

# REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Volumen XX

Bogotá, noviembre de 1951

Número 5

Director:

Profesor ALFREDO LUQUE B. Decano de la Facultad.

Jefe de Redacción: Doctor Rafael Carrizosa Argáez.

*Comité de Redacción:*

Prof. Alfonso Esguerra Gómez. Prof. Manuel José Luque. Prof. Agr.  
Gustavo Guerrero I.

Administrador: José R. Durán Porto

Dirección: Calle 10 N° 13-99 — Bogotá — Apartado Nacional N° 400  
Talleres Editoriales de la Universidad Nacional.

## COLECISTOAKENOSIS APAROXINA

### ¿Nueva entidad patológica?

Por el doctor Alfonso Bonilla-Naar (\*)

El Profesor Mario I. Pantolini, del Hospital "Cosme Argerich", en el "Compendio Médico" (1), en forma concisa, y en "La Preusa Médica" (2) más ampliamente, describe "*una nueva entidad patológica funcional de la vesícula, producida por la falta de su evacuación normal por ausencia del estímulo fisiológico*". Como el trabajo en mención, desde el punto de vista fisiopatológico, clínico, radiológico, intubación gastroduodenal y tratamiento, concuerda en sus bases y aun en detalles, con lo ya descrito desde 1939 por Carter, Greene y Twiss (3), creemos que, desafortunadamente, tan bien conducido estudio del Profesor Pantolini, no trata de "una nueva entidad nosológica". (Compendio Médico, Loc Cit.) sino de la llamada por Carter et al (Loc. cit.) "*Vesícula hipotónica asociada a hipoclorhidria gástrica*",

(\*) Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica (Fac. Nal. de Medicina); Presidente de la Asociación Nacional de Gastroenterología; Miembro de la Sociedad Argentina de Cirujanos; la Academia Peruana de Cirugía; del Colegio de Cirujanos de Colombia; etc.

una denominación que justamente, capta el criterio estimado como nuevo por el autor mencionado.

En forma lo más concisa posible, siguiendo el criterio de Alvarez (4), expondremos primero, para conservar la cronología, lo descrito por Carter et al, y a la vez solidificaremos estos conceptos con nuestra propia experiencia que data de 1944, y que está expresada en Tesis de Grado y conferencias (5-6 y 7) en un poco más de 500 observaciones sobre disquinesias vesiculares. Al final, transcribiremos los datos sobresalientes de la entidad descrita por el Profesor Pantolini.

## “VESICULA HIPOTONICA ASOCIADA A HIPOCLORHIDRIA GASTRICA”

(Según Carter et al.)

### *Mecanismo.*

- I) Atonía muscular y consiguiente dilatación de la vesícula biliar.
- II) Tono normal del esfínter de Oddi.
- III) Deficiente respuesta de vaciamiento de la vesícula a los estímulos.

### *Síntomas.*

- I) Molestias en el cuadrante superior derecho.
- II) Indigestión (gases, eructos, “discomfort”, constipación, etc.).
- III) Cólico, rara vez.
- IV) No hay ictericia.

## HALLAZGOS DE LABORATORIO

### *“Colecistografía”.*

- I) Vesícula atónica, dilatada.
- II) Concentración y visualización normales.
- III) Vaciamiento incompleto de la vesícula después de comidas grasas.

### *Intubación duodenal.*

- I) Aclorhidria e hipoclorhidria gástrica.
- II) Bilis “B”, concentrada después de estímulo con aceite de olivas.
- III) Frecuentemente hay cristales de colesterol y de bilirrubinatos en la bilis “B”.

### *Tratamiento.*

- I) Acido clorhídrico diluido para la hipoclorhidria o aclorhi-

- dria. Dan una fórmula y también recomiendan el "Acidulín" (Lilly) (Clorh. de ac. glutámico). Hemos usado con éxito también el "Doldonos (Winthrop) (clor. de betaína).
- II) Dieta alta en colesterol y grasas para la atonía vesicular. (Salvo que haya hipercolesterolemia, que tendrá dieta especial).
  - III) Aceite de olivas con las comidas (antes) y al acostarse. (Lo usamos, también, en ayunas, precedido de un agua aromática caliente).
  - IV) Higiene general. Ejercicios moderados para mejorar el tono muscular.
  - V) Tónicos. (Estricnina, arsénico, hierro; hemos utilizado con buenos resultados el "Strichnal": Sulf. de etilbetana del ac. estricnico).
  - VI) Drenajes duodenales (varios).

