

LA INDICACION OPERATORIA EN LOS PROCESOS HEPATO - BILIARES AGUDOS

Abel Chifflet

Es indudable que en los años últimos el problema que abordamos, ha adquirido una dominante actualidad.

Descartamos el criterio expresado en vaguedades de los que resuelven sus problemas por intuición o por lo que llaman sentido clínico y que los lleva a ser más o menos intervencionistas según las circunstancias. No acompañamos a ciertas escuelas engolfadas en el terreno de la estadística, pues por más perfecta que se les haga, jamás permitirán, dictar normas en las complejísimas situaciones de los hepato-biliares agudos.

Entrando en la discriminación de esos casos, es corriente oír hablar en términos que traducen el origen del proceso, o su naturaleza anatómica, o el agente microbiano. Se da así una sensación de firmeza a las conclusiones, aún cuando estos elementos de juicio no son en realidad superponibles a determinadas particularidades evolutivas, de modo que no podemos con la etiqueta en la mano decir a ciencia cierta la evolución ulterior. Pero lo más importante es que no ejercemos la medicina sobre las etiquetas, sino sobre enfermos, los cuales, en su mayoría, no presentan síntomas o signos que nos afirmen el origen de un proceso biliar, su anatomía exacta, el agente provocador, etc. La conducta terapéutica debe basarse en lo que sabemos con exactitud del enfermo y reconocer a estos en función de su pronóstico.

Todo paciente hepato biliar es un enfermo de un conjunto visceral y sufre la acción de varios procesos. No se conoce al paciente mientras no se ha reconocido la variable participación de todos los órganos de ese conjunto y todos los procesos que los abarcan.

El conjunto visceral está constituido por el hígado; por el

páncreas; por el derivado cístico vesicular y por los canales excretorios principales. Las lesiones interesan habitualmente a todos los integrantes del sistema. No existe paralelismo en estas lesiones, haciendo así distintos tipos según la predominancia del proceso en un territorio o en otro. Pero dos hechos son de importancia fundamental en esta predominancia de procesos: 1º) que los procesos dominantes no son los que siempre dan la dominancia en las manifestaciones clínicas, 2º) que el porvenir del enfermo, que es lo que interesa en vistas al tratamiento, no depende de los procesos dominantes.

El cuadro clínico dominante puede en un paciente ser vesicular y sin embargo tener los procesos más importantes a la altura de la célula hepática. Aun siendo el proceso más importante el de la propia vesícula, cobra más interés la posible discreta participación parenquimatosa, porque por allí se va la vida de muchos enfermos etiquetados como colecistitis aguda. Y la indicación operatoria que se basa en todas partes en el pronóstico, debe hacerse en estas circunstancias más que por el estado vesicular, por el estado de la célula hepática.

Varios procesos interesan concomitante al conjunto visceral. Cualquiera de ellos puede iniciar solo o en asociación la afección pero en su período de estado, coexisten, con intensidad variable. Colocamos en cuatro grupos estos procesos:

Los fenómenos vasculares, de gran importancia en el origen de ciertas necrosis vesiculares, adquieren un gran interés en ciertas formas de pancreatitis y en especial están en la base de numerosos casos de insuficiencia hepática aguda.

Los trastornos funcionales, interesan los canales (diskinesias) y los parénquimas (insuficiencias celulares).

La obstrucción canalicular, puede depender de una disposición congénita, acodadura, cálculo, etc.

La infección, puede reconocer numerosos orígenes y ser de cualquier variedad.

De la suma de estas influencias patogénicas surgen los cuadros clínicos, en los que habría que anotar la doble particularidad ya señalada al referirnos a la multiplicidad del sistema visceral:

1º La manifestación clínica dominante no responde siempre a la naturaleza del factor patogénico principal.

2º El factor patogénico principal no es el más importante para la evolución del paciente.

Es así por ejemplo que en las llamadas colecistitis agudas, el factor patogénico principal suele ser la obstrucción del cístico, que en la escena clínica pasa a segundo término frente a la manifestación infecciosa. En la litiasis coledociana el factor obstructivo domina la escena y el interés pronóstico se basa en la infección biliar y la insuficiencia hepática. Sobre esta orientación pronóstica y no sobre la anatómica, se irá al acto operatorio.

Veamos, con estos conceptos la conducta a seguir en los enfermos con manifestaciones clínicas dominantes en el territorio vesicular.

Síndromes vesiculares dominantes. — Es corriente englobar con el nombre de colecistitis agudas, todos los cuadros clínicos de sufrimiento vesicular agudo. De acuerdo con lo expuesto anteriormente comencemos por aclarar esta denominación en un doble sentido: 1º) no se trata de fenómenos infecciosos puros; 2º) no es una afección localizada a la sola vesícula.

