

## DATOS ESTADISTICOS SOBRE TRATAMIENTO DE COLECISTOPATIAS AGUDAS EN LA CLINICA DEL PROFESOR PEDRO LARGHERO YBARZ

Prof. Agreg. Dr. L. M. Bosch del Marco. Dr. Héctor Cardeza y  
Br. E. Bonavita

En el año 1946, Pedro Larghero Ybarz y R. Minatta, después de un análisis y revisión del material patológico del Laboratorio de Patología y Experimentación, reunieron 81 observaciones clínicas y piezas o biopsias, de colecistitis agudas correspondientes al período 1938-1946.

El estudio de este material permitió elaborar una primera estadística que no fué publicada, pero que sirvió para establecer algunas directivas para abordar el problema terapéutico de las colecistopatías agudas.

He aquí sus conclusiones:

El 84 % recibieron tratamiento quirúrgico, 16 % no fueron operadas, 50 % de los operados lo fueron dentro de los 3 días del comienzo.

En 50 % la operación fué diferida.

En los operados precoces sólo el 11 % fueron colecistectomizados; el 89 % fueron tratados por colecistostomía, después del fracaso del tratamiento médico, lo que explica su elevada mortalidad (6 en 30 : 20 %).

34 operaciones diferidas dieron 2 muertes: 5.8 % (Cuadro I).

Las enseñanzas adquiridas comenzaron a ser aplicadas simultáneamente en la Clínica privada y en el Hospital. La consulta quirúrgica más precoz, en la Clínica privada (hecho seña-

lado en todos los ambientes) permitió una conducta más radical con lo cual los resultados pudieron ser mejorados.

He aquí un cuadro sintético correspondiente a los años 1946-1951 de la Clínica privada, donde se señala el por ciento de colecistopatías agudas, en relación con la totalidad de afecciones de las vías biliares, el tratamiento empleado y el resultado obtenido.

Recalcamos que si bien el por ciento entre operados inmediatos y diferidos no varió sensiblemente, el por ciento de colecistectomías precoces se elevó a 76 o/oo (Cuadro II).

He aquí comparativamente un cuadro sintético de la totalidad de afecciones biliares ingresadas en el mismo período en la Clínica del Hospital Pasteur, en el cual el porcentaje de colecistopatías agudas es sensiblemente igual al de la Clínica privada (28 %).

Refundiendo las dos estadísticas precedentes, tenemos que sobre un total de 633 enfermos con afecciones biliares (vesicular o canalicular) 174 fueron rotulados como colecistopatías agudas en el momento de su ingreso.

Tenemos aquí los resultados obtenidos en el tratamiento de estas 174 colecistopatías agudas:

66 % operados. 34 % no operados.

30 % operaciones inmediatas.

70 % operaciones diferidas.

En las operaciones inmediatas:

Colecistectomía en el 48 %.

Colecistostomía en el 52 %.

Las 35 operaciones precoces sólo dieron 2 muertes, no por colecistectomía sino por colecistostomía.

Lo más notable es que hubo 7 muertes por colecistostomía, en casos operados después del tercer día del comienzo de los síntomas. El retardo operatorio por ingreso retardado y los factores adversos que hicieron preferir el simple drenaje (obesos - cardíacos, intoxicados, con lesiones hepatorenales, diabéticos, etcétera) explican esta elevada mortalidad por colecistostomía.

Inversamente, 17 colecistectomías precoces y 50 colecistectomías diferidas, no dieron ninguna muerte.

En suma: sobre 35 operaciones inmediatas, hubo sólo 2 muertes (por colecistostomía): 5.7 %.

80 operaciones diferidas dieron 7 muertes (colecistostomía): 7.7 %.

