

Menofania a los trece años, 3-4/28, normal. Casada a los veintidós años con marido sano. Dos hijos, que vienen sanos, y un aborto.

Antecedentes familiares sin interés.

En la exploración clínica se trata de una enferma pícnica, actualmente adelgazada, con un tinte sucio de la piel de la cara y ligera subictericia subconjuntival. Temperatura axilar, 36,7 C.

A. D.—Boca muy mal cuidada con abundantes raigones y lengua intensamente saburral. Abdomen flácido, con estrías gravídicas y diástasis de rectos. Hígado y bazo se percuten en sus límites normales, rebasando el



Fig. 1.

hígado en la inspiración ligeramente la arcada costal; susucción hidroárea en ciego, que es doloroso. No se palpan masas neointeractivas ni ganglionares. Dolorimiento palpatorio en hipocondrio derecho hacia punto cístico, con Murphy, Noel, Fiessinger, etc., positivos.

A. C. V.—Pulso ritmico a 78/m., normoceler, normotensio y algo duro. P. A., 19/9 (R. R.). Choque de la punta en V espacio en I. m. c. Área de matidez cardíaca, normal. Resonancia del II tono aórtico.

A. R.—Ligera hipersonoridad percutoria, buena movilidad y murmullo vesicular normal.

A. G. U.—Genitales externos y fosas lumborrenales no dolorosas.

S. O. L.—Normal. Piel: Dermografismo y urticaria facticia.

S. N.—Patelares conservados. No Romberg.

Exploración radiológica de tórax, normal. Exploración radiológica de aparato digestivo, realizada en colaboración con el doctor ARCE: Colecistografía con telenapeque: Vesícula, excluida. Radiografía de estómago en clinostatismo: Estómago ortotónico alargado transversalmente con deformidad piloroduodenal por adherencias a colecisto y colédoco: al evacuar la papilla se replecciona anormalmente un trayecto que corresponde a una fistula biliar interna con paso de papilla al colédoco, cístico, e incluso hepático, y no a vesícula. Cálculo del colédoco. Inflamación y edema de colon (fig. 1).

En la exploración de laboratorio el hemograma es normal así como las pruebas de labilidad proteica. En heces, esteatorrea, creatorrea y amilorrhea. En orina, coluria y colaluria. En sangre, bilirrubinemia de 0,6 miligramos por 100 con un Hijmans van den Bergh positivo indirecto.

RESUMEN.

Se comunica el caso de una enferma que, aparte otros interesantes aspectos, presenta como complicación de una colecistopatía crónica litiasica una fistula biliar interna y una interesante participación del resto de las estructuras digestivas.

BIBLIOGRAFIA

1. BEEKHUIS, W. H.—Acta Radiologica, 24, 38, 1943.
2. BEHREND, A. y CULLEN, L.—Ann. Surg., 132, 297, 1950.
3. BERNHARD, Fr.—Deutsch. Ztsch. Chir., 242, 493, 1934.
4. BORMANN, C. N. y RIEGLER, L. A.—Surgery, 1, 349, 1937.
5. COGBILL, C. L. y ROTH, H. P.—Amer. Surgeon, 19, 489, 1953.
6. DAVISON, M. y ARIES, L. J.—Ann. Surg., 107, 229, 1938.
7. DEAN, G. O.—Surgery, 5, 857, 1939.
8. DELAUNAY, E. y cols.—Arch. Mal. App. Digest., 39, 1051, 1950.
9. GARLAND, L. H. y BROWN, J. W.—Radiology, 38, 154, 1942.
10. HICKEN, N. F. y CORAY, Q. B.—Surg. Gynaec. and Obst., 82, 723, 1946.
11. JOUNNEAU, P. y GEFROY, C.—Presse Méd., 62, 134, 1954.
12. JUDD, S. y BURDEN, V. G.—Ann. Surg., 81, 365, 1925.
13. LADD, W. E.—Ann. Surg., 102, 742, 1935.
14. MC CORKLE, H. M. y FONG, E. F.—Surgery, 11, 851, 1942.
15. NAUNYN, B.—Tratado de la colestasis, 1896.
16. NIVIERE, J.—Jour. de Radiol. et Electrol., 28, 405, 1947.
17. NOSKIN, E. A., STRAUSS, A. A. y STRAUSS, S. F.—Ann. de Cir., 8, 1291, 1949.
18. PATZ, H. H. y KOONTZ, A. R.—Ann. Surg., 6, 134, 1951.
19. PI FIGUERAS, J. y cols.—Primera ponencia al III Congreso de Cirugía. Granada, 1953.
20. PUETOW, C. B.—Ann. Surg., 115, 1043, 1942.
21. TATE, R. C. y SHAW, H.—Amer. Surgeon, 18, 443, 1952.
22. TAYLOR, W. B.—Canadian Med. Ass. Journ., 47, 332, 1942.
23. TRACEY, M. y MC KELL Mc C.—Surg. Clin. North Amer., 21, 717, 1943.
24. VARGAS MOLINARE, R. y CORREA BRAVO, E.—Rev. Med. de Chile, 81, 717, 1954.
25. WALKER, G. L. y LARGE, A. M.—Ann. Surg., 139, 510, 1954.
26. WEIBERGER, J. y ROSENTHAL, A.—Amer. Journ. Roentgen. Rad. Ther., 53, 470, 1945.
27. WOLLGAST, G. F. y STAPPLI, W. P.—Rocky Mountain Med. Journ., 48, 527, 1951.

