

COLECISTITIS DISECANTE EXFOLIATIVA

Hermógenes ÁLVAREZ

Jefe de Clínica Quirúrgica

Relator: Prof. P. Larghero

HISTORIA CLÍNICA DE F. M. Diag.: Colecistitis disecante y exfoliativa.

Italiano, 60 años de edad. Ingresa a la Sala Maciel del Servicio del Profesor D. Prat., el día 24 de junio por la tarde. Sus molestias comienzan el lunes 21 después del almuerzo corriente; siente un dolor en el hipocondrio derecho que se irradia al epigastrio, a la parte post del neumotórax derecho y hombro del mismo lado, que se intensifica paulatinamente, continuo y que lo obliga a guardar cama. Por la noche tiene fiebre y vómitos alimenticios y biliosos. Orinas cargadas. No tiene deposición intestinal.

El martes 22 continúa con los mismos sufrimientos, tiene vómitos biliosos y el dolor del reborde costal es continuo. Decide ingresar el miércoles por la tarde. La guardia hace el diagnóstico de colecistitis y le indica bolsa de hielo.

Antecedentes personales. — Son de poca importancia. Nunca había acusado dolores semejantes al actual, sólo relata pesadez post prandial. No es alcoholista. Acostumbra a comer copiosamente.

Antecedentes familiares: Sin importancia. 5 hijos sanos. Lo vemos el jueves 24 de junio por la mañana.

Enfermo relativamente obeso, de buen desarrollo muscular y óseo. Facies congestivo. Enfermo dolorido localizando sus sufrimientos en el hipocondrio derecho. Pulso rápido, tenso y regular. Temperatura axilar 38°9.

Mucosa ocular y sub-bronquial con ligero tinte sub-ictérico. Piel de coloración normal, sin ictericia.

Orinas colúricas. Materias de coloración normal. No hay prurito ni bradicardia.

El examen de su vientre lo muestra poco móvil con la respiración y doloroso a la tos en el hipocondrio derecho.

La palpación muestra contractura e intenso dolor bajo el reborde costal derecho principalmente en la zona vesicular. Resto de abdomen, normal. Aparato respiratorio y circulatorio sin particularidad.

Se hace el diagnóstico de peritonitis del cuadrante superior derecho del abdomen posiblemente por colecistitis aguda con pericolecistitis. Se indica bolsa de hielo, dieta hídrica y urotropina intravenosa. El examen de orina con fecha 27 de junio muestra:

Glucosa: 20 gr. 50. Acetona: reacción regularmente intensa. Albúmina: indicios. Urolutina: regular cantidad. Urea en suero sanguíneo: 0 gr. 44 $\frac{0}{100}$.

Se hacen 20 unidades diarias de insulina y a los 6 días no hay más glucosuria. Glucemia 2 gr. 50 (29 de junio) baja a glucemia 1 gr. 04 con la insulina (julio 4). R. W.: H^s.

Evolución: A los 2 días de su ingreso está en apirexia, la que continuó en todo el curso de la enfermedad. El estado general mejora.

Jueves 30: El dolor abdominal ha cedido. El vientre se normaliza con la respiración, blando y depresible a la palpación.

Hígado: borde superior se percute en el 5^o espacio en la línea mamelonar. Su borde inferior rebosa unos 4 dedos el reborde costal pudiendo palparse con toda facilidad una tumoración del tamaño de una naranja chica, con el aspecto de una vesícula biliar tensa, algo dolorosa, que llega a mitad de altura entre reborde y ombligo.

El 6 de julio se le hace el primer sondaje duodenal que se repite 4 a 5 veces más, siendo siempre negativo.

Sigue sin variantes y siempre palpándose la vesícula hasta el 8 de agosto en que se opera, es decir a los 45 días de su ingreso.

Operación: Prof. D. Prat y Dr. Alvarez. Anestesia crepuscular y local con novocaína al 0 gr. 50 %. Incisión de Bevan.