### COLECISTOPATIAS AGUDAS. TRATAMIENTO ESTADISTICA SOBRE 81 OBSERVACIONES

CLINICA DEL PROF. P. LARGHERO YBARZ

Dres. P. Larghero Ybarz — R. Minatta

PRIMER PERIODO: 1938-1946

Total de Observaciones: 81.		
	Operados . . . . .	68
	No operados . . . . .	13
	<hr/>	
	Operaciones inmediatas	34
	Operaciones diferidas .	34
	<hr/>	
Tipo de operación inmediata {	Colecistectomía	4
	Colecistostomía	30
Tipo de operación diferida {	Colecistectomía	20
	Colecistostomía	14
Muertes en Op. inmediatas {	En colecistectomías	1
	En colecistostomías	6
Op. diferidas {	En colecistectomías	1
	En colecistostomías	1

### CLINICA PRIVADA Dr. P. LARGHERO

1946 a Octubre 1951

Total de afecciones biliares: 112

#### Clasificación:

Litiasis vesicular . . . . .	59	(6 con cáncer)
Litiasis vesicular y coledociana	13	
Malformaciones . . . . .	7	
Vesícula fresa . . . . .	5	
Cáncer de vesícula (asoc. lit.)	6	
Colecistitis aguda . . . . .	28	25 %

Colecistitis agudas: Tratamiento

Operadas:	23	—	82 %
No operadas:	5		
Operación inmediata:	13	—	46 %
Colecistectomía:	10	—	76 %
Colecistostomía:	3		
			Mortalidad: 0
Operación diferida (después del 3er. día):	10		
Colecistectomía:	8		
Colecistostomía:	2		
			Mortalidad: 0

CLINICA QUIRURGICA Dr. LARGHERO

Julio 1946 — Octubre 1951

Total de afecciones biliares: 521

Clasificación:

Litiasis vesicular . . . . .	240	(3 con cáncer)
Litiasis vesicular y coledociana . . . . .	64	
Malformaciones . . . . .	26	
Vesícula fresa . . . . .	14	
Cáncer . . . . .	3	
Colecistitis agudas . . . . .	146	28 %

COLECISTOPATIAS AGUDAS. TRATAMIENTO  
ESTADISTICA SOBRE 174 OBSERVACIONES

CLINICA DEL PROF. P. LARGHERO YBARZ

Dres. L. M. Bosch Del Marco — H. Cardeza — Br. E. Bonavita

Segundo período: 1946-1951

Total de observaciones: 174.

Operados . . . . .	115	
No operados . . . . .	59	
Operaciones inmediatas . . . . .	35	
Operaciones diferidas . . . . .	80	
Tipo de operación inmediata {	Colecistectomía	17
	Colecistostomía	18

Tipo de operación diferida	}	Colecistectomía	50
		Colecistostomía	30
Op. inmediatas	}	En colecistectomías	0
		En colecistostomías	2
Muerte en			
Op. diferidas	}	En colecistectomías	0
		En colecistostomías	7

### Conclusiones.

1º) El problema del tratamiento de la colecistitis aguda, debe ser considerado dentro del gran síndrome de las afecciones agudas del árbol colecisto bilio pancreático.

2º) El tratamiento quirúrgico de este último síndrome aludido, se debatió públicamente en el Congreso Médico del Centenario Nacional de 1930; las opiniones de los relatores en esa oportunidad fueron favorables a la sanción quirúrgica, aunque el acuerdo no fué unánime sobre la oportunidad y el tipo de operación a realizar.

3º) En el otro sector de las afecciones hepato-bilio-pancreáticas y nos referimos a la necrosis aguda del páncreas (1), nuestra preferencia es el drenaje vesicular o coledociano, considerando que cualquiera que sea su patogenia; infecciosa o no, el drenaje de la vía biliar no es agresivo y aporta indudables beneficios. Suprimimos toda acción quirúrgica sobre el páncreas alterado.

