

## Estado actual de la cirugía biliar

por el doctor

**M. Corachán**

Prof. libre, médico de número del Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo, de Barcelona

No debo ponderar la gran importancia del estudio clínico del enfermo afecto de una lesión de las vías biliares, para sentar las indicaciones de un tratamiento quirúrgico, tanto más cuanto que a menudo nos encontramos ante enfermos de las vías biliares con cuadros clínicos complejos en los que a más de su evolución general susceptible o no de un tratamiento, se presentan síndromes evolutivos cuyas indicaciones quirúrgicas no dan lugar a dudas.

Hay, pues, que estudiar ante cada cuadro clínico de vías biliares la patogenia de la enfermedad, conocer bien la anatomía patológica, observar con detalle los datos clínicos del paciente en cada caso particular, sentar bien el momento de evolución en que se encuentra la enfermedad y las complicaciones que comporta en aquel momento, para que este conjunto nos sirva de base para sentar una indicación quirúrgica o, por el contrario, para rechazarla.

Empezaremos por hablar de las *indicaciones* en la litiasis biliar.

No estando aún bien dilucidada la etiología de la litiasis biliar, su terapéutica no puede ser causal ni médica ni quirúrgica, y en éste como en tantos otros casos de la ciencia médica debemos seguir una terapéutica más o menos empírica y una terapéutica sintomática.

*Intervenciones quirúrgicas a practicar en la litiasis biliar.* — Debemos confesar, que con cierto empirismo se ha preconizado en la litiasis biliar la extirpación de la vesícula, o sea, la colecistectomía, creyendo que así se hacía una terapéutica causal; pero debemos reconocer que muchos enfermos después de una colecistectomía sufren nuevas crisis biliares. Otros autores han aconsejado y aconsejan la fistulización de la vejiga biliar, o sea, la colecistostomía; esta intervención, a más de permitirnos la extracción de cálculos biliares vesiculares nos permite hacer un drenaje de las vías biliares y con él obtener posiblemente la curación de la colecistitis, que en muchos casos sin duda alguna desempeña un papel muy importante. Otros autores aconsejan sólo la extracción de los cálculos, ya vesiculares por colecistotomía, ya del colédoco por colédocotomía, pero sin fistulización.

Con esta terapéutica quirúrgica de que disponemos ante la litiasis biliar, al estar dispuestos a intervenir como cirujanos, ¿qué conducta a seguir debemos recomendar?

Cada día somos menos partidarios de emplear la colecistectomía de un modo sistemático, creyéndola sólo indicada en los casos en que la vesícula esté afectada in-

tensamente, exceptuándose, pero, los enfermos con lesiones excesivamente avanzadas; en consecuencia, en el momento actual aconsejamos no practicar nunca una colecistectomía en enfermos cuya vesícula esté sana, ya que aquélla no ocasionaría ninguna ventaja al enfermo. En los casos muy avanzados no la recomendamos por las dificultades que encontramos al realizarla y por ser siempre malo el estado general de estos enfermos. No obstante, en algunos casos intentamos hacer una colecistectomía en dos tiempos. La colecistectomía tiene la ventaja de que puede suprimir las molestias que derivan de una vesícula enferma; pero tenemos el inconveniente de que en algunos casos no hace desaparecer por completo todas las molestias.

En los casos en que no creemos indicada la colecistectomía empleamos la colecistostomía; la cual debe practicarse al sospechar una litiasis intrahepática, así como en los casos en que encontrando pocas lesiones vesiculares, sospechemos una lesión de páncreas o de colédoco, al objeto de poder establecer con ella una ulterior derivación biliar si es preciso. Tiene la ventaja de ser una intervención sencilla y de poca mortalidad inmediata. Con ella mejoramos y curamos muchos enfermos. No obstante, en un número limitado de ellos, una vez cerrada la fístula repiten las molestias de la afección por la aparición de nuevos cálculos, capaces de revocar nuevas crisis.

No somos partidarios de la colecistotomía seguida de la extracción de cálculos y sutura consecutiva, en la litiasis vesicular pura, así como tampoco somos partidarios de la colédocotomía seguida de sutura completa, previa extracción del cálculo, ya que creemos que sólo se podría prescindir del drenaje en enfermos en los que nos-

otros no admitimos en el momento actual una intervención quirúrgica.

*El drenaje en las intervenciones sobre las vías biliares.* — ¿Después de la colecistectomía debemos colocar sistemáticamente un drenaje de las vías biliares? Nosotros usamos el drenaje de las vías biliares si tememos que exista una infección en las mismas. En el caso contrario lo creemos innecesario. Si la infección es ligera y estamos seguros de la permeabilidad del colédoco, nos limitaremos a colocar un tubo de goma en el conducto hepático; en cambio, si no tenemos esta seguridad y la infección es muy pronunciada, colocaremos un tubo de goma en T de Kehr en el hepático y colédoco.

