

## LA COLECISTECTOMIA SUBSEROSA

### Indicaciones y técnica

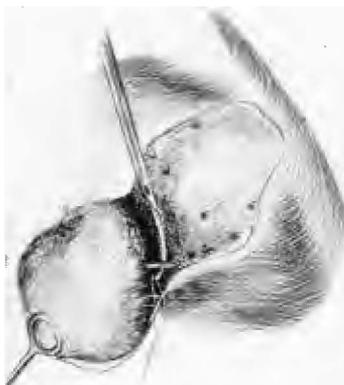
Prof. Agr. Dr. Héctor Ardao

La colecistectomía, siendo una operación que se decide en el campo operatorio una vez terminada la exploración del hígado, vías biliares, páncreas, duodeno, etc., requiere una incisión apropiada. La paramediana derecha supra e infraumbilical desde el reborde costal hasta un dedo por debajo del ombligo, reclinando hacia afuera el músculo recto, ofrece un abordaje quirúrgico amplio del hipocondrio, del epigastrio y el flanco hasta el contenido de la fosa ilíaca derecha.

Esta incisión respeta músculos y nervios de la pared y sirve bien a los efectos del drenaje en caso necesario (20 %). Sólo ofrece como inconveniente la dificultad del cierre de la hoja posterior en su mitad inferior especialmente en mujeres de vientre flácido. Los puntos de sutura desgarran si no se tiene el cuidado de realizar una sutura continua de cat-gut crómico N° 2, de abajo arriba previo el afrontamiento de los labios del peritoneo y hoja posterior mediante seis u ocho pinzas que traccionando transversal y constantemente hacia la línea media vencen la contracción del músculo transverso.

Un ayudante a la izquierda del cirujano mantiene durante toda la operación levantando el reborde costal con una valva de tipo suprapúbica y con otra flexible, de Deaver, reclina el lóbulo izquierdo del hígado. Decidida la colecistectomía procedemos del fondo al cuello y cualquiera sea el tipo de anestesia infiltrando con novocaína al  $\frac{1}{2}$  por %, y adrenalina (10 gotas por 100 c.c.), el subperitoneo parietal y subperitoneo de la vesícula (fig. 1). La vesícula normal presenta cinco capas histológicas (mucosa, muscular, fibrosa, subserosa y serosa). Están bien constituídas en la porción peritoneal y en el cuerpo del órgano. Es fácil hallar un plano de disección por fuera de la capa fibrosa en la vesícula normal y patológica. En la mayor parte de los procesos patológicos se conserva el plano de disección. En las inflamaciones agudas la infiltración edematosa facilita el hallazgo y la libera-

Fig. 1



MUCOSA.  
MUSCULAR  
FIBROSA —  
SUBSEROZA  
SEROZA —

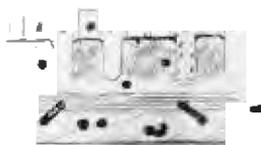


Fig. 2

Fig. 3

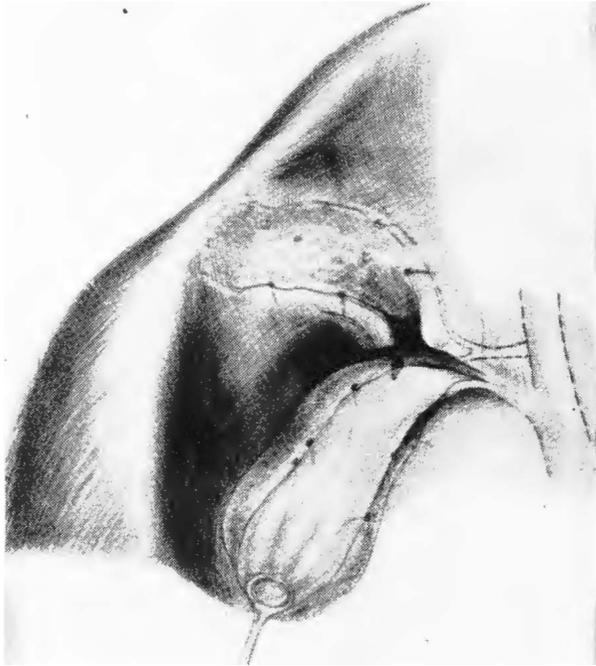


Fig. 4

ción del mismo modo que en la vesícula normal lo hace la inyección de novocaína.