Tumoración constituida por la vesícula del tamaño de una gruesa naranja, proyectada hacia abajo por un hígado grande, está cubierta de adherencias epiploicas en casi toda su cara anterior. La cara anterior del hígado presenta una gran peri-hepatitis con adherencias laxas que unen el hígado a la pared y al diafragma. Estómago y duodeno normales, éste último con adherencias a la vesícula. Liberación de la cara anterior de la vesícula en una extensión de unos 8 cm. cuadrados, vesícula bien tensa, de color verde oscuro. Exploración del pedículo hepático no muestra ningún cálculo; páncreas rugoso y nodular. Protección de la gran cavidad peritoneal. Se hace punción de la vesícula con un trócar extrayéndose unos 150 grs. de bilis oscura. Se retira el trócar y al explorar la cavidad nos encontramos con que la vesícula estaba dispuesta en 2 sacos. Abrimos el saco externo constituido por el peritoneo vesicular y la fibrosa y dentro encontramos otro saco que tiene la morfología de la vesícula, de color verde oscuro, completamente despegado del plano externo, menos en una pequeña porción en la cara anterior, saco que está constituido al parecer por la mucosa, submucosa y muscular. Nuestros dedos se deslizan entre ambos sacos completamente despegados hasta la pelvis vesicular. Del fondo viene ya bilis clara amarillo canario, no encontrándose cálculos ni en la cavidad de la vesícula, ni en el cístico. En el saco externo, cara externa, pared anterior se ven algunos vasos que van al parecer hacia el hígado. El saco interno a pesar de estar completamente desprendido tiene consistencia y al parecer vitalidad. Pero están completamente infiltradas sus paredes con bilis. Resolvemos hacer el drenaje del saco interno o mucoso, con una sonda N^o 22 Pezzer-Prat, y se le hace una sutura en jareta que incluye también el saco exterior. Quiere decir pues que se drenan los dos sacos con la misma sonda.

Sutura de la pared en 3 planos. No se deja mecha en el drenaje vesicular. Se extirparon 2 fragmentos de cada uno de los sacos para examen histológico y un fragmento de hígado. Al día siguiente se envió bilis a examen.

Post-operatorio: Drenaje biliar abundante: 1er. día 1300 gr.; 2º, 200; 3º, 50; 4º y al 7: día ya no drena más. Estado general bueno. Hígado se-achica día a día. No hay ictericia. Materias bien coloreadas.

Agosto 26: Colecistografía, 20 c.c. de Yodinol por el tubo: se llena una vesícula chica. No se llenan los canales biliares. Radiog. 6809.

Agosto 29: Se extrae el tubo y unido a él viene la mucosa y muscular, completos. No sangra. Se toma fotografía. Tubo.

Alta el 18 de setiembre en perfectas condiciones. — Lo vemos todos los meses; no ha tenido más sufrimientos vesiculares (visto el 26 de mayo de 1937).

Exámenes Anatómo-Patológicos. — Dr. Lasnier.

Saco externo vesicular: No se reconoce la mucosa en ninguna parte. Pared fibrosa y fibro esclerosa con gran hemorragia intersticial. Se conservan pocos núcleos celulares coloreados (18 - VIII - 36. N° 77390).

Saco mucoso interno: Seudo membrana purulenta, pigmentos biliares y restos necróticos, quizá de tejido conjuntivo (7 - IX - 36. N° 78298).

Hígado: Esclerosis a nódulos pequeños. Hipertrofia, hiperplasia celular hepática (18 - VIII - 36. N° 77390).

Examen bacteriológico de la bilis: Se observan colibacilos (VIII - 24 - 36. N° 77438).

Hemos traído al seno de esta Sociedad este caso de colecistitis disecante y exfoliativa por tratarse de formas poco frecuentes de colecistitis y por la eliminación tardía del saco mucoso necrosado en el momento de la extracción del tubo de drenaje.

Son casos poco frecuentes y el Dr. Pedro Larghero, que me ha hecho la deferencia de ser el relator de esta comunicación, en su tesis de Agregación de Cirugía sólo ha podido reunir 6 casos de los cuales 4 son de nuestro medio.