Si bien no colocamos un drenaje de las vías biliares, dejamos, no obstante, un drenaje subhepático con gasa y tubo en los casos en que no se puede peritonizar el llamado lecho hepático de la vesícula biliar, cuando sangra el hígado y cuando no podemos peritonizar la ligadura del cístico o dudamos de su seguridad.

Vamos ahora, después de haber expuesto los medios de que dispone el cirujano frente a la litiasis biliar, a estudiar las indicaciones quirúrgicas.

Algunos autores como BERARD y MALLETT-GUY creen que en el momento actual pueden los enfermos de litiasis biliar dividirse en dos grupos: 1.º, *litiasis biliar*; 2.º, *colecistitis litiasica*, teniendo cada uno de ellos sus indicaciones quirúrgicas. Nosotros consideramos en la litiasis biliar la infección como una de las complicaciones que puede sufrir el litiásico y creemos también que una litiasis aséptica puede sufrir una complicación no infecciosa. Ateniéndonos a este punto de vista creemos mejor, desde el punto de vista quirúrgico, dividir los enfermos litiásicos en dos grupos: a) *litiasis biliar no complicada*, b) *li-*

*litias biliar complicada*; el segundo grupo, por razones didácticas, lo dividiremos en dos subgrupos, un primero formado por las complicaciones de la litiasis de la vesícula biliar y del conducto cístico (litiasis vesicular) y el otro formado por las complicaciones de la litiasis de los conductos hepático y colédoco (litiasis canalicular).

*Indicaciones quirúrgicas en la litiasis biliar no complicada.* — Si bien creemos que en la mayor parte de las litiasis complicadas está indicada una terapéutica quirúrgica, somos escépticos al sentar indicaciones en la litiasis biliar no complicada. Nuestro escepticismo se basa en dos hechos: por una parte los enfermos litiásicos resisten mal las intervenciones y las anestias; por otra la terapéutica quirúrgica de que disponemos, ya citada, no nos garantiza una curación de la enfermedad. Hemos visto como en las enfermos litiásicos no complicados, después de practicarles una colecistectomía o una colecistostomía, se reproducían las molestias más o menos tardíamente después de la intervención.

Mientras no nos sea posible separar los enfermos litiásicos en dos grupos, uno en los que los cálculos se originan en la vesícula y otros en los canalículos biliares, no podemos aconsejar la indicación quirúrgica razonable, o sea, la supresión de la vesícula sólo en el primer grupo.

Mientras no se aclare esta cuestión, creemos que en la litiasis biliar no complicada sólo puede aconsejarse una indicación quirúrgica en el caso de que clínicamente se demuestre que el enfermo presenta cálculos más o menos voluminosos capaces de producir a la corta o a la larga una complicación. En estos casos creemos indicada una colecistectomía si la vesícula está fisiológicamente enferma o una colecistostomía

si está fisiológicamente sana. Podemos conocer el fisiologismo normal o anormal y la presencia y tamaño de los cálculos gracias a los modernos métodos de exploración de las vías biliares: prueba de Meltzer-Lyon y colecistografía, previa administración de sustancias opacas eliminables por la bilis, como es la tetrayodofenolptaleína, con el complemento de la prueba de la grasa.

*Indicaciones quirúrgicas en las complicaciones de la litiasis vesicular.* — Estudiaremos sucesivamente las indicaciones quirúrgicas en la *infección vesicular*, o sea, en la llamada colecistitis litiásica, en la *dispepsia grave* y en la *hidropesía vesicular*.

En la infección vesicular debemos estudiar por separado, la colecistitis ligera dolorosa, la infección aguda, la pericolecistitis adhesiva, la infección crónica y la perforación.

A menudo nos encontramos con enfermos litiásicos en los que a la más ligera infección de su vesícula, presentan dolores rebeldes o dolores que sin ser intensos son molestos, convirtiéndose la litiasis biliar en una preocupación y un peligro. En estos enfermos creemos indicada incluso la intervención quirúrgica en el comienzo de sus molestias, ya que así podremos evitar que se complique su afección. No obstante, en estos casos, desde el punto de vista operatorio damos importancia a la edad, estado general del enfermo y estado social del paciente, ya que según estas circunstancias podremos aconsejar que se insista en un tratamiento médico, en especial la cura creno-climática. No debemos olvidar, en el caso de operar estos enfermos, el examinar su estómago y apéndice, ya que es posible una confusión clínica con otras afecciones de estos órganos.

Los casos de litiasis biliar con acciden-

tes infecciosos agudos son los que a más discusiones han dado lugar entre los cirujanos, sobre la necesidad o no de una operación. El problema gira en torno de estas tres preguntas:

¿Hay que hacer un tratamiento médico y una vez pasada la fase aguda operar en frío?