Quien haya leído el trabajo del Profesor Pantolini, y lo compare con lo sumariado anteriormente, verá una sorprendente similitud, y aún más, si conoce lo que Carter *et al* agregan en su "discusión", y en el Capítulo de "*Estasis Biliares*". Dicen: "La sintomatología en este grupo es indefinida (la dispepsia y el "discomfort" es lo más sobresaliente). Las mujeres son las más atacadas, y casi todos los pacientes caben en el grupo "*Fair, fat and forty*". "La obesidad y los hábitos sedentarios, tono muscular deficiente y metabolismo basal bajo, son frecuentes de este tipo de disquinesia. Alvarez (8) y Vanzant (9) y muchos otros, han observado la frecuente aclorhidria de los viejos, y anotan (Carter *et al*) que la presencia del quimo ácido en el duodeno, no sólo causa una relajación del esfínter de Oddi, sino que estimula la evacuación de la vesícula". "Cuando falta el ácido y a la vesícula le falta tono, el estímulo puede ser ineficaz para evacuar la vesícula". Esto se llama distensión atónica". "La vesícula a la radiología aparece dilatada en forma de pera, y con buena concentración". "En la intubación una prueba franca de su atonía es la falta de buena respuesta vesicular con el sulfato de magnesía y sí con el aceite de olivas". "Puede existir una verdadera aclorhidria". "Sin embargo, este diagnóstico es sólo aceptable después de una comida de prueba". "Es frecuente el hallazgo de cristales de colesterol y de bilirrubinato de calcio sin que ello traduzca una colecistolitiasis". "*La atonía vesicular se debe en gran parte a la ausencia de la acción normal del jugo gástrico, ácido sobre el esfínter de Oddi*", (subrayado nuestro). "Otro factor es el bajo tono de la musculatura de la vesícula, lo cual está de acuerdo con el descenso del tono muscular del organismo". "El uso del ac. clorhídrico es claro; además, la acidez protege a las vías biliares de las infecciones ascendentes. Anotan, además, que si a la intubación hubo una buena respuesta al sulf. de Mag., se le dará al paciente, solo o asociado a alcalinos".

Es interesante anotar que estas vesículas hipotónicas asociadas a hipoclorhidria gástrica (que en Bogotá hemos encontrado en un 90%) (10) por concentrar demasiado la bilis, por el estancamiento, el

colorante radiológico no penetra en forma uniforme en ellas, y entonces, o aparece una "vesícula pálida", que simula una colecistitis o a veces, no aparece, aunque se hayan tomado todas las precauciones en la eliminación y absorción del colorante. En estos pacientes, como lo anota Curl (11) después de dieta colequinética y de intubaciones, se obtienen colecistogramas normales. Nosotros (10) y J. Segura Vargas (12) hemos visto muchos casos semejantes, a los cuales oportunamente se les ha evitado una inoficiosa intervención quirúrgica.

Ahora, veamos en forma sumaria, los conceptos fundamentales del Prof. Pantolini (1-2) a los cuales agregaremos, entre paréntesis, un corto comentario en favor de nuestra tesis.

I) Su definición. "Colecistoakenosis aparoxina, es una nueva entidad patológica funcional de la vesícula producida por la falta de su evacuación normal por ausencia del estímulo fisiológico". (La disquinesia vesicular de Carter et al (Loc. cit.) (1939) de "*vesícula hipotónica asociada a hipoclorhidria gástrica*" (precisa este concepto, cabalmente).

II) "Los estudios de varios autores (Chiray, Paul, Varela, Houssey, Mirizzi y Velasco) nos sirvieron de guía para resolver una cantidad de hechos que la observación minuciosa de muchos pacientes planteaba como problema no resuelto". (Subrayado nuestro). (Todos estos "problemas" ya estaban resueltos, como se verá en nuestros comentarios).

III) El autor señala el "olvido" de la estrecha relación entre la *secreción biliar y el funcionamiento de sus vías con la secreción del ácido clorhídrico libre, factor esencial* en la producción de la secreta y de la colecistoquinina". (No solamente la clasificación ya mencionada, sino los otros tipos de disquinesias de los mismos autores (págs. 195-202) de "*vesícula hipertónica asociada a hiperclorhidria gástrica*" (con sintomatología y patogenia precisas) y *vesícula hipertónica de origen reflejo*" (con clorhidria normal) demuestran fehacientemente cuán presente tuvieron ellos a la acidez gástrica, que viene a ser un *común denominador* de su excelente clasificación, criterio que se presenta como "olvidado" por el Prof. Pantolini.

IV) "Esta entidad tiene una sólida base fisiopatológica experimental..." "Reúne las condiciones exigidas para tener la jerarquía de una nueva entidad nosológica..." (indudablemente lo descrito muestra una entidad patológica definida. Empero, por el concepto de la prioridad científica, que creemos asiste a los autores norteamericanos, pierde su "novedad" y simplemente expresa una variante, lo del tamaño y forma vesicular, como veremos en seguida, de la *vesícula hipotónica asociada a hipoclorhidria gástrica*).

