

## Clínica Quirúrgica del Prof. Carlos Stajano

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS  
COLECISTITIS AGUDAS

Drs. Walter Suiffet y Romeo Musso

Desde hace varias sesiones figura en la orden del día de las reuniones de nuestra Sociedad como tema en discusión: Las colecistitis agudas; resultados del tratamiento.

Con ese motivo estudiamos todas las observaciones recogidas y archivadas en la Clínica Quirúrgica que dirige el Prof. Carlos Stajano durante sus ocho años de funcionamiento, y el resumen estadístico de ellas nos ha permitido extraer elementos de orientación que creemos interesante hacer conocer.

Se han estudiado en el lapso de tiempo antedicho un total de 280 enfermos con afecciones vesiculares de naturaleza inflamatoria ya sea aguda o crónica, litiásicos o no litiáticos. De ellos 36 presentaron el cuadro clínico de una colecistitis aguda representando por lo tanto esa cifra el 12.8 % del total. De esos 36 enfermos 23 pertenecían al sexo femenino (64 %) y 13 al masculino (36 %).

Esos 280 enfermos atendidos se reparten así:

Colecistitis crónica				
litiásica	207 casos	74	%	172 sexo femenino 35 sexo masculino
Colecistitis crónica				
no litiásica . . . . .	37 casos	13.2	%	31 sexo femenino 6 sexo masculino

Colecistitis agudas ..	36 casos	12.8 %	23 sexo femenino
			13 sexo masculino
En total: 280 enfermos			
	226 sexo femenino		80.7 %
	54 sexo masculino		19.3 %

De los números de porcentaje anterior se desprende un hecho de interés: el porcentaje global de enfermos del sexo femenino afectados de afecciones de naturaleza inflamatoria en su vesícula biliar es de un 80 % y ese porcentaje se conserva en las colecistitis crónicas ya sean calculosas o no (83 % en ambas). En cambio vemos que las colecistitis agudas, si bien conservan una mayor proporción para el sexo femenino, ese porcentaje es menor que el que se ve en las formas crónicas (64 %). Por lo tanto, de acuerdo a lo antedicho, las colecistitis agudas serían en proporción a las otras formas algo más frecuentes en el hombre que en la mujer.

El diagnóstico de colecistitis aguda se limitó a aquellos enfermos que presentaron una sintomatología de real agudeza: dolor, fiebre, leucocitosis elevada, contractura en el hipocondrio derecho o masa palpable con más o menos participación peritoneo visceral plástica a su alrededor, traducción del proceso de colecistitis y pericolecistitis. Hemos dejado de lado en esta clasificación de formas agudas todos aquellos casos que habían pasado su faz de agudeza aunque hubieran dejado como reliquia una supuración vesicular enfriada.

Estos 36 enfermos afectados de colecistitis fueron sometidos a tratamiento médico consistente en: reposo absoluto, hielo, tratamiento antiinfeccioso general (urotropina, etc.), habiéndose agregado en algunos casos hidratación por vía paraenteral, glucosa e insulino-terapia. Con este tratamiento se obtuvo una rápida mejoría con sedación del dolor, descenso de la temperatura y mejoría en los signos físicos de naturaleza inflamatoria del hipocondrio derecho. Cuatro de estos enfermos fueron intervenidos en frío, encontrándose lesiones residuales inflamatorias vesiculares y perivesiculares originadas por una litiasis vesicular.

Ninguno de ellos presentó síntomas de litiasis coledociana y en aquellos operados no se encontraron tampoco lesiones de este tipo.

Tres casos tuvieron una evolución desfavorable con el tratamiento médico, apareciendo complicaciones que obligaron a una intervención de urgencia. Ellas fueron: perforación vesicular en dos casos y una gangrena vesicular relacionada probablemente a un proceso de orden distásico pancreático simultáneo. La intervención realizada en estos fué la mínima: colecistostomía y drenaje subhepático. De estos tres enfermos, que curaron de su accidente por la intervención quirúrgica, el primero fué seguido un tiempo prudencial y se le aconsejó colecistectomizarlo, intervención que rechazó por encontrarse a su juicio bien; el segundo fué colecistectomizado comprobándose a la intervención una vesícula con lesiones residuales de cole y pericolecistitis y el tercero, operado hace poco tiempo se halla muy bien.