Así los vasos son visibles y se pueden aislar y ligar a medida que se van encontrando (fig. 2). En el hidrocolecisto el clivado una vez iniciado se prosigue por así decirlo, solo.

En las colecistitis crónicas, atróficas o hipertróficas la infiltración subserosa facilita el hallazgo del plano de la disección, el cual se conserva casi siempre. En estos casos, es de la mayor importancia, manténerse en el buen plano para evitar el riesgo de herida de la arteria y canal hepático.

Procediendo en la forma que ilustran los esquemas (Fig. 3 y 4) a pinza y tijera se está a cubierto de tales riesgos y la arteria cística no se liga. Se ligan sus ramas de división que corren por el plano subseroso. Llegado al cístico a menudo sólo con la pinza de disección se desprende el peritoneo.

Se evita también el riesgo de ligadura de la arteria hepática derecha, cuando procede de una cística anormalmente gruesa. La colecistectomía subserosa que tiene ventajas al evitar el riesgo de herida de los elementos del pedículo hepático no está indicada en las colecistitis gangrenosas con esfacelo parietal o con abscesos intersticiales.

La bola de edema de novocaína (20, 30, 40 c.c. de novocaína-adrenalina) al darle espesor a la serosa permite tallar sin dificultad los colgajos peritoneales y su manipulación en el tiempo de la peritonización. Por otra parte la difusión del anestésico inyectado a tensión en el pedículo hepático principal y hasta el plexo celíaco, tiene ventajas reales al suprimir reflejos nerviosos, nocivos en el post-operatorio.

El cierre de la hoja anterior de la vaina del recto lo realizamos con puntos sueltos de cat-gut sólo, o alternados con lino o algodón si no se deja tubo de drenaje.

---

SEÑOR PRESIDENTE. — Antes de continuar con las contribuciones, invito a los doctores Piquinela, Ferreyra, Ardao, Mautone y Von Walterkirchen, a ocupar el estrado.

—Así lo hacen.

SEÑOR PRESIDENTE. Vamos a pasar a la discusión del tema

oficial, y aunque el Congreso es esencialmente nacional, ya que contamos con la visita del doctor Von Walterskirchen, quien nos puede resumir en breves palabras la experiencia personal y la del Servicio de Viena en el cual trabaja, lo invito a exponerla.

DOCTOR VON WALTERSKIRCHEN. Agradezco la invitación que acaba de hacerme el señor Presidente, para decir algunas palabras sobre el tema.

Seguramente no podré decirles muchas cosas nuevas. No hablo en mi nombre propio, sino en el de mi Jefe, el profesor Finsterer, cuyo primer asistente fui durante los últimos cinco años. Por lo tanto, voy a transmitirles su opinión y no la mía. El conquistó una experiencia extraordinariamente grande en la cirugía abdominal.

Su experiencia hasta el año pasado consiste en 350 intervenciones sobre vías biliares agudas, desde 1935 a 1947. El profesor Finsterer es partidario de la operación precoz. Casi siempre realizamos la colecistectomía. Solamente se practicaron 4 colecistostomías en los 350 casos, o sea el uno por ciento. La experiencia nos indica que entre nosotros la colecistectomía da mejores resultados que la colecistostomía. Estoy persuadido que en todos los países la patología es un poco diferente y puede ser por lo tanto, que en mi país sea distinta de la de ustedes.

Practicamos casi siempre la colecistectomía, aún en agudo, con anestesia local. Solamente cuando el enfermo se queja de dolores se le agregan otros medios anestésicos. Creemos que es importante en casos de enfermos de hígado delicado, evitarles el suministro de excesivas cantidades de tóxicos, puesto que los anestésicos son todos hepato tóxicos. Eso para justificar la anestesia local.

Una vez abierto el abdomen, lo primero que hacemos es evacuar la vesícula por punción. Esto facilita enormemente la prosecución de la intervención. La vesícula se extirpa por la técnica subserosa, que casi siempre es más fácil en el caso agudo que en el caso común, porque las capas están separadas por el edema.

El cístico se secciona, se liga a un centímetro del colédoco, colocando para más seguridad dos ligaduras. Cuando hay infección de la vesícula, especialmente en los casos supurados, tenemos poca tendencia a explorar el colédoco. Se practica la exploración digital del colédoco, lo que siempre es fácil.

