

LA COLECISTOGRAFIA EN HONDURAS

Por el Dr. Manuel Larios

En la solución del difícil problema del diagnóstico de las afecciones del cuadrante superior del abdomen, varios son los procedimientos auxiliares que pueden prestar una ayuda valiosísima al clínico. Contamos con la colecistografía, el drenaje duodenal por medio de la sonda de Einhorn, la radiografía del estómago y duodeno, la prueba de la función hepática, el análisis fraccionado del contenido gástrico, etc., y la importancia relativa de cada uno de estos medios de diagnóstico es objeto de numerosos trabajos hoy día. Ahora bien, no todos estos métodos están lo suficientemente desarrollados para dar resultados constantes y concretos; algunos, como la prueba de la función hepática, hasta ahora están en vías de ensayo; otros, como el análisis fraccionado del contenido gástrico, no gozan de la confianza general. Pero los restantes están siendo usados más y más cada día y algunos han adquirido un desarrollo y un prestigio tales que ya se consideran como indispensables. Tal es el caso de la Colecistografía.

Es nuestro propósito hacer más tarde un estudio comparado de cada uno de los métodos enumerados arriba, lo que consideramos de suma importancia entre nosotros, dado el alarmante número de casos de padecimientos gástricos en nuestro país y la relativa infrecuencia de lesiones orgánicas del estó-

mago y duodeno (úlceras y cáncer). Por hoy queremos ocuparnos de la Colecistografía, procedimiento que está ya firmemente establecido como un eficaz medio auxiliar en el diagnóstico de las afecciones de las vías biliares.

Pero si bien es cierto que el mundo médico acepta la Colecistografía y reconoce su utilidad, las opiniones varían sobre los detalles de la técnica que se debe seguir y cada día la literatura médica nos trae alguna modificación propuesta al método original.

El presente estudio se basa sobre 61 Colecistografías llevadas a cabo en el servicio de Rayos X del Hospital San Felipe, y de la Policlínica de esta ciudad. De estos 61 casos 24 fueron operados y los resultados de la intervención aparecen en el cuadro I.

Con el fin de poder llegar a alguna conclusión práctica sobre la técnica más apropiada a nuestro medio, se ensayaron varios de los procedimientos más usados hoy día a saber: Método oral, Método Intravenoso y el Método llamado Oral "Reforzado" o procedimiento de Sandstrom. Algunas de las últimas innovaciones en materia de técnicas como son los procedimientos de Antonucci y de Zanetti no entran en el presente estudio, pues nuestra experiencia con ellas es muy limitada, apenas contamos con dos casos

en los cuales hemos ensayado estos métodos.

En todos los procedimientos de laboratorio el factor personal juega un papel importantísimo en la apreciación de los resultados, máxime si la técnica no se ha estandarizado universalmente. En el examen radiológico de la vesícula biliar, en el que diferentes investigadores usan distintos métodos, precisa que el radiólogo se trace una línea de conducta y se adhiera a ella rigurosamente para poder de ese modo obtener resultados constantes. Esto lo ha puesto en evidencia Kirklin con su enorme experiencia de miles de casos observados en la Clínica Mayo y cuyos resultados son los más exactos de los radiólogos que se han ocupado extensamente de la Coécistografía.

Nosotros hemos empleado los procedimientos siguientes:

MÉTODO ORAL. — El enfermo toma una cena ligera, un poco menos que lo acostumbrado, pero evitando el exceso de grasas en la comida de la noche. Una hora después ingiere el Tetrayodo y se acuesta sobre el lado derecho pudiendo, si así lo desea, tomar agua durante la noche. A la mañana siguiente omite el desayuno y se presenta al departamento de Rayos X a las 14 horas para la primera radiografía. Se radiografía al enfermo a las 14, 15 y 16 horas y si la vesícula es invisible se da por terminado el examen. Si es visible, se ordena una comida rica en grasas y se toma una última radiografía para observar el vaciamiento de la vesí-

cula producido por el exceso de grasas en el intestino. Son requisitos indispensables para el éxito del examen: 1.—Que el enfermo no haya vomitado todo o una gran parte de la sustancia opaca; 2.—Que llegue al departamento de Rayos X en riguroso ayuno; 3.—Que durante este ayuno no haya percibido olor de comida que pudiera haber iniciado un vaciamiento biliar reflejo.

MÉTODO INTRAVENOSO. — La misma preparación que en el anterior. Por la noche se pone una inyección intravenosa de Tetrayodo y se radiografía al enfermo 8, 9 y 10 horas después debiendo observarse las mismas precauciones que con el método oral.