Nada de particular tiene nuestro caso en cuanto a su sintomatología: cuadro de colecistitis aguda, febril, con reacción parietal al principio, pero que cede luego, permitiendo palpar una vesícula grande como un puño, con repercusión sobre la célula hepática (sub-ictericia, calcemia), que rápidamente mejora, pudiendo operarse tardíamente, unos 45 días de su comienzo. Exclusión vesicular al Meltzer - Lyon por obturación del cístico no calcuosa sino inflamatoria, incompleta posiblemente por la existencia de bilis sución, turbia, en el contenido vesicular en el acto operatorio, por su permeabilidad absoluta, al día siguiente, dando salida a 1300 gr. de bilis no obstante retener el saco necrótico.

Algo de particular tiene la conducta terapéutica adoptada en este caso en el momento operatorio. El saco interno, músculo-mucoso ofrece un espesor y resistencia particular no obstante estar completamente decolado hasta el cuello vesicular; las tracciones ejercidas sobre él no lograron desprenderlo y se optó por drenarlo. Pudo haberse arrancado por tracción enérgica o seccionado con tijeras, pero el deseo de no complicar el acto quirúrgico con la posibilidad de tener que hacer una hemostasis dificultosa en un hepático, con resistencias atenuadas, nos llevó a hacer la terapéutica mínima. Es indudable que la evolución nos fué favorable al poder extraer el saco tardíamente, junto con la sonda, cuando la demarcación entre lo muerto y lo vivo trazó el surco de eliminación en el cuello vesicular. Si la eliminación espontánea del saco en los casos relacionados por el Dr. Larghero oscilan entre 20 y 30 días, en este caso el plazo fué doble de 68 días. Es posible que el grado de lesión vascular, rápido y total en todos los casos de la Tesis del Dr. Larghero, obturación lenta y progresiva, en el nuestro determine esta diferencia en el plazo de necrosis del saco vesículo-mucoso y expliquen la resistencia particular ofrecida a la tracción en el acto operatorio en el caso que relatamos.

Diez meses de curación clínica lleva nuestro enfermo, hasta el momento no se han repetido sus trastornos y cuando nos sea posible le haremos una colecistografía la que posiblemente demuestre la ausencia de cavidad vesicular reformada.

Dr. Larghero:

Quedan expuestas la historia del caso y las observaciones que a propósito de sus particularidades formula el Dr. Hermógenes Alvarez.

La misión del relator se encuentra singularmente facilitada por tratarse de una observación completa y rigurosamente documentada. En sus puntos fundamentales y aún en la mayor parte de los caracteres accesorios, el caso presenta del punto de vista clínico, de las comprobaciones operatorias y anatomo-patológicas y aún de su evolución post-operatoria, caracteres completamente similares a las observaciones aportadas al estudio de este tipo de lesión vesicular en mi tesis de agregación.

Veamos primero sintetizadas las características del caso del Dr. H. Alvarez.

Hombre de 60 años. Episodio de cólico hepático con colecistitis aguda grave, pericolecistitis y hepatitis. Ausencia de antecedentes hepáticos francos.

Regresión de los síntomas generales y funcionales, atenuación de los síntomas locales, pero con persistencia del tumor vesicular y de la hepatomegalia inflamatorias.

Exclusión vesicular comprobada por el tubaje duodenal.

Operación a los 45 días. Pericolecistitis plástica con colecistitis disecante y esfoliativa. El saco interno necrótico es coherente y adhiere aún al saco externo a nivel del bacinete. No hay litiasis. La vesícula contiene 150 grs. de bilis oscura. Las condiciones locales y generales, imponen al cirujano la intervención mínima de drenaje de ambos sacos.

Restablecimiento de la permeabilidad del cístico. Drenaje biliar abundante pero a ritmo de disminución rápido, con supresión del corrimiento al 7º día.

La colecistografía por inyección de contraste por el tubo vesicular comprueba que el cístico se ha cerrado y que la cavidad vesicular es chica. Eliminación del saco interno necrótico al retirar el tubo a los 21 días de la operación.

Curación operatoria. Curación clínica mantenida 10 meses después.

Resultancias del examen anatomo - patológico (Biopsias operatorias). Saco externo = fibro escleroso.

Saco interno = necrótico con pseudomembranas purulentas.

Hepatitis crónica = esclerosis a pequeños nódulos e hipertrofia - hiperplasia.

Examen bacteriológico de la bilis = colibacilos.