A menudo en la operación endo-aguda se observa un cálculo en el cístico enclavado, lo cual ya nos da la tranquilidad de que no ha pasado ningún cálculo a las vías biliares principales. Si se palpa un cálculo en el colédoco o si se sabe que la infección del colédoco existe, entonces sí drenamos el colédoco. Se abre, se sacan los cálculos y se explora el pasaje a través de la papila mediante sondas hasta el diámetro de milímetros; y cuando el pasaje a través de la papila no es inobjetable, o si hay infección del colédoco, o cuando hay bilis pútrida, o cuando hay varios cálculos en el colédoco, entonces realizamos en general la colédoco-duodenos-

tomía, que el profesor Finsterer considera como la mejor terapéutica de la colangitis.

Se ha hablado aquí también de la perforación vesicular. A menudo hemos tenido grandes dificultades diagnósticas para establecer esa perforación, puesto que su evolución ha sido muy crónica, pero, repito, somos partidarios de realizar la intervención en vesícula aguda. Muchos enfermos que nos llegan con diagnóstico de ileus, son diagnosticados posteriormente como colecistitis. Esta es otra circunstancia que valoramos debidamente.

Agradezco la atención de ustedes y muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE. La Presidencia agradece al profesor Von Walterskirchen su valiosa contribución al tema oficial, que ha sido sumamente interesante.

SEÑOR PRESIDENTE — Tiene la palabra el Dr. Del Campo.

DOCTOR JUAN C. DEL CAMPO — Ya me he ocupado más de una vez extensamente de este asunto y lamento que la premura con que se organizó el Congreso, no me haya permitido traer algunos datos recogidos en el servicio a mi cargo desde el año 1946, (con motivo de un curso para graduados) y en donde figuran todos los casos de colecistitis aguda que se han tratado desde ese año hasta la fecha, examinado por el ayudante de clínica, señorita Pérez y por la doctora Castiglioni. Son ciento sesenta y siete (167) casos de colecistitis obstructivas.

He ido modificando mi opinión. En el primer trabajo que escribí y que apareció en el libro sobre "Abdomen Agudo", algo ya veía del asunto de la colecistitis aguda. Lo describí un poco a la manera clásica, con el concepto infeccioso, pero dejando ya entrever algunos puntos que se ponían de manifiesto en los últimos trabajos y en las observaciones operatorias.

En el año 1945 (1) pronuncié una conferencia encarando el tema desde el punto de vista patogénico, el papel de la obstrucción del cístico de la patología vesicular; llegamos entonces a la conclusión de que la obstrucción del cístico era la condición más frecuentemente encontrada en la patología vesicular aguda, fuera en medio infectado o en medio no infectado.

Puede considerarse que alrededor de esto, o junto a esto, se establecía otro hecho importante y era el no considerar las colecistitis catarrales, colecistitis hemorrágicas, infarto de la vesícula biliar, colecistitis supurada, colecistitis gangrenosa, colecistitis perforada, como entidades anátomo-clínicas, sino como etapas posibles de un mismo proceso, que para ser conocido perfectamente, debía ser conocido del punto de vista patogénico.

Decíamos en ese entonces, sintetizando nuestra manera de pensar:

"A medida que va aumentando nuestra experiencia sobre la colecistitis aguda por una parte y sobre la evolución de la litiasis vesicular

---

(1) B. Varela Fuentes y A. Munilla. Patología digestiva. Tomo II. 1947.

por otra, se nos presenta cada vez con mayor claridad la importancia de los fenómenos mecánicos, de carácter obstructivo, en tal forma que podríamos decir que la obstrucción calculosa del cístico pasa a ser, por su frecuencia y sus consecuencias, la complicación de mayor gravedad de la vesícula litiásica.

“Que se acepte esta afirmación totalmente, o con reticencias en lo que respecta a su frecuencia o a su importancia, es en realidad secundario a lo que representa como concepto orientador del tratamiento. Las lesiones vesiculares, centro o eje de muchas clasificaciones de colecistitis aguda y subaguda, pasan a ser consecuencia de esta complicación mecánica de la vesícula litiásica; simples etapas de un proceso evolutivo.

“De este criterio surgen dos consecuencias importantes: a) la indicación operatoria; y b) el tratamiento, se orientarán basándose en esta consideración patológica.