La infección no es todo en la llamada colecistitis aguda; el trastorno vascular tiene su importancia y más aún la obstrucción del cístico. Es esta probablemente la causa inicial en las colecistitis agudas litíasicas y es a esta obstrucción más que a la infección, que esta subordinada la evolución del proceso local.

Existen procesos concomitantes en hígado, páncreas y vías principales. Estos procesos pueden ser o no de importancia y pueden o no ocupar un lugar evidente en el escenario sintomático, pero es fundamental que el médico sepa de su existencia y evalúe su importancia en cada caso. Porque con poca repercusión clínica una infección del árbol biliar o una insuficiencia hepática mata a un paciente de colecistitis.

Expuesto así lo que es en fin de cuentas una colecistitis, vayamos junto al enfermo para buscar las indicaciones de la intervención quirúrgica. No se puede desconocer la existencia de ciertas formas clínicas, aun cuando puedan, estas verdaderas entidades, sumarse en ciertos casos. Citemos la llamada colecistitis benigna, la colecistitis en el curso de enfermedades infecciosas y la colecistitis litíásica.

Al decir colecistitis benigna no solo queremos señalar una particular evolución, sino caracteres clínicos muy especiales. Nos referimos a los cuadros que suelen aparecer a continuación de desarreglos gastro intestinales, caracterizados por un estado febril, con dolor vago en hipocóndrio derecho, más evidente a la palpación de la zona vesicular, pero con hígado agrandado y sensible y ligero tinte icterico. La evolución favorable en estos casos descarta todo planteamiento operatorio.

El problema importante surge en las colecistitis litiasicas. Las caracterizan los antecedentes habitualmente claros de litiasis biliar y un grupo de manifestaciones que pueden colocarse en tres grupos:

- dolor
- manifestaciones generales toxi-infecciosas
- manifestaciones locales (palpación vesicular-irritación peritoneal).

Estos enfermos sometidos al tratamiento médico (reposo-hielo-urotropina I. V. medicación anti-infecciosa) curan en su mayoría. Tales curaciones suponen la terminación del cuadro agudo, pero dejan con frecuencia sufrimientos por peritonitis plástica peri-vesicular o por importantes lesiones vesiculares que evolucionan tópidamente. Empujes agudos más graves pueden producirse. En cualquier caso hay un pequeño número de enfermos de colecistitis agudas que mueren por su enfermedad. Para algunos justificaría este número de enfermos, una conducta intervencionista en todos, con lo cual llegarían a números menores de casos fatales. Nos parece más lógico pensar solamente en los que hay que sospechar que van a evolucionar mal.

La forma de comienzo de una colecistitis aguda no indica absolutamente nada de su futura evolución. Descartada la intervención quirúrgica sistemática en agudo, es natural que a falta de signos iniciales de pronóstico, no se plantee la operación al comenzar el sufrimiento.

Pasadas unas horas pueden aparecer modalidades en los integrantes del trípede sintomático, anunciando una evolución desfavorable y el médico debe reconocerlas.

El dolor espontáneo es a veces intenso y no cede a la medicación calmante; la reacción peritoneal pierde el carácter local para hacerse extendida al hemiventre o a todo el abdomen, la

vesícula muy grande y tensa es fuertemente dolorosa a la palpación, las manifestaciones generales se agravan progresivamente. Todos estos fenómenos denotan una particular virulencia o extensión del proceso y deben llevar al cirujano a una acción cruenta dirigida al foco vesicular. Es este el primer grupo de enfermos que deben ser operados en pleno estado agudo.

Pero en el vesicular agudo hay siempre procesos hepáticos, pancreáticos y coledocianos que como decíamos, pueden ser de poca repercusión clínica y hasta de poca entidad patológica, y sin embargo estar allí el riesgo de la vida del enfermo.

Los procesos pancreáticos concomitantes con las colecistitis agudas, no son excepcionales. Dejemos de lado su mecanismo de producción. Anotemos solamente que la suma de ambos procesos agudos, es de un pronóstico serio si se dejan evolucionar sin intervención quirúrgica. El enfermo termina por una complicación necrótica de su vesícula o por los fenómenos colapsantes de la pancreatitis.

Los procesos del canal hepato-colédoco por obstrucción (cálculo en Vater o en confluente cístico coledociano) o por coledocitis y angiocolitis, acompañan a veces a la colecistitis aguda y aún cuando pueden mejorar con tratamiento médico, llevan a veces a situaciones que exigen un tratamiento cruento.