FISTULAS BILIARES INTERNAS

M. DE QUADROS.

Hospital Militar de Madrid. Servicio de Cirugía. Aparato Digestivo. Jefe: Doctor M. DE QUADROS.

¿Debe recurrirse siempre al drenaje biliar externo temporal cuando estimemos que así lo exigen las alteraciones flogísticas del esfínter de Oddi? ¿Debe crearse una fistula biliar interna en todos los casos? ¿Qué hacer con las fistulas biliares internas espontáneas?

En el III Congreso Nacional de Cirugía expusimos nuestro punto de vista sobre las fistulas biliares internas—donde tanto se discutió su sistemática en los enfermos de vías biliares—y aquel nuestro criterio, producto de la expe-

riencia y reflexión, continúa siendo actual. Decíamos, y seguimos insistiendo, remover el obstáculo y dejar completamente libre la vía biliar excretora ha de ser siempre la norma en las obstrucciones del hepatocoléodo. En las estenosis cicatriciales, tumorales y congénitas, no cabe opción ni discusión: desagüe biliar interno por anastomosis bilio-digestiva, creando quirúrgicamente una fistula biliar interna o reconstruyendo la vía normal cuando ello sea posible. Pero en las demás obstrucciones coledocianas, insistimos, la solución es la remoción del obstáculo, dejando expedita la vía biliar, y, como complemento, el drenaje biliar externo o fistula biliar externa temporal; pero siempre como pre-misa fundamental dejar completamente libre la luz de la vía biliar principal a lo largo de todo su curso. Sin obstáculos ya para la progresión normal de la bilis por el hepatocoléodo, la finalidad del drenaje biliar externo, durante un período postoperatorio determinado, pero que nunca tiene por qué exceder de las tres a las seis semanas, es mantener en reposo el sistema neuro-muscular del coléodo terminal. La flogosis del esfínter de Oddi, por la odditis que acompaña a toda coledocitis y traumatismo calculoso de una región tan sensible, requiere un período de reposo funcional para su curación y recuperación anatómica. De otro modo, los espasmos esfinterianos y los procesos degenerativos, esclerosos de su capa muscular y poliposos de su capa mucosa, van a conducir a un síndrome post-operatorio, que con la persistencia de cálculos "olvidados", las adherencias del lecho hepático y las úlceras duodenales coexistentes, creemos pueden resumir la desgraciadamente titulada "enfermedad post-colecistectomía". Muy eficaz resulta también la denervación simultánea del esfínter de Oddi mediante la exéresis del nervio de Reich, que salvo en los casos de intensa infiltración pericoledociana, no resulta difícil individualizar en el borde interno del coléodo suprapancreático uno o más cordones nerviosos y a veces hasta un ganglio de su sistema vegetativo. Esta neuroexéresis nos ha permitido observar muchas veces cómo un coléodo distendido por bilis a tensión se vacia rápidamente en el duodeno y queda colapsado. Esta maniobra quirúrgica facilita además la ulterior exploración intraductal.