4º) En lo que se refiere a la colecistopatía aguda, designación genérica que engloba procesos patológicos y mecanismos patogénicos muy diferentes, el problema del tratamiento quirúrgico debe ser referido:

- a) a un diagnóstico lesional aproximado del estado visceral bilio-pancreático, canalicular y renal;
- b) a la lesión anatomo-patológica vesicular;
- c) a la oportunidad operatoria;
- d) a la condición general del enfermo (obesidad);
- e) a las dificultades operatorias previsibles y a la serie de recursos que faltan en los equipos de emergencia aún en los mejores centros hospitalarios.

5º) El tipo de operacion a realizar está condicionado a la consideración de todos los factores precedentes. No puede haber discusión de que la colecistectomía es el tratamiento ideal en todo enfermo, cualquiera que sea su lesión anatómica; desde la distensión mecánica vesicular hasta su alteración necrótica, con o sin reacción peritoneal exudativa, siempre que ellas sean producidas por un grueso cálculo enclavado en el bacinete y cualquiera que sea la época en que se presente; a la condición de tener la certeza de que no existe una infección coledociana, o litiasis sin infección asociada del colédoco. Inversamente cuando está presente una infección de la vía biliar principal asociada a la vesicular, la primera debe ser drenada ya en forma indirecta por colecistostomía, ya directamente si se ha practicado una colecistectomía.

6º Del punto de vista práctico la decisión del tratamiento quirúrgico, no se plantea antes de las 18 - 24 horas del comienzo de la crisis; excepcionalmente en el ambiente hospitalario, el ingreso se produce antes de este plazo. En la clientela privada el ingreso es casi siempre más inmediato, y de ello deriva una operación más precoz, colecistectomía, más frecuente y de resultados mejores (ver estadística personal).

La decisión sobre si se va a sacar la vesícula o drenarla, se tomará a veces antes de la operación (la edad muy avanzada, la gran obesidad, las probabilidades de anestesia general difícil y el equipo quirúrgico insuficiente, deben inclinar a la operación mínima). Otras veces, la decisión se toma una vez el vientre abierto. En este caso la exposición amplia, la buena marcha de la anestesia, los ayudantes eficientes y el tipo de lesión vesicular, permitirán tomar una determinación decidida. Ocurre a menudo que se entra con la idea de drenar y el cumplimiento de las condiciones expuestas presenta el caso como ideal para reseca; pero lo que debe ser evitado a toda costa es iniciar una colecistectomía y a mitad del camino la aparición de un incidente (hemorragia del lecho, imposibilidad de alcanzar el pedículo), hagan abandonar la idea de la ectomía y terminar con un drenaje. Estas operaciones incompletas que terminan con un drenaje rodeado de mechas de taponamiento son de pronóstico más grave que una cole-

cistectomía; más graves que una colecistostomía “d’emblée” y mismo más graves que no haber hecho nada.

La oportunidad para la decisión operatoria debe tomarse desde el comienzo de la crisis y no desde el momento del ingreso al hospital. Consideramos como operaciones precoces las realizadas antes de las 24 horas del comienzo; oportunas las de antes de las 72 horas y diferidas, después del tercer día. Hemos hecho colecistectomías diferidas el 5º, 10º, ó 12º días, para sacar una vesícula necrosada, llena de líquido fecaloideo o pútrido.

La colecistitis aguda verdadera comporta:

- 1) un síndrome doloroso y funcional constante;
- 2) una sintomatología general y visceral variable;
- 3) un síndrome físico constante;
- 4) una lesión anatómica de variable entidad;
- 5) una causa patogénica casi permanente.

La causa es en el 95 % de los casos, una obstrucción calcu-losa del bacinete o del cístico por lo cual el término de “colecisti-tis aguda obstructiva” es el más descriptivo. En casos raros, la obstrucción puede ser de origen inflamatorio a nivel del cístico y más raramente aún, la distensión vesicular aguda puede responder a un obstáculo en el colédoco (cálculo u otra lesión).

