

**COLECISTITIS Y COLELITIASIS (\*)**

Dres. R. ADAMS Y A. STRANAHAN

**E**N este estudio se trata de las observaciones relativas a 1.104 pacientes, recogidas en la Clínica Lahey durante el periodo de 4 años que terminó el 31 de diciembre de 1945.

**Etiología**

Ciertos trabajos recientes indican que el colesterol en la parte de la vesícula es factor etiológico que debe entrar en consideración junto a los conocidos de la estasia, la infección y los trastornos del metabolismo.

**Frecuencia**

El 75.2 por 100 de esta serie de enfermos contaban entre 31 y 60 años. El más joven tenía 9 años y el de más edad, 81. El 76 por 100 del total pertenecía al sexo femenino.

Gran proporción de los pacientes pesaban más de lo normal, pero también se observó la pérdida de peso en quienes habían sufrido constantes cólicos hepáticos, quizá por la reducción voluntaria de alimentos ante el temor de repetición de los ataques.

**Sintomatología**

El dolor resultó ser el síntoma predominante (93.2 por 100 de los casos). Su localización se fijó casi siempre en la zona clásica del hipocondrio derecho, con proyección hacia el omóplato. En ciertas circunstancias la molestia fué continua en vez de paroxística. En otras, con más frecuencia de lo presumido, se resintió el dolor en el hipocondrio izquierdo.

La náusea, el vómito y la dispepsia se contaron como las molestias más frecuentes después del dolor (64.9 por 100). Estos síntomas casi siempre están asociados, aunque puede haber dispepsia sin manifestaciones eméticas. En 26 sujetos en quienes no se determinaron síntomas, los cálculos se reconocieron en el curso de exploraciones u operaciones abdominales.

La fiebre se registró en bastantes casos de colecistitis aguda y subaguda, así como de obstrucción del conducto hepático.

Los signos físicos están generalmente en relación con lo extenso del proceso patológico. En las formas agudas se encontró espasmo, y rigidez considerables en el hipocondrio derecho. En casos excepcionales, se fijó el diagnóstico de colecistitis aguda por el examen físico, pero, al tiempo de la intervención se comprobó la cronicidad de la afección; por el contrario, en otros enfermos se halló empiema de la vesícula en vez de la colelitiasis crónica pronosticada.

**Ictericia**

La ictericia indica la presencia de cálculos del colédoco únicamente en el 50 por 100 de los casos; en el restante 50 por 100 era el resultado de una hepatitis o colangitis concurrente. La presencia o ausencia de ictericia, no obstante su importancia es un dato equívoco, supuesto que el 50 por 100 de los pacientes que sufrían cálculos del colédoco no la presentaron.

---

(\*) "Surgery, Gynecol. & Obst." Dic. 1947

### Examen radiológico

El examen colecistográfico se practicó en 910 de los pacientes, con resultado positivo correcto en 888 de ellos. En 559 las concreciones quedaron aparentes, con el colorante o sin él; en 197 enfermos se reconoció una vesícula sin función, y en la totalidad se encontraron los cálculos a la operación. En dos circunstancias se observó la litiasis renal concomitante y en otro, la litiasis pancreática. En 132 casos se apreció asociado un estado de indigestión funcional, el cual fué tratado antes de la operación y después de ella.

Los estudios radiológicos resultaron erróneos en 22 circunstancias (2.4 por 100 de los 910 pacientes examinados). Doce de ellos ofrecieron colecistogramas normales; en 5 se encontraron cálculos a la operación y, en los 7 restantes, se apreció la colecistitis crónica. En 8 casos el colecistograma se interpretó como característico de colelitiasis, pero a la operación no se encontraron cálculos. La apariencia radiológica de un caso señalaba la presencia de papiloma vesicular, pero quedó desmentido el diagnóstico en el acto operatorio.