La seguridad de que la vía biliar principal ha quedado completamente libre de obstáculos la obtenemos nosotros más que con la colangiografía y la radiomanometría pre-operatorias con la exploración intraductal. Pero exploración del conducto, no con tallos rígidos, que pueden resultar altamente traumatizantes y causa ulterior de estenosis, sino con unas sondas especiales de materia plástica, de punta olivar y calibre determinado, que no son lo bastante duras para herir y si lo suficientemente consistentes para ser manejadas. Mediante estas sondas y la irrigación a través de ella con suero calien-

te a presión removemos y hacemos salir al exterior, a través de la incisión de coledocotomía, grandes y pequeños cálculos, y hasta los más pequeños que pasan inadvertidos a toda exploración física. Cálculos mayores o enclavados detrás del páncreas o en el mismo esfínter de Oddi, los extraemos muy bien ayudados manualmente con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda (laparotomizamos siempre por línea media), que los hacen ascender o los tritan si fuese necesario para suavizar la maniobra. Por último, la oliva de la sonda pasa a la luz duodenal, dando en ese momento la sensación de paso vencido parecida a cuando se sondea la vejiga urinaria.

La fistula biliar externa temporal la establecemos con el tubo en T de Kehr modificado por LAHEY, y siempre por incisión independiente de la de laparotomía, en el hipocondrio derecho. Y, siempre después de retirar el tubo de drenaje, se ha cerrado espontáneamente la fistula en un plazo de veinticuatro a cuarenta y ocho horas, porque nunca había quedado obstáculo alguno en la progresión de la bilis al duodeno. La pérdida de bilis por el tubo en T, que en todos nuestros casos ha oscilado entre el medio litro a casi el litro diarios, en ninguno ha originado trastorno alguno; téngase en cuenta que por la vía natural, libre de obstáculos, continúa pasando bilis al duodeno desde el primer día, y que, por otra parte, en ningún caso excedió el drenaje biliar de las seis semanas, siendo lo corriente entre quince a veintiún días. Y durante dicho período se ha evitado la hipertensión intracoléodiana, tan funesta para la curación de las lesiones del coléodo terminal.

De 149 enfermos que hemos colecistectomizado por litiasis, en 29 existían cálculos en el coléodo. La mayoría de dichas coléodocolitiasis cursaron con su rico cuadro clínico, pero hemos de advertir que hemos tenido dos casos que con el coléodo repleto de cálculos no acusaban ni dolor ni ictericia, y otro que evolucionaba con una fiebre de tipo palúdico y había llevado al diagnóstico erróneo de malaria, siendo en realidad una colangitis supurada. Lo cito en este momento únicamente a título de interés, pues insistir sobre ello sería salirme del tema por la tangente. Por la misma razón, únicamente haré citación de los casos tumorales: 3 carcinomas de vías biliares y 1 de la cabeza del páncreas, cuyo pronóstico y evolución perturbaría en el concepto puro del tema que nos ocupa.

Exceptuando un caso de los de coledocolitiasis, cuya breve evolución clínica hacia prever la indemnidad del esfínter de Oddi y en el que por ello suturamos el coléodo sin drenaje, en todos los demás casos de coledocotomía hemos establecido la fistula biliar externa temporal de reposo. Todos han evolucionado satisfactoriamente, no hemos perdido nada más que un caso muerto en el post-operatorio tardío, y lo que es seguramente más interesante, continúan así-

tomáticos. Aconsejamos siempre para su curso ulterior el evitar la hipertensión intracoleodociana mediante las comidas frecuentes, la cena ligera, la ingestión de huevos y colagogos, y, en determinadas circunstancias, el sondaje duodenal. Nuestra mortalidad global en cirugía biliar es, desde nuestra primera actuación quirúrgica hasta hoy, del 4,5 por 100.