En el caso de operar precozmente, ¿hay que hacer una colecistostomía para después extirpar la vesícula en un segundo tiempo?

¿Hay que proceder, como en la apendicitis aguda, o sea, operar en caliente y extirpar la vesícula?

Los partidarios de la operación sistemática como en la apendicitis, recordarán la facilidad de producirse una perforación y lo difícil que es distinguir una forma leve de una grave; en estos casos un tratamiento precoz puede evitar el peligro. A más, hay que decir que consideran la colecistectomía como la operación preferible en las colecistitis agudas litíasicas.

Operando en un comienzo no hay que temer las lesiones cardíacas, pulmonares, renales, hepáticas o pancreáticas, que se dan en los enfermos en que perdura el proceso infeccioso. Los peligros de perforación y peritonitis consiguiente quedan muy disminuídos, la curación es rápida (2 a 3 semanas), e incluso se puede cerrar el abdomen sin dejar drenaje.

Pero si examinamos los argumentos en contra de la operación inmediata a la crisis aguda, hemos de considerar, en primer lugar, que la litiasis vesicular no es tan peligrosa como la apendicitis por sus complicaciones; en segundo lugar el diagnóstico preciso es más difícil, y finalmente, la operación que hay que llevar a término es más grave que una apendicectomía hecha dentro de las primeras horas de la crisis. Estas razones hacen que no seamos

partidarios de la intervención precoz en la litiasis biliar con accidentes infecciosos agudos; en cambio, creemos que pasada la fase aguda, si la crisis infecciosa ha sido muy intensa, debe operarse en frío. En caso de ser las crisis muy ligeras, sólo creemos indicada una intervención inmediata en frío si las crisis son repetidas en intervalos cortos de pocas semanas. Si las crisis son ligeras y muy espaciadas, las creemos justificables de un tratamiento médico o crenoterápico. Pasados los accidentes agudos, los enfermos pueden presentar molestias consecutivas a una pericolecistitis que haya quedado como resto de la infección aguda; en estos casos creemos que hay que averiguar si verdaderamente las molestias son debidas a estas adherencias; la práctica nos dice que solamente en el caso de que sean la causa de dificultades en el paso duodenal, son capaces de producir molestias que justifiquen una intervención; fuera de estos casos, creemos que las molestias son debidas a la persistencia de una colecistitis subaguda o crónica. No hay que decir que son tributarias de una intervención quirúrgica las posibles fístulas vesíco-duodenales o vesíco-cólicas.

En la *litiasis que presenta una infección crónica*, la indicación quirúrgica estará ligada a la intensidad de las lesiones que se encuentran por exploración, a la intensidad de las crisis, a la frecuencia con que éstas se presentan. Partidarios hace unos años de emplear siempre la colecistectomía en estos enfermos, en uno o dos tiempos según el estado general del enfermo, no lo somos tanto hoy día en que limitamos la colecistectomía a los casos en que la vesícula está tan lesionada que prácticamente es un órgano no tan sólo inútil, sino hasta perjudicial; en cambio, si las lesiones son mínimas y la vesícula no está muy esclerosada, nos mostramos partidarios de hacer

tan sólo una colecistostomía; no hay que decir que ésta la recomendamos más aún, si el enfermo es de edad y también si el estado del paciente es precario.

Al lado de la infección aguda o crónica cuyas indicaciones quirúrgicas podemos decir que son relativas, existen infecciones vesiculares que amenazan directamente la vida del enfermo y exigen por lo tanto una intervención quirúrgica inmediata y precisa siempre. Citemos en primer lugar las colecistitis purulentas y gangrenosas con intensa reacción peritoneal, justificable de la extirpación de la vesícula biliar. La urgencia es indiscutible cuando la vesícula gangrenosa se ha perforado en el peritoneo libre, en cuyo caso los resultados obtenidos estarán en relación con la precocidad de la operación. Cuando la perforación no tiene lugar en el peritoneo libre sino que por efecto de las adherencias que se han formado se forma una peritonitis enquistada en forma de absceso subfrénico, subhepático, etc., se impone la incisión y drenaje, y una vez curado el absceso se procederá a la práctica de una colecistectomía secundaria para curar por completo al enfermo.

Durante la laparatomía de ciertos casos agudísimos, encontramos un derrame peritoneal formado por una mezcla de bilis con gran cantidad de serosidad peritoneal, sin encontrar una perforación de las vías biliares: se trata de las llamadas peritonitis biliares sin perforación macroscópica de la vesícula ni de los conductos. En estas circunstancias creemos indicada una colecistostomía o una colecistectomía, según el estado del enfermo, junto con un drenaje de la región infrahepática, conducta terapéutica que salva un cierto número de enfermos que de otro modo están destinados al fracaso.

