

TRABAJOS DE ESTUDIANTES

Hospital de San Juan de Dios.—Servicio de Clínica Quirúrgica del Profesor Piñeros Suárez.—Jefe de Clínica, doctor Julio Perafán.

UN CASO DE COLECISTITIS LITIASICA TRATADO CON COLECISTOTOMIA (COLECISTENDESIS)

Por *Aristides García Torres* (Alumno del Curso).

Nombre de la enferma: M. de los A. H.

Cama N° 4.

Edad, 29 años.

Estado civil, soltera.

Profesión, Oficios domésticos.

Procedencia, traslado del Servicio de Clínica Terapéutica del Prof. Salgar, verificado el 16 de mayo de 1945.

Última residencia, La Ciudad.

Natural de Simijaca (Cundinamarca).

Fecha de entrada al Hospital, 18 de abril de 1945.

Fecha de salida del Hospital, 31 de mayo de 1945.

Causa de la salida, mejoría.

Tratamiento practicado en el Servicio del Prof. Piñeros, Colecistotomía, con extracción de cálculos, y apendicectomía.

Fecha de la operación, 17 de mayo de 1945.

Anamnesis.

Por qué vino al Hospital. — Vino porque le daban cólicos cada uno o dos meses, los cuales le duraban hasta un día. El dolor le aumentaba con las comidas, las cuales vomitaba cuando estaba con dichos cólicos. Y después de dichas comidas hacía deposiciones diarreicas (Diarrea post-prandial).

Antecedentes familiares. — El padre murió a consecuencia de una úlcera gástrica, hace 15 años.

La madre vive, y goza de "regular" salud.

Tenía siete hermanos, de los cuales uno murió de 14 meses, a consecuencia de un sarampión.

Dice la enferma que todos en su familia "sufren del hígado", inclusive la madre.

Antecedentes personales. — Ha tenido sarampión, viruela, diarreas —cuando le daban los cólicos—, que eran post-prandiales.

Tiene un niño de 6 años, que es enfermizo.

Sufre de gripas con frecuencia.

Después de las reglas le queda un flujo vaginal, de mal olor y de color amarillo-oscuro.

Enfermedad actual. — Cuenta que hace dos años le comenzaron unos cólicos, que le daban cada uno a dos meses, y le duraban hasta todo un día. Que el dolor le aumentaba con las comidas, las cuales vomitaba, pero a pesar de ello el dolor no se le calmaba. Después de las comidas, cuando estaba con el cólico, hacía deposiciones diarreicas.

Las salsas, huevos, carnes, quesos le "sentaban mal"; y en general todas aquellas comidas grasosas y condimentadas.

En uno de los últimos cólicos de que padeció (que fue antes de entrar al Servicio del Prof. Piñeros, estando en Clínica Terapéutica) tuvo Ictericia y Prurito. Cuentan en la Historia Clínica de aquél Servicio que esto iba acompañado de bradicardia, hígado hipertrofiado y doloroso.

Examen físico.

Inspección. — Es una mujer joven que presenta barazos blancos, de raza mestiza, de constitución leptosómica.

Aparato respiratorio. — Normal.

Aparato circulatorio. — El 16 de mayo, día en que entró al Servicio tenía de Mx 10 Mn 6. Como se vé, es una tensión diferencial concordante, pero la Mx es un poco baja para lo relacionado con la Raquianestesia, siendo contra-indicación de ésta. El plso es un poco blando, depresible, de una frecuencia igual a 60, es bien ritmado.

Aparato digestivo. — Lengua un poco saburral. Dentadura en mal estado. Anorexia, especialmente por los alimentos descriptos anteriormente. Diarreas post-prandiales cuando le dan los cólicos. Constipación ceco-ascendentes, cuerda cólica derecha.

Sistema linfático. — Normal.

Sistema nervioso. — Dice que cuando le viene la menstruación se pone un poco "nerviosa".

Organos de los sentidos. — Normales.

Aparato génito-urinario. — Menarquia a los 16 años. Ciclo ovárico: 6/20. El cuadro de Kaltembach revela reglas abundantes, hipermenorrea, con cierta insuficiencia en la fase pluteínica, o insuficiencia ovárica de segundo grado. Polimenorrea que está principiando a marcarse.

Hay flujo vaginal después de las menstruaciones, que es de mal olor y amarillo-oscuro. Flujo que parece debido a la misma insuficiencia ovárica de segundo grado que tiene la paciente.