Pero en especial el sector del conjunto visceral que más interesa en la colecistitis aguda es el hígado. El aumento de volumen del órgano es habitual, interviniendo en ese sentido la retención biliar, la infección, la congestión, etc. Esta ingurgitación puede no pasar de un simple fenómeno pasajero, pero dos circunstancias le dan a veces gravedad mayor. Por una parte el estado anterior del hígado y por otra el estado cardio-vascular.

Los enfermos con una vieja historia de sufrimiento hepatobiliar, han sufrido la consecuencia de las repetidas ingurgitaciones del hígado haciendo una esclerosis del órgano. En el curso de la colecistitis aguda, la falta de elasticidad del órgano origina una compresión de las células hepáticas que puede llevar a su total aniquilamiento. Vemos así a esos enfermos con un estado general rápidamente precario, de aspecto de intoxicado, pálidos, subictéricos, inapetentes, y que a pesar de la mejoría del proceso inflamatorio vesicular, hacen fenómenos variados (pulmonares, veno-

sos, etc.) que los pueden llevar a largas enfermedades y aún la muerte.

El estado cardio-vascular, de tanta importancia en las relaciones con la patología hepato-biliar, sufre las consecuencias de la afección vesicular y de los fenómenos pancreáticos que pueden acompañarlos. El propio hígado repercute seriamente sobre el corazón. Recordemos que la aurícula derecha, por medio de la cava inferior, mantenida abierta en el anillo fibroso del diafragma, está en franca continuidad con el sistema venoso hepático. La retención de sangre en un hígado congestivo puede ser muy grande, trabando así la función del corazón derecho, el cual a su vez hace sufrir al hígado. Los cardíacos y en general los viejos, pueden, en el curso de una colecistitis aguda, hacer fenómenos serios y hasta mortales por repercusión cardio-vascular.

El primer grupo de enfermos que deben ser operados en agudo comprendía los que presentaban fenómenos vesiculares que hacían temer por la evolución del proceso local y planteábamos la operación por persistencia o agravación de los elementos del trí-pode sintomático. El segundo grupo comprende los enfermos que presentan una importante participación de los otros integrantes del sistema hepato-bilio-pancreático.

En cuanto a la operación a realizar, surge de lo expuesto. Cuando la operación se hace en un enfermo del primer grupo, la lesión vesicular es la que debe ser tratada, porque allí está el riesgo. La mejor conducta es en principio la supresión del órgano enfermo y drenaje del territorio inflamado. Cuando las dificultades técnicas impidan la colecistectomía, puede la colecistostomía dar grandes beneficios. Supone esta operación la supresión de la tensión intravisceral, el tabicamiento de la región vesicular con mechas y a menudo la extracción del cálculo que obstruye el cístico.

Cuando la operación se hace en un enfermo del segundo grupo, el problema de la vesícula pasa a segundo término frente a los riesgos en otra parte. El tratamiento de esos riesgos (coledociano, pancreático, hepático) se hace por el drenaje del árbol biliar, que puede ser realizado por el colédoco o por la vesícula. Somos decididos partidarios de efectuar el drenaje en estos casos agudos por la vesícula. Y si bien en los enfermos del primer grupo

la directiva terapéutica era sacar este órgano inflamado, en los enfermos del segundo grupo la directiva es respetada, aún enferma, para hacer por su intermedio el tratamiento de los procesos hepato-bilio-pancreático que iban a matar al paciente.

Este planteamiento nos permite explicar el fracaso de ciertas colecistectomías en agudo, en que se ha sacado un órgano enfermo y se ha dejado en pie un proceso hepato-bilio-pancreático, agravado aún por la intervención quirúrgica. Se ha mirado al enfermo con estrecho horizonte y ha escapado lo principal. Al mismo grupo de fracasos corresponden los casos de colecistostomía con cálculos enclavados en el cístico, cuando el proceso es hepático, coledociano o pancreático, puesto que el árbol biliar queda igual que antes de la operación. En estas circunstancias el cirujano que no puede desenclavar el cálculo hacia la vesícula deberá recurrir a otros medios para obtener el drenaje del árbol biliar.

En fin, para terminar, creemos que dejándose llevar por los cuadros clínicos expuestos, más de una vez haremos intervenciones cruentas en pacientes que presentan otro proceso infeccioso, hepático o peri-hepático y siempre, con el error en el diagnóstico, habremos hecho beneficio al enfermo. Porque poco interesa si es infección vesicular o peri-hepática o de un quiste hidatídico, frente al concepto de que operamos un enfermo con una infección que se extiende, o que repercute seriamente sobre el estado general, o un enfermo que está expuesto a morir de una afección del páncreas o de una insuficiencia hepática.