En los llamados casos de dispepsia gra-

ve de origen colelitiásico, sólo podemos recomendar un tratamiento quirúrgico, después de que un largo tratamiento médico haya fracasado. Son aquellos casos en que existe una estenosis pilórica o duodenal orgánica o un espasmo pilórico persistente, casos justificables de una gastrectomía junto a una colecistectomía. No son raros los casos de coexistencia de úlcus y litiasis, de los que ya nos hemos ocupado extensamente en otro trabajo; en ellos hemos recomendado la gastrectomía y colecistectomía en *bloque*.

Finalmente vamos a considerar las indicaciones quirúrgicas en la hidropesía vesicular (hidropesía aséptica, hidrocisto o mucocelo) debida a la obturación del cístico por un cálculo. En contra de la opinión de KEHR que preconiza la abstención operatoria, excepto en los casos de ser la vesícula dolorosa a la presión, nosotros recomendamos la extirpación, ya que aparte que dé o pueda dar molestias, la posibilidad de una supuración o perforación es siempre un peligro que creemos se ha de evitar.

*Indicaciones quirúrgicas en las complicaciones de la litiasis canalicular.* — Vamos a considerar dos tipos de complicaciones que no dejan de ser frecuentes y en los que debe usarse una terapéutica quirúrgica. Uno lo constituyen las complicaciones infecciosas, el otro las obturaciones del colédoco.

Cuando el enfermo presenta una obturación aguda del colédoco con fiebre, escalofríos, ictericia, tumefacción hepática, etcétera, es decir, con todos los síntomas de una infección biliar (fiebre bilio-séptica), el cirujano debe estar preparado para intervenir rápidamente si el enfermo no mejora a los pocos días. En algunos casos puede expulsarse el cálculo y desaparecer todos los síntomas; pero si la sintomatolo-

gía persiste, se operará de urgencia practicándose una colédocotomía, la extracción del cálculo o cálculos y el drenaje del colédoco. Esta intervención debe ser precoz, no debiéndose esperar más allá de 4 a 8 días, y aun durante éstos se vigilará atentamente el enfermo, sobre todo localmente, ya que al más pequeño síntoma de reacción peritoneal debe intervenir, pues de lo contrario nos exponemos a graves peligros como son la perforación del colédoco y la peritonitis consiguiente. Además, debemos tener en cuenta la facilidad con que se lesiona el hígado, y por esto hay que operar antes de que la célula hepática degenera.

Algo más discutidas son las indicaciones en la obturación del colédoco. Estudiaremos en ellas un tipo agudo y un tipo crónico. La oclusión aguda la produce únicamente un cálculo; en el cuadro clínico predomina la ictericia por retención y la acolia, pudiendo ir acompañado o no de infección. En los casos en que no se presentan accidentes infecciosos graves debemos distinguir la obliteración por el atascamiento de un cálculo vesicular, que en general es pasajera, de la obliteración por un cálculo del colédoco.

Todo cálculo de colédoco implica una indicación operatoria, pues estos cálculos no se eliminan espontáneamente más que en rarísimos casos. La operación debe aconsejarse inmediatamente después de haber hecho el diagnóstico al iniciarse una obliteración por cálculo de colédoco, y lo decimos en contra de la opinión de KEHR y de otros cirujanos, de que hay que esperar si la infección es ligera; estos enfermos, ya en su período inicial presentan crisis febriles más o menos acentuadas de dos o tres días de duración, que nos anuncian la posibilidad de que se presente una colangitis grave; y si por otra parte aca-

bamos de afirmar que es rarísima la eliminación de cálculos del colédoco espontáneamente, creemos no se debe dudar un momento en indicar inmediatamente una intervención; cuando al cuadro de obliteración del colédoco, con ictericia, acolia, etcétera, se junten síntomas de colangitis grave, la indicación operatoria es más urgente aún. En estos casos debemos aconsejar una operación en dos tiempos, porque debido al mal estado general es peligrosa una intervención importante. En un primer tiempo practicaremos una colecistostomía, con anestesia local de la pared. En un segundo tiempo, con anestesia general o regional, extraeremos los cálculos del colédoco; y si la creemos indicada por las lesiones existentes en la vesícula, practicaremos una colecistectomía, dejando siempre un drenaje del colédoco con un tubo en T de Kehr. No somos, pues, partidarios, como ya hemos dicho más arriba, de practicar una sutura inmediata del colédoco sin drenaje, conducta que por otra parte tiene pocos partidarios. Solamente en los casos en que debido al proceso flogístico o por lesiones anteriores se encuentra el colédoco destruido en parte, aconsejaremos además drenar la bilis directamente al intestino por medio de un tubo de goma pasado a través de la ampolla de Vater, una vez ésta dilatada. En el mismo caso podrá estar indicada una colédoco-duodenostomía o colédoco-gastrostomía, que si bien son mejores soluciones, tienen el inconveniente de alargar excesivamente el tiempo operatorio.