Vemos por lo tanto que de acuerdo a estos datos, 36 enfermos afectados de colecistitis aguda mejoraron de ese accidente sin ningún deceso; 33 lo hicieron con sólo tratamiento médico sin complicaciones (91.6 %) y 3 con tratamiento quirúrgico realizado por la aparición de una complicación en el curso del tratamiento médico (8.4 %).

Existen además en nuestro archivo dos historias de perforaciones vesiculares en peritoneo libre aparecidas en el curso de una colecistitis aguda que fueron operados de urgencia y que no han sido incluídas en nuestra estadística por no pertenecer en realidad a nuestro Servicio. No se nos escapa que de acuerdo a lo clásico, las estadísticas y la experiencia de Sala es distinta a la de los Servicios de puerta; nosotros hemos querido mostrar la experiencia recogida durante una actuación de ocho años de las colecistitis agudas internadas y tratadas en principio con tratamiento médico. Nuestros distinguidos consocios que actúan en los Servicios de guardia nos harán saber si su experiencia es coincidente o difiere con la que hemos recogido nosotros.

Las observaciones de los casos intervenidos son las siguientes:

P. L., 36 años. — Hace 4 días comienza su enfermedad con un cólico hepático típico que fué calmado con morfina. Repite a las 5 horas lo que obliga a una nueva inyección y calma. Los 2 días siguientes pasa con fiebre y dolor fijo en hipocondrio derecho con sudores y chuchos. Ayer toma de mañana purgante salino sin resultado. De tarde nuevo chucho sin vómitos. Como tratamiento se le había hecho hielo y dieta. Hoy a las

de la mañana intenso y brusco dolor de hipocondrio derecho irradiado a todo el vientre acompañado de chuchos y sudores fríos. No tuvo vómitos. Ve médico de nuevo que le hace calmante. Como antecedentes, sufre desde hace 2 ó 3 años dolores en hipocondrio derecho a veces verdaderos cólicos hepáticos. Dispepsia vesicular típica.

En el examen encontramos buen estado general. Pulso 100. Temp. A. 37°, R. 37° 7/10. Subictericia, lengua saburral.

Abdomen poco móvil con la respiración y muy doloroso con la tos en el hipocondrio derecho. A la palpación defensa generalizada a todo el abdomen, muy intensa en el hipocondrio derecho. Gran dolor a la decompresión en todo el abdomen. Desaparición de toda la macidez hepática. Douglas muy doloroso. Se diagnostica peritonitis por perforación probablemente de rígen vesicular y se interviene de urgencia. Intervención: Dr. W. Suiffet y Dr. R. Musso. Anestesia general al éter CO<sup>2</sup>. Incisión de Mayo-Robson. Enorme vesícula con placa de necrosis del tamaño de 1 centésimo en la mitad de la cara inferior por donde sale líquido bilioso. Protección del campo con compresas; punción y evacuación vesicular. Enorme cálculo enclavado en el cuello de la vesícula del tamaño de 1 huevo de paloma. Se extrae fácilmente. Colecistostomía. Protección de la cara inferior de la vesícula con mecha y lámina de caucho. Post-operatorio muy bueno. Alta a los 25 días con la herida casi cerrada.

F. de F. E., 23 años. — Ingresa con un cuadro doloroso de hipocondrio derecho datando de 9 días. Comienza su enfermedad con dolor intenso en epigastrio e hipocondrio derecho irradiado a la espalda, de tipo paroxístico que calma con una inyección. Al día siguiente se repite el cuadro acompañado de chucho y fiebre. Luego tuvo vómitos de tipo bilioso. No ha tenido ictericia. Tránsito intestinal normal. Los últimos días ha seguido con dolor en el hipocondrio derecho motivo por el cual ingresa.

Desde hace 1 año sufre una dispepsia vesicular típica acompañada a veces de dolor en el hipocondrio derecho.

Estado general bueno; apirexia. En el abdomen se encuentra una resistencia marcada en el hipocondrio derecho y flanco permitiendo percibir en esa zona un plastrón que se pierde bajo el reborde costal. El resto del vientre sin particularidades. Mejora rápidamente con el tratamiento médico a base de hielo y reposo siendo dada de alta a los 15 días de su ingreso, con buen estado general y abdomen completamente indoloro. Se le indica régimen y reingresar para intervenirse más adelante.

