

Crónica de Actividades Científicas

Escuela de Patología Digestiva del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona
Director: Dr. F. Gallart Monés

Tratamiento de elección del cálculo del coledoco

Dres. LLAURADO, ALCOVER y TRULLAS

Sesión clínica del 1.º de Diciembre de 1949

RESUMEN la historia del tratamiento del cálculo de colédoco, hasta detallar los motivos de la discusión que aun perduran entre los defensores y los detractores de la colédocoduodenostomía. Se muestran partidarios de dicha intervención, la que consideran factible para un cirujano experimentado.

Exponen un caso clínico. Se trataba de un enfermo afecto de cálculo de colédoco en que por su mal estado general y orientando la intervención hacia las maniobras mínimas, se exploró el colédoco en el que no se encontró nada anormal y se practicó una colecistostomía. Practicada una colangiografía, se demostró que, a pesar de la exploración quirúrgica, había quedado un cálculo en colédoco, por lo que a los 21 días de la primera intervención se reintervino en peores condiciones que la primera vez, practicándose la colédocoduodenostomía, presentándose la curación a las dos semanas.

Deducen de este caso: Se obró mal en la primera intervención, ante la idea de practicar la intervención mínima, y la pérdida abundante de líquido biliar condujo al enfermo a un estado de caquexia alarmante. Sólo respondió a la primera infección el síndrome infeccioso. A pesar de las peores condiciones locales y generales de la segunda intervención (empeoramientos provocados por la primera), la segunda (colédocoduodenostomía) fue de efectos brillantes. No cabe duda que una exploración cuidadosa y sin prisas en la primera intervención hubiera permitido encontrar el cálculo y que su extracción en la colédocoduodenostomía hubiera curado al enfermo de una manera rápida y eficiente.

Discusión

DR. GALLART ESQUERDO. No cabe duda que la colédocoduodenostomía es una intervención que puede solucionar el problema, pero no sabemos definitivamente si es el tratamiento de elección.

DR. PRIM. Se muestra partidario de la colédocoduodenostomía, aunque hay ocasiones en que no se puede practicar y hay que recurrir a otro drenaje.

DR. CANALS MAYER. El mal estado general sólo no justifica el empleo del drenaje externo.

DR. PI FIGUERAS. Estas intervenciones no deben hacerse en dos tiempos, y cree que prácticamente la angiolitiasis ascendente no es de temer.

DR. PUIG SUREDA. Hace un estudio de las diferentes contingencias que es pueden presentar en estos casos, indicando que algunas veces el drenaje externo estará indicado cuando pueda precisarse el tiempo prudencial en que su mantenimiento curará la lesión.

DR. GALLART MONÉS. Hace hincapié sobre el valor del diagnóstico precoz, como lo demuestra el estudio de la historia clínica de este enfermo. En la litia-

sis, con diagnóstico precoz y cirugía precoz, los resultados serán siempre satisfactorios. Cree una buena intervención la colédocoduodenostomía y lo interesante es drenar siempre y que el drenaje sea eficiente.

Vólvulo ceco-cólico y apendicitis

Dr. R. CANALS MAYNER

Sesión clínica del 19 de Enero de 1950

Se expone el caso de un sujeto joven con mesenterio ileo-cólico común, con apendicitis y obstrucción mecánica extrínseca del colon ascendente, originada a consecuencia de la desmesurada longitud del apéndice que con torneaba el colon, produciendo una estrictura en la pared del intestino grueso. Apendicectomizado y desplegado el ciego, se restableció temporalmente el tránsito digestivo, pero a no tardar se reproduce la valvulización cecal a expensas de la estrechez que en la pared intestinal ha dejado el apéndice incrustado, girando el ciego nuevamente hacia la izquierda unos 90°. La terapéutica quirúrgica seguida ha consistido en verificar la distorsión simple y fijación a la pared del asa valvulada. Una cecotomía derivativa contribuyó a la inmediata cesación del ileo y a la pronta curación del enfermo.

El problema del diagnóstico diferencial entre las dos afecciones, apendicitis y vólvulo cecal, preocupando a los cirujanos, ha hecho que se intente fijar la sintomatología diferencial. Esta diferenciación difícil o imposible carece de interés desde el momento en que las dos afecciones son tributarias de la intervención quirúrgica de urgencia.

En el caso presentado, y en esto estriba el interés de la comunicación, coexisten los dos procesos patológicos, o sea, la apendicitis aguda y el vólvulo cecal, hecho bien poco frecuente, siendo evidentemente la flógosis apendiular, la espoleta que provocó la explosión del vólvulo en un mesenterio ileo-cólico común, hasta aquel entonces ignorado. Creemos, por ello, que este caso tiene valor, más como recordatorio del vólvulo cecal en sí, porque pone de relieve la existencia del mesenterio ileo-cólico común, alteración distópica que puede venir a complicar los síndromes y las intervenciones apendiculares.

Discusión

Intervienen los doctores VIDAL-COLOMER, PINÓS, PI FIGUERAS, PRIM, LLAURADÓ, PUIG SUREDA y GALLART MONÉS.