Si se encuentra el cálculo enclavado en la ampolla de Vater, no queda otra solución sino la de abrir el duodeno por su cara anterior; en la segunda porción, dilatar directamente la ampolla de Vater, extraer el cálculo y colocar un tubo de drenaje por

vía retrógrada, reconstruyendo finalmente la pared duodenal.

Al lado de la obliteración aguda del colédoco encontramos casos en que la obliteración se presenta poco a poco debido bien a que el cálculo deja pasar bilis entre él y la pared del conducto, bien a una pancreatitis crónica; otras veces la oclusión la encontramos provocando una fístula después de colecistostomía o colecistectomía. Si la obliteración es por cálculo, las indicaciones son las mismas que en la obliteración aguda, incluso la indicación de operar sin esperar. En la obliteración por pancreatitis se preconiza la colédocotomía con drenaje mediante un tubo en T., al objeto de ver si con 20 ó 30 días de drenaje biliar se restablece una permeabilidad normal, por reducirse la infiltración pancreática. Si las lesiones esclerosas han resistido al drenaje, somos partidarios de practicar una anastomosis bilio-gástrica o bilio-intestinal.

Respecto a las obturaciones del colédoco causantes de fístulas biliares, debemos en primer lugar recomendar como profilaxia de las mismas, el practicar sistemáticamente un examen radiológico con lipiodol, antes de retirar el tubo de drenaje que se deja después de la colecistostomía y de la colecistectomía. Este examen nos indicará si es permeable o no el colédoco, y en consecuencia, no se retirará nunca un drenaje biliar, si el colédoco no es permeable. Unos días más de drenaje lo pueden permeabilizar; y si esto no sucede, se impone una operación complementaria de abocamiento de la vesícula biliar o del colédoco al estómago o al intestino. La misma indicación tienen las fístulas biliares crónicas.

Después de haber detallado el estudio de las indicaciones quirúrgicas en la litiasis biliar y sus complicaciones, vamos a estu-

diar brevemente las indicaciones quirúrgicas en la colecistitis sencilla, o sea, en la no litiásica, en la que hemos de distinguir las indicaciones operatorias en la colecistitis aguda y en la colecistitis crónica.

*Indicaciones quirúrgicas en la colecistitis no calculosa.* — La experiencia operatoria y la experimentación han demostrado lo contrario de lo que se creía hasta hace poco tiempo, o sea que la infección aislada de la vesícula biliar, sin participación del resto del árbol biliar es muy frecuente. Esta infección tiene lugar por vía sanguínea durante el curso de septicemias (fiebre tifoidea, paratífus, etc.), y es mucho más frecuente que la infección por vía ascendente, que los autores antiguos defendían tanto para explicar las colecistitis como las angiocolitis difusas. La infección aislada por vía sanguínea de la vesícula biliar es la que nos explica los éxitos operatorios con la colecistectomía sola, sin drenaje de las vías biliares intrahepáticas. De todos modos, en muchos casos, al lado de la colecistitis existe una infección masiva del resto del árbol biliar, es decir, existe una angiocolitis difusa con hígado grande, ictericia y fiebre con grandes oscilaciones. Así, pues, las indicaciones operatorias variarán según se trate de una colecistitis aguda, sin infección del árbol biliar intrahepático o de una angiocolitis difusa. De aquí la importancia de precisar el diagnóstico antes de emprender cualquiera intervención quirúrgica. El diagnóstico de una simple colecistitis durante una septicemia, fiebre tifoidea, por ejemplo, es relativamente fácil si se piensa en esta complicación; en cambio, cuando aparece en un individuo aparentemente sano, es muy frecuente confundirla con una apendicitis, y de ahí la necesidad cuando se interviene un enfermo diagnosticado de apendicitis aguda sin encontrar lesiones apendiculares, de pensar

en la posibilidad de una colecistitis aguda.