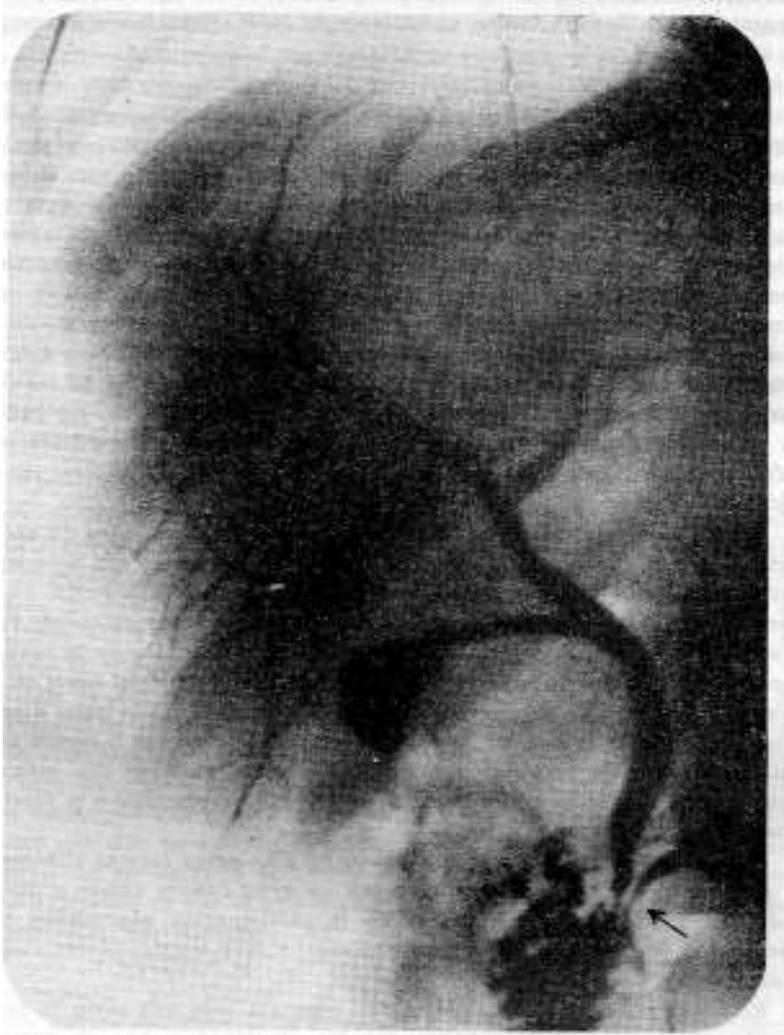
Reingresa a los 15 días de haber sido dada de alta y nos relata lo siguiente: Ha pasado bien sin sufrir molestias desde el día de alta hasta anoche. Estando en plena salud siente dolor brusco en hipocondrio derecho y epigastrio, intenso, que se hace permanente y se acompaña de vómitos y de sensación de frío. Ve médico que le indica calmante sin conseguir aliviarla. Por ese motivo vuelve al Hospital donde se constata una defensa generalizada a todo el vientre con franco predominio en el hemivientre derecho sobre todo en la región subcostal. Apirexia. Examen genital negativo.

Se diagnostica peritonitis de origen biliar y se interviene. Anestesia general con éter CO<sup>2</sup>. Paramediana derecha supraumbilical. Abierto el peritoneo sale líquido biliar en abundancia. Vesícula con poca tensión. Perforación vesicular a nivel del fondo. Litiasis vesicular. Colectostomía. Drenaje subhepático. Cierre por planos. Post-operatorio muy bueno. Siendo dada de alta a los 14 días con su sonda de colectostomía.

La enferma reingresa a los 8 meses practicándosele una colectec-tomía habiendo sido dada de alta a los 32 días de operada.

