

Editorial

Notas sobre infecciones biliares. Criterios cambiantes

Dr. JUAN C. DEL CAMPO

La infección biliar, con o sin litiasis, es el problema más importante de la cirugía biliar.

I) En los alrededores de 1920, el criterio corriente era que la infección biliar, sobre todo en los litiasicos, se presentaba en dos formas: angiocolitis y angiolecistitis, dándose los signos clínicos que permitían separar una de otra.

Salvo casos aislados, se operaban muy pocos casos de colecistitis aguda, etiquetándolos como colecistitis flemonosa, gangrenosa y perforante. Es de recalcar que Chauffard, en 1922, consideraba que toda persona que había tenido un episodio agudo, aun cuando éste retrocediera, debía ser operada, sin referirse al porqué de esta indicación.

Se consideraba como extremadamente grave la infección de la vía biliar principal. El tratamiento quirúrgico de esta última tenía una mortalidad elevadísima.

II) Antes de 1940 hay un viraje. Muchos cirujanos llegamos a la conclusión de que las colecistitis agudas son en general (más del 90, para algunos el 100% de los casos) episodios obstructivos (colecistitis obstructivas a nivel del cístico del bacinete) y la inmensa mayoría de las veces por un cálculo. La evolución de estos casos puede estar condicionada en gran parte a que esa obstrucción se haga en un medio contaminado o no. El darle a la infección un papel secundario (en el sentido de consecutivo), llevó directamente a una terapéutica intervencionista, al revés de la posición anterior en la que considerando el episodio como principalmente infeccioso, se contraindicaba la intervención (salvo casos determinados) por el clásico temor a la difusión preoperatoria de un proceso infeccioso en marcha.

En estos últimos años haríamos la aclaración de qué procesos obstructivos y porcentaje de los mismos se refieren en principio a los casos que se presentan al cirujano.

III) La entrada de los sulfamidados y de los antibióticos, cambia el panorama, puede decirse que cada vez vemos menos la evolución natural del proceso. Dado que el factor infeccioso tiene un papel importante en la evolución, estamos con los que creen que aun cuando el factor mecánico es el primario, la terapéutica química y antibiótica ha mejorado los resultados del tratamiento de los episodios vesiculares agudos. Permite operar en otras condiciones. Esa mejoría es interpretada por muchos a la acción de los antibióticos sobre la difusión de la infección fuera del foco obstruido, es decir, allí donde puede llegar porque la circulación está conservada.

IV) No es posible descansar sobre la terapéutica sulfamidada y antibiótica exclusivamente en las colecistitis agudas.

Algunos fracasos son atribuidos con verosimilitud a la imposibilidad de actuar sobre un foco cerrado, aun más sobre un foco que a veces tiene su vía arterial trombosada.

Otros fracasos que han sido comprobados por nosotros en estos últimos tiempos derivan de que no se puede hacer una terapéutica antibiótica preoperatoria adecuada, estrictamente al microbio en causa. Por las comprobaciones de estudios bacteriológicos se utilizan en general aquellos antibióticos de amplio espectro, tetraciclinas, cloramfenicol, es decir, aquellos que actúan sobre el estreptococo, el enterococo, el colibacilo.

Ahora bien, entre otras posibilidades, está la de no acertar con el antibiótico in-

dicado, individualizado recién con estudio de la sensibilidad bacteriana, después de la operación. Los antibióticos no adecuados, sobre todo las tetraciclinas, pueden tener el inconveniente de modificar la flora. No es de extrañar que hayamos visto aparecer el *pseudomonas aeruginosa* (bacilo piocianico) y el *proteus* entre los agentes mórbidos de una colecistitis obstructiva aguda.

V) Las angiocolitis obstructivas (dolor, fiebre, chuchos, ictericia) siguen siendo graves, pero la intervención precoz y la terapéutica química y antibiótica, han modificado nítidamente su mortalidad.