En los casos de colecistitis aguda de mediana intensidad, la indicación operatoria inmediata no es necesaria, particularmente en los casos de colecistitis ebertiana; la infección vesicular se puede apagar rápidamente y permitir una intervención tardía en mejores condiciones. Pero muchos autores no lo creen así y recomiendan operar siempre estos enfermos, pues dicen que la vesícula, largo tiempo infectada, puede originar graves complicaciones. Si la colecistitis aguda es de carácter grave, la indicación operatoria es inaplazable. En estos casos la técnica preferible es la colecistectomía, ya que de esta manera se suprime radicalmente un órgano de paredes gravemente alteradas cuyo contenido es muy virulento. Las ventajas de la colecistectomía sobre la colecistostomía son, pues, incontestables, ya que la simple fistulización de la vesícula no es suficiente para en muchos casos drenar la supuración intravesicular. Hay que pensar en la existencia de las glándulas o criptas de Luschka, que pueden estar infectadas y que la sencilla abertura de la cavidad vesicular no es suficiente para drenar; en cambio, la colecistectomía, suprimiendo todo el órgano infectado, resulta la operación ideal. No obstante, en ciertos enfermos de edad avanzada, en enfermos obesos en que la colecistectomía fuera operación difícil o en aquellos cuyo estado general sea muy deficiente, se puede recurrir a la colecistostomía; y podríamos decir que, así como la colecistectomía es la operación preferible, la colecistostomía es la operación de necesidad.

En los casos de angiolitis aguda difusa el tratamiento médico comporta una mortalidad considerable; en cambio, el drenaje de las vías biliares practicado precozmente permite salvar más enfermos. La operación a practicar depende del estado

en que se encuentren las lesiones del árbol biliar. Si la vesícula infectada tiene un cístico permeable, la colecistostomía constituye una operación rápida que drena perfectamente; en cambio, cuando la vesícula está distendida y no comunica ampliamente con el resto del árbol biliar, es absolutamente necesario recurrir al drenaje del hepático o del colédoco; esta operación es más grave que la colecistostomía. Algunos cirujanos practican al mismo tiempo que el drenaje del hepático o del colédoco la extirpación de la vesícula biliar; pero creemos que la colecistectomía en estos casos es inútil y no hace más que agravar la intervención.

No podemos acabar estos puntos sin recordar que en estos casos, por la extrema gravedad de las infecciones hepáticas, la indicación operatoria deberá ser hecha muy precozmente si queremos salvar la vida de estos enfermos.

*Indicaciones quirúrgicas en la colecistitis crónica.* — Es indudable que a más de la colecistitis crónica calculosa existe un tipo de colecistitis subaguda o crónica desde el primer momento y de origen claramente infeccioso. Es claro que la existencia de esta colecistitis sólo la podremos admitir después de la doble prueba de comprobación de un cultivo positivo de la bilis intravesicular y de alteraciones histológicas de las paredes de la vesícula biliar. Debemos recordar que frecuentemente a la colecistitis crónica se le asocia una apendicitis crónica, lesión que parece tener una relación causal con la de la vesícula biliar según DURAND y BINET.

En estos casos de colecistitis crónica no litiásica, con molestias bastante acentuadas y que no mejoran después de un tratamiento médico, dietético o hidromineral practicado durante largo tiempo, la colecistectomía constituye la técnica preferi-

ble; esta operación, de ejecución fácil, en estos casos alivia claramente estos enfermos y los cura radicalmente de sus trastornos, con la condición de continuar durante cierto tiempo después de la intervención el tratamiento médico. Frecuentemente es útil asociar a la colecistectomía la extirpación del apéndice.

En cambio con la colecistostomía los resultados en estos enfermos son muy inconstantes y mediocres.

Al lado de estas colecistitis crónicas con lesiones inflamatorias de las paredes vesiculares y cultivo positivo de la bilis, la experiencia operatoria ha enseñado que al intervenir enfermos con un cuadro operatorio parecido al de estas colecistitis crónicas, durante la operación nos encontramos con un hígado ptosado y con una vesícula de aspecto normal, con una bilis estéril y sin lesiones inflamatorias de sus paredes o todo lo más con lesiones típicas de la vesícula fresa "Strawberry" de los autores anglo-sajones. La colecistectomía hecha en estos enfermos mejora muchas veces sus síntomas, pero también en muchos no hace nada y las molestias continúan igual que antes; hay que tener en cuenta que algunos de estos enfermos son neuropatas y que han insistido cerca del cirujano para que les opere y que después de una corta temporada de bienestar vuelven a presentar las mismas molestias que antes de la intervención. Es claro que muchos cirujanos justifican la extirpación de las vesículas fresa pensando hacer una manera de profilaxis contra la litiasis biliar, pues es conocido el papel que atribuyen muchos autores como GOSSET, LEVY y MAGROU a estas vesículas en la patogenia de los cálculos biliares. Como se ve, pues, no se trata de verdaderas colecistitis en el sentido de inflamación de la vesícula, sino simplemente, como creen algunos autores,

de éstasis biliar. Por esto, si después de la colecistectomía el enfermo continúa con las mismas molestias, hay autores que creen que debe buscarse entonces la causa ya sea en el páncreas (pancreatitis crónica), o bien en los trastornos funcionales del esfínter de Oddi caracterizados por una contractura especialmente. Teniendo en cuenta esta noción, algunos cirujanos, en lugar de una colecistectomía han preconizado el drenaje de la vesícula biliar a beneficio de una colecisto-gastrostomía o de una colecisto-enterostomía. Los resultados obtenidos con esta operación, a pesar de los pocos casos operados, son muy aleatorios, si bien con el inconveniente de que, en muchas ocasiones, esta anastomosis de vesícula con un segmento del tramo gastro-intestinal puede provocar una infección de la misma y determinar entonces una verdadera colecistitis con las molestias subsiguientes, y de hecho así ha ocurrido, teniendo necesidad el cirujano de deshacer la anastomosis y practicar la colecistectomía.