S. M. V., 36 años. — Ingresar por un cuadro de intenso cólico hepático. En ese momento se comprueba la existencia de una hepatomegalia discreta y una vesícula tensa dolorosa, sin reacción peritoneal. Se hace tratamiento sedante antiespasmódico mejorando inmediatamente. Es visto por nosotros al día siguiente y el enfermo sigue quejándose en forma intermitente de dolor en el hipocondrio derecho. Su historia es la siguiente: Hace 20 hras, a las 3 horas de un almuerzo copioso siente dolor intenso en el hepigastrio irradiado bajo el reborde costal izquierdo y al hombro derecho, dolor de tipo cólico que persiste todo el día por lo cual ingresa. El examen muestra estado general bueno; fascies de sufrimiento, ojeroso, lengua húmeda saburral. Temp. 38°. La palpación del abdomen muestra dolor intenso en el hipocondrio derecho con contractura parietal que impide apreciar los datos consignados en la boleta de ingreso. El resto del abdomen libre e indoloro. El Douglas no duele. Discreta albuminuria. Se instituye el tratamiento médico a base de hielo y reposo y sedación con morfina-atropina. Por la tarde sigue igual. Nueva inyección calmante. Temp. 37° ½. Leucocitosis 11.600. Neutrófilia: 76 %. Al día siguiente el enfermo sigue con estado de cólico sub-intrante. Los calmantes son inútiles. A pesar del intenso sufrimiento el estado general es bueno. Persiste el dolor en el hipocondrio derecho con resistencia marcada. El resto del vientre libre así como las fosas lumbares. Douglas indoloro. La eucocitosis a subido a 15.000. Frente a ese cuadro de cólico hepático permanente no influenciado por la terapéutica médica, a pesar de la conservación del estado general se decide intervenir.

Intervención: Dr. R. Musso y Dr. W. Suiffet. Eter CO<sup>2</sup>. Paramediana derecha transrectal supraumbilical. Abierto el peritoneo se nota un telón de epiplón cubriendo la región hepatovesicular. Se desciende el epiplón que aparece edematoso rodeando con adherencias fáciles de desprender la vesícula biliar que se presenta tensa de color rojo vinoso salpicada de pequeñas zonas ovalares de color verde claro. Reacción perivesicular con líquido turbio que se extrae para examen. Protección de la vesícula; punción y extracción de líquido color marrón. Colectostomía previa extracción de líquido color marrón. Colectostomía previa extracción de un pequeño cálculo ovalado del cuello vesicular. Se practicó biopsia de a pared vesicular y se pide examen anatómico de restos de tejido contenido dentro de la luz vesicular. El examen directo y cultivo del líquido vesicular y perivesicular fué negativo. El examen anatómico realizado en el Laboratorio de la Clínica por el Dr. J. Scandroglío, da lo siguiente: Resto



de tejido tomado del interior de la vesícula: mucosa con proceso inflamatorio agudo, exudativo, leucocitario, purulento, hemorrágico, en parte necrótico. Trozo de pared vesicular: Pared conjuntiva con infiltración a polinucleares y congestión. Post-operatorio es excelente. Desaparece totalmente el dolor de inmediato. Comienza a drenar bilis a las 48 horas por el tubo de colecistostomía. 800 unidades pancreáticas en la orina a las 48 horas de operado. Actualmente a los 20 días de operado el enfermo se halla muy bien drenando bilis por su sonda de colecistostomía, habiendo descendido sus unidades pancreáticas a 500. La colangiografía muestra

un relleno completo del árbol biliario y del caruel de Wirsung, con un afinamiento en la zona vecina al esfinter de Oddi. Espasmo o estenosis a ese nivel.

**Prof. Stajano.** — Yo creo que el interés de la comunicación del Dr. Suiffet reside en un hecho que surge de la experiencia, de una serie de casos tratados de afecciones de las vías biliares y lo que me parece evidente e importante es que hay que diferenciar entre dos grandes procesos vesiculares agudos: el proceso vesicular piógeno que da lugar a la afección vesicular con todos los caracteres de las colecistitis agudas, pericolecistitis supuradas o plásticas, es decir inflamatorias y que en realidad está en el ánimo de todos los cirujanos el aceptar el mismo criterio adoptado por nosotros. Las colecistitis agudas ceden con el tratamiento médico y estamos obligados al tratamiento quirúrgico nada más que en el curso de las complicaciones que puedan sobrevenir en el curso de su evolución. En general nos es permitido operar a esos enfermos ni en caliente, ni en tibio, sino en frío y en condiciones óptimas para hacer un tratamiento radical cuando el proceso lo exige.