Anatomo - patológicamente se trata de una colecistitis disecante y esfoliativa de tipo necrótico. El examen histológico realizado por el Prof. Lasnier muestra que el saco externo está constituido por tejido fibroso y fibroescleroso, es decir que corresponde a la capa más externa de la pared vesicular. El saco interno, comprende en una pseudo membrana fibrino purulenta, restos necróticos, quizá de tejido conjuntivo, dice el patólogo. No

se encuentran en él elementos musculares, ni podían hallarse y ser reconocidos dado el largo plazo de permanencia del secuestro vesicular dentro del saco fibroso. Las observaciones de mi tesis demuestran que el reconocimiento de la arquitectura de la muscular vesicular contenida en el saco interno necrótico está condicionado por el tiempo; fácilmente visible en la pieza de la Obs. Piquerez (operación a los 11 días) se vuelve casi irreconocible en los casos en que la pieza ha sido extraída y fijada a los 25 ó 30 días del comienzo o determinación de la lesión.

Y es posible afirmar que si la operación es aún más retardada a la desintegración histológica sucede la física y la membrana que es coherente reproduciendo el molde vesicular, se desagrega, fragmenta y elimina luego en trozos de los que he recibido en repetidas ocasiones muestras para examen histológico.

En el caso del Dr. Alvarez puede afirmarse que el clivaje se hizo en la sub-serosa, es decir, que el saco interno representa el cadáver de la mucosa y muscular; y esta afirmación aunque no abonada por un hallazgo microscópico positivo, lo es porque no se encuentran trazos de músculo en el saco externo.

El estudio de los preparados muestra que el factor determinante del clivaje y disección, una vez producida la necrosis de la músculo-mucosa, es en este tipo lesional, una infiltración purulenta que asienta en la sub-serosa (ver prep. obs. Piquerez). El clivaje no era completo, el saco interno no flotaba libre, sino que estaba retenido a nivel del bacinete. La anatomía microscópica de la pared vesicular a este nivel, demostrando la intimidad y unión entre serosa, muscular y mucosa, explica las dificultades y el retardo con que se cumple en su pedículo la liberación del saco necrótico.

En la obs. Navarro-Larghero, una microfotografía a nivel del bacinete y cuello muestra que la mucosa revestía aún la cara interna de la vesícula, mientras en todo el resto del órgano se había exfoliado.

En las colecistitis disecantes necróticas la lesión de mortificación se circunscribe pues a la músculo mucosa; la serosa, mejor dicho fibroserosa externa se conserva vitalizada. La distribución vascular de la pared vesicular y la noción conocida de tiempo atrás

de que la serosa vesicular tiene una circulación relativamente independiente y alimentada por los vasos que del hígado vienen a la vesícula, permite explicar esta particularidad. En mi tesis, la experimentación por inyección de los vasos, contraloreada por los exámenes histológicos y la Radiografía, demuestra de modo indiscutible este hecho.

Por otra parte la circulación de la cápsula de los órganos, independiente de la de los parénquimas, es un hecho general, que encuentra sus pruebas en el estudio de las comunes y banales lesiones de infartos viscerales, donde la cápsula escapa siempre a la necrosis, a condición de que ella sea aséptica.

La limitación de la lesión necrótica a la zona músculo - mucosa, servida exclusivamente por la fuente de la cística, dice mucho en favor de la intervención patogénica de las lesiones vasculares asociadas a la acción microbiana directa. La trombosis es de observación fácil de las prep. Si los vasos no estuvieran trombados, no podríamos explicarnos como este proceso de necrosis y exfoliación puede cumplirse sin hemorragia.

La anatomía patológica aclara y explica la evolución que sufre el saco externo drenado; una vez despojado del secuestro de la músculo mucosa, él se encuentra en las condiciones y con los caracteres de la pared de un absceso evacuado. La cara interna de la fibroserosa se cubre de un tejido de granulación vivaz, cuyo crecimiento culmina en la anulación completa y rápida de la cavidad. El enfermo ha sufrido una colecistectomía sub-serosa patológica, cuyos resultados inmediatos y alejados no le ceden en beneficios a los de la colecistectomía ideal, de la colecistectomía subserosa o a los de la mucoclasia por diatermo-coagulación.