MÉTODO DE SANDSTROM. — Esta es la Coecistografía "reforzada" y consiste en el procedimiento siguiente: administrar el tetrayodo en dosis repetidas tomando en los intervalos un exceso de hidratos de carbono. El principio en que se basa este método todavía está muy discutido; algunos sostienen que la ingestión de grandes cantidades de hidratos de carbono trae consigo una hiperactividad en la función glicogénica del hígado y que ésta a su vez estimula una mayor secreción de bilis glicogénica del hígado y una mejor absorción del intestino. Otros piensan que la bilis está continuamente saliendo de la vesícula biliar siendo sustituida por más bilis que viene del hígado, que la sustancia opaca empieza a eliminarse desde que llega al hígado y que esta sustancia opaca está eliminándose

constantemente con la bilis que sale de la vesícula. De modo que las dosis repetidas de tetrayodo no hacen más que reponer lo que se ha perdido con la bilis. Conforme a este método se administra una dosis de tetrayodo tal como en el método oral a la mañana siguiente, radiografías del enfermo en ayunas; si éstas no muestran la vesícula, se ordena al enfermo tomar jugo de naranja, te con bastante azúcar, etc. Al medio día almuerzo sin grasas y después otra dosis de tetrayodo, continuándose la ingestión de té con azúcar durante la tarde. Después de la cena, que tampoco debe tener grasas, se administra la última dosis de tetrayodo. A la mañana siguiente, es decir 36 horas después de la primera ingestión de tetrayodo se radiografía al enfermo. Generalmente estas últimas radiografías muestran la vesícula más densa que a las 14 o 16 horas.

Este último procedimiento es el que está teniendo mayor aceptación últimamente y creemos que en el futuro llegará a suplantarse el método oral primitivo. Se le conoce bajo varios nombres en Estados Unidos, método intensivo, Colecistografía reforzada. En Europa: método fraccionado, etc. Su introducción como método de diagnóstico se debe al Profesor Sandstrom de Estocolmo y aunque este radiólogo lo usó por primera vez en 1931, no es sino hasta un año que ha adquirido la popularidad que merece.

Sea cual fuere el método adoptado, ciertas precauciones son absolutamente necesarias

para obtener resultados constantes : seguir minuciosamente las instrucciones, evitar la náusea y los vómitos, desalojar el gas del intestino en el momento del examen, perfecta inmovilización durante la toma de las radiografías por medio de una banda de compresión y abstenerse de respirar. Todo esto es de capital importancia y un descuido en cumplir cada uno de estos requisitos puede dar lugar a falsas interpretaciones.

El número de casos que motiva el presente trabajo lo forman enfermos de un hospital general de caridad, como es el Hospital San Felipe, y de la clientela privada asistidos en La Policlínica.

En la elección del método conviene tener presente la clase de pacientes con que se trabaja. Si son enfermos del hospital de caridad, en su mayoría gentes analfabetas, claro está que no seguirán las instrucciones tan rigurosamente como los enfermos de la clientela privada a quienes se les puede indicar lo que tienen que hacer con cierta seguridad de que lo harán tal como se les dice. Por eso hemos tomado en el presente estudio de las dos clases de enfermos del hospital y de una clínica como La Policlínica.

Hechas las anteriores consideraciones expondremos brevemente nuestra técnica con los diversos métodos que hemos ensayado. Al final expondremos nuestras conclusiones sobre el método de preferencia, sea oral o intravenoso, sobre la sustan-

cia que mejores resultados nos ha dado, etc.

El tetrayodo por la vía oral se da inmediatamente después de la cena que no debe contener grasas. Se ordena al enfermo acostarse del lado derecho y permanecer en reposo para evitar náuseas y vómitos. Durante la noche puede tomar agua solamente. A la mañana siguiente se aconseja un lavado rectal de dos litros de agua salada y se previene al enfermo de no comer ni acercarse al comedor, cocina, etc., para evitar el olor a comida que pueda provocar un vaciamiento reflejo de la vesícula. Las primeras radiografías se toman a las 14 horas y otras más a las 15 horas, respectivamente. Si la vesícula es visible, se ordena al enfermo ingerir una comida especial que contenga bastante cantidad de grasa y una hora después se le radiografía de nuevo. En esta última radiografía se estudia el vaciamiento vesicular. Si la vesícula es invisible, a la radiografía de las 16 horas, se da por terminado el examen.

Cuando administramos la sustancia opaca por la vía intravenosa, ponemos la inyección a las 10 de la noche, unas tres horas después de la cena; la inyección se hace muy lentamente y se tiene siempre a la mano una ampolla de adrenalina en caso de reacción. Las radiografías se toman al día siguiente a las 8 y 10 horas después de la inyección, siguiéndose después como en el método oral.