La orina ha sido últimamente un poco escasa. El 18 de mayo sólo orinó dos veces en el día, en pequeña cantidad. El 19 no orinó sino por la noche. Después siguió normal.

Examen del abdomen, en particular del hígado. — Al hablar del aparato digestivo mencionamos la presencia de una cuerda cólica derecha, constipación ceco-ascendente. Ahora me referiré a lo que encontré al hacer el examen del hígado, en particular.

Inspección. — No se observa tumefacción alguna. No hay enrojecimiento difuso y persistente de la región correspondiente al hipocondrio derecho, con dilatación venosa, que indicaría la presencia de un flemón biliar con abertura próxima a la piel.

Percusión. — Es normal. Se halla claridad.

Palpación. —

a) *En decúbito dorsal.* — Las maniobras de Gilbert, Chauffard Mathieu y Glenard fueron negativas, lo cual indica que la vesícula biliar no es grande, ni el hígado.

b) *Maniobra de Wijnhoff* (enfermo sentado e inclinado hacia delante). Da sensibilidad vesicular.

c) *Enferma, en Trandelenburg.* — No se hizo.

d) *Maniobra de Murphy.* — Da el signo de Murphy-Moynihan: inhibición de la inspiración a la palpación profunda del punto cólico.

e) *Otras maniobras.* — Las maniobras de Naunyn, Jordan-Lloyd, Robert Abrahams, Mayo-Robson, Lyon, Carmalt-Jones, Rie-man, Chiray y Pavel fueron positivas. Lo cual prueba que hay lesión vesicular.

Exámenes de laboratorio.

Colecistograma: 27 de abril de 1945.

“En la placa radiográfica de la vesícula biliar, tomada 24 horas después de la ingestión de Stipolac, aparece este órgano muy débilmente inyectado, pero en su centro se encuentran abundantes sombras de cálculos bien opacos a los rayos X.

"Por los datos radiológicos anotados podemos concluir que existe una Colecistitis Calculosa". Fdo. Falla Orozco.

20 de abril de 1945. — Colesterinemia: 2,27 por mil

23 de abril de 1945:

Hematíes: 4.600.000.

Leucocitos: 4.000.

V|g.: 0.97.

Hemoglobina: 80%.

Neutrófilos: 66%.

Eosinófilos: 7%.

Linfocitos: 23%.

Metamielocitos neutrófilos: 4%.

Conclusiones sobre este cuadro: Hay leucocitopenia, eosinofilia, linfocitosis y cierta desviación hacia la izquierda del Hemograma de Schilling. Lo cual equivale a una infección crónica y a que el organismo no se está defendiendo bien.

26 de abril de 1945. —

Examen coprológico:

Negativo.

Fibras vegetales, una cruz.

3 de mayo de 1945. —

Coagulación: 11 minutos (Howel). Lo normal son 8 a 10 minutos.

4 de mayo de 1945. —

Orina:

Pigmentos biliares, si hay.

Sales biliares, huellas.

17 de mayo de 1945. —

Azohemia: 0,29 por mil.

Glicemia: 0,90 por mil.

Coagulación: 18 minutos (Lee y White). Normal: 5 a 10 minutos.

Orina:

Albúmina, no hay.

Glucosa, no hay.

Células de descamación, dos cruces.

Bacterias, dos cruces.

Leucocitos, una cruz.

Diagnóstico.

En este caso tenemos que hacer el diagnóstico diferencial entre aquellas entidades capaces de dar cuadros abdominales agudos por "poussées", cólicos, como los que ha tenido nuestra enferma. Debemos tener presente lo que en las Historias Clínicas del Hospital Cook Country llaman el "big six", y que en México el doctor Felipe Thorek también denomina así, añadiéndole una séptima condición, que veremos luégo.

Y estas son:

1º Vesícula biliar.

2º Apéndice.

3º Úlcera péptica perforada.

4º Cólicos renales.

5º Pancreatitis aguda.

6º Oclusión aguda.

6º Oclusión aguda coronaria.

7º Salpingitis.

Podemos, ya, ir descartando la úlcera péptica perforada, pues to que en nuestro caso se trata de "poussée" de un estado crónico. Así como, también, vamos descartando la pancreatitis aguda y la oclusión primaria aguda coronaria. Nos quedan: vesícula biliar, Apendicitis, cólicos renales y salpingitis.

En cuanto a la Apendicitis, aquí no hay síntomas de ella. (Se trataría de una Apendicitis Crónica Secundaria), como son: Síntomas de Jawroski y Lapinski, Kobrack, Meltzer, Blumer, Rowsing, Mac Burney, puntos dolorosos de Lans, Morris, Monroe....

