

A r s M e d i c a

Año VIII

Octubre de 1932

N.º 86

Las secuelas de la colecistectomía⁽¹⁾

Por el doctor **F. Gallart Monés**

Director de la Escuela de Patología digestiva del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona

No hay duda que la extirpación de la vesícula litiásica, cura definitivamente muchos enfermos. Todos los autores están de acuerdo bajo este punto de vista. Sobre lo que no hay acuerdo es respecto al número de curaciones; pues cada cirujano presenta su estadística. Ello es debido seguramente a que no se consideran como secuelas ciertas molestias, no graves, que presentan los operados.

Por nuestra parte podemos afirmar, después de controlar rigurosamente 112 colecistectomizados, que un 23 % quedan con molestias de intensidad variable; unas veces, son trastornos ligeros; pero otras son tan graves y producen tales sufrimientos, que obligan al enfermo a llevar una vida miserable, exigiendo nuevas intervenciones, que algunas veces curan (cálculo ignorado) pero otras no solamente no mejoran, sino que empeoran la situación, como en la mayoría de casos atribuidos a perivisceritis.

No me referiré en esta comunicación a los sufrimientos debidos a un mal diagnóstico, que conduce a practicar una exéresis vesicular innecesaria, como en casos de úlcus duodenal simple o de tipo icterico, de apendicitis, etc., que se han confundido con una colecistitis. Tampoco haré mención de

aquellos en los cuales se practicó una operación incompleta, como en los casos de colecisto-apendicitis.

Entre nuestros operados hay un 5 % que sufren nuevas crisis de cólico hepático, con ictericia y fiebre, y que han expulsado y siguen expulsando cálculos. Dos de ellos han sido nuevamente operados de colédocotomía con drenaje, sin ningún resultado.

En cuatro enfermos a quienes se practicó colecistectomía con drenaje del hepático (3 por cálculo, 1 por pancreatitis), que se mantuvo más de un mes, presentaron de los tres meses al año y medio, nuevas crisis de cólico hepático, con ictericia y fiebre. Ello podría explicarse por nuevas *poussés* de coledocitis producidas por cálculos que pasan inadvertidos, o por inflamaciones de las vías biliares, debidas a bacterias que en ellas quedaron, y que de tanto en tanto, por motivos desconocidos, exaltan su virulencia, aunque los hemocultivos practicados durante las crisis fueron todos negativos.

Claro que no se puede negar que existen casos de colédoco engrosado, duro, estenosado, cuyas lesiones anatómicas son capaces de producir crisis de cólico hepático; pero no se puede negar que son raros.

* * *

Hay quien atribuye una parte de las secuelas a *pancreatitis*. No cabe duda que un

(1) Comunicación al Congreso de la Litiasis biliar celebrado en Vichy, Septiembre 1932.

buen número de litiásicos la padecen (tal vez más de la mitad); pero también hay que reconocer que desaparece rápidamente, unas veces con sólo la extirpación de la vesícula, y otras con el drenaje del colédoco.

Es muy raro que al cabo de uno y medio a tres meses de la operación, el tubaje duodenal y el examen de heces, no nos demuestren el restablecimiento de la secreción externa del páncreas.

Por consiguiente, como secuela tardía debe concederse a la pancreatitis un valor muy mediocre.

Hay autores que atribuyen las crisis dolorosas del colecistectomizado a un *estado alérgico* de las vías biliares, que persiste a pesar de la exéresis vesicular.

Sólo se nos ocurre contestar con las palabras del Prof. MAURIAC: "*Je ne sais plus que penser des mots allergie, immunité, anaphylaxie; ils dansent dans mon cerveau une sarabande, s'emmêlent, se confondent; bref, je préfère n'y plus songer pendant quelque temps et laisser la décantation se faire: peut-être après y verrai-je plus clair.*"

* * *

Voy a ocuparme por fin de dos cuestiones actualmente en discusión: me refiero al papel de las *perivisceritis* y *hepatitis* en los sufrimientos de los colecistectomizados.

Es corriente ver enfermos operados sin ningún síntoma radiológico de perivisceritis del *carrefour* derecho, que presentan una serie de trastornos dolorosos, de tipos muy diversos, traducidos por peso después de las comidas, o dolor con irradiaciones al dorso y espalda. Otros aquejan crisis dolorosas con vómitos, que recuerdan las de antes de la operación, y coinciden con las reglas.

Por el contrario, hay operados con síntomas radiológicos evidentes de perivisceritis, que engloba el duodeno, el ángulo de-

recho del colon y que jamás han sufrido.

Y estos hechos no son una excepción, sino que se repiten a diario; además de que todas las operaciones que se recomiendan para luchar contra dicha complicación, no hacen más que agravarla.

Cabe, pues, dudar de que la perivisceritis sea capaz de producir tantos trastornos post-operatorios, como le atribuyen muchos autores.

FLÖRKEN y LICK, atribuyeron muchos de los trastornos a espasmo o inflamación del esfínter de Oddi, pero a nuestro entender, esto es muy hipotético y difícil de demostrar en clínica. Además de que las operaciones recomendadas para actuar sobre dicho esfínter, ya indirectamente (colédocoduodenostomía), ya directamente (sección transduodenal de la papila) no han dado los resultados que se esperaban.

* * *

Nos falta para acabar, dedicar dos palabras al papel que representa la *hepatitis* en las secuelas del colecistectomizado.

Es frecuente observar en las biopsias hepáticas de los litiásicos, focos de inflamación de la glándula. Es muy lógico pensar que dicha hepatitis reaccional consecutiva a la inflamación vesicular, desaparezca con ella. Así ocurre a lo menos, con gran frecuencia, en otras partes del organismo.