Las radiografías son tomadas en decúbito ventral, con banda compresora para obtener una

mejor inmovilización. Si la primera radiografía muestra el intestino lleno de gases o materias fecales, se aplica un lavado rectal antes de tomar la siguiente. Últimamente hemos aplicado en dos casos una inyección de Pitresina (P. D.) dos horas antes para eliminar los gases con muy halagadores resultados.

INTERPRETACIÓN. De acuerdo con el sentir general de los radiólogos de todas partes, consideramos una ausencia total de sombra vesicular como evidencia de patología de la vesícula, hígado o vías biliares siempre que estemos seguros de que el enfermo no vomitó el tetrayodo y permaneció en ayunas hasta después del examen. En una vesícula visible observamos su forma, tamaño, posición y densidad de la sombra. Los casos más difíciles de interpretación son aquellos de "sombras tenues." Aquí entra en juego la experiencia personal. Todo radiólogo que ha trabajado con la vesícula biliar se ha formado ya una idea de lo que representa una densidad normal y toda variante de este tipo "standard" lo considera anormal. Para evitar los errores que acarrearía la aplicación de un criterio tan personal, es en estos casos cuando el radiólogo y el clínico deben marchar de acuerdo: tomar en cuenta la historia de la enfermedad, los datos del examen clínico, etc. Solamente así se puede llegar a una conclusión.

Kirklin, Hirzot, Stewart y otros han querido establecer un

"estandard" de la densidad de la sombra vesicular. Para estos autores la densidad normal de la sombra sería igual a la proyectada por las costillas o las apófisis transversas de las vértebras.

Los cálculos opacos no ofrecen ninguna dificultad, pero hay que tener presente la posibilidad de que las sombras se deban a cálculos del riñon derecho y no de la vesícula. Cuando ésta no se llena es muy difícil demarcar exactamente la localización de los cálculos y se hace necesario un examen por separado de los riñones por medio de la pielografía.

Los cálculos transparentes de colesiterina, que son los más frecuentes, aparecen como pequeñas sombras dentro de la sombra general de la vesícula y es difícil observarlos en la fase de concentración, pero en el período de vaciamiento, cuando la densidad del tetrayodo ha disminuido, se observan con mayor facilidad. Sin embargo, el diagnóstico de cálculos transparentes todavía deja mucho que desear y los resultados varían según los investigadores, algunos obteniendo porcentajes de diagnósticos positivos tan altos como el 90 %, otros tan bajos como el 6 %. Nosotros en este estudio hemos obtenido un porcentaje de 10 %.

Los cuadros adjuntos muestran los resultados de la Colécistografía en 61 enfermos divididos en dos grupos: Cuadro

Nº I. — Enfermos operados en los cuales el diagnóstico pudo comprobarse por medio de la operación y Cuadro Nº 2.—Enfermos que no llegaron a la sala de operaciones; en estos naturalmente aparece el diagnóstico clínico basado en la sintomatología y el examen físico. La lección que nos enseña el estudio de este segundo grupo es que todavía entre nosotros hay gran aprehensión contra las operaciones y que nuestro público necesita una campaña activa por parte de la profesión médica para hacerle ver los buenos resultados de la cirugía en las afecciones de la vesícula biliar.

REACCIONES. Uno de los argumentos más poderosos esgrimidos en favor del método oral es la posibilidad de una reacción cuando el tetrayodo se administra por vía intravenosa. Esta consiste en trastornos diversos como náusea, vómitos, cefalea, vértigo y en algunos casos accidentes vaso-motores, lipotimias y hasta la muerte súbita. Descuido de inyectar el líquido puede dar lugar a periflebitis y necrosis de los tejidos, a veces a trombo-flebitis. Si bien es cierto que la posibilidad de una reacción siempre existe, la verdad es que cada día vemos menos reacciones, tanto porque la pureza de los preparados aumenta cada día como porque ahora se tiene más cuidado en seleccionar los casos a inyectar y en la puesta de la inyección.

CUADRO NUMERO I

ENFERMOS COLECISTOGRAFIADOS QUE SE SOMETIERON A OPERACION
(Serie combinada, Hospital San Felipe y La Policlínica.)

Nº	Edad	Sexo	Síntomas	Colecistografía	Operación	Observaciones
1 P. G.	35	F	Agrura de estómago. Estreñimiento crónico. Un ataque agudo de dolores hace dos años.	ORAL (T) Vesícula invisible a las 14 y 16 horas.	Colecistectomía. Vesícula grande, paredes gruesas. 107 cálculos de colesterolina.	Hace dos años el examen radiológico del estómago resultó normal.
2 J. L.	54	M	Dolores punto vesicular. Náuseas y vómitos. Ictericia moderada.	ORAL (T) Vesícula invisible.	Vesícula voluminosa. No contiene cálculos. Inflamación catarral de las paredes.	
3 E. B.	23	F	Dolores cuadrante superior derecho. Dispepsia. Estreñimiento.	ORAL (T) Vesícula invisible.	Vesícula macroscópicamente normal. Tamaño pequeño. Paredes delgadas. No contiene cálculos.	x
4 M. O. L.	28	F	Dolores desde hace un año. Cólico fuerte hace un mes. No ha habido ictericia.	ORAL (K) Vesícula invisible.	Hidropesía de la vesícula. Torsión del cuello. No contiene cálculos.	