De cólicos renales no se trata, porque no existen el punto Costo-vertebral de Bazy, el Costo-muscular, el Costal anterior, el Para-umbilical de Bazy, el Supraintraespinal de Pasteau, el ureteral medio, el Herniario de Pasteau ni el pélvico de Bazy. Tampoco hay litiasis renal ni motivos para embolia de la arteria renal (como sería una estenosis mitral, etc.).

Curtis, ginecólogo de Chicago, habla de ciertas "cuerdas de violín" entre el hígado y la pared abdominal anterior, o se una perihepatitis, que dan hipocondralgia derecha. Pero es claro que además de ello deben existir los síntomas de una salpingitis, como son el dolor de la fosa iliaca derecha, la sensación de masa en el anexo respectivo y los antecedentes.

Pero no sólo son las alpingitis las únicas afecciones que debemos considerar desde un punto de vista ginecológico sino también aquellas entidades mencionadas por el doctor Rema S. Ferracani: Perforación de Piosalpinx, que es un cuadro agudo, y podemos irlo descartando; Vólvulo de la Trompa, con el cual sucede lo mis-

mo; Hemorragia intraperitoneal por ruptura del folículo ovárico o del cuerpo amarillo, ídem; y otros de características de agudeza, como son el Hemoperitoneo agudo, complicación de un mioma uterino, mioma subseroso a pedículo torcido, torsión axial aguda del útero, etc.

Nos queda, pues, la vesícula biliar, una colecistitis crónica, cuyos síntomas son:

1º Hipocóndralgia derecha más o menos severa, permanente y de intensidad variable.

2º En ocasiones con cierta hiperestesia en la piel correspondiente a la zona vesicular.

3º Dolor en el hombro derecho: les molesta para peinarse.

4º Después de las comidas hay distensión gástrica y eructos, que experimentan también por las noches, sobre todo cuando han ingerido alimentos como huevos, mayonesa....

5º Casi siempre constipación habitual.

6º Muchas veces enteritis crónicas.

7º Ciertas veces, diarrea postprandial de Linossier.

8º No es raro cierto grado de insuficiencia pancreática.

9º A veces, epigastralgia y precordialgia a las maniobras de Murphy, Naunnyn.... positivas.

10º La epigastralgia vesicular dura 2 a 3 días.

11º Son más comunes en la mujer.

12º Particularmente, en el momento de iniciarse la menstruación (crisis catamenial), por cambios vegetativos, vienen los cólicos.

13º La epigastralgia se irradia a la base del hemitórax y hombro derechos.

14º La dieta de Sippy y las grasas, guisos, mayonesas, huevos, chocolate, son desfavorables.

15º En el curso de cada crisis hay pequeños signos de colemia.

16º Lengua saburral.

17º Aliento fétido (hepático o "factor hepaticus").

18º A veces pequeñas alzas febriles.

19º Es frecuente la anaclorhidria.

Repasemos estos signos y veremos que la mayoría de ellos coinciden con los de nuestra enferma.

Varela Fuentes, de Montevideo, dice que el 65% de las Colecistitis crónicas corresponden a Estasis Vesicular, pero en nuestro caso comprobamos con la Radiografía que se trata de una Colecistitis Calculosa.

En este caso no hay el signo de Exclusión Vesicular de Varela Fuentes, o sea Colecistograma y Prueba de Meltzer Lyon Negativos, lo cual podemos decir a pesar de que esta última no se practi-

có, ya que no hay acolia ni una dispepsia constante para las grasas ni tampoco, hay ictericia. La Ictericia que tuvo la enferma fue transitoria y se puede interpretar como debida al enclavamiento de un cálculo en el colédoco, y que apenas fue expulsado cesó el fenómeno icterico.

Ahora bien, no habiendo exclusión vesicular el pronóstico quirúrgico de esta colecistitis litiásica es bueno, porque no se trata de una vesícula quirúrgica, como dice el Prof. Varela Fuentes (en esta enferma no est; indicada la Colecistectomía). Es claro que a este respecto varían las escuelas, como veremos al hablar del tratamiento.

Tratamiento. —

Este fue médico y quirúrgico. El primero se hizo en el Servicio del Prof. Salgar, y no dio resultado. El otro se practicó en el Servicio del Prof. Piñeros, y consistió en una Colecistendesis o Colecistotomía.