Resumiremos dos observaciones del mes de Agosto (211-238) correspondientes a enfermas tratadas con el criterio que sostenemos, y que confirman nuestra posición.

La obs. 211 corresponde a una señora de 63 años con historia de cólicos hepáticos seguidos de ictericia y fiebre, datando de 5 meses. Ingresa con un cólico hepático. Está febril, subictérica y hay dolor franco al examen del hipocondrio derecho. En los días siguientes el estado general se mantiene estacionado y localmente persiste el dolor y resistencia en zona vesicular. El pulso oscila entre 100 y 110.

Al 8º día del ingreso la temperatura sube a 39º, el pulso a 130. El estado general es precario, los tonos cardíacos apagados,

el hipocondrio derecho más doloroso y con mayor resistencia, los leucocitos en sangre subieron a 12.600. Se decide intervenir inmediatamente con el siguiente criterio:

1º Se trata de una persona de cierta edad en la que tememos una agravación del funcionamiento cardiovascular.

2º El cuadro infeccioso va en aumento tanto en las manifestaciones locales como generales.

El plan operatorio está orientado por el interés en drenar el foco infeccioso y en especial el árbol biliar. La operación es realizada por el Dr. Suárez Meléndez. Encuentra: Hígado grande, blando, congestivo. Páncreas engrosado. Vías biliares principales sin particularidades. Vesícula muy aumentada de volumen, tensa, sin pericolecistitis. Cálculo enclavado en el cístico. Otros en la vesícula. Efectúa la evacuación de la vesícula (pus, mucus) y de los cálculos (sale entonces bilis) colocando un drenaje vesicular.

A la mañana siguiente el pulso en 92, la temperatura $37 \frac{2}{5}$, el estado general excelente. El tubo drena bilis. El post-operatorio sigue bien. Las pruebas de la perfusión, la colédococlis y la colangiografía postoperatoria permiten asegurar la indemnidad de la vía biliar principal. Se procede a las medidas que conducen al cierre de la colecistostomía y la enferma es dada de alta de la Sala.

La obs. 238 corresponde a una paciente enviada por el Dr. Vizziano con una ictericia por retención datando de dos meses. Enferma apirética estado general pobre, ictericia discreta, vesícula palpable, dolorosa. Mientras se hacen los estudios complementarios y tratamiento médico con el diagnóstico de litiasis coledociana y colecistitis la enferma se mantiene estacionada, siendo la principal molestia de la enferma el dolor en zona vesicular. Se decide la operación con el siguiente criterio:

La colecistitis de esta enferma va acompañada de una obstrucción coledociana.

El plan operatorio está dirigido a la supresión de la retención biliar.

En la operación encontramos una vesícula tensa, calculosa, de paredes muy gruesas, con placas de necrosis en su mucosa, con adherencias epiploicas y duodenales recientes y cuyo conte-

nido es un líquido seroso sucio. El hígado es grande, blando. El páncreas es duro y grueso. El colédoco es de calibre superior a un pulgar y efectuando el decolamiento del duodeno páncreas se reconoce un cálculo en la ampolla de Vater. El contenido del colédoco es un líquido seroso purulento a presión. Extraemos el cálculo de la ampolla subiéndolo al orificio de la coledocostomía y drenamos el colédoco con tubos de Kehr. Vaciado de la vesícula y colecistostomía.

El resultado de la operación es satisfactorio. En los días siguientes vamos obstruyendo periódicamente el drenaje vesicular, al tiempo que se aumenta la presión en la coledocostomía. La colédococlis, la colangiografía y la prueba de la perfusión muestran la normalidad de la vía principal por lo cual se quita el tubo coledociano y posteriormente el vesicular. Alta en buenas condiciones.

Otras observaciones de nuestra casuística personal podrían aumentar el número, pero no modificarán la noción que surge ya de estas dos presentaciones. Con la primera observación hemos querido puntualizar el riesgo de un cuadro infeccioso cada vez más grave, que cede espectacularmente con la operación, y hemos anotado la circunstancia de la repercusión cardíaca vascular, por cuyo camino terminan muchas vesiculares. La segunda observación es un ejemplo típico de procesos extendidos que deben ser considerados en su totalidad para su buen tratamiento. La indicación operatoria surge de esa extensión y el acto quirúrgico hubiese ido a engrosar el número de fracasos de la operación por colecistitis aguda, si nos hubiésemos atendido a la lesión vesicular para hacer una colecistectomía. El problema aquí de la pared vesicular enferma pasa a segundo término frente al interés de suprimir el estancamiento biliar.