Las consideraciones anatomopatológicas y patogénicas precedentes y la tendencia natural del organismo a anular como cavidad la vesícula biliar que ha perdido su músculo - mucosa, justifican en sus grandes líneas la conducta adoptada en el caso que motiva este relato, es decir, el drenaje simple y el resultado obtenido refuerza la convicción que el estudio completo de los casos de mi tesis había hecho considerar como el procedimiento terapéutico lógico, mínimo es en su ejecución y seguro en sus resultados. Me apresuro a manifestar que en los casos de colecistitis disecantes

y esfoliativas purulentas, con desprendimiento de la mucosa solamente (caso Navarro - Larghero) la anatomía patológica y la patogenia son diferentes y la conducta terapéutica deben serlo también; sobre ellos no quiero entrar a considerar porque el caso del Dr. Alvarez no responde a este tipo.

En cuanto al contenido vesicular, este caso se aparta de los hallazgos comunes en los 6 casos estudiados por mí; por la presencia de bilis y por la ausencia de cálculos.

Bacteriología. — El colibacilo fué el microbio que cultivó en la bilis.

Es uno de los hallados con más frecuencia en las infecciones vesiculares, después del estreptococo o en asociación. No es posible afirmar que él solo sea el responsable; es de todos conocida la atenuación y aseptización del contenido vesicular que se cumple a veces rápidamente después de infecciones mismo graves. En algunas observaciones, el cultivo en medios aerobios y anaerobios contenido vesicular, de los cálculos, y de un fragmento de pared necrótica, se ha revelado negativo. Caso I de mi Tesis (operación realizada a los 25 días de la crisis aguda). Me parece interesante señalar el contraste paradójal de estas colecistitis gangrenosas con aseptización secundaria del medio, con la observación que en colaboración con Astiazarán presentamos a esta Sociedad (1), de una colecistitis sin lesiones necróticas de la pared vesicular, pero cuya bilis contenía un abundante sedimento constituido por bacilos *Perfringens* de virulencia traducida por el cuadro clínico gravísimo, por la fulminación del cobayo al cual se inyectaron estos bacilos y por el asombroso resultado de la seroterapia antigangrenosa a dosis masivas y por vía intravenosa.

En lo que se refiere a los caracteres clínicos del caso, ellos encuadran perfectamente dentro de las formas de infecciones vesiculares agudas en las que puede sospecharse la posibilidad de

(1) Distensión aguda de la vesícula biliar y bacterio-colia aero anaerobia masiva. Boletín Soc. Cir., año V, N° 7, 1934.

hallazgo del tipo disecante y exfoliativo. Y digo sospecharse porque no se trata de un tipo anatomo-clínico con características propias, sino de una forma anatómica especial cuya traducción sintomática se recluta entre las formas graves de las colecistitis agudas.

Ciertos matices sintomáticos y evolutivos de las colecistitis agudas permiten orientar una sospecha; en el capítulo de diagnóstico clínico de mi tesis, decía que el diagnóstico no puede plantearse sino con caracteres de probabilidad, cuando se encuentren reunidas las condiciones etiológicas, sintomáticas y evolutivas siguientes:

Personas en general de más de 50 años.

Episodio de colecistitis aguda grave.

Regresión completa o incompleta de los síntomas generales o funcionales bajo la influencia del trat. médico con persistencia del tumor vesicular.

Necesidad de una operación "secundaria precoz" derivada de las dos condiciones que anteceden.

El examen radiológico que en este caso no fué realizado, puede ser un buen auxiliar revelando una imagen hidrogaseosa vesicular, con caracteres variables y de la cual la observación que el Dr. A. Fossati presentó a esta Sociedad (Boletín de la Soc. de Cirugía de Montevideo, 1932, p. 178), constituye un ejemplo demostrativo.

Terminando este relato, sólo me resta excusarme ante la Sociedad por la extensión. El interés personal por el tema provocó la serie de consideraciones sobre una observación que no los necesitaba dado que su estudio completo y su sólida documentación le confieren interés más que suficiente para merecer vuestra atención. Propongo que ella sea publicada completa en nuestro Boletín.