Como los resultados de la colecistectomía practicada en los casos de colecistitis no calculosa no han sido muy brillantes, antes de proponer la intervención en aquellos pacientes sin cálculo visible claramente a los rayos X, hemos seguido un criterio apoyado en tres puntos: (1) se habrá eliminado toda otra causa que pueda haber provocado los síntomas; (2) el dolor será tan intenso que merecerá la pena intentar aliviarlo por medio de la colecistectomía; (3) el colecistograma aparecerá anormal en el curso de dos pruebas sucesivas.

### Colecistitis aguda

El tratamiento de la colecistitis es problema sobre el cual todavía los autores no se han pronunciado con unanimidad. Casi todos sostienen que la cirugía precoz, o sea antes de haber transcurrido 72 horas del comienzo de los síntomas, es la mejor regla de conducta; otros suponen que se han exagerado los peligros de la gangrena y la perforación; todavía otros, en los casos de colecistitis aguda, practican con más frecuencia la colecistostomía que la colecistectomía. Nuestro proceder ha sido tratar la colecistitis aguda como un caso particular de abdomen agudo, el cual reclama la inmediata hospitalización, hidratación del paciente, corrección de su equilibrio plasmático alterado y operación precoz. Esta será sin duda y por elección, la colecistectomía, con la sola excepción de los casos en que el enfermo esté en malas condiciones generales que indicarán el drenaje vesicular.

La colecistitis aguda se presentó en 55 casos de nuestra serie, en 51 de los cuales se encontró colelitiasis. El colédoco se exploró 10 veces, con el resultado de hallar cálculos en 6 de ellos. La pericolecistitis (absceso o fistula) se presentó en 9 casos. No se encontraron perforaciones. La mortalidad de esta pequeña serie ascendió al 3.6 por 100.

### Colecistitis crónica

La conducta en estos casos fué la de aconsejar la colecistectomía siempre que se hubieran demostrado los cálculos; el motivo se apoya en que las cifras de morbilidad son inferiores después de la intervención, que como consecuencia de las complicaciones en los casos no operados.

La colecistitis crónica con colelitiasis resultó ser el síndrome más frecuente (789 casos). Entre ellos se distinguieron 51 con cuadro de colecistitis crónica, 159 con colelitiasis y calculosis del colédoco, y 2 con colecistitis crónica y calculosis del colédoco. Los cálculos se encontraron también en 13 intervenidos por otros motivos, como tumores pélvicos y carcinoma del colon.

La colecistitis está frecuentemente asociada con la úlcera péptica o duode-

nal. La regla en estos casos fué el tratamiento médico de las mismas después de la operación biliar. Otra afección no raramente asociada es la hernia diafragmática; también se asocia la coledocitis con la colitis ulcerosa, la ileitis localizada, la diverticulitis sigmoidea y la artritis reumatoide. Se practicó la colecistectomía como intento terapéutico de aliviar dichos síndromes.

Varios autores han señalado gran número de enfermos en quienes concurrían las enfermedades biliar y cardíaca; este fenómeno quizá pueda explicarse por el hecho de que, la coledocitis determina cambios electrocardiográficos achacados en alguna instancia al sistema circulatorio. También se reconoce que puede ser difícil en algunos enfermos la distinción entre unos y otros trastornos.

### Tumores

Los tumores de la vesícula no son muy comunes. En nuestra serie se contó únicamente 4, a saber: 1 papiloma benigno, 1 adenoma maligno y 2 adenocarcinomas. La frecuencia del carcinoma, por lo tanto, fué sólo del 0.3 por 100. De estos 4 casos, en 3 se había formulado el diagnóstico de coledocitis desde el punto de vista radiológico; al cuarto enfermo, con papiloma benigno, se le operó por colecistitis aguda. Todos los carcinomas tenían también cálculos en la vesícula.

### Calculosis del hepático y del colédoco

Nuestra experiencia ha corroborado la ya establecida de que, no hay modo cierto de anticipar la existencia de cálculos en el colédoco. Con la preparación preoperatoria y los sistemas modernos de anestesia, no aumenta ni la morbilidad ni la mortalidad si se practica la exploración del colédoco, por lo que sostenemos que debe intentarse dicha maniobra siempre que ocurran las siguientes indicaciones: (1) ataques agudos de cólico biliar agudo, con escalofríos y fiebre; (2) historia presente o pretérita de ictericia obstructiva; (3) colédoco dilatado o endurecido; (4) cálculos pequeños y numerosos en la vesícula; (5) tacto sospechoso del conducto; (6) sedimento en la bilis aspirada del colédoco; (7) vesícula sin cálculos en un enfermo con sintomatología litiasica; (8) vesícula pequeña y contraída; (9) hepatitis o pancreatitis agudas o subagudas.