Nº	Edad	Sexo	Sintomas	Colecistografía	Operación	Observaciones
5				ORAL (K)		
F. S.	30	F	Dolores sordos desde más de dos años. Náuseas después de comer. Ictericia intensa.	Vesícula invisible.	Vesícula tensa, con mucosidad espesa. No contiene cálculos.	x
6				Intravenosa (I-Y)	Acodamiento del cuello de la vesícula. Adherencias. No contiene cálculos.	Pericolecistitis.
M. T.	10	F	Puertes cólicos, dolores sordos. Ictericia moderada.	Vesícula débilmente visible a las 14 horas. No concentra		
7				ORAL (T)	Gran número de cálculos de colesterina, pequeños. Acodamiento del cuello.	Examen radiológico del estómago negativo por lesión gástrica.
H. H. B.	37	F	Dolor durante un año. Dispepsia acida por más de cinco años. Vómitos biliosos. Tuvo un ataque de ictericia hace un mes.	Vesícula invisible. Intravenosa (I-Y)		
				Vesícula débilmente visible.		
8				1.—Oral (K)	Vesícula pequeña, atrofiada, paredes gruesas, pus. No contiene cálculos.	
R. A. R.	23	F	Cólicos en dos ocasiones con fuertes dolores y náuseas después. Ictericia intensa, duradera las dos veces.	2.—Intravenosa (I-Y)		
				Vesícula invisible.		

Nº	Edad	Sexo	Síntomas	Colecistografía	Operación	Observaciones
9	25	F	Dolor cólico dos o tres horas después de comer. Acidez de estómago. Estreñimiento. Ataricia que agudo con ictericia hace quince días.	ORAL (T) Vesícula invisible, sombra de cálculos.	Hidropesta de la vesícula. 5 cálculos de colestestina pequeños y uno voluminoso.	Examen químico de los cálculos mostró: los pequeños de pura colestestina y el grande mixto con incrustaciones calcáreas.
10	38	F	Desde hace un año sufre de cólicos fuertes con náuseas, fiebre. Estreñimiento crónico.	1.—ORAL (T) Vesícula invisible 2.—intravenosa (I-Y) Vesícula visible, sombras de cálculos.	Vesícula llena de bilis mezclada con pus. 17 cálculos pequeños de colestestina.	La colecistografía oral no fue satisfactoria porque la enferma vomitó parte del tetrayodo. Por eso se repitió por la vía intravenosa.
11	46	F	Cólicos lado derecho. Polluria y piuria.	Intravenosa Vesícula visible. Cálculos riñón derecho. Vesícula biliar fisiológicamente normal.	Nefrectomizada después en otra ins-titución. Litiasis renal derecha.	En vista del resultado de la colecistografía se le practicó una pielografía que confirmó el diagnóstico.

Nº	Edad	Sexo	Sintomas	Colecistografía	Operación	Observaciones
16 R. S.	45	F	Dispepsia. Náuseas. Dolores sordos en el hipocondrio derecho. Cólico hepático hace dos años.	ORAL (T) Vesícula invisible.	Colecistitis calcúlosa. Múltiples cálculos de colesterrina.	
17 M. H.	28	F	Dolor todo el lado derecho del abdomen. Estreñimiento crónico.	ORAL (K) Vesícula visible. Funciona normalmente.	Vesícula normal. Apendicitis crónica. Apendicectomía.	
18 M. V. V.	54	M	Dolores de estómago después de las comidas. Agruras. acidez, vómitos.	Vesícula visible. Funciona normalmente.	Vesícula normal. Apendicectomía. Apéndice aparentemente normal.	Examen radiológico del estómago no fue satisfactorio.
19 J. R.	46	F	Dispepsia crónica. Dolores sordos, crisis febriles, ictericia.	ORAL (K) Vesícula invisible.	Vesícula grande, paredes gruesas. Pus, no contiene cálculos.	
20 C. L. M.	33	M	Dolores, vómitos, hematemesis, ictericia, caquexia.	Intravenosa (I-Y) Vesícula invisible. Sombra densa que sugiere un cálculo voluminoso.	Operado después en New Orleans. Informe: carcinoma de la vesícula.	