VI) Además de los casos obstructivos hay casos no obstructivos con esfínteres libres (del cístico, de Oddi) con o sin litiasis, angiocolitis que pueden compararse, sin que haya una similitud completa, a las pielonefritis. Estos casos, que frecuentemente no llegan al cirujano, se presentan como cuadros infecciosos, con o sin dolor en hipocondrio derecho (punto vesicular o hígado) con fiebre y chuchos y habitualmente sin ictericia o con una ictericia ligera que hay que buscar.

Es la prolongación de la situación o la repetición del cuadro mórbido lo que hace entrar al cirujano en acción. La vesícula biliar, aun sin cálculos, puede, por su condición de divertículo, ser el foco mantenedor, como lo hemos visto.

VII) Un grupo importante está formado por las infecciones de vías biliares que pueden pasar absolutamente desapercibidas al médico.

En el 17º Congreso de la Sociedad Alemana de Enfermedades Digestivas y de la Nutrición de 1953, Selberg encontró en 12.000 autopsias, 150 colangitis y afirma que de 100 colangitis verificadas en la autopsia, sólo 10% fueron diagnosticadas clínicamente.

Estas cifras no se refieren a todas las colangitis sino a las que llevan a la muerte, lo que hace que el porcentaje, como lo señalaron los gastroenterólogos, tenga un valor relativo. Es posible que alguna de ellas sean infecciones terminales, apodrándose de enfermos acabados por un cáncer, una leucemia y sobre todo la vejez, y modificados desde el punto de vista bacteriológico por la selección hecha por terapéuticas antibióticas.

Lo importante es que para diagnosticar estas infecciones, hay que pensar en

ellas e ir a buscarlas (sondeo duodenal, punción hepática), ya que la sintomatología localizadora (dolor, ictericia) puede no existir en base verosíblemente a una incontinencia esfinteriana, quedando únicamente como expresión de la enfermedad, una decadencia orgánica general. Hemos visto casos.

VIII) Agreguemos por último, formas raras de infecciones biliares, dentro de las cuales citamos la colangitis granulomatosa (Selberg), que nosotros no hemos visto y que son interpretadas como un proceso productivo de curación de las colangitis supuradas bajo la influencia de la terapéutica química y antibiótica moderna.

RESUMEN

Señala el criterio cambiante en la apreciación del valor de la infección en la patología biliar.

Se insiste en el papel frecuentemente secundario, en el sentido de consecutivo, de la infección, en las colecistitis agudas. La terapéutica antibiótica ha mejorado el resultado del tratamiento de las infecciones biliares, pero:

- 1º) puede ser inoperante sobre un foco cerrado (colecistitis obstructiva);
- 2º) puede cambiar la flora microbiana, habiendo visto últimamente casos en los que sólo se ha comprobado el *pseudomonas aeruginosa* o el *proteus*.

Señala, por último, la dificultad de diagnóstico de las formas no obstructivas de infección.

RÉSUMÉ

L'Auteur signale le critère changeant dans l'appréciation de l'importance de l'infection dans la pathologie biliaire.

Il insiste sur le rôle, fréquemment secondaire (au sens de consécutif) de l'infection, dans les cholécystites aiguës.

Le résultat du traitement des infections biliaires a été amélioré par la thérapeutique antibiotique, mais:

- 1°) elle peut être inopérante sur un foyer fermé (cholécystite obstructive);
- 2°) elle peut changer la flore microbienne. L'auteur a vu, récemment, des cas où on n'a trouvé que des *pseudomona aeruginosa* ou *proteus*.

L'Auteur signale finalement la difficulté de diagnostic des formes non obstructives d'infection biliaire.

SUMMARY

The changeable judgement in estimating the significance of the infection in biliary pathology are analyzed.

The commonly secondary (as consecutive) role of the infection in acute cholecystitis, is emphasized.

The results of biliary infection treatment have been improved by antibiotic therapy, but:

- 1°) it may be inoperating on a closed focus (obstructive cholecystitis);
- 2°) it may alter the bacterial flora. Recently, the author has observed several cases where he has not found but *pseudomona aeruginosa* or *proteus*.

Finally, the difficulty in performing a diagnosis of non-obstructive forms of biliary infection, is emphasized.