“a) No consideramos por ejemplo como resultados mejores, la mejor estadística en colecistitis gangrenosa, sino los de aquel cirujano que con el criterio patogénico, evita a sus enfermos la etapa gangrenosa de la complicación obstructiva. O en otros términos, la presencia de placas de gangrena justifica la operación, pero compromete la responsabilidad del cirujano o médico que haya dejado llegar a ella.

“b) En lo que respecta a resultados alejados, éstos estarán condicionados por el estado de la vía biliar restante, más que por la pieza operatoria, por más justificativa que ésta sea de la terapéutica empleada. o en otros términos, no alcanza con extirpar la vesícula lesionada (lesión que es efecto), si no se suprime la causa, o sus posibilidades de actuar.”

Y agregábamos:

“Fundamentamos la actitud frente a una colecistitis obstructiva en la siguiente forma:

“1) Una colecistitis obstructiva es en la mayoría de los casos un episodio en el curso de una litiasis vesicular, que de por sí presenta una indicación quirúrgica.

“2) Es una situación clínica de fácil individualización y los posibles errores de diagnóstico (absceso hepático; quiste hidático supurado), apoyan una terapéutica que lleva a su comprobación, evitando la comisión de errores de conducta.

“3) Cuando el estado general es bueno y las lesiones están en su iniciación, el cirujano está en condiciones de elegir el procedimiento quirúrgico de acuerdo con las lesiones encontradas y con su criterio (ostomía, ectomía, etc.).

“4) No hay correlación absoluta entre el estado local y su traducción clínica.

“5) Dos errores de táctica son a evitar:

“Uno —indiscutible— el contemporizar con la afección dejándola llegar a etapas (gangrenosas, etc.), en donde existe mortalidad.

“El otro error sería el de operar tan precozmente, que la operación parecería infundada. Esto es mucho más difícil de precisar que el primer error.

“Cuando y cuanto se puede contemporizar, es siempre discutible.

“Visto el enfermo desde el primer momento, y sometido al tratamiento médico habitual, hay dos situaciones claras: la retrocesión rápida en las primeras 24 a 48 horas, o la agravación rápida: la primera frenando toda decisión quirúrgica, y la segunda imponiéndola.

“Consideramos además como indicaciones de intervención:

“1) La incontrabilidad del dolor (Miller), signo de distensión visceral.

“2) La aparición de contractura en el hipocondrio derecho, indicando comienzo de trasudación vesicular, necrosis, o perforación inminente, si no ya presente.

“3) Las leucocitosis elevadas (Zininger): más de 15.000 leucocitos.

“4) La persistencia de los signos físicos después del 5º día.”

Desde ese entonces hasta ahora hemos puesto en práctica ese criterio.

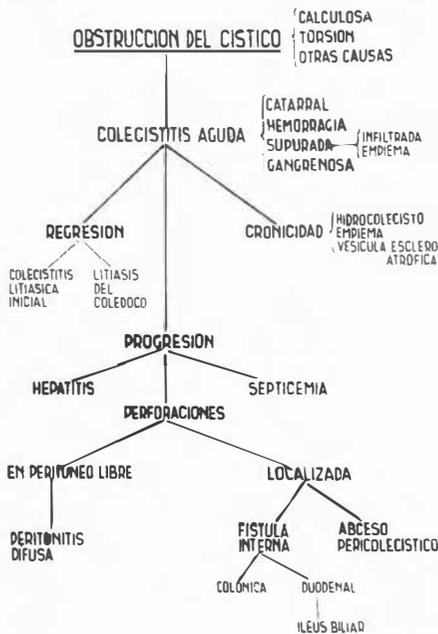
Este año encaramos ya el problema, podríamos decir, en su totalidad. No es sólo el tratamiento de la colecistitis aguda, lo que ha cambiado con el tiempo, sino también el concepto de la cirugía de urgencia, que hace 20 ó 25 años era una cirugía a la que se aplicaba la célebre frase de “entrar rápido y salir rápido”; esa conducta no puede sostenerse en el momento actual y en las intervenciones de urgencia, uno tiene en cuenta no sólo la complicación que pone en peligro la vida del enfermo sino también el post-operatorio alejado.

Presenté en un curso para graduados el sitio que ocupaba la obstrucción del cístico (asiente en el bacinete o en el cístico) en la patología vesicular, determinando la entidad que se conoce con el nombre de colecistitis aguda, forma cata-

rral hemorrágica, gangrenosa, la cual puede entrar en regresión volviendo a la colecistitis litiásica por caída del cálculo en la vesícula o determinar una litiasis del colédoco por migración del cálculo a la vía biliar principal.