Nº	Edad	Sexo	Sintomas	Colectistografía	Operación	Observaciones
21 Sor. R.	23	F	Dolores en el hipocondrio derecho ictericia. Ataque agudo hace un año.	ORAL (K) Vesícula invisible.	Colecistitis calculeosa. Gran cálculo solitario en el fondo.	Había sido apendectomizada un año antes sin sentir alivio. Durante la apendicectomía la vesícula se palpó grande, tensa, pero el cálculo no se palpó.
22 M. M.	28	M	Dolor agudo en el hipocondrio derecho.	ORAL (CH) Vesícula invisible.	2 cálculos. Uno grande y otro pequeño.	Radiografía pulmonar. Vieja pleuritis base izquierda.
23 C. M.	40	F	Cólicos. Náuseas.	ORAL (CH) Vesícula invisible.	Vesícula pequeña atrofiada sin cálculos.	
24 B. A.	50	M	Dolores, náuseas y vómitos. Ictericia.	ORAL (CH) Vesícula invisible.	Vesícula grande, estrangulada por una banda de adherencias. Adherencias.	Pericolecistitis.



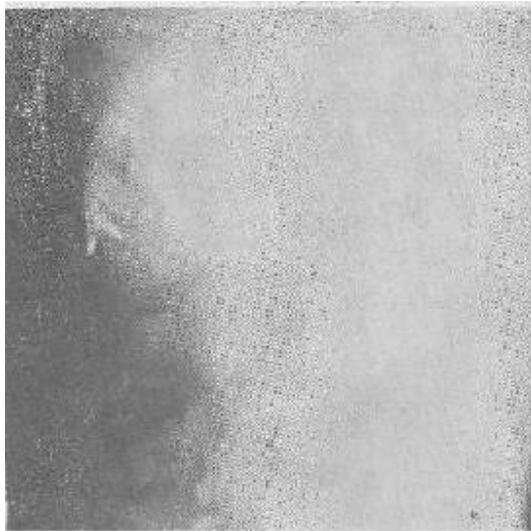
*Colecistografía Oral. Cálculo implantado en el cístico.
Vesícula invisible.*



*Colecistografía Oral. Vesícula visible. Deformación de
la sombra por gases en el intestino.*



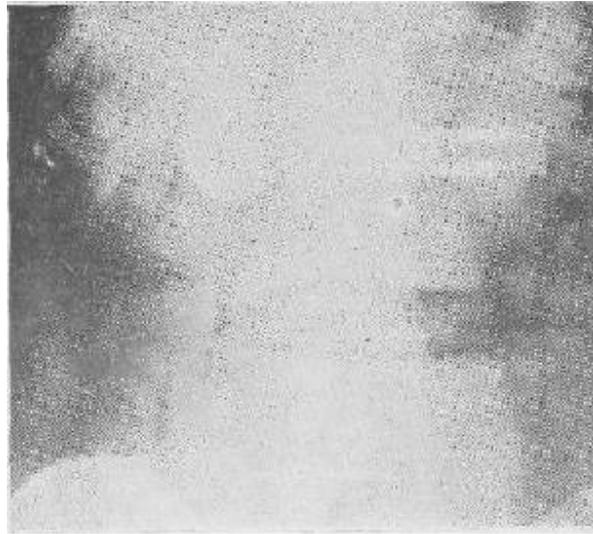
Colecistografía Oral. Sombra tenue de la vesícula. Operación: Colecistitis calculosa.



Colecistografía intravenosa. Vesícula visible. Fase de relleno.



Colecistografía intravenosa. Vesícula visible. Fase de concentración, 14 horas.



Colecistografía intravenosa. Vesícula visible. Fase de vaciamiento, 15 horas.

CUADRO NUMERO 2
LA COLECISTOGRAFIA EN 37 ENFERMOS NO OPERADOS

Nº	Edad	Sexo	Sintomas	Colecistografía	Diagnóstico Clínico y Observaciones
1	36	M	Vómitos 1 a 2 horas después de las comidas. Dolor en el Epigastrio antes de comer. No hay dolor en el punto vesicular. Ictericia moderada.	ORAL (T) Vesícula invisible	Colecistitis. (Examen radiográfico del estómago negativo por úlceras o cáncer).
2	40	M	Dolores en el hipocondrio derecho, inconstantes. No hay cólicos, no hay vómitos, no hay ictericia.	Vesícula invisible Intravenosa (I-Y). Vesícula visible pálida.	Vesícula biliar normal. Debilidad de la sombra atribuible a poca concentración (Había sido apendectomizado. Examen radiológico del estómago negativo). Fuerte reacción.
3	54	F	Acidez en el estómago. Náuseas y vómitos. Tres ataques de cólicos hepático típico.	ORAL (T) Vesícula invisible	Diagnóstico no establecido por no haber podido hacer un examen radiográfico del estómago.
4	52	F	Dolores periódicos en la madrugada. También	Método Sandstrom. Vesícula visible, fistolométrica	Vesícula normal. Series Gastro-intestinal