Suponiendo que dicha hepatitis persistiera o hubiese curado a expensas de ser sustituido una parte del tejido noble por conjuntivo, ¿qué medios tenemos en clínica o laboratorio para averiguarlo?

Actualmente ninguno, ya que dichas lesiones no dan signos de insuficiencia hepática; y aunque los dieran, actualmente no disponemos de un medio seguro para despinarla.

He tenido varios enfermos operados de colecistectomía por litiasis, en los cuales se

encontró en su hígado lesiones macro y microscópicas de la cirrosis, que soportaron perfectamente la operación y su curso post-operatorio fué perfectamente normal.

CONCLUSIONES

1.^a Los colecistectomizados por litiasis biliar sufren: A) Porque se les forman nuevos cálculos en las vías biliares. B) Porque además de su litiasis padecían otra lesión que pasó inadvertida. C) Porque pueden quedar con una lesión orgánica coledocal o pancreática, casos muy excepcionales. D) Por una serie de motivos que hasta hoy desconocemos.

2.^a El papel de la perivisceritis en la producción de trastornos dolorosos, debe aceptarse con mucha prudencia.

3.^a Lo mismo podemos decir de las hepatitis secundarias.

4.^a Creemos es una equivocación buscar en un trastorno local la mayoría de las causas de los sufrimientos post-operatorios. Es necesario acordarnos de que la litiasis vesicular o coledocal es un episodio de la enfermedad; y como dijo el gran maestro CHAUFFARD, la cirugía cura dicho episodio, pero no la enfermedad. La litiasis biliar es una discrasia, en la cual son un factor primordial las glándulas endocrinas, trastornando el metabolismo. Seguramente el hígado no tiene más importancia que ellas, en la producción de la enfermedad.

5.^a La infección desempeña un papel de primer orden en las manifestaciones litiasicas, poniendo de relieve casos que de no ser ella, hubieran permanecido latentes. En ciertas ocasiones, su valor aumenta tanto, que casi lo es todo.

CONCLUSIONS

1.^a Els colecistectomitzats per litiasi biliar sofreixen: A; perquè se'ls formen nous càlculs a les vies biliares. B; perquè ademés de llurs li-

tiasis sofrien una altra lesió que va passar inadvertida. C; perquè poden quedar amb una lesió orgànica coledocal o pancreàtica, casos molt excepcionals. D; per una sèrie de motius que fins avui desconeixem.

2.^a El paper de la perivisceritis en la producció dels trastorns dolorosos, deu acceptar-se amb molta prudència.

3.^a El mateix podem dir de les hepatitis secundàries.

4.^a Creiem que és una equivocació buscar amb un trastorn local la majoria de les causes dels sofriments post-operatoris. Es necessari recordar de que la litiasi vesicular o coledocal és un episodi de l'enfermetat; i com ha dit el gran mestre CHAUFFARD, la cirurgia cura el susdit episodi però no l'enfermetat. La litiasi biliar és una discràsia, a la qual són un factor primordial les glàndules endocrines, trastornant el metabolisme. Segurament el fetge no té més importància que aquestes en la producció de l'enfermetat.

5.^a La infecció fa un paper de primer ordre a les manifestacions litiasiques, posant de relleu casos que, de no ésser aquesta, hagueren permanescut latents. En certes ocasions el seu valor augmenta tant, que quasi el té tot.

CONCLUSIONS

1. Après une cholecystectomie pour lithiase biliaire, le malade peut souffrir:

A) A cause de la reformation de calculs dans les voies biliaires.

B) A cause de l'existence non soupçonnée d'une autre lesion.

C) Parceque une lesion organique choledique ou pancreatique a persisté ceux sont des cas très exceptionels.

D) Pour des causes pas encore connues.

2. Le rôle de la periviscerite dans la production des troubles douloureux doit étre accepté avec réserve.

3. C'est aussi le cas des hepatites secondaires.

4. Nous croyons une erreur chercher l'explication des souffrances post-operatoires dans un trouble local. On doit se rappeler que la lithiase vesiculaire ou choledoque est un épisode dans une maladie, et comme le Professeur CHAUFFARD a dit, "la chirurgie peut guerir l'épisode mais pas la maladie". La lithiase biliaire est

une dyscrasie dans laquelle les glandes endocrines sont un facteur primordial, bouleversant le métabolisme. Il est probable que, comme cause de la maladie, le foie n'est pas plus important que ces glandes.

5. Une infection peut jouer un rôle très important dans les manifestations lithiasiques. Dans quelques cas, sans l'infection, ces manifestations, se seraient restées latentes.

CONCLUSIONS

1. After a cholecystectomy carried out for biliary lithiasis, the patient may suffer:

A) Because gall-stones have again formed in the bile-ducts.

B) Because of the unsuspected existence of another lesion.

C) Because an organic choledocal or pancreatic lesion persists; these are very exceptional cases.

D) Because of causes as yet unknown.

2. The part taken by perivisceritis in the production of painful symptoms should only be accepted with reservations.

3. This is also the case as regards secondary hepatitis.

4. We believe it a mistake to look for the explanation of post-operative sufferings in a local disturbance. It must be remembered that vesicular or choledocal lithiasis is an episode in an illness; and as the famous Professor CHAUFFARD has said, "surgery cures the episode but not the illness". Biliary lithiasis is a dyscrasy in which the endocrine glands are a primordial factor, upsetting metabolims. It is probable that, as a cause of the disease, the liver is not more important than these glands.

5. An infection sometimes plays a leading part in lithiasic manifestations, which in some cases, had it not been for the existence of the infection, would have remained latent.