De manera que cuando uno aprecia lo que es la intervención en agudo o el tratamiento conservador, no sólo debe tener en cuenta los resultados inmediatos, sino todas esas situaciones que quedan a raíz de la colecistitis aguda, no tratada y que pueden tener una gravedad enorme para el sujeto.

Establecíamos la comparación con la apendicitis, que no



es nada en las primeras 12 horas y que evoluciona por factores obstructivos en medio infectado a la gangrena, a la perforación y a la peritonitis. Esa comparación siempre fué muy discutida; hay diferencias y grandes, pero esa comparación siempre sirve, recordando sin embargo que la vesícula es un órgano que tiene su importancia y cuya extracción determina un nuevo estado de cosas, que es quirúrgicamente, más difícil de tratar. Recuerdo, sobre todo en lo que respecta a colecistitis aguda, algo que ha sido muy bien señalado en el estudio estadístico que presenta el doctor Bosch de la clínica del Prof. Larghero. Cuando se opera una apendicitis aguda, en general se opera un sujeto joven en donde todo lo demás está bien. En la colecistitis aguda hay que tener en cuenta la edad, la obesidad, las afecciones cardio arteriales, la diabetes y, muy a menudo, la hepatitis crónica o la hepatitis aguda sobre-agregada. Cualesquiera de estas situaciones da lugar a consideraciones de mucha extensión.

Hicimos tratar, por ejemplo, en ese curso para graduados, el tema de lo que llamaríamos los cardio-biliares agudos o bilio-cardíacos agudos. Se trata de casos de vesiculares agudos, con insuficiencia coronárica o infarto del miocardio, casos que figuran en todas las estadísticas.

Hemos hecho un estudio estadístico de 167 casos de colecistitis obstructiva. Es bastante difícil a veces decir cuando empieza la lesión y qué tiempo tiene, porque hay una colecistitis aguda y una colecistitis retardada, que se mezcla netamente con las indicaciones de la colecistitis aguda. De esos 167 casos, encontramos 95 operados netamente en el momento agudo; hubo 24 casos de gangrena; 13 casos con peritonitis circunscripta; 1 caso de peritonitis generalizada, y agregamos después algunos casos en los cuales el episodio obstructivo se podría individualizar netamente con anterioridad.

Yo no voy a hablar sobre las condiciones clínicas. Eso fué muy bien estudiado por Zollinger en la clínica de Nueva Orleans. El dice que en las primeras 24 horas un vesicular agudo puede entrar en tres formas: con un cuadro fulminante sobre agudo, fulminante; con un cuadro netamente en regresión que permite esperar tranquilamente la marcha de los acontecimientos; o con un cuadro de esos que podríamos llamar agudo, que es el que impone más sentido clínico.

¿De qué somos partidarios nosotros? Nosotros somos partidarios de la operación precoz, a veces contemporizamos, no estamos apurados, pero si se nos preguntara cuál es la marcha de nuestro pensamiento, qué opinábamos hace 10 años, qué opinábamos hace 5 años y qué opinamos ahora y qué es lo que posiblemente opinaríamos dentro de 5 años, diría que cada vez operamos más precozmente; teniendo en cuenta si esos factores de edad, de obesidad, de diabetes, de afecciones cardio-vasculares, de hepatitis, que pueden ser muy bien estudiados y examinados dentro de las primeras 24 o 48 horas.

De la misma manera que en el apéndice agudo, cada vez que uno examina las causas de mortalidad, puede diversificarlas, pero se unifican en una resultante común, que es la tardanza del acto operatorio. En la

colecistitis aguda pasa exactamente lo mismo. Al principio las cosas son simples; se hacen difíciles y graves después. La gravedad no es primitiva; es rarísimo encontrar una colecistitis aguda que sea gravísima desde el primer día. Las colecistitis graves que han sido descritas por algunos autores —no hay más que recurrir a las literaturas médicas— no son colecistitis graves, sino agravadas en el desarrollo de la afección.