Nº	Edad	Sexo	Sintomas	Colcicistografía	Diagnóstico Clínico y Observaciones
5 F. P.	26	M.	2 o 3 horas después de las comidas. Náusea. Algunas veces vómitos. Dolor epigástrico, náusea. Dolores cólicos con fuerte ictericia. Fiebre hace un mes.	gicamente normal. ORAL (T) Método Sandstrom. Vesícula visible. Débil.	mostró úlcera duodenal atípica. Colecistopatia aguda, probablemente Angiocolitis. Falta de concentración típica de proceso agudo.
6 Y. C.	40	M	Cólicos — Dolores — Ictericia. Tres ataques.	ORAL (T) Vesícula invisible	COLECISTITIS
7 M. O.	23	M	Náuseas, Dolores. Fuerte ictericia. Nunca ha tenido cólicos.	ORAL (T) Vesícula invisible	Angiocolitis — Colcicistitis.
8 A. de S.	38	F	Dolores sordos hipocóndrio derecho. Náuseas. 2 ataques de cólicos.	Intravenosa (I-Y). Vesícula débilmente visible. Sombras de cálculos.	Colecistitis Calculosa. reacción: Vómitos media hora después de la inyección.
9 S. I.	23	F	Ataques repetidos de náusea, dispepsia, llenura de estómago.	Intravenosa (I-Y) Vesícula visible. Fisiológicamente normal.	Vesícula biliar normal. La enferma había sido apendectomizada 1 año antes.

No	Edad	Sexo	Síntomas	Colecistografía	Diagnóstico Clínico y Observaciones
1	L. C. 40	F	Acidez, dolor, vómitos, estreñimiento.	Intravenosa (I-Y) Vesícula visible. Vaciamiento tardío.	Diagnóstico clínico no establecido. Enferma salió antes de poder llevar a cabo un examen radiológico del estómago.
2	T. C. 35	F	Ataques típicos de cólico hepático con sintomatología de obstrucción del colédoco.	Intravenosa (I-Y) Vesícula invisible	Colecistitis — probablemente calculosa.
3	C. 40	F	Cólico cada 3 a seis meses, dolor después, con vómitos. Ictericia.	ORAL (T) Vesícula invisible	Colecistitis, probablemente calculosa.
4	S. 36	F	Dolor en el hipocóndrio derecho. Historia de cólicos, vómitos, ictericia.	ORAL CAPSULAS Vesícula invisible	Examen radiológico de los pulmones: Fibrosis pulmonar. Vicia paurisia derecha.
5	M. 29	F	Únicamente un cólico. Veinte días antes. Con fiebre y fuerte ictericia.	ORAL (T) Vesícula invisible	Colecistitis probablemente calculosa. Posiblemente angiocolitis aguda.

Nº	Edad	Sexo	Sintomas	Colecistografía	Diagnóstico Clínico y Observaciones
15 F. R. G.	25	M	Vómitos por la mañana, acidez, estreñimiento.	ORAL (T) Vesícula visible. Sombra débil.	Neurastenia, dispepsia de origen no determinado. Este enfermo había sido apendicectomizado 1 año antes. (aguda) Examen radiológico del estómago negativo.
16 M. L. C.	25	F	Dos ataques de cólicos sin náuseas, sin vómitos y sin ictericia.	ORAL (T) Vesícula invisible Sombras de cálculos opacos (2).	Colecistitis calculosa.
17 J. D.	29	F	Dolor sordo permanentemente en el hipocondrio derecho.	ORAL (T) Vesícula invisible Intravenosa (I-Y) Vesícula visible, sombras de cálculos.	Colecistitis.
18 J. de P. A.	62	F	Dolores región apendicular.	ORAL (T) Vesícula invisible	Colecistitis — apendicitis crónica.
19 C C. S.	48	F	Dolores hipocondrio derecho.	ORAL (T) Vesícula Visible. Normal.	Fibroma uterino. Anquilosis de la rodilla. Catarata.

Nº	Edad	Sexo	Sintomas	Colecistografía	Diagnóstico Clínico y Observaciones
20	Sor. M. U. 26	F	Dolores abdominales. Estreñimiento.	Intravenosa (I-Y) Vesícula visible. Deformada. Se vacía normalmente.	Pericolecistitis probablemente. Apendicitis crónica. <i>Reacción fuerte.</i>
21.	E. de L. 38	F	Repetidos ataques de cólico hepático típico.	ORAL (K) Vesícula invisible	Colecistitis — Colelitiasis.
22	L. de G. 36	F	Mala digestión. Estreñimiento, acidez, Dolores de vez en cuando.	Intravenosa (I-Y) Vesícula invisible	Vesícula patológica
23	S. A. 50	F	Dolores fugaces. Lientura de estómago-dipepsia.	Intravenosa (I-Y) Vesícula visible. Funciona normalmente.	Vesícula. Examen radiológico del estómago negativo por úlcera o cáncer. Pírosis gástrica, que puede ser la responsable de los síntomas.
24	S. de M. 60	F	Tumoración hipocondrio derecho. Dolor, vómitos, emaciamento.	ORAL (K) Vesícula invisible	Tumor (carcinoma?) de la vesícula.
25	G. M. 30	F	No hay síntomas referibles a la Vesícula. Dolor de cabeza. Coriorretinitis. Vesícula in-	ORAL (K) Vesícula visible. Función no investigada.	No hay patología en la vesícula biliar.