* * *

¿Y qué opinamos nosotros sobre las fistulas biliares internas quirúrgicas? Ya lo empezamos diciendo, al iniciar nuestra comunicación, que nuestros argumentos están en contra de su recomendación sistemática. Y no hemos de aducir la creación de nuevos cálculos (su "olvido" ya sabemos que no es argumento) dentro del colédoco, pues aparte los cálculos emigrados de la vesícula, la neoformación de cálculos propiamente dichos en el hepatocoléodo no la hemos confirmado nunca; en cambio, si es un peligro y un argumento la formación de concreciones amorfas de barro biliar séptico en las neostomías biliares, origen de futuras obstrucciones y de repetidas crisis de colangitis supurada. Exponernos a esto cuando no hay otro recurso, porque no existía vía biliar (destruida por traumatismos o tumores) es correcto, por no haber otra solución que la fistula biliar interna; una buena anastomosis vesícula-duodeno, colédoco-duodeno, hepático-yejunum, etc., da excelentes resultados; pero cuando no es necesario, y éste es el caso en la inmensa mayoría de las colédochilitiasis, no nos parece aconsejable.

* * *

A. B. M., cincuenta y un años, sexo masculino. Perforación duodenal libre suturada en 1948. Gastrectomizado por recidiva ulcerosa en 1949. Al cuarto día de la gastrectomía vemos al enfermo: ictericia generalizada e hiperpirexia; la ictericia había comenzado a las cuarenta y ocho horas de la operación y se había hecho rápidamente intensa. La operamos de urgencia, aquel mismo día, y hallamos: una vesícula biliar hiperdistendida, un colédoco seccionado; el estómago flogósico local por el reciente muñón duodenal y la separación de los cabos no nos permite la sutura directa boca-boca, por lo que resolvimos el problema estableciendo una fistula biliar interna por colecisto-duodenostomía. Este caso estaba gastrectomizado por la técnica de POLYA; el duodeno quedaba, pues, fuera del paso directo de los alimentos ingeridos, el caso ideal para que no hubiese perturbaciones mecánicas en la boca anastomótica biliar. El paciente evolucionó muy bien, y al séptimo día ya estaba despigmentado. Y todo siguió normal hasta un año más tarde, en que nos vuelve con una crisis de ictericia febril muy violenta. Lo reoperamos y encontramos la boca anastomótica colecisto-duodenal, la vesícula y el hepático, repletos de barro biliar purulento, bastante concreto; se extrajo todo el contenido, quedaron la vesícula, la boca anastomótica y el hepático completamente libres y se drenó temporalmente (doce días) el fondo del colecisto con tubo de Mayo-Robson. Todo fué bien, desaparecieron la ictericia y la fiebre y otra vez asintomática. Pero de nuevo nos vuelve meses después con el mismo cuadro clínico de ictericia y fiebre. Esta vez cede con antibióticos y sondajes duodenales.

les. Recidiva de nuevo. Cede nuevamente con el tratamiento médico. Y así varias veces. Se desarrolla progresivamente una cirrosis hepática colangítica y muere en coma hepático a fines de septiembre de 1954.

F. F. M., cuarenta y tres años, sexo masculino. En 1944 es gastrectomizado por úlcera duodenal, sufriendo de fistula duodenal post-operatoria durante quince meses y desarrollando simultáneamente un cuadro de ictericia, por lo que le reoperaron, y cuenta que le hicieron un "raspado" de vesícula. Cerró la fistula duodenal, pero la ictericia y la fiebre persistían. Y a los seis años de estar soportando la ictericia y los accesos febriles, lo operamos nosotros. Tenía hecha una gastrectomía tipo Polya, todo el hipocondrio derecho era una masa de peritonitis plástica, en la que, una vez liberados intestino delgado, cara inferior del hígado y duodeno, encontramos una vesícula biliar escleroatrófica, deshabitada e intraparenquimatosa, la cual extirparamos. Continuando la disección de los elementos del hilio hepático alcanzamos un colédoco repleto de cálculos y con tal proceso de esclerosis que no existía luz intracoleodiana. Extraídos los cálculos, exploramos en sentido aferente hasta descubrir un conducto hepático muy dilatado y conteniendo bilis a tensión, muy séptica y con olor nauseabundo. Establecemos una fistula biliar interna entre dicho hepático y el duodeno, sobre tubo perdido de goma, cuidando la perfecta coaptación entre ambas mucosas. Bajo control radiológico posterior observamos cómo a las cinco semanas abandona el tubo la región subhepática, ocupa asas del yeyuno y es, por último, eliminado por el ano días después. La despigmentación fué lenta, pero progresivamente ininterrumpida, para quedar totalmente anictérico a los tres meses de