revés. Por lo cual creemos que debemos de proceder exactamente al revés.

Frente a un colecistostomizado reciente que hace un nuevo episodio biliar agudo, creemos debe ser intervenido sin más trámite. Y a lo sumo, si se prefiere por cualquier razón bien fundada, el tratamiento expectante, éste debe ser hecho con "las armas en la mano", extremadamente alertas a la posibilidad de que esa vesícula distendida se rompa, mucho más alertas que cuando ese episodio agudo está sucediendo en una vesícula virgen de intervenciones previas recientes.

Una vez decididos a operarlos, es que se planteará la segunda disyuntiva. ¿Ectomía u ostomía nuevamente? Aquí la importancia de la decisión es menor; de ambas maneras estaremos cubiertos contra el riesgo peritoneal. Por otra parte, no queremos entrar en la controversia sobre cuál operación es preferible en agudo. De poderse realizar

sin riesgo la ectomía, la haremos, pues habremos terminado entonces con el problema. Si hay dificultades francas, procederemos a una nueva ostomía, para colecistectomizarlo más adelante en definitiva. De cualquiera de los dos modos, el cuadro agudo del paciente estará solucionado. Estos dos casos, por supuesto, fueron resueltos favorablemente con una nueva colecistostomía, pero acá no se estaba operando una colecistopatía aguda, sino una peritonitis biliar.

En suma: Se han presentado dos casos de un tipo especial, raro, de complicación de la colecistostomía, que es la peritonitis biliar, brusca y cercana al comienzo del cuadro clínico, debida a rotura vesicular a nivel de la cicatriz, con ocasión de una nueva colecistopatía aguda en esa vesícula operada pocos meses antes.

Creemos que esta rara eventualidad va ligada a lo poco frecuente de las circunstancias condicionantes, o sea que lo poco frecuente es el episodio agudo de distensión, cercano a la colecistostomía. Pero que de darse esas circunstancias, la complicación de rotura en el punto débil, es factible.

Y aventuramos pese a los pocos casos, una conclusión terapéutica: creemos que frente a un cuadro biliar agudo en un colecistostomizado reciente, cualquiera sean las impresiones clínicas y documentos radiográficos previos que obren en poder del cirujano, no es conveniente confiar en el tratamiento médico, y se debe ir a una operación rápida, para evitar las consecuencias de la distensión vesicular.

Dr. Del Campo. — No es fácil hacer consideraciones sobre los casos que presentan los Dres. Sierra y Mérola. Diría que sobre uno de ellos no la voy a hacer, sobre el segundo; es absolutamente raro para mí lo que ha pasado en ese caso y por otra parte la conducta adoptada frente a él no me merece objeciones en lo más mínimo. En lo que respecta al primero puedo hablar y puedo hablar con experiencia. Empiezo por decir que no voy a tratar el tema de intervención o no en la vesícula aguda, porque estamos en extremos absolutamente opuestos. El doctor Sierra y el doctor Mérola entregan al tratamiento médico la responsabilidad del caso y nosotros desde hace muchos años la entregamos al tratamiento quirúrgico la responsabilidad del caso. No creo que sea el momento para traer esto. Voy a tratar el tema más sencillo de la ruptura de la vesícula biliar en una vesícula colecistostomizada en el momento agudo. No tenemos práctica en estos últimos años, porque habitualmente hacemos y no encontramos obstáculos para no hacerlo, la colecistectomía en el momento agudo. Pero, durante unos años practicamos con relativa frecuencia la colecistostomía. Nos pasaba o nos pasó esto: 1º) que en algunas ocasiones el árbol biliar se permeabilizaba en los primeros días y se cerraba después, constituyéndose una estenosis probablemente en el sitio donde había sido el cálculo obstructor; 2º) que esos enfermos, hacen a veces nuevos ataques agudos, segundos o terceros ataques agudos post-operatorios. De éstos vimos 3 o 4 casos, en los que habíamos practicado, y es un dato que falta en la comunicación, un tipo de colecistostomía, la colecistostomía fijando la pared de la vesícula biliar a la pared abdominal, no la colecistostomía a la Mayo y falta aquí ese dato, que es esencial para saber dónde se rompe la vesícula. Cuando se fija la vesícula a la pared abdominal el episodio de ruptura existe en un 2º empuje agudo, pero

la ruptura no se hace en la cavidad peritoneal. Uno ve distenderse la herida y da a menudo tiempo para reabrir, con una pequeña incisión de piel la salida para el líquido que hay en el interior de la vesícula biliar. Como, vuelvo a repetir, estamos en un tren absolutamente opuesto en donde podríamos decir que no puede haber la más mínima conciliación, nosotros somos intervencionistas y Uds. son ultra-conservadores, hablan de la colecistectomía como de una cosa que hay que explicar cuando se hace y nosotros hablaríamos de una colecistostomía que hay que explicar por qué se hace; sobre eso no vamos a entrar.

Dr. Sierra Obiol. — Yo solamente quería hacerle notar al Prof. Del Campo que la aparente contradicción no es tal. Estamos absolutamente de acuerdo en que el tratamiento primario de una vesícula aguda debe ser quirúrgico. No confiamos al tratamiento médico los casos agudos, pero en este paciente en especial, con una evolución de 8 días, con un estado general absolutamente deplorable, alcoholista, broncorreico, desnutrido, gastrectomizado previo, en unas condiciones pésimas y con antecedentes de muchos cuadros anteriores que habían cedido, ni aún con tratamiento médico, sino espontáneamente, preferimos esperar; y al haber esperado, este paciente cedió en ese episodio y cedió en dos o tres días. Recién en un nuevo episodio de distensión vesicular en la Sala, en el cual sí pudo ser tomado en las primeras 24 horas de este episodio, entonces fue intervenido y se hizo una colecistostomía con local porque a nuestro entender, ese paciente con cuadros hiterativos y en tibio, no daba para más. Esa fue la explicación de la colecistostomía y de por qué se hizo el tratamiento médico de entrada en lugar de hacer quirúrgico; pero no hay tal contradicción. Nosotros también creemos en que el tratamiento quirúrgico debe ser el que prime en las colecistopatías agudas obstructivas, pero no en forma absoluta. Fue este paciente uno en los que las circunstancias se plantearon a la inversa. Por otra parte, agradezco la atención.