Nº	Edad	Sexo	Síntomas	Colecistografía	Diagnóstico Clínico y Observaciones
26	T. S. de R. 60	F	Investigada como posible causa de infección focal. Síntomas vagos de dispepsia. Dolores nocturnos hipocondrio derecho.	ORAL (K) Vesícula invisible	Diagnóstico no determinado. Examen radiológico del estómago negativo por úlcera o cáncer...
27	S. M. F. 28	M	Dolores hipocondrio derecho. Fiebre, Tos.	ORAL (K) Vesícula visible. Funciona normalmente.	Vesícula Biliar Normal. Radiografía pulmonar T. B. C.
28	M. de M. 48	F	Historia de varios ataques de cólico hepático.	ORAL (K) Vesícula invisible	Colecistitis posiblemente calculosa.
29	A. B. 26	M	Dolores hipocondrio derecho.	ORAL (K) Vesícula visible.	Vesícula normal. Apendicitis crónica.
30	A. de R. 48	F	Dolores — Estreñimiento. Llenura de estómago.	ORAL (K) Vesícula visible. Función no determinada.	Diagnóstico no establecido. Examen incompleto.
31	Ch. de P 58	F	Sensación de peso en el estómago. Dolor.	ORAL (K) Vesícula visible	Ptosis gástrica comprobada, a los Rayos X Vesícula normal.

Nº	Edad	Sexo	Sintomas	Colecistografía	Diagnóstico Clínico y Observaciones
32 S. G.	32	M	Dolores hipocondrio derecho. Náusea. Ictericia moderada.	ORAL (T) Vesícula invisible	Hepatitis patológica. Cirrosis alcohólica?
33 R. A.	40	M	Náusea. Dolor vago en el hipocondrio derecho.	ORAL (T) Vesícula débilmente visible.	Dispepsia crónica. (Kahn).
34 A. B.	51	M	Dolores en el epigastrio e hipocondrio derecho.	ORAL (T) Vesícula visible. Funciona normalmente.	Úlcera duodenal. Confirmada por radiografía gástrica.
35 C. M.	62	F	Intensa Ictericia. Caquexia. Gran emaciamento. Vómitos, dolores vagos.	ORAL (T) Vesícula invisible	Carcinoma de la cabeza del Páncreas. Diagnóstico no pudo confirmarse por falta de autopsia.
36 D. L.	41	M	Dolores, vómitos, hematemesis.	ORAL (K) Vesícula invisible	Gastritis alcohólica crónica.
37 L. V.	38	F	Dolores, ictericia.	ORAL (T) Vesícula invisible	Colecistitis posiblemente calculosa.



Colecistografía intravenosa. Deformación de la sombra por pericolecistitis. Fase de concentración, 13 horas.

En nuestro estudio tropezamos con reacciones sin importancia en 6 casos (náusea, vómito una o dos horas después de la inyección.) Dos enfermos mostraron reacciones de otra índole a saber: N° 2 (Cuadro II). —Este enfermo aquejó dolores vivos en el hipocondrio derecho, náusea, vómitos, poliuria seguido de hematuria que fue transitoria. No podemos explicarnos el mecanismo de esta hematuria y no sabríamos decir si en efecto fue producida por el tetrayodo. El enfermo N° 20 (Cuadro II) acusó una fuerte reacción que consistió en edema de los párpados, la frente y labios; dolores agudos de tipo

neurálgico en la cara; lagrimeo y conjuntivitis. Todo esto duró 48 horas para desaparecer al cabo de ese tiempo sin medicación alguna.

RESUMEN DE LOS CUADROS:

N° de casos, 61. N° de Colecistografías, 65; Orales 51.