En nuestra serie se exploró el colédoco en 504 casos (45.7 por 100) y se encontraron cálculos en él, 186 veces (16.8 por 100).

### Pancreatitis asociada a la enfermedad biliar

Esta asociación se encontró en 26 casos (2.35 por 100). La etiología de la pancreatitis se atribuye sin excepción al reflujo de la bilis o del jugo pancreático, por una piedra enclavada en la ampolla de Vater o por anomalías anatómicas en las que el conducto de Wirsung y el colédoco desembocan en la ampolla. En este tipo, cualquier espasmo del esfínter de Oddi obliga a una corriente recurrente de la bilis. Puede ocurrir también, la hiperplasia del epitelio del conducto pancreático con interrupción del jugo pancreático y consecutiva pancreatitis en grados diversos.

Nuestra experiencia nos ha enseñado que la cirugía directa del páncreas se indica raras veces. La pancreatitis viene a ser una complicación de la afección biliar, por lo que la intervención se dirige al drenaje del colédoco y extracción de los cálculos vesiculares, si está indicado.

Casi nunca se diagnostica preoperativamente la pancreatitis intersticial, la cual, de hallarse, refuerza la indicación de la coledocostomía. Los pacientes con pancreatitis hemorrágica raramente se operan en el momento agudo, supuesto que tal iniciativa representa un alto grado de mortalidad. Cuando la colecistitis aguda concurre con la pancreatitis intersticial aguda, el diagnóstico puede ser

tardío, por lo que la intervención se intenta en un momento demasiado demorado.

En esta serie, la pancreatitis se encontró con colelitiasis y colédoco normal en 8 casos, y con colecistitis crónica y colédoco normal en 5 casos. La pancreatitis crónica se encontró junto a estenosis del colédoco en 1 caso.

### **Fístula biliar interna**

La fístula biliar interna se presenta con más frecuencia de lo que generalmente se cree. En nuestra serie la registramos 16 veces. Puede clasificarse en dos grupos; como espontánea o como causada por un procedimiento quirúrgico previo. En ambas ocurrencias es aconsejable cerrarla en el momento de la operación pues, de otro modo, pueden surgir complicaciones como la angiocolitis ascendente.

### **Estenosis benignas del conducto biliar**

Las causas que provocan esta condición patológica son las siguientes: (1) ulceración por cálculos; (2) inflamación del colédoco; (3) consecuencias operatorias derivadas de (a) excisión de una parte del conducto, (b) forcipresión ante una hemorragia; (4) después de la gastrectomía subtotal; (5) por pancreatitis esclerosante crónica. De estos factores etiológicos, la consecuencia operatoria representa el 80 por 100 de los casos, por lo que su prevención se basa en obtener un campo operatorio adecuado, que permita la disección anatómica cuidadosa.

El diagnóstico de estenosis es difícil con bastante frecuencia, pues suele confundirse con los cálculos del colédoco o con el carcinoma del cístico o del páncreas. Si después de una colecistectomía se origina seguidamente la ictericia, o si hay historia de hemorragia operatoria, la presencia de estenosis es muy fundada. Los pacientes que la aquejan, cada vez se observan más ictericos a consecuencia de la oclusión de la fístula biliar externa, estado que se prolonga hasta que se intervienen de nuevo, o hasta que queda establecida una fístula interna.

Nuestros enfermos han sufrido dicha alteración en 23 ocasiones, 17 de las cuales se debieron a fibrosis del esfínter de Oddi, probablemente a consecuencia de una dilatación operatoria demasiado vigorosa, excepto en 2 casos que no habían sido operados previamente.

### **Síndrome de los colecistectomizados**

Los síntomas consiguientes a la operación de la colecistectomía tienen origen en una o en varias de las siguientes causas: (1) estenosis benigna del colédoco; (2) pancreatitis residual o enfermedad hepática; (3) cálculos del colédoco; (4) indigestión funcional o intestino irritable; (5) permanencia de restos de la vesícula o del conducto cístico; (6) disquinesia biliar o esfínter de Oddi, espástico; (7) adherencias del duodeno a la fosa vesicular; (8) divertículo duodenal que simula un cólico biliar.

Las tres primeras causas ya han sido mencionadas. Respecto a la indigestión funcional, el diagnóstico puede establecerse antes de la intervención y aplicar la terapéutica médica conveniente. Según IVY y GOLDMAN, el estreñimiento puede estimular varios nervios espláncnicos y predisponer a la estasia de las vías biliares por disminución de la formación biliar y por aumento de la resistencia del esfínter de Oddi. La sintomatología puede ser tan variada como la misma colecistitis.

La permanencia de los restos de vesícula o del cístico podrá evitarse por medio de la exposición operatoria cuidadosa. En la misma categoría de hechos puede considerarse la disquinesia biliar y el esfínter de Oddi, espástico, aunque su causa no es decididamente conocida.

Las adherencias del duodeno a la fosa vesicular son bastante corrientes, pero provocan pocos síntomas graves. Se reconocen únicamente en el momento de la intervención. El duodeno adherido suele estar girado de modo que puede estar obstruido parcialmente el mismo órgano y el colédoco. Los 8 casos que figuran en nuestra estadística, sufrieron signos dolorosos en el hipocondrio derecho, fijos o intermitentes; los 8 curaron por la liberación del duodeno adherente y por la interclusión del omento en la fosa, de modo que se evitara la recurrencia.

Para prevenir esta complicación, debe cuidarse de reperitonizar cuidadosamente la fosa vesicular y el colédoco, con insinuación del omento entre el hígado y el duodeno.

Los divertículos duodenales no suelen causar síntomas; por lo común no es necesario extirparlos, a no ser que tengan un cuello en extremo reducido.

### Procedimientos quirúrgicos

Se recurrió a la colecistostomía sólo en los enfermos muy graves; el drenaje de la vesícula se practicó en 6 casos, todos ellos a consecuencia de colecistitis aguda. La colecistectomía sola se emprendió en 582 casos; junto con lacoledocostomía, en 454 casos.

En 9 ocasiones la colecistectomía se practicó como consecuencia de la colecistitis de evolución aguda, durante el tiempo posterior a la intervención en otras regiones. La apendicectomía se realizó junto a la cirugía biliar en 400 casos, sin que significara aumento de morbilidad o de mortalidad. En uno de estos casos se descubrió una carcinoide del apéndice al tiempo de la extirpación.

### Complicaciones postoperatorias

El 6.5 por 100 de nuestros intervenidos presentaron complicaciones después del tiempo operatorio. La estenosis se presentó en 2 casos. La atelectasia o la neumonía en 10. La flebitis o flebotrombosis en 16. La embolia pulmonar en 10, de los cuales 2 fueron casos fatales. La infección de la herida, en 7. El absceso subdiafragmático, en 2. La deshiscencia de la herida, en otros 2. La hernia en el punto de la cicatriz, en 16. La peritonitis por «*Bacillus welchii*» se presentó en 1 caso que evolucionó fatalmente. Una hemorragia masiva de origen gástrico se observó en un enfermo, quien, posteriormente, ha manifestado síntomas de úlcera yeyunal.

### Mortalidad

La mortalidad total postoperatoria alcanzó a 10 pacientes, lo que significa una proporción del 0.9 por 100.

Las muertes fueron causadas por lo que se juzgó «insuficiencia hepática» en 3; por peritonitis, absceso pulmonar, bronconeumonía y enfermedad coronaria en otros 4 casos respectivos. En 3 enfermos, cuya autopsia no pudo practicarse, la causa de la muerte permaneció dudosa.