Tenemos un estudio estadístico en donde figuran todos los datos de la operación, la mortalidad, etc. Por ejemplo, en esos ciento y tantos casos, tenemos siete de mortalidad operatoria, y de esos siete algunos examinados muestran bien que no podíamos evitar esa mortalidad, que ha sido decretada por quien trató anteriormente el caso. Son casos que han venido a nosotros después de una evolución de muchísimos días. Por ejemplo, A. M. vino después de tres meses de iniciación de la enfermedad; en estado gravísimo se operó y tuvo una colecistitis supurada, y lo mismo que con él, pasa con otras tantas personas. Pero hay también dentro de eso, fallas de orden técnico que han producido a veces la muerte. Por ejemplo, pese a no tener una comprobación autóptica, creo que un caso operado por mí —de los dos fallecidos por causas de orden técnico— falleció por lesión operatoria de la rama derecha de la vena porta. El otro, operado por otro cirujano, falleció por lesión del duodeno, lesión operatoria del duodeno. Los otros son casos en los que, los que han actuado anteriormente, medicamente han actuado mal; han retardado el acto quirúrgico. Eso indica bien la necesidad de la operación precoz.

En lo que respecta a la técnica operatoria, no puedo extenderme, pero estoy en un todo de acuerdo con lo que acaba de decir el Dr. Walterkirchen, ayudante del Prof. Finsterer. Yo lo he descrito en algunas partes y los pienso describir cuando publique el trabajo —está en curso de publicación— que estoy fragmentando en estos momentos.

En lo que respecta a las indicaciones, estamos de acuerdo que la colecistectomía es la operación de elección, es la operación que se impone. La colecistostomía queda para aquellas personas cuyo estado general es tan grave que en principio no soportan nada. De ahí que la colecistostomía tenga en cirugía biliar inmediata la más grande mortalidad, un hecho que llamaría la atención si uno lo estudiara desde el punto de vista exclusivo de la operación que se hace; la hacemos, además, cuando las dificultades operatorias de individualización de las estructuras en el hilio hacen difícil la colecistectomía, pero eso a medida que va aumentando la práctica va siendo cada vez menos, va reduciéndose. La hacemos cuando existen dificultades para explorar la vía biliar principal y nos encontramos con esta eventualidad que tiene una importancia muy grande, con que no hay un elemento obstructor, habiendo bilis en la vesícula; entonces no se debe sacar la vesícula biliar: si no podemos actuar sobre la vía biliar principal, no debemos tocar la vesícula biliar.

Intervenir sobre la vía biliar por lo tanto está precisamente indicado cuando no existe una causa obstructiva, al nivel del bacinete o del cístico. Debe hacerse también cuando contemporáneamente con la crisis de colecis-

titis obstructiva existe un síndrome que hace pensar en lesiones de la vía biliar principal. En ausencia de ese síndrome, la exploración sólo puede estar condicionada por la facilidad de su ejecución. Si no hay facilidad de ejecución, opinamos que debe esperarse la marcha de los acontecimientos y aun cuando existan cálculos, éstos dan tiempo para una operación ulterior. Asociamos a la colecistectomía, siempre que podemos, la colocación de una sonda en el cístico que nos permite manejar mejor la vía biliar principal en el post-operatorio y tener datos complementarios que no podíamos haber obtenido en la operación inicial.

Dejo de lado las indicaciones de técnica que son muy interesantes, y para terminar puedo decir que, tal como van opinando todos los que se dedican a cirugía biliar, cada vez la operación aguda será más precoz y, por lo tanto, cada vez habrá menos problemas y cada vez será más sencilla y muchas de las cosas que conocemos ahora de la patología vesicular irán desapareciendo, como han desaparecido muchas de las cosas de la apendicitis aguda.

A propósito de este trabajo, este año leí un resumen de otro del Prof. Finsterer publicado en "Wiener Medizinische Wochenschrift", primer número de este año, en el cual sostiene, como sostienen muchos de los que se dedican a la patología vesicular aguda, vistas netamente coincidentes con las que acabo de señalar. Es decir, que el Prof. Finsterer es partidario de la operación precoz.

SEÑOR PRESIDENTE. Tiene la palabra el doctor Cerrutti para cerrar la discusión.

DOCTOR CERRUTTI. No me imaginaba que un aporte tan modesto como es el mío, pudiera originar una serie de comentarios tan brillantes de personalidades que se han dedicado al estudio de este tema y que realmente han hecho de esta sesión, una sesión de una gran jerarquía quirúrgica. De tal manera que sólo me resta agradecer muy emocionado y muy sinceramente a todas aquellas personas que han contribuido a este tema.

Nada más.