En los casos en que se ha tenido que intervenir en el curso de enfriamientos, por lo que surge de nuestra experiencia es que no son colecistitis agudas puras, sino que han sido intervenidas por otra complicación, ya sea intercurrente de la complicación vesicular o el proceso se ha extendido fuera del aparato vesicular, o se instalan procesos de mala nutrición de la vesícula, casos que en realidad no son del tipo del anterior, sino que son casos en que la vesícula participa de un proceso necrótico en su pared, dando lugar a perforaciones que son la traducción de un proceso pancreático más o menos avanzado. Hay casos de perforación vesicular — como nuestros dos primeros casos — iniciados por un cólico hepático prolongado, irreductible a la morfina, induciendo a intervenir.

Ya una vez he hablado aquí a propósito de ciertas formas clínicas de las pancreatitis en que se manifiesta con un gran cuadro agudo o por un cuadro en donde nada hace pensar en la participación pancreática y la intervención demostró que era una pancreatitis que estaba evolucionando en su etapa vesicular.

Esta segunda variedad de colecistitis presenta toda una serie de manifestaciones, que no están aunadas por los cirujanos y que en realidad responden a una misma causa: el reflujo pancreático.

Yo me acuerdo que a propósito de la presentación de casos de pancreatitis yo presenté algunos; en uno de ellos yo había intervenido una enferma por un cólico vesicular prolongado, con silencio completo en el resto del abdomen y en el cual no se podía ver nada anormal, y al no ceder a ningún calmante y a los dos días, la intervine sin sospechar la participación pancreática, y me encontré con una vesícula tensa, violácea, parte verdosa y con una necrosis en evolución y además con un pseudo quiste de páncreas y una extensa cistocolectonecrosis peritoneal que hizo una evolución favorable con el drenaje biliar y del pseudoquiste.

En resumen: La conducta que seguimos en las colecistitis agudas es el tratamiento médico y que en el curso de las colecistitis que requieren un tratamiento inmediato, de urgencia no son en general de este tipo inflamatorio, sino que corresponden a una complicación de una pancreatitis con reflujo bilio-pancreático, dando lugar a esas manifestaciones necróticas de la pared vesicular que dan el tipo de colecistitis exfoliatriz necrótica y disecante, de la cual Larghero expuso casos en esta Sociedad, o bien la perforación vesicular, por colecistitis necrótica como en alguno de nuestros casos (*Necrosis diastásicas*) con ausencia completa de gérmenes no solo al examen directo sino también al cultivo (*caso presentado*).

Creo que nadie podrá discutir la gravedad de la intervención — en campos quirúrgicos inflamatorios — y la limitación del cirujano para emprender una cirugía radical. No creo en forma alguna comparable la cirugía en agudo de las colecistitis (innecesaria) a la cirugía en agudo del apéndice (obligatoria) por razones que no es del caso desarrollar porque nos son bien conocidas. Nuestra experiencia fundamenta ese criterio.

**Prof. Prat.** — La Sociedad de Cirugía tiene que estar agradecida a los Dres. Suiffet y Musso por la estadística que nos han traído de las colecistopatías, cumpliendo así un pedido de esta Sociedad. De esta estadística se llega a la conclusión que es ya de conocimiento clásico, que precisamente de 280 casos, se encuentran 36 casos de colecistitis agudas todas tratadas por tratamiento médico previo y de las cuales solamente 3 casos han hecho complicaciones y obligaron a la intervención inmediata.

Es la conclusión que se ha sacado de la práctica corriente, de la conveniencia del tratamiento médico previo y en los casos de complicación o de evolución progresiva, que tienen una indicación quirúrgica categórica, se hace un tratamiento en caliente. Los comunicantes parece que quisieran establecer una crítica contra el caso que fué dado de alta después de haber enfriado su colecistitis aguda y en campaña hizo una complicación y tuvo que ser operada de urgencia por una perforación vesicular; pero lo real y positivo es que el proceso agudo se pudo enfriar y debió ser operado antes de su complicación.

Yo he llegado a la conclusión de orden práctico que me parece muy conveniente y profiláctica y es que cuando en una enferma biliar se establece que es una colecistitis calculosa, creo que la indicación operatoria es terminante y categórica. El cirujano podrá establecer la indicación después de haber examinado la vesícula y resolverá si debe dejarla o extirparla, pero creo que lo fundamental es que realice la extirpación de los cálculos, lo más pronto posible, porque evitará así su emigración y suprime todas las complicaciones calculosas del hepato-colódoco llegando al ideal de suprimir profilácticamente, la patología litiásica del colódoco.

A los casos presentados haría una pequeña observación; el tercer caso que catalogan como una colecistitis exfoliativa y disidente, para mí, creo que no tiene la característica fundamental de ella, que es el saco mucoso que está competamente aislado, es decir, el saco muco-fibroso aislado del resto de la pared. En ese caso abrieron la vesícula y no comprobaron que ese saco existía.

Creo que no estamos autorizados a clasificar una vesícula como exfoliativa o disidente cuando ese saco exfoliado no ha sido netamente recorrido.

En lo que respecta a la colangiografía del caso presentado en que se realizó esta exploración, se comprueba que la extremidad del colédoco está muy afinada, el hígato colédoco no está distendido, sin embargo se han rellenado las vías biliares intrahepáticas y no sabemos con que presión se ha hecho la inyección de lipiodol, que seguramente se ha practicado sin el contralor del manómetro.

El canal de Wirsing se ha visualizado y está relleno por reflujo de la sustancia opaca, en la porción terminal, en una extensión de 5 a 6 centímetros. Es una lástima que no se haya practicado una segunda radiografía a los 15 ó 20 minutos, pues si el Wirsing hubiere evacuado el lipiodol, esto significaría que el reflujo no corresponde a una manifestación patológica. No parece tratarse de una pancreatitis porque la porción transpancreática del coledoco, no está estenosada.

Los comunicantes nos dicen también que dentro de la posibilidad del tratamiento terapéutico cabe que haya actuado el lipiodol. Por mi parte, ya es corriente en nuestra clínica donde tenemos la costumbre de hacer un tratamiento terapéutico empleando el drenaje, ya sea del hepato-colédoco o de la vesícula asociado a los lavados de la vía biliar con solución de suero glucosado y muy corrientemente con la solución de cloruro de magnesio al 12 gr.  $\frac{0}{100}$ , para hacer la desinfección y para realizar la prueba de la perfusión que recomienda Bengolea y Velazco Suárez, para comprobar la comunicación de colédoco con el duodeno

Además de estas sustancias en algunos casos he inyectado una solución de mercurio-cromo o de merthiolate de Lilly. Se pueden usar los elementos antisépticos mencionados dentro de las vías biliares para realizar su desinfección y la pancreática, cosa que tiene acción eficaz a fin de no dejar actuar solo al drenaje biliar externo.

**Dr. López Gutiérrez.** — Quiero preguntarle al Dr. Suiffet si en los tres casos de colecistitis agudas operadas, encontró una obstrucción del cístico por un cálculo, porque quisiera hacer resaltar este hecho que lo hemos encontrado con frecuencia.

**Dr. Suiffet.** — Quiero agradecer las manifestaciones de los colegas que hicieron uso de la palabra.

La estadística nuestra nos parece bastante alentadora como para seguir utilizando el tratamiento médico en la práctica corriente, y decidirse por la conducta quirúrgica si alguna indicación aparece.

Esta estadística que muestra los resultados del tratamiento médico quirúrgico combinado, está en desacuerdo con las estadísticas de algunos autores americanos que practican la intervención en agudo; inmediatamente de diagnosticada la colecistitis aguda. La estadística de Taylor da un 5 % de mortalidad en tratamientos cruentos de la colecistitis aguda.

Barrow, Woolfolk y Massie (Lexington Clinic) sobre 159 colecistitis tratadas en agudo quirúrgicamente obtienen un porcentaje de mortalidad de 8.3 %.

En nuestro medio, por lo que estamos acostumbrados a ver, — creo que es unánime el concepto de que el enfermo portador de una colecistitis aguda debe ser sometido al tratamiento médico y luego, de acuerdo con la evolución, practicarse la intervención quirúrgica. Es lo que nosotros realizamos como orientación en la colecistitis aguda en el servicio del Prof. Stajano y creemos que debe ser el procedimiento que debe primar.

Respecto a lo que manifestaba el Dr. Prat, yo pasé rápidamente los datos de la intervención en el último caso. En ese caso, al abrir la vesícula, de su interior salieron un líquido marrón y trozos de algo que después del examen histológico se vió que se trataba de mucosa.:

Por eso nos atrevimos a sospechar que este caso corresponde a un proceso diastásico vesicular secundario.