

GACETA MEDICA DE MEXICO

ORGANO DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA

REGISTRADO COMO ARTICULO DE 2A. CLASE EN LA ADMINISTRACION GENERAL
DE CORREOS CON FECHA 13 DE ABRIL DE 1938

TOMO LXVIII

- ABRIL DE 1938

- NUMERO 2

TRABAJOS ACADEMICOS

Dos Puntos Nebulosos en la Clínica de las Vías Biliares

Por el Dr. GABRIEL MALDA *

La clínica del abdomen cotidianamente nos proporciona problemas que muchos de ellos no son una novedad; aún más, son viejos y han quedado adormecidos y cubiertos con el sudario de la ignorancia o de la impotencia; pero un espíritu bien disciplinado e investigador, procura profundizar y ahondar para buscar la luz, no conformándose con permanecer en la inercia ante la barrera de lo inexplicable.

La clínica y cirugía del tubo digestivo y de las vías biliares ha dado pasos gigantescos de 20 años a esta parte. Cada nación ha suministrado su contingente. Los ingleses, con cirujanos como Moynihan, atraen la atención del mundo y despiertan entusiasmo por este género de trabajos de porvenir brillante y fructuoso. La escuela alemana da también su contingente, y los rusos con las investigaciones del sabio Paulov ayudan a la clínica y le imprimen un poderoso dinamismo. Entre los americanos se distinguen los hermanos Mayo con sus colaboradores del "Staff", aprovechando sus ricos y poderosos elementos, para investigar en sus gabinetes de fisiología y descubrir los problemas de lo infinitamente pequeño en sus grandes y bien montados laboratorios.

* Trabajo reglamentario de turno leído en la sesión del 7 de julio de 1937.

Francia siempre será la Francia del espíritu, la Francia de la cultura, la tierra de donde han surgido los astros del genio y del progreso de la humanidad; ella ha dado para nuestra profesión los dones más grandes, y muchos de ellos insustituibles e imposibles de borrar en el ejercicio profesional.

No obstante esta lucha por investigar, por descubrir, por aclarar, generalizada alrededor de la tierra, el hombre de estudio permanece impotente a cada momento, ante los abismos de lo incognoscible y de lo inexplicable, que a cada paso se le interponen en esta vertiginosa carrera que se llama la vida.

Hay dos incógnitas que producen inquietud y zozobra en la clínica y cirugía de las vías biliares. Podría expresarlas en dos proposiciones. Primera: ¿Por qué hay colecistectomizados que después de la operación sufren lo mismo que antes de haber sido tratados quirúrgicamente? Segunda: ¿Por qué se mueren algunos enfermos a quienes se les extirpa la vesícula biliar?

Voy a comentar la primera proposición, reservando otro trabajo para el segundo punto, en el que expresaré mis ideas que van buscando la explicación.

Desde el año de 1923, comencé a ver en consulta algunos enfermos "colecistectomizados" que pedían una revisión minuciosa para aclarar el por qué de sus dolencias que, quizá más intensas que antes, los colocaban en el grupo de los decepcionados de la cirugía.

El estudio minucioso de estos pacientes no me revelaba por la clínica, el laboratorio o la pantalla fluoroscópica, nada que pudiera reprocharse al clínico, en lo que se refiere al diagnóstico, o al operador en su disciplinada técnica. No se podía apelar a recursos de términos muy usados, como "neurastenia" o "psicastenia", para borrar la ignorancia de los casos, y se empleaba el término "adherencias" para explicar los hechos y justificar una laparotomía exploradora, que en la mayoría de los casos daba resultados negativos.

En los momentos de tener estas dolorosas decepciones, ese mismo año, se me presenta la oportunidad de hacer un viaje a Europa, y mis pensamientos bullían alrededor de las ideas de buscar aclaraciones de tantas dudas que durante mi práctica profesional habían sido mis "molestas interlocutoras". Nos acontece en nuestro medio, como

ya lo he dicho en alguna ocasión, que nos ponemos en condiciones de extrema humildad. Creemos que lo inexplicable o difícil procede de deficiencias o incapacidad, creemos al mismo tiempo que en la tierra extranjera no hay nieblas ni nubes que empañen la inteligencia o la labor de los que allí trabajan, y con esta convicción nos dirigimos ávidos a estudiar en los soñados hospitales que mencionan nuestros libros de enseñanza profesional.