V) El autor anota, "que todos los pacientes estudiados tienen ausentes o muy disminuídos los valores del ácido clorhídrico libre en su jugo gástrico". "La falta de absorción de cloruros ferrosos puede determinar una anemia sideropénica..." (El concepto de la clorhi-



dria, como ya vimos, es idéntico. Carter et al, en la Pág. 190, aconsejan la terapéutica con *hierro* en esta disquinesia).

VI) El autor habla de síntomas locales y generales, digestivos ("plenitud gástrica, ruidos hidroaéreos, sensación de detención del contenido gástrico") y "extragástricos generales" como "somnolencia, astenia, escalofríos, etc. Además, del lado biliar, ("Plenitud molesta y hasta dolorosa en el hipocondrio derecho; frecuente propagación a la base del torax del mismo lado; punzadas en el hipocondrio derecho, especialmente con comidas grasas"). Y entre los generales: "Astenia permanente, muscular y psíquica; además, estreñimiento tóxico, diarrea del tipo lientérico, manifestaciones alérgicas digestivas, y de la piel, jaqueca y muchos otros síntomas". (Si exceptuamos las manifestaciones alérgicas y la jaqueca, que no mencionan Carter et al, lo demás es semejante. En el concepto *lacónico de dispepsia hiposecretora* con todo su conocido y variado cortejo sintomático, entre ellos, la diarrea hipoclorhídrica, la "indigestión", "gases", "eructos", y el "discomfort", señalados por los autores norteamericanos, queda incluida la pormenorizada lista sintomática del Profesor Pantolini. Su frase final, "y muchos otros síntomas", muestra claro el concepto de que la entidad "*tiene una sintomatología indefinida*" (Carter et al). En realidad, en más de quinientos casos estudiados por nosotros no hemos podido precisar un cuadro clínico uniforme.

VII) "Es de capital importancia para establecer el diagnóstico, obtener una bilis B muy oscura y concentrada (caoba oscuro)". "El sedimento de esta bilis concentrada presenta siempre un abundante precipitado de cristales de colesterol..." (y en la Fig. 3, muestra un campo microscópico típico. "Cuando se obtiene la bilis B con esos caracteres (los normales) es regla la visualización de la vesícula por colecistografía". (Estos conceptos son idénticos a los de Carter et al).

VIII) *Colecistografía*. "En los casos de *Colecistoakenosis aparoquina* la vesícula tiene un tamaño y una tonicidad normales, obedeciendo en forma deficiente al estímulo de dos yemas batidas en leche". "Es una vesícula atónica cuya falta de evacuación se debe a la deficiente contracción muscular por leiastenia general". "Concretando: En la Colecistoakenosis aparoquina los primeros colecistogramas son negativos, visualizándose la vesícula cuando los sondeos permiten un regular vaciamiento de la vesícula con transformación de los caracteres de la bilis B; además, es esencial que la vesícula posea tamaño y configuración normales, con ausencia de los caracteres de la atonía vesicular, y por último, que la evacuación sea deficiente" (yemas de huevo). (No comprendemos que sea algo "esencial" el que la vesícula posea tamaño y configuración normal, tratándose de un órgano que todos conocemos y el autor reconoce que es "atónico", y "*cuya falta de evacuación se debe a deficiente contracción muscular por leiastenia general*". Si la bilis B se estanca, por esa pereza vesicular, cómo puede ser condición *esencial* que su tamaño y forma sean normales? Ciertamente es que una hipotonía en sus comienzos puede dar un aspecto radiológico que se puede aceptar dentro de los imprecisables

límites de lo normal. Pero a la larga, lo normal dentro de la fisiopatología es que se dilate. Y así acontece siempre. Si bien es cierto ( y ya lo expresamos) lo de la no aparición o la "palidez" vesicular que mejoran con la intubación y colequinéticos, éste no es un fenómeno constante; y en nuestra larga serie de casos esta eventualidad es rara y siempre coexiste, como la lógica lo supone, con vesículas francamente dilatadas.