La lesión anatómica derivada de esta causa, depende del tiempo de evolución, del factor bacteriológico y del estado anterior de la pared vesicular. La sucesión de fenómenos es esquemáticamente la siguiente:

- a) obstrucción del cístico con retención del contenido vesicular;
- b) secreción y diálisis a través de la pared vesicular con aumento del contenido e hipertensión;
- c) perturbación circulatoria por la sobre distensión o por acción del cálculo enclavado;
- d) necrosis habitualmente en planos, no total o solamente de la músculo mucosa;
- e) exacerbación de la virulencia microbiana.

Clínica y experimentalmente esta sucesión de fenómenos tienen repercusión sobre el resto de la canalización bilio-pan-creática, sobre la célula hepática y aún sobre el riñón:

Espasmo del Oddi con retención colédoco pancreática.  
Exacerbación de la virulencia microbiana en la bilis de la vía principal.  
Lesión de la célula hepática.  
Lesión de la célula renal (tubos).

Y cuando la pared vesicular infiltrada o con placas de necrosis se vuelve anormalmente permeable o se perfora, la participación peritoneal regional o general, completa el síndrome.

Del punto de vista clínico el síndrome mínimo para afirmar el diagnóstico de colecistitis aguda obstructiva, es:

El dolor, de aparición súbita, de irradiaciones extendidas, de intensidad y tenacidad no habituales. Síntomas funcionales variables. Vesícula palpable, exquisitamente dolorosa, contractura parietal de variable extensión (cuando hay necrosis), en cuyo caso la apreciación manual de la vesícula es menos clara. Cuando este síndrome mínimo queda incambiado después de las 6 horas, se debe plantear la indicación operatoria.

Se agregan en intensidad y en combinaciones variables: síntomas generales (temperatura rectal) chuco de frío, bradicardia relativa o absoluta. Lengua hipersaburral o muy seca, hiperleucocitosis con polinucleosis no constante (valores de 8 a 30.000). Síndrome humoro-visceral no constante: hiperazoemia; síndrome urinario: oliguria, orinas colúricas, densidad elevada (1.025 - 1.035), hiperazoturia, descenso de la tasa de cloruros, bilis y albúmina presentes, cilindros hialinos y granuloso.

Cuando, lo que no es raro, el síndrome sobreviene en un diabético, hay aumento de la glicemia, resistencia a la terapéutica antidiabética, glucosuria y a menudo acidosis.

La edad avanzada, la obesidad, la participación colédoco pancreática y hepato-renal, el estado cardio vascular comprometido y la diabetes como factores de agravación aislados o combinados, no constituyen en modo alguno contraindicación operatoria; la indicación, por el contrario, es aún más apremiante. Solamente la anestesia a emplear y la táctica (colecistostomía de preferencia) varían.

Siendo la colecistitis obstructiva aguda, una afección rápidamente evolutiva y pudiendo instalarse la obstrucción sobre una vesícula de paredes anteriormente sanas o acartonada por infla-



mación crónica, o sobre una vesícula ya ocluída (hidro colecisto) las lesiones anatómicas serán variables:

- a) con el tiempo de evolución;
- b) con la flora microbiana de la vesícula biliar;
- c) con el estado anterior de la pared del colecisto;
- d) con el grado de distensión de la vesícula.

La combinación de estos factores concurre en un cierto número de tipos anatomo-patológicos.

- 1) vesícula tensa con pared poco alterada;
- 2) vesícula tensa con pared edematosa y sin necrosis de la músculo-mucosa;
- 3) vesícula tensa con pared acartonada y edematosa, y necrosis de la músculo-mucosa;
- 4) la misma lesión anterior con placas de necrosis, con o sin perforación;
- 5) hidro colecisto con contenido puriforme, fétido;
- 6) vesícula de paredes delgadas con necrosis regional o total y perforaciones libres o cubiertas;
- 7) vesícula con gangrena masiva flotando en la logia de una colección pútrica, limitada por las vísceras vecinas;
- 8) vesícula de paredes esclerosas, llena de pus (siempre en casos de operación diferida);
- 9) colecistitis disecante y exfoliativa (operaciones diferidas por lo menos 20 días).