El primer confortamiento que tuvo mi espíritu fué en París, asistiendo al servicio del Profesor Hartman en el Hotel-Dieu. Allí desfilaron ante mi vista muchos "inválidos", muchos "incapacitados", para seguir una dietética normal y sin poder entregarse a la vida del trabajo cotidiano. La historia clínica en ellos era la de una "colecistitis calculosa", una "vesícula fresa", una "obstrucción del colédoco", una "vesícula atrofiada". ¡Pero todos sin vesícula biliar! Esta clase de pacientes acudían al hospital semanas o meses después de la intervención, interrogando a sus médicos el por qué de sus dolencias, el por qué de la persistencia de su dispepsia y de todos sus síntomas. Explicaciones y nuevos diagnósticos se formulaban, los rayos X y las pruebas de laboratorio enmudecían en la mayoría de los casos, y ante aquellas figuras de los soñados maestros, "el Magister Dixit" imponía su opinión sobre nuestros espíritus.

Tuve honor e inmenso gusto de conocer al profesor Fernando Vidal en ese mismo año, y en su clínica, al lado del radiologista Lapoint, tampoco presencié la resolución de estos problemas. Lo mismo podría decir de otras clínicas de París, como la de De Martel y Pierre Duval, en las que vi hacer laparotomías por secuelas dolorosas a la colecistectomía y encontrar la decepción en el diagnóstico que se formulaba: "adherencias".

¡Cuántos infortunados enfermos lo mismo allá que aquí, van de consultorio en consultorio o de hospital en hospital pidiendo un tratamiento!

En el año que acaba de pasar visité Rochester, y mis preguntas fueron también encaminadas en este sentido a los doctores Walters, Mayo y Grey, que tanto han trabajado y trabajan en este género de cirugía. Pero con gran honradez profesional me afirmaban la dificultad de resolver el problema.

Con razonamiento imparcial e independiente, sin tener idea fija ni preconcebida, ajustándose al precepto lógico “de no confundir lo que se observa con lo inferido de los casos observados”, puede afirmar el que con frecuencia opera a estos “colecísticos”, que el drama doloroso, el estado general del paciente, las profundas perturbaciones que numerosas veces se encuentran en la exploración clínica, no corresponden a las sorpresas operatorias en las que se descubre un muñón de vesícula atrofiada, sin adherencias, sin ningún estigma anatómico duodenal, pilórico o periduodenopilórico que explique el proceso. Si pues se encuentra en esta vesícula atrofiada la imagen de un pasado, de algo que existió y ya no existe, de algo que vivió pero que ya no tiene vida funcional, ¿por qué creer que la extirpación quitará las dolencias y el cuadro sintomático? Como obstáculo mecánico, como cuerpo ya extraño, tal vez su presencia sea impertinente; como recipiente para contener una bilis séptica, su época por regla general ya pasó, pues en la mayoría de los casos viejos se encuentra en su contenido, con cálculos o sin ellos, “la bilis blanca” y ausencia de gérmenes.

El valor semiológico del dolor da más bien la idea del llamado “cólico hepático” en la secuela de estos operados. Empero, varias veces debo confesar que la connotación del dolor conduce el razonamiento a las “periduodenitis supramesocólicas”, y la pantalla exhibe duodenos en retroposición. Envalentonado con estos descubrimientos he ido a la mesa de operaciones confiado y consciente: ni la clínica ni la pantalla se habían equivocado, la periduodenitis existía; pero mis enfermos unos curaban, y otros disipaban en parte sus dolencias. Siguiendo un razonamiento de variaciones concomitantes, deberían haberse restablecido todos; no siendo así, surge la idea que otra u otras causas deben buscarse para explicar el fenómeno. Aquí como en otras regiones enfermas, para explicar síntomas se invocan reflejos, partiendo de un estómago alterado tiempo atrás, de un intestino lacrado por una colitis, o lo que más está de moda en los tiempos de actualidad, “una apendicitis”. Como consecuencia, si el paciente es confiado, obediente o desesperado, pasa nuevamente a la sala de operaciones.