Al respecto de dicho tratamiento practicado quiero hacer una breve exposición de lo que opinan las Escuelas Quirúrgicas y Médicas. Para la Escuela de Varela Fuentes, Prof. de Clínica Médica de Montevideo, una *vesícula quirúrgica* es aquella que da Colecistograma y Prueba de Meltzer Lyon Negativos, o sea que ello indica la Colecistectomía. En cambio, muchas otras Escuelas, y entre estas quienes siguen al Prof. Spivack de Illinois, tienen como indicaciones de la Colecistectomía las siguientes:

- 1º Carcinoma primario de la vesícula biliar.
- 2º Colecistitis crónica y subaguda (no debe operarse en el período agudo, sino esperar a que pase éste).
- 3º Gangrena de la vesícula biliar.
- 4º Empiema crónica de la vesícula, por estrechez del conducto cístico.
- 5º Neoplasmas benignos de dicho órgano.
- 6º Ulceraciones múltiples de dicho órgano.
- 7º La "vesícula fresa" (Algunos cirujanos opinan que tal estado patológico no requiere ningún tratamiento quirúrgico).
- 8º Calcificación de la vesícula biliar.

Spivack considera como contraindicaciones de la Colecistectomía las siguientes: "como primer tiempo de una serie de actos operatorios para el tratamiento quirúrgico de la estrechez del colédoco o para el tratamiento operatorio de la Coledocolitiasis. Es necesario corregir primero el estado patológico del colédoco, ya que, si por alguna circunstancia se lacera dicho conducto al hacer la coledocoplastia después de la Coledocolitotomía, quedará el recurso de

la Coledoco-enterostomía. *Sólo después de corregir el estado patológico del colédoco, debe ejecutarse la Colectistectomía*".

Para Varela Fuentes es motivo de contraindicación todo aquello que no presente el signo suyo, de Exclusión Vesicular, que a mi parecer es el signo mejor para una conducta operatoria.

Volviendo al caso en estudio, tenemos que se le practicó una Colectistotomía con extracción de cálculos, ya que no existía el signo de Varela Fuentes (la vesícula estaba en condiciones para ser conservada). Haciendo un poco de Historia recordemos que fue Vander Wiel quien primero practicó, en 1687, una Colectistotomía (Colectistendesis), en un sér humano. Y que en 1883, después de haber sido olvidada, Meredith la volvió a utilizar. Algunos la consideran como la "Colectistotomía Ideal". Sin embargo, hay muchos que no lo consideran así, y, son partidarios de la Colectistostomía: dejar canalización siempre que se abra la vesícula biliar. Pero el caso estudiado aquí es una prueba del éxito que en esta clase de afección vesicular se obtiene con una Colectistotomía, tratamiento escogido por el Jefe de Clínica, doctor Julio Perafán.

En cuanto a narración de la intervención quirúrgica tenemos:

La noche anterior a élla se le puso a la enferma un enema evacuador, y se le suministró su barbitúrico.

La medicación pre-anestésica fue morfina-barbitúrico.

La anestesia fue general, con el aparato de gases.

La dio la Hermana Carmen Josefina. Y consistió en Ciclo propano y Eter. Fue normal la anestesia.

Actuó como Cirujano el Jefe del Servicio, doctor Perafán.

Primer ayudante, el doctor Peinado, Interno.

Segundo ayudante, el suscrito.

La intervención duró una hora.

La incisión hecha fue similar a la de Kocher, con la diferencia que describió un arco de convejidad interior, en lugar de ser recta. La cual es una incisión fisiológica, porque evita coger los nervios.

Se abrió el fondo vesicular, después de todos los tiempos quirúrgicos premonitorios. Con una cureta se extrajeron 7 cálculos mixtos, que parecían arvejas, y eran claros en la periferia y verde oscuro en el centro, (lo cual indica que son mixtos), o sea que tenían colesiterina en la periferia y bilirruginato de calcio en el centro. Además, se sacaron otros cálculos pequeños. La vesícula se cerró después por medio de una sutura en bolsa, rodeada por una serosa.

Otro acto quirúrgico verificado, simultáneamente, fue una Apendicectomía. Este órgano estaba algo inflamado. Se hizo una

doble bolsa sin ligadura y con invaginación del muñón. Se unió el cabo de la última bolsa con las dos hojillas del meso.

La sutura de piel se hizo con punto americanos, llamados también "Armistisch", con lino.

En el post-operatorio le vino la menstruación a la paciente. Tuvo un ligero estado gripal, que le curó rápidamente. Los puntos se quitaron a los 7 días. La cicatrización fue perfecta.

La enferma se fue en buen estado.