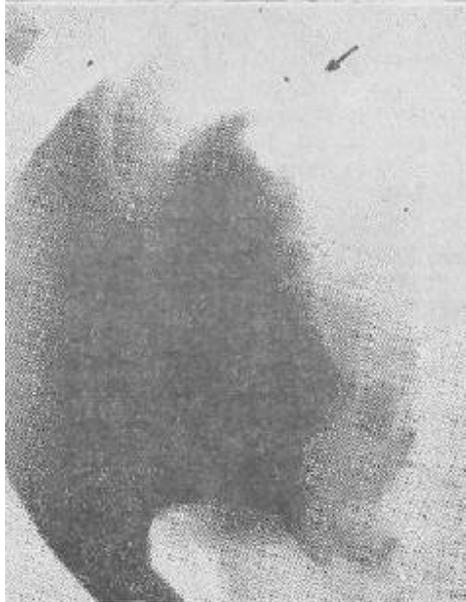
Oral únicamente, 47; Intravenosas, 14.

Intravenosa únicamente, 10.

Ambos métodos, 4.

Preparación usada:

Keraphen (Picker X Ray Corp.) (K)



Colecistografía intravenosa pericolicititis. Fase de vaciamiento, 15 horas

Tetragnost Oral (Merck) (T).
Cápsulas (Mallindrodt).(Ch7)
Cholepulvis (Mallinkrodt)
(Ch.)
Chole mulsion (Mallinfenrat)
(Ch.)
(Iso-Yodeikon (Mallinkrodt)
(I-Y).

En general las sombras obtenidas con el método oral fueron siempre inferiores a las obtenidas con el método intravenoso. Solamente en enfermos muy delgados pudimos obtener sombras densas con el primero de los métodos. En cuanto a los preparados de tetrayodo usados, el Keraphen resultó superior a cualquier otro para administrar por la vía oral y el Iso-Yodeikon

Por la intravenosa.

En la vista de la mayor densidad de las sombras obtenidas Por el método intravenoso, de los números casos en que fracasamos una o mas veces porque el enfermo no siguió al pie de la letra nuestras instrucciones, obligándonos a repetir el examen, y sobre todo en vista de que sólo en dos casos aparecieron reacciones de alguna importancia, creemos que, por lo menos para nuestro medio, es más aplicable el método intravenoso, especialmente para enfermos hospitalizados.

Si se desea usar el método¹ oral, creemos que éste debe ser el de dosis fraccionadas (Sancls-

trom) con abundante ingestión de hidratos de carbono (Antonucci).

Para poder juzgar de los resultados obtenidos por nosotros, tomaremos únicamente la serie de los casos operados en los cuales el cirujano pudo constatar la concordancia o discrepancia entre los datos coleécistográficos y los hallazgos operatorios :

Vesícula biliar patológica a la colecistografía y a la operación, 19.

Vesícula biliar normal a la colecistografía y a la operación, 4.

Concordancia entre ambos procedimientos, 23 casos o sea el 95 %.

Vesícula biliar patológica a la colecistografía, normal a la operación, 1.

Vesícula biliar normal a la colecistografía, patológica a la operación 0.

Discrepancia, 1 caso o sea el 4.18 %.

CONCLUSIONES

Los padecimientos de la vesícula biliar son muy comunes en Honduras. Los prejuicios contra la operación imperan entre nosotros, como lo demuestra el hecho de que de 44 enfermos con patología vesicular comprobada radiológicamente, solamente 20 se sometieron a la operación.

La Colecistografía es el procedimiento auxiliar más valioso con que cuenta el clínico para el diagnóstico de las afecciones de la vesícula biliar. Es un procedimiento sencillo, exento de

peligro y su aplicación no requiere más que una minuciosa técnica para evitar falsos resultados.

Creemos que entre nosotros da mejores resultados el método intravenoso para enfermos hospitalizados y el método oral a dosis fraccionadas para los pacientes ambulatorios.

En todo enfermo que presenta síntomas referibles al cuadrante superior del abdomen, se debe practicar, además de la colecistografía, el examen radiológico del tubo digestivo: estómago, duodeno, etc. Una úlcera duodenal, una periduodenitis, pueden hacer variar el coleécistograma y despistar al cirujano.

Tegucigalpa, octubre de 1935.

BIBLIOGRAFÍA

Antonucci, César: La Presse Médicale, Junio 22, 1932.

Hitzrot, Lewis H.: Amer. Jour. Med Sciences, Agosto 1933.

Hitzrot, L. H. y Pendergrass, E.: Amer. Jour. Med. Sciences, Mayo 1932.

Feldamn, Maurice: Amer. Jour. Roentgenology & Radium Therapy, Febrero 1934.

Kirklin, B. R.: Jour. Amer. Med. Ass. Dic. 1933. Archives of Surgery, Junio 1929.

Stewart, W. H. & Illick, H. E.: Amer. Jour. Boentg. & Radium Therapy, Enero 1934.

Stewart, W. H. & Illick, H. E.: Jour. de Radiologie et d'Electrologie, Abril 1935.

Sandstrom, Cari: Anales Merck. 1931. 3ª Parte.