No nos explicamos cómo esa entidad "nueva", con la misma etiopatogenia (ya analizada), con iguales resultados en la intubación gástrica y duodenal; con el mismo tratamiento y con aspectos radiológicos tan semejantes (excepto lo anotado), cuando todo obliga a esperar una vesícula en trance y en expresión de dilatación, en la experiencia del Profesor Pantolini tenga "forma y tamaño normales", y esto lo considere *esencial*. De ahí que el mismo autor diga: "*Los casos puros de esta afección no son numerosos*", y los "*Casos impuros, posiblemente los más frecuentes*". (A cuáles llama impuros?) (Creemos, que este concepto del tamaño y forma normales no sea más que una "Variante" de la *Vesícula Hipotónica asociada a Hipoclorhidria Gástrica*; y que esta "variante", por lo demás rara, no autoriza a crear una nueva entidad nosológica. Es lo que se llama en biología, *Variedad* dentro de la *Especie*.

IX) *Sondeo gástrico*. "En todos los casos estudiados hemos hallado marcada hipoclorhidria o anaclorhidria; casi todos los anaclorhídricos secretaron ácido con la histamina"... (Concepto básico para ambas partes).

X) *Tratamiento*. "Régimen adecuado a la hiposecreción gástrica, que constituye en realidad el desequilibrio básico que debemos co regir. (Aconseja una bebida clorhidropéptica). Lograda la mejoría se agregan alimentos colecistoquinéticos para estimular el funcionamiento evacuador de la vesícula". "Los sondeos duodenales se deben efectuar hasta aclarar la bilis B, debiéndose repetir cada dos semanas". (Ambos tratamientos son exáctamente iguales).

## S U M A R I O :

I) El autor comenta la entidad *Colecistoakenosis aparoxina* descrita por el Profesor Mario I. Pantolini del Hospital "Cosme Argerich", y considera que se trata de la misma disquinesia descrita por Carter et al, desde 1939, llamada *Vesícula hipotónica asociada a hipoclorhidria gástrica*.

II) En favor de su tesis cita comparativamente los hechos sobresalientes de ambas entidades. La etiopatogenia, es la misma, así como los datos obtenidos por la intubación y radiología. Sus síntomas y tratamiento son iguales. Sólo hay una diferencia, y es el tamaño de la vesícula, que el autor argentino señala como de forma y tamaño normales.

III) Se considera esto del tamaño y forma, hecho por lo demás poco frecuente, como una "Variante" de la disquinesia de Carter et al, lo cual no justifica que se describa una "nueva entidad nosológica" y se compara al frecuente hecho biológico de la "*Variedad*" dentro de la "*Especie*".

## BIBLIOGRAFIA:

- (1) Pantolini, M. I.—**Colecistoakenosis aparoquina**. Compendio Médico, (58): 6, oct. dic. de 1950.
- (2) Pantolini, M. I.—**Colecistoakenosis aparoquina**. La Prensa Med., (1): 22, enero de 1951.
- (3) Carter R. F., Greene, C. H. and Twiss, J. R.—**Diagnosis and Management of Diseases of the Biliary Tract**, pp. 28, 188 y 190. Lea and Febiger Philadelphia. 1939.
- (4) Alvarez, Walter C.—Proc. Staff Meet. Mayo Clinic., 24 (17): agosto 1949.
- (5) Reyes Fonseca, Alvaro.—**Las Disquinesias biliares**. Criterio Clínico. Tesis de Grado (Meritoria) Fac. Nal. de Medicina, 1947.
- (6) Bonilla-Naar, Alfonso.—**Vesícula Hipotónica Asociada a Hipoclorhidria Gástrica**. Rev. Fac. Med., 14: julio de 1945.
- (7) Bonilla-Naar, Alfonso.—**Disquinesis Vesiculares** (200 historias clínicas). Conferencia dictada en el Hospital de La Samaritana de Bogotá, en octubre de 1946.
- (8) Alvarez, W. C.—**Mechanics of the Digestive Tract**. Hoeber Inc., New York, 1928 (Cita de Carter et al).
- (9) Vanzant et al.—**Normograms delineating Standards of Normal Gastric Acidity**. Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic., 8: 425, july, 1923 (Cita de Carter et al).
- (10) Bonilla-Naar, Alfonso.—**Indicaciones y Precauciones en la interpretación del Colecistograma**. Pág. 147, **Trabajos Escogidos de Gastroenterología** (N° 1) Bogotá. Librería Voluntad, 1950.
- (11) Curl.—(Citado por Dodds y Beaumont, **Recent Advances in Medicine**. 11th. Ed. Pág. 163. Churchill, London 1943.
- (12) Segura Vargas, Jorge R.—**Conducta frente a una vesícula no visible a los Rayos X**. Intubación Duodenal. Tesis de Grado (Laureada). Universidad Javeriana, Facultad de Medicina (Inédita). Pág. 88. (Segunda Conclusión). Bogotá, 1950.

Alfonso Bonilla-Naar  
Calle 14, N° 4-32. Bogotá.  
Julio 30 de 1951