

La Colecistectomía

Como la discusión sobre las indicaciones operatorias y el procedimiento que ha de seguirse en las múltiples afecciones de la vesícula biliar es interminable, me voy a limitar en estas breves líneas a comunicar el resultado de mi experiencia durante los últimos 7 años de práctica.

El material de que disponemos es sumamente escaso, tanto en el Hospital como en la clientela privada para poder presentar una estadística de mérito; pero como no hemos de esperar 40 años para exponer nuestra opinión, necesario es hacerlo con lo poco que tenemos. Otro motivo poderoso para disminuir el número de casos intervenidos es la resistencia de los pacientes a someterse a intervenciones perfectamente indicadas.

Desde hace 5 años cantamos con la ayuda magnífica del departamento de Radiología para resolver las dudas confirmando o desechando diagnósticos que antes nos incitaban más a la abstención operatoria.

No he de referirme al cuadro sintomático clásico de una litiasis biliar simple o infectada ni a las neoplasias biliares que requieren una intervención radical sino a esos de oscura y pobre sintomatología que se manifiestan por ligeros trastornos gastrointestinales como anorexia, náuseas, constipación y tal vez muy suaves dolores espontáneos bajo el borde costal derecho, casos en que la radio-

grafía es un recurso eminente para marcar el camino de nuestra decisión. Cada vez que se me responde, después de una colecistografía, vesícula patológica, intervengo sin vacilación; la experiencia de 40 casos me confirman en lo dicho.

Algunos de ellos operados sin radiografía por carecer del aparato resultaron francamente positivos de acuerdo con la clínica que nunca falló. La mayor parte de examinados a los Rayos X fue siempre confirmado a la intervención tanto el diagnóstico clínico como el radiológico y cuando éstos eran vagos es decir que solamente se pensaba en un padecimiento biliar sin especificar la afección causante tuvimos la fortuna de encontrar realmente lesiones vagas que cedieron al tratamiento aplicado.

La mayor parte de mis casos se refiere a litiasis biliares en diversos tipos anatómicos: varios cálculos pequeños, cálculos grandes, un solo cálculo, varios cálculos y arenilla, solo arena, cálculos pequeños o grande enclavado en el cístico antiguas infecciones con vesícula atrofiada o bien con hidrops vesicular, vesículas libres, adheridas, con supuración perivisceral, etc.

Dos casos de torsión de la vesícula operados por los ligeros trastornos antes mencionados y por la respuesta de "vesícula patológica."

Un bellissimo caso de compresión del colédoco publicado en

el número 37 de noviembre de 1933 en nuestra Revista y por último 11 casos en que tanto la clínica como la radiografía afirmaron una lesión vesicular que no justificaron su extirpación.

Mi principal interés no se refiere a mostrar las mayores o menores dificultades para formular el diagnóstico de la afección vesicular sino a comunicar el resultado de los casos operados por mí, empleando procedimientos varios.

Sobre 40 enfermos intervenidos practiqué la colecistectomía en 29. En dos hice una pexia vesicular y en nueve solo verla y tocarla. En casi todos hice en la misma sesión una apendicectomía; me abstuve en los muy difíciles que requirieron demasiado tiempo.

En 8 casos me vi obligado a colocar un drenaje-tapón de Mikulicz por tratarse de vesículas muy adheridas que dieron lugar a fuerte hemorragia en sabana O. por haber encontrado pus al rededor de la vesícula.

Complicaciones -tuve pocas: infección de la pared, 2 fistulas biliares que desaparecieron en tres semanas y varias congestiones pulmonares.

Ningún paciente murió. A ninguno he tenido necesidad de ver de nuevo por padecimientos

biliares. A todos se les prescribió un régimen dietético y escasos medicamentos para combatir la diátesis calculosa.

De 3 pacientes a quienes practiqué colecistotomía, ideal hace 10 años que no figuran en esta estadística uno tuve de intervenir de nuevo, 6 años después para extraerle la vesícula nuevamente calculosa; el segundo fue operado por otro facultativo por las mismas razones y el tercero sufre de vez en cuando de cólicos semejantes a los primitivos pero rehúsa otra operación.

Nunca he tenido oportunidad de hacer una colecistostomía ni abertura o drenaje de la vía biliar principal.

Si meditamos un instante sobre la conducta seguida en mis 40 enfermos, la conclusión natural es que hemos procedido correctamente o bien que el hada fortuna ha sido exquisitamente benévola conmigo. En realidad, me siento extremadamente satisfecho de la colecistectomía y pienso continuar ejecutándola siempre en igualdad de condiciones a las referidas.

Abundante literatura he leído sobre las indicaciones de la colecistectomía. Autores hay acérrimos partidarios de la colecistectomía que condenan con

acritud exagerada la colecistostomía. Viceversa otros se declaran decididamente por la colecistostomía y niegan a la ectomía todo efecto saludable incriminándole múltiples trastornos post-operatorios y muertes inmediatas.

En el gran maremagnum de las discusiones es muy difícil decidirse por éstos o aquellos autores; todos presentan fuertes estadísticas en favor y en contra de la tesis sustentada. Yo no poseo ninguna autoridad para preconizar este o aquel procedimiento, pero sí el derecho de exponer mi opinión fundada en los casos mencionados que aunque pocos con un éxito de 100 por 100 me empujan a seguir la misma ruta.

No condeno de ninguna manera la colecistostomía por el hecho de no haberla practicado nunca; al contrario creo que es una excelente operación cuando se trata de una colecistitis aguda supurada, litiásica o no, con fenómenos graves y cuando la vesícula por sus sólidas adherencias es inextirpable. Ni uno ni otro caso se me ha presentado. Ciertamente es también que la operación de colecistectomía es mucho más fácil y menos peligrosa que la ectomía* bien sea abocando el fondo de la vesícula a la pared abdominal o simplemente evacuándola y dejando un tubo de drenaje en la cavidad fijado por un infundibulum que salga al exterior con un trozo de hule protector bajo la pared inferior de la vesícula para aislarla de la cavidad.

La colecistectomía ideal no volveré a hacerla porque en los 3 casos citados se reprodujeron los cálculos y con ellos las mismas molestias a pesar de ser una intervención excesivamente sencilla y sin ningún riesgo.

Las últimas 5 colecistectomías las he practicado con anestesia raquídea, 10 c. c de solución de Novocaína al 1 %; inyección entre la II y 12 dorsal. Las anteriores con éter.

Omito todo tratamiento médico y post-operatorio por demasiado conocido, lo mismo que las técnicas operatorias y las contra-indicaciones.

CONCLUSIONES

I.—La colecistectomía es una operación excelente en los casos de litiasis biliar y colecistitis crónica, en las torsiones de la vesícula y en las neoplasias.

II.—Es una operación sencilla, sin grandes riesgos; en 29 operados ninguno murió.

III.—Los resultados son magníficos; nunca he visto trastornos consecutivos.

IV.—No condeno la colecistostomía; al contrario creo que es una operación notable en las colecistitis agudas con fenómenos generales graves y en las vesículas inextirpables.

V.—La colecistotomía ideal, abandonada por la mayoría de los cirujanos me ha proporcionado 3 fracasos, en el sentido que todos sufrieron de nuevo cólicos.

Tegucigalpa, septiembre 14 de 1935.

S. Paredes P.