Así, pues, en estos casos de simple éstasis biliar, si el enfermo tiene muchas molestias y exige la intervención, lo mejor es practicar la extirpación de la vesícula con un drenaje de las vías biliares mantenido durante algunas semanas.

Entre las enfermedades de la vesícula biliar hemos de citar también la tuberculosis vesicular, que es muy rara. Según STERN y FOURCHE, las lesiones son frecuentemente de tipo hipertrófico, con paredes engrosadas y algunas veces con cálculos en su interior. El aspecto macroscópico de la vesícula ha hecho hacer siempre el diagnóstico de cáncer; solamente el examen histológico es el que hace a posteriori el verdadero diagnóstico. El tratamiento preferible es la colecistectomía. Finalmente, más frecuente que la tuberculosis de la

vesícula biliar debemos considerar que lo es el cáncer de la misma.

Los tumores de la vesícula están frecuentemente asociados a una litiasis vesicular antigua. En caso de tumores benignos, como son los adenomas vegetantes o papilomas, la operación preferible es la colecistectomía, que además de detener radicalmente la lesión neoplásica constituye una especie de profilaxis contra el cáncer de este órgano, ya que todo tumor benigno puede sufrir una degeneración cancerosa.

El cáncer de la vesícula biliar está casi siempre asociado a una litiasis antigua; de ahí que la colecistectomía en la litiasis vesicular constituye también una profilaxis contra el cáncer. Pocas veces se interviene con el diagnóstico de neoplasia maligna; la operación es hecha casi siempre con el diagnóstico de litiasis. La colecistectomía combinada con una ancha resección de hígado es la única intervención lógica; pero los resultados obtenidos son completamente nulos; la recidiva y la muerte del enfermo es la regla. Tan malos son los resultados de la intervención en el cáncer de la vesícula biliar, que si el diagnóstico es hecho antes de la intervención, vale más abstenerse; lo que sucede es que casi siempre se opera con el diagnóstico de colecistitis calculosa.

En el cáncer de la vía biliar principal hemos de distinguir el que se desarrolla a lo largo del hepato-olédoco y el que radica en la ampolla de Vater.

Cuando el cáncer radica en la confluencia del hepático del cístico y del colédoco, poca cosa se puede hacer; la vesícula es inutilizable para hacer una derivación; entonces la única intervención posible es la fistulización del hepático al exterior por encima del tumor; si la extirpación de la

neoplasia es anatómicamente posible, el restablecimiento del curso de la bilis hacia el intestino, en cambio, es muy difícil si no imposible.

El cáncer del colédoco propiamente dicho, como que deja el cístico libre permite hacer una colecisto-gastrostomía, operación de gran valor. La resección del colédoco afecto, pocas veces ha sido hecha, ya que la reconstrucción del mismo a base de un tubo de goma es muy difícil y de resultados variables.

El cáncer de la ampolla de Vater es el más antiguo de todos los descritos hasta ahora. Teóricamente, la operación más satisfactoria es la propuesta por COTTE, que consiste en la resección circular del duodeno con colecisto-enterostomía, gastro-enterostomía y pancreato-duodenostomía; más recientemente se ha preconizado la ablación limitada de la papilla después de duodenostomía; es la intervención más sencilla y de hecho da buenos resultados.

Acabado este rápido estudio sobre el estado actual de las indicaciones quirúrgicas en la patología biliar, debemos hacer la siguiente consideración: Tememos haber estado demasiado precisos al puntualizar las indicaciones quirúrgicas, en algún punto en que aún no hay una unidad de criterio; se comprende, pues, que a pesar de nuestra buena voluntad, al pretender dar una orientación en esta cuestión, tengamos que decir para acabar, que en la práctica clínica, al recordar nuestras afirmaciones, se debe pensar en la posibilidad de que sean demasiado categóricas; dicho con otras palabras: nuestra exposición debe servir de orientación, no para hacer un juicio definitivo ante el tratamiento, que deberá aquilatarse en cada caso, recordando una vez más que en medicina no hay enfermedades, sino enfermos.