¡Se jugó la última carta y todo está ya perdido! Continúa la secuela dolorosa. Aquí vienen los comentarios y las decepciones del profesionalista. Pero recordemos que en la mayoría de los problemas mé-

dicoquirúrgicos que se nos presentan, "el factor tiempo" es un atributo causal de gran poder para el porvenir venturoso de una curación.

¡Los ejemplos se multiplican! Una úlcera del duodeno operada precozmente evita la muerte por perforación o hemorragia; una apendicitis aguda, operada en las primeras horas, asegura al enfermo una convalecencia feliz y tranquila. Un embarazo extrauterino diagnosticado y operado a tiempo es éxito seguro; una vejiga con orina retenida, canalizada precozmente, evita grandes trastornos y lesiones irreparables por parte del riñón. Recordar que nada hay independiente en nuestro organismo; el órgano o tejido que se cree más lejano o autónomo, está en íntima relación con el que quizá marca la enfermedad.

Mi convicción es que en cirugía biliar lo mismo que en cirugía general, debe tenerse en la mente que es "más cirujano el que menos opera", el que evita siempre que sea posible una intervención y, ya decidida ésta, hacerla lo más segura e inofensiva posible.

Estos operados a que me he referido en el aspecto como considero las cosas, sufren, y quedan en las mismas o peores condiciones, por dos causas. Unas veces por la extirpación de la misma vesícula biliar, y otras porque son ya viejos biliares, infectados, con lesiones funcionales o anatómicas ya irreparables, a quienes la intervención no podrá curar jamás.

Los primeros han tenido la fatalidad de que la herida de la foseta cística aun cubierta por los colgajos peritoneales, ha producido adherencias con los órganos limítrofes. Recuérdense que los estudios de Hertzler sobre el peritoneo, exhiben el hecho de que basta tocar las vísceras abdominales aun delicadamente, para producir su irritación y la peritonitis plástica. ¿Quién de nosotros, los que operamos en vientre, no ha encontrado estas adherencias en lugares muy diferentes del abdomen, producidas por estas peritonitis?

En una colecistitis en general, extirpar sistemáticamente la vesícula, apoyándose en la noble idea de quitar el recipiente principal de infección o lugar de reproducción de cálculos, o quitarla por temor a una degeneración maligna, no es aplicar un razonamiento sensato y correcto. Pónganse en los platillos de la balanza las ventajas de un lado y las desventajas del otro acerca de la operación ante un caso dado, y entonces promulgar el fallo. Pero fallar siempre teniendo en

la mano las leyes fisiopatológicas que rigen la producción de los cálculos, de las adherencias, y el estado funcional y anatómico de la vesícula que se trata de extirpar. Recordar la inocencia de la colecistotomía y emplearle siempre que se quiera canalizar con la idea de prolongar un drenaje del hepatocolédoco. Delicadamente tratar el peritoneo y manejar las vísceras.

Podría parafrasear los "colecistectomizados" con los "apendicectomizados" que no curan después de la extirpación del apéndice, porque no es sólo el apéndice el que se enfermó, la apendicitis es uno de tantos episodios en la colitis folicular generalizada. El apéndice se fué, pero la colitis queda. El apéndice se extirpó, pero la irritación y la exfoliación que ha sufrido el peritoneo al quitar las adherencias, han producido un terreno propicio para que el fenómeno se repita. De la misma manera la vesícula pasó a la algofaina de piezas anatómicas; pero adherencias se producirán en gran abundancia y el síndrome supramesocólico aparecerá, semanas o meses después. Esto no significa ni se quiera interpretar que yo soy un abstencionista para practicar la colecistectomía. ¡No! Pero evito siempre que sea posible quitar la vesícula, y cuando me veo obligado a hacerlo redoblo precauciones y mis búsquedas se aumentan hacia las vías biliares extra-hepáticas. Como técnica, interpongo un colgajo de epiplón libre entre la sutura de la foseta cística y el duodeno, suturándolo a la primera. Vivirá este colgajo o no, no lo discuto; pero desempeña el papel que deseo, de impedir por unos días el contacto de la sutura con las vísceras adyacentes.

Llegar a tiempo, como decía, es indispensable para el buen éxito. Quitar simplemente la vesícula en los casos de viejos litíasicos con lesiones de angiocolitis avanzadas intra y extra-hepáticas, en que el proceso inflamatorio pasado ya de las gruesas vías a los canales, a los conductos y a los canalículos, ha hecho lamentables estragos, puede decirse que operar es fracasar.

El árbol biliar está profundamente dañado, tal vez ya se encuentren lesiones de cirrosis obstructiva o infecciosa, incurables por la terapéutica quirúrgica. Si el enfermo pasa con felicidad su operación, esta felicidad no es extensiva a los días subsecuentes, y la viene a empañar la reaparición de los sufrimientos anteriores a veces muy recrudescidos.

En apoyo a estas ideas evoca mi memoria un trabajo escrito por el doctor P. Mirizzi, quien después de una serie de comunicaciones hechas a la Academia de Cirugía de París sobre la "colangiografía operatoria" de las vías biliares, llega por este medio a poseer un conocimiento distinto de la fisiopatología del árbol de la bilis. Una estadística minuciosa de 400 pacientes le hace descubrir que las secuelas dolorosas de la colecistectomía se explican por la distensión del árbol biliar y la estasis que lo acompaña, teniendo como causa principal un obstáculo funcional o anatómico del tercio inferior del colédoco. Formula esta proposición fundándose en la experimentación sobre animales, en la anatomía patológica, y en la colangiografía operatoria. Las colecistitis tienen en general una marcha sorda y prolongada durante meses o años, y en esta larga evolución la vía excretora tiene que sufrir las consecuencias infecciosas y mecánicas producidas por la retención de la bilis. El obstáculo podrá ser la perturbación funcional refleja del esfínter de Oddi, o las lesiones estenosantes del tercio distal del colédoco por la odditis o la pancreatitis.

Los estudios sistemáticos practicados con la colangiografía operatoria demuestran que anatómicamente no hay hepato-colédoco normal en la colecistitis, por más que sea benigna o incipiente.

Los litiásicos desde el principio están enfermos en todas sus ramificaciones biliares, y la colecistitis se encadena, desde que empieza, con perturbaciones funcionales de la vía biliar principal, traducidas por la dilatación discreta del hepato-colédoco. La adaptación a este nuevo estado anatómico y funcional podrá hacerse en algunos enfermos, pero en otros no se produce, y esta anormalidad se expresa por las crisis dolorosas atribuibles a la vesícula biliar.

Por otra parte, es un hecho que la vesícula es más sensible a los cambios morbosos que la vía principal, pues no se encuentra un paralelismo en la intensidad de sus lesiones; las de la vesícula van en vertiginosa carrera, "quemán las etapas" como se ha dicho, y por eso son el principal centro de atracción en la clínica cotidiana. Las del colédoco se desarrollan lenta y pausadamente, circunscribiéndose al tercio distal.

Todo lo anterior hace pensar que cuando una vesícula no se encuentra profundamente enferma, cuando todavía se distiende y sirve de recipiente para recoger la bilis, si se le extirpa, tendrán una sobre-

carga más de contenido biliar todos los canales intra y extra-hepáticos, y la colecistectomía, en lugar de traer el alivio y el consuelo, no habrá hecho sino recrudecer los síntomas.

La estasis biliar es, sin duda, el factor principal del dolor, antes como después de la operación. En apoyo la clínica prueba el alivio que experimentan estos enfermos por el sondeo duodenal, y su agravación por los medicamentos que aumentan la secreción y la excreción biliares.

En el mismo sentido para observar los hechos, si como Walters lo ha hecho, se provoca el espasmo de la "papila de Vater" por una inyección de morfina, el enfermo manifiesta dolor inmediato en el hipocondrio derecho; el manómetro, colocado en el hepatocolédoco, sube de 150 a 300 mm. de agua. La inhalación de nitrito de amila hace desaparecer el espasmo; el dolor cesa y la presión baja. Otra prueba más la he encontrado en la canalización del hepatocolédoco; cuando en alguno de los días post-operatorios me anuncia la enfermera que mi operado tiene el dolor, presumo inmediatamente que el tubo está obstruido, y la aspiración con la jeringa extrae lodo biliar, moco, o algún pequeño cálculo residual, desapareciendo las molestias al eliminarse el obstáculo.

Que de las perturbaciones funcionales nacidas por la inflamación de la mucosa biliar de los canales y repercutiendo por la ley de Stokes a las paredes mismas, se pase siguiendo una serie de etapas a lesiones anatómicas irreparables, todo es posible, como lo es los encuentros de anomalías, de odditis, de pancreatitis y litiasis. Las consideraciones anteriores llevan al cirujano a meditar sobre operaciones de derivación, que permanentemente disminuyan la distensión biliar, como "la cisticoduodenostomía" o la "colédocoduodenostomía".

Tal vez el doctor P. Mirizzi haya encontrado la causa de los hechos; tal vez sus investigaciones nos marquen ya el camino de la verdad; tomemos lo que esta noche digo como provisional, como han sido muchas de las explicaciones dadas en la misma "clínica del hígado". Hace poco tiempo aún se decía que la ascitis, los edemas en la cirrosis, dependían de causas mecánicas que comprimían los vasos portas; pero la visita cotidiana a nuestros hospitales nos exhibía muchas "ictericias y colelitiasis" con manifestaciones de retención de agua en las que no cuadraba tal explicación.

Recuerdo un enfermo que vi en compañía de mi inolvidable maestro el doctor Fernando Zárraga, a quien él diagnosticó "ictericia catarral". Los edemas de los párpados y maléolos, hacían pensar en algo más; pero tan distinguido clínico, avanzando sus ideas y enfrente de datos negativos por parte de otros sistemas y aparatos, me afirmaba, "tal vez el hígado sea un regulador de la distribución acuosa del organismo, no lo sabemos, el futuro tendrá que decirlo". Así aconteció. Hoy la perturbación en la circulación porta no es la causa de la ascitis, interviene únicamente para favorecer esta localización. El fenómeno primordial abarca más extensión, es la retención acuosa bajo la dependencia de las alteraciones de la celdilla hepática. La fisiología decide hoy que el hígado tiene un gran papel en la regulación hídrica; su acción parece depender del mesencéfalo y se ejerce en colaboración con la tiroide, la hipófisis y el sistema retículoendotelial y conjuntivo.

Por otra parte, el descubrimiento de productos autolíticos muy aumentados en las afecciones hepáticas, cuyo papel es excitar la secreción de ciertas glándulas como las salivares e intestinales, contrasta con la acción inhibitoria que tienen sobre el riñón. "El mundo va siempre hacia adelante", decía Pelletan. La evolución y adquisición de nuestros conocimientos sigue este mismo derrotero.

Lo incognoscible, este gran libro de páginas en blanco, en el que los siglos van escribiendo lenta, pausadamente, muy escogidos renglones. Libro que constantemente tenemos a la vista y en el que al lado de la pluma que marca el presente, tiene que estar el raspador que borra las ideas del pasado, y que borrará quizá en el porvenir lo que surge hoy como más cierto e intangible.

¡Serán explicaciones ilusionistas, académicas o literarias, a las que hoy me acojo para buscar un por qué a los sufrimientos de los enfermos biliares después de su operación! Pero como siempre, el porvenir se encargará de aclararlo. Las ideas en terreno tan escabroso y complicado, vienen al cerebro en tumultuoso tropel; pero aquí como en todas las manifestaciones de la vida, ¡las ideas pasan y los hechos son los que siempre quedan!

