

SOBRE TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA

Por el Dr. Domingo Prat

Empecemos por establecer que es clásico y dogmático, que la terapéutica de la colecistitis aguda se realice por el tratamiento médico, que consigue el enfriamiento de la infección aguda vesicular y luego se practicará en el momento oportuno, la intervención quirúrgica, de acuerdo con la indicación operatoria.

La cirugía universal ha aceptado este método terapéutico como tratamiento de elección; sin embargo, de vez en cuando, aparece algún cirujano que presenta algunos casos de colecistitis aguda, con una serie más o menos numerosa de pacientes, que han sido operados de urgencia, con buen resultado y en consecuencia se vuelve a plantear la indicación de la operación en agudo o de urgencia.

Apresurémonos a decir, que somos entusiastas y convencidos partidarios y también cultores del tratamiento médico en la colecistitis aguda, porque *nuestra extensa experiencia en cirugía biliar, nos ha convencido, que los mejores y más completos resultados los hemos obtenido con este método terapéutico.*

Podemos establecer que son contados o de excepción, los casos de colecistitis aguda que hayamos operado de urgencia y sin embargo, debemos dejar expresa constancia, que a pesar de este criterio general, *realizamos de inmediato, la intervención quirúrgica en los casos agudos biliares, de indicaciones indiscutibles, tales como los de la colecistitis gangrenosa o perforativa, empiema de la vesícula, peritonitis biliar, colecistitis filtrante, etcétera.*

La práctica personal, en los primeros años de mi carrera quirúrgica, contribuyó a consagrar este principio terapéutico, cuando actuamos en el Servicio de nuestro amigo, el Dr. Lenguas, Clínica que en su época, se realizaba la cirugía hospitalaria biliar femenina, de casi todo nuestro país.

Comprobamos entonces *que la casi totalidad de las colecistitis que llegaban al Servicio, eran enviadas por los colegas, para ser operadas de inmediato, porque había fracasado el tratamiento médico instituido y seguido por ellos. Casi todas o todas estas enfer-*

mas, fueron enfriadas con un tratamiento médico, realizado con confianza y correctamente.

Desde entonces data nuestro inicial capital aprendizaje básico y nuestro más profundo convencimiento, de la importancia fundamental del tratamiento médico, en la terapéutica de la infección aguda biliar.

Un factor que ha contribuído eficazmente a establecer el tratamiento médico como terapéutica de elección en la colecistitis aguda, ha correspondido a la cirugía francesa, que ha sido una de las más grandes maestras de la cirugía universal y como aquella ha sido netamente conservadora y partidaria del tratamiento médico en la colecistitis aguda; es por eso, que este método se ha generalizado y se ha erigido en un dogma terapéutico consagrado.

En rigor, hay que confesar y admitir honestamente, que la consagración universal del tratamiento médico, como terapéutica de elección en la colecistitis aguda, no se ha obtenido sólo por la influencia de la cirugía francesa, sino también por los *excelentes resultados* obtenidos con el tratamiento médico, en la infección aguda de la vesícula, complementado luego y oportunamente con la terapéutica quirúrgica.

Se afirma que la proporción de colecistitis agudas enfriadas mejoradas o curadas, alcanza al 90 ó 95 % de los casos, resultado que está de acuerdo con nuestra práctica personal.

Este criterio terapéutico ha sido reforzado y confirmado, por una *prolongada práctica de 17 años de cirugía de urgencia, en la cual raramente o por excepción, tuvimos la oportunidad de plantear la indicación de operar de urgencia la colecistitis aguda.*

Es muy posible y aceptable, que en esa época y aun hasta el año 1935 ó 1940, tuviésemos un criterio terapéutico, *algo más conservador* que el actual, respecto a la colecistitis aguda; criterio que, con el transcurso del tiempo, la experiencia y el perfeccionamiento de la técnica de la cirugía biliar, hemos aprendido a no ser tan absolutos, haciéndonos más eclécticos en nuestros métodos, puesto que a veces hemos comprobado excelentes resultados en colecistitis agudas tratadas en caliente.

La experiencia clínica, nos autoriza a concluir que en la terapéutica de la colecistitis aguda, no se debe ser *sistemáticos ni absolutos*, tanto en el tratamiento médico, como en la intervención sistemática urgente.

De la práctica, la experiencia y los resultados, surge que el tratamiento de elección en la generalidad de los casos, es el *tratamiento médico y que existen limitadas indicaciones en que se impone el tratamiento quirúrgico de urgencia*. Quiere decir, que de acuerdo con este criterio, a veces, nos inclinaremos por una intervención de urgencia, en una colecistitis flemonosa o supurada, sin el *conservadorismo abstencionista* a que nos han inclinado la práctica y los resultados del tratamiento médico y la expectación.

En suma, es sólo en el 5 ó 10 % de las colecistitis agudas graves, que surge la duda y la perplejidad en la terapéutica y es precisamente en este limitado número de pacientes, donde debemos plantear la indicación exacta y precisa y donde la intervención quirúrgica de urgencia está en discusión y puede ser salvadora.

A continuación vamos a comentar sintéticamente, los casos de infección biliar, que hemos tratado en período agudo en los 3 años últimos.

A. D., urug., 48 años. Hace 15 días inicia su enfermedad con dolores en el hipocondrio, fiebre, chuchos, vómitos y diarrea. Tratado 4 días por un médico, ingresa en nuestra Clínica del Maciel, en Julio de 1942.

Clasificado y tratado como luético, ha tenido episodios diarreicos.

Enfermo con tinte blanco amarillento, subictericia, intoxicado, lengua roja y seca, pulso 115 chico y regular. Temp. 38½ a 39°. Abdomen superior inmovilizado a la respiración; hipocondrio derecho y epigastrio muy sensibles a la palpación, a la tos y respiración.

Defensa y contractura del hipocondrio y epigastrio, más marcada y sensible en la región vesicular. Hipocondrio izq. depresible, no se palpa bazo y fosas lumbares libres. Corazón, con tonos apagados, pulmón con estertores bronquiales gruesos.

P. A. Máx. 13. Min. 7. Wassermann: positivo. Leucocitosis 14800 g. b. Orina: albúmina 0 g. 15 ‰. Cilindros hialinos, granulados y piocitos.

El Jefe de Clínica, Dr. Anavitarte, diagnostica una colecistitis aguda grave que trata con hielo al vientre, urotropina, extracto hepático, vitamina K y régimen hidrocarbonado. Suero y tonicardíacos. Al día siguiente el paciente sigue igual, examinado por mí y aceptado el diagnóstico, se le plantea la operación de urgencia, que rechaza categóricamente. Se intensifica el tratamiento médico, la leucocitosis baja a 13.100 g. b. y la fiebre a 36 4/5.

Una radioscopia simple del hipocondrio derecho, no aporta ningún dato importante.

A los siete días la leucocitosis baja a 10.300 g. b., descenso que no está de acuerdo con el estado general, más intoxicado y el estado local,

que tiende a la infiltración y edema del hipocondrio. Diarrea amarillenta. Radiografía simple, que no comprueba niveles líquidos, ni cálculos.

Al día siguiente aparece una franca infiltración edematosa de la pared del hipocondrio, signo que nos hace insistir en la operación y que el paciente acepta ahora. Pulso débil, 120; disnea, ictericia intensa, fiebre entre $38 \frac{3}{5}$ y 39° .

Se le hace una transfusión de 400 c.c., suero, cafeína, coramina y efedrina.

Operación: Drs. D. Prat y Anavitarte. Anestesia crepuscular y local. Incisión transrectal derecha. Peritoneo adherido, se punciona creyendo estar sobre la vesícula y sale pus de aspecto amebiano. Se aspiran alrededor de 2 litros de pus, que comprobamos proviene de un absceso hepático. Drenaje con sonda, Prat. El enfermo fallece en la noche; en la autopsia se comprueba que todo el lóbulo derecho del hígado, estaba ocupado por el absceso, con una pared que sólo tiene milímetros de espesor. Lóbulo izq. aumentado de volumen y con gran degeneración grasosa. Vesícula biliar, pequeña, esclerosa retobada sobre 3 cálculos.

En este caso confundimos un absceso hepático con una colecistitis aguda y que llegó a la Clínica a los 15 días de iniciado su proceso. No se operó antes, porque el enfermo se negó. El error de confundir una hepatitis supurada con una colecistitis aguda, parece ser relativamente frecuente. Coppin cita dos casos y Huard, operó 3 casos de absceso ántero inferior del hígado, que fueron tratados como colecistitis.

2° OBSERV. — H. C., de 64 años, ingresa a nuestra Clínica del Maiciel, en Octubre de 1944, por dolores del hipocondrio der. e ictericia. Es un hepato biliar, que por un exceso de régimen, tiene fuertes dolores del hipocondrio der., fiebre y vómitos. (Borra de café).

El 17 de Octubre, tumefacción dolorosa del hipocondrio der., dolorosa, con exacerbaciones durante la respiración y la tos. Hombre muy avejentado, etilista, con fiebre de 38° e ictericia. Específico tratado. Lengua seca, pulso 74. P. A. Máx. 14. Mín. 7. Temp. rectal $38 \frac{2}{5}$.

Vientre superior inmovilizado a la respiración, dolor a la presión del hipocondrio der. con resistencia de la pared, palpándose una tumefacción que se moviliza con la respiración y muy sensible a la presión.

Borde hepático descendido duro y doloroso. Leucocitosis 20.500 g. b. orina: 0 g. 20 de albúmina y pigmentos biliares.

Tratamiento médico clásico y como a las 48 horas el estado del paciente no cambia se le propone la operación que acepta.

Hidratos de carbono, suero, vitamina K, tónicos cardíacos, etc.

Se opera con anestesia por gases (ciclopropano). Pte. Villar. Vesícula grande, congestiva que se punciona y evacúa líquido sero puriforme. Contiene barro biliar, pero no se encuentran cálculos. La exploración de la vía biliar principal es difícil y su estado general no se presta a un acto

operatorio importante. Desinfección de la cavidad vesicular con mercurio y sulfatiazol. Colecistostomía con sonda Prat. En el post operatorio paciente mejora paulatinamente, haciéndosele un tratamiento intensivo con suero, extracto hepático y vitamina K.

Drena diariamente de 300 a 400 c.c. de bilis. En Noviembre se le practica una 2ª colangiografía que revela un calculito enclavado en la ampolla de Vater. Se le hace el tratamiento de los Drs. Negri: gomenol y alcohol bencilico.

Pasan los días y aunque ha mejorado su proceso biliar, su estado general no se repone como correspondía, cosa que se explica porque el paciente era un morfinómano y acostumbrado a los alcaloides, que pasaba de contrabando en la Sala. Fallece en Diciembre a los 43 días de operado, por la acción fundamental de los estupefacientes.

En este caso la indicación operatoria en caliente, era precisa y estaba justificada; si no se salvó al enfermo fué porque se trataba de un viejo etilista y luético e inveterado morfinómano, a quien fué imposible convencerlo, así como también a sus cómplices del gran peligro del uso inmoderado de estupefacientes, en un hombre de edad y con una afección grave biliar.

La operación en caliente, no permitió reconocer la obstrucción calculosa del colédoco, cosa que sólo se habría podido diagnosticar con la colangiografía operatoria; pero aun en este caso, seguramente no habríamos podido ampliar la intervención, por la falta de resistencia del paciente.

OBSERV. 3ª. — Recientemente he tratado una colecistitis aguda, que resultó una perforación vesicular. J. C., de 77 años de edad, sin antecedentes biliares, tiene bruscamente dolores en el hipocondrio der., fiebre y chuchos y una tumefacción vesicular.

Tratamiento médico, a los 4 días lo veo en consulta con nuestro amigo el Dr. De Boni. Enfermo grueso, abdomen voluminoso y buen estado general, borde hepático descendido, engrosado y muy sensible en el epigastrio. Se palpa una tumefacción redondeada, por fuera del recto derecho, móvil con la respiración y todos los caracteres de una vesícula. La tumefacción y el hígado son muy sensibles, hay resistencia de la pared, con defensa. Pulso 80. Temp. 37 ½, lengua muy saburral, deposición en el día. Leucocitosis 12000 g. b.

Por las oscilaciones y alternativas que tuvo la vesícula en estos días. confirmamos el diagnóstico del médico de cabecera: hidropesía intermitente de la vesícula. Se resuelve continuar el tratamiento médico, que parece mejorar al enfermo pues el hígado se achica y disminuye el intenso dolor epigástrico. La vesícula se palpa más chica y más diferenciada, pero, ante estos signos de mejoría, la leucocitosos asciende a

18700 g. b. y aparece un tinte icterico de las escleróticas. Esto nos lleva a plantear la operación inmediata, pero la familia solicita retardar ésta, pedido que aceptamos pero colocando al enfermo bajo inmediata vigilancia en el Sanatorio.

El enfermo continúa en sus oscilaciones y aunque el estado local y general han mejorado, la persistencia de la leucocitosis (18.500) y la ictericia, nos hacen persistir en la indicación de la operación, no obstante la mejoría del vientre, cuyo foco vesicular, está más blando, palpable e indoloro.

Opeación 25 - 3 - 45. — Drs. Prat y J. Iraola. Anestesia local y crepuscular. Incisión transrectal. Hígado grande y muy congestionado, con el epiplón arrollado y aplicado contra el hígado. Al despegar el epiplón viene una ola de bilis verdosa luego amarillo purulenta, que proviene del cuello de la vesícula y que derivamos, protegiendo el vientre, con compresas. Se reconoce la perforación vesicular y se extraen con la cucharilla, siete cálculos muriformes de una vesícula esclero atrófica. Desinfección con mercurio cromo y sulfamida. Drenaje con una sonda Malecot y 5 gasas que la circundan. Cierre de la pared en tres planos. Penicilina 300.000 unidades en 3 días. El enfermo evolucionó perfectamente.

En este caso, la indicación de intervenir en período agudo, la planteamos por tratarse de una hidropesía intermitente, con obliteración recidivante del cístico y si no se operó más oportunamente, fué porque la familia impuso un compás de espera. Cuando el paciente parecía mejorado localmente, operamos y comprobamos una perforación vesicular, con una colección biliar circunscrita, que no revelaba el cuidadoso examen físico del paciente. Esto nos demuestra lo difícil que es a veces, el diagnóstico preciso, en las complicaciones biliares agudas y la gran posibilidad del error.

Si este enfermo no hubiese sido operado tan oportunamente como se hizo, a pesar de su mejoría, pronto habría aparecido la peritonitis biliar generalizada. Esta corta serie de casos que pasamos en revista, nos demuestra que el cirujano debe tener un espíritu eclético y aun cuando sea partidario del tratamiento médico en la colecistitis aguda, debe tener bien presente que en determinadas y contadas oportunidades tendrá que ser radical y operar esta afección y sus complicaciones, con toda urgencia, sin que esto quiera decir que debemos modificar fundamentalmente el criterio ya establecido del tratamiento médico, como terapéutica de elección, que es el que nos ha dado mejores resultados.

Es por esto que los cirujanos han establecido una división práctica y esquemática en las colecistitis agudas, en: **colecistitis agudas simples y colecistitis agudas graves.**

En las primeras se admite que ellas obedecen y curan con el tratamiento médico; en las segundas, instalado el tratamiento médico, en cualquier momento puede aparecer la indicación operatoria o presentar primitivamente esta indicación quirúrgica, desde que fueron diagnosticadas. Quiere decir esto, que el criterio terapéutico de la colecistitis aguda puede variar y oscilar bastante según los cirujanos, pues, lo que resulta una indicación operatoria positiva para un técnico, puede ser secundaria para otro, de aquí resulta la constante inquietud quirúrgica, que existe en la terapéutica de la colecistitis aguda y explica las persistentes embestidas de algunos cirujanos para imponer el tratamiento de urgencia como en la apendicitis.

Dr. Juan Soto Blanco. — De la comunicación leída por el Profesor Dr. Prat, saco en consecuencia que no siempre el diagnóstico clínico de colecistitis aguda es fácil. De los tres casos presentados, uno de ellos resultó ser un absceso del hígado (comprobación quirúrgica); otro una colecistitis primaria complicada en segundo término y el tercero una colecistitis con litiasis canicular.

Por mi parte he operado dos enfermos portadores ambos de un gran quiste hidatídico supurado del hígado; estos dos enfermos habían entrado en el Servicio con quince días de anterioridad y allí en el momento de entrada se les hizo a ambos el diagnóstico clínico de colecistitis aguda.

He tenido por otra parte dos enfermos privados en los cuales hice diagnóstico de colecistitis supurada, enfriada parcialmente y la intervención quirúrgica demostró que se trataba en un caso de un absceso del hígado haciendo una saliente redondeada junto al lecho vesicular, y en el otro de un absceso sub-hepático de tipo leñoso, supuración antigua agudizada en los últimos días.

Como lo demuestran estos casos y muchos que se podrían relatar, el diagnóstico clínico de colecistitis aguda, no es siempre fácil. ¿Importancia de esto? Habiendo cambiado muchos cirujanos su manera de tratar la colecistitis aguda, haciéndose intervencionistas desde los primeros momentos, en vez de enfriarlas, se tendrá más de una sorpresa operatoria al comprobar en el acto quirúrgico, vesículas sanas y distintos procesos de la vecindad, que simulaban la colecistitis.

Estos errores de diagnóstico en clínicos de gran práctica, creo que podrían explicarse porque seguramente todas estas infecciones hepáticas que llegarán con el tiempo a la supuración, han tocado los primeros días el árbol biliar intra y extra hepático, dando las manifestaciones de dolor,

tensión, malestar, en el punto vesicular. Al localizarse la enfermedad y hacer el absceso, desaparece este primer cuadro y el clínico que examina al enfermo en este momento, cambia seguramente su primer diagnóstico. Los que siguen el régimen expectante, enfriando las colecistitis tienen en esta causal del diagnóstico, un gran argumento a su favor.

El Prof. Dr. Prat nos habla también en su trabajo de la administración de penicilina en uno de sus enfermos; me interesa saber la vía de administración y dosis empleada.

Dr. Loubéjac. — Me parece interesantísima la comunicación del Prof. Dr. Prat y como yo tengo cuatro o cinco casos de colecistitis agudas operadas pediría que, además, del motivo que nos da de la promesa que nos hace el Prof. Prat de hacer dos nuevos aportes sobre este tema, que este punto lo pusiéramos nuevamente como tema en discusión, de modo que nos dé oportunidad, a los que tenemos alguna experiencia en el asunto, de traer casos similares.

Dr. Arranitarte. — Yo voy a narrar otro caso de error de diagnóstico. Se trataba de un enfermo que ingresó al Servicio del Prof. Prat con una historia de hematemesis que databa de poco tiempo atrás. Había sido operado hacía unos años de un quiste hidático del hipocondrio izquierdo.

Hicimos una laparotomía mediana supraumbilical pensando en una lesión gastro-duodenal. El enfermo tenía dos quistes hidáticos del tamaño de una mandarina chica, uno en el pequeño epiplón, el otro en el epiplón gastro-esplénico. Se enuclearon totalmente sin dificultad. La exploración del resto del abdomen superior no reveló nada que llamara la atención. El hígado era de tamaño, coloración y consistencia normales.

A los veinte días de operado y cuando ya pensábamos darlo de alta, hizo un cuadro agudo doloroso de hipocondrio derecho. Fué visto entonces por el Prof. Del Campo que pensó en una colecistitis por posible oclusión aguda del cístico.

Fué vigilado hasta el día siguiente en que volvimos a intervenirlo dado que el cuadro se había agravado.

Con anestesia local hicimos una laparotomía paramediana transrectal derecha. La vesícula no tenía nada digno de mención. El hígado estaba tenso, como si tuviera una masa en su interior. Lo puncionamos y comprobamos que no había ni quiste ni absceso. La cápsula de Glisson se desgarró espontáneamente en el sitio de la punción que fué hecha con aguja fina dando salida a una papilla parenquimatososa que guardamos para estudio. Como no se podía hacer sutura por la friabilidad del parénquima volvimos a colocar una mecha. El enfermo falleció ocho días después. El estudio de los fragmentos obtenidos fueron estudiados por el Dr. Ardao que informó diciendo que se trataba de un tumor a células redondas con las características agravantes de un sarcoma. No fué posible la necropsia.