## RESUM

Exposa l'autor les intervencions a practicar en la litiasis biliar, fa una crítica del drenatge després d'aquestes intervencions. Detalladament exposa el seu criteri terapèutic en els dos grans grups en què divideix la litiasis vesicular segons que sigui asèptica o vagi acompanyada de colecistitis, o millor dit, segons que sigui o no complicada, podent ésser les complicacions vesiculars o caniculars. Estudia entre les primeres el tractament en casos d'infecció vesicular, en la dispèpsia greu i en la hidropesia vesicular. En les segones estudia el tractament en casos d'infeccions i d'obstruccions de les vies bilials. En general sosté l'autor el criteri de practicar la colecistectomia sempre que permetent-ho l'estat del malalt la bufeta biliar no presenti lesions que anul·lin el seu funcionalisme prèviament explorat.

Practica la colecistostomia en els casos en què la bufeta conserva un bon estat funcional i en aquells en què l'estat general del pacient no permet realitzar una intervenció més extensa. Sotmet a drenatge de les vies bilials aquells casos en què coexisteix una infecció de les vies bilials. Parla del tractament de les colecistitis no litiasiques, que no responen a un tractament mèdic, i creu com a més indicat la colecistectomia, associada, si convé, a un drenatge de vies bilials. Per fi tracta del càncer de vesícula biliar, en el que tot tractament és d'un resultat deficient i del de les vies bilials en llurs distints segments, si són per sobre del cístic, poca cosa es pot fer, si són per sota, pot practicar-se una colecisto-gastrostomia; si radica el tumor en l'ampolla de Vater, el millor és practicar la resecció circular del duode amb colecisto-enterostomia, gastro-enterostomia i pancreàtico-duodenostomia; també es pot practicar una duodenostomia amb ablació de la papila.

## RÉSUMÉ

L'auteur nous explique les interventions qu'il faut pratiquer dans les cas de lithiase biliaire et il fait une critique du drainage après ces interventions. Il expose avec détails son critérium thérapeutique dans les deux grands groupes dans lesquels on peut diviser la lithiase vésiculaire selon qu'elle soit compliquée ou non; les complications peuvent être ou vésiculaires ou caniculaires. Dans le premier groupe il étudie le traitement dans les cas d'infection vésiculaire, dyspepsie grave et hydropisie vésiculaire. Dans l'autre groupe il étudie le traitement dans les cas d'infections et obstructions des voies biliaires. En général l'auteur croit indiqué la cholecystectomie toujours que l'état

général du malade le permet et qu'il n'y a aucune lésion pour annuler le fonctionnement de la vessie. Il pratique la cholecystostomie dans les cas où la vessie est en bon état fonctionnel mais où l'état général du malade ne permet pas une intervention plus étendue. Quand il co-existe une infection des voies biliaires il faut faire un drainage. Pour les cholecystites non lithiasiques lesquelles ne répondent pas au traitement médiques, la cholecystectomie est indiquée associée, s'il le faut, au drainage des voies biliaires. En dernier lieu il parle du cancer de la vésicule biliaire dans lequel tout traitement est de résultat insuffisant; si le cancer des voies biliaires est au-dessus du cystique il y a peu de chose à faire; mais s'il est au-dessous on peut pratiquer une cholecysto-gastrostomie; si la tumeur est située dans l'ampoule de Vater il indique la résection circulaire du duodénum avec cholecysto-enterostomie, gastro-enterostomie et pancréatico-duodenostomie; on peut aussi pratiquer une duodenostomie avec ablation des papilles.

## SUMMARY

The author points out the operations which are indicated in cases of biliary lithiasis and makes a critical study of the drainage after these operations. He explains in detail his therapeutic criterion as regards the two groups into which vesicular lithiasis may be divided, according to whether it is complicated or not; the complications may be vesicular or canicular. Among the first group he studies treatment in cases of vesicular infection, grave dyspepsia and vesicular dropsy. In the other group he studies treatment in cases of infection and obstruction of the biliary tract. The author holds that a cholecystectomy should always be carried out if the patient's general health will permit it and if there is no lesion which impedes the bladder functions. A cholecystostomy is indicated when the bladder functions well but where the patient's general state will not allow for a more extensive operation. When an infection of the biliary tract is coexistent a drainage must be made. In non-lithiasic cholecystitis which do not respond to medical treatment a cholecystectomy must be carried out in association with a drainage of the tract. No treatment is successful in cancer of the biliary vesicle; in cancer of the biliary tract, if the tumor is above the cystic very little can be done but if below a cholecysto-gastrostomy can be made; if the tumor is in Vater's ampoule the best course is the circular resection of the duodenum with a cholecysto-enterostomy, gastro-enterostomy and pancreatitico-duodenostomy; also a duodenostomy with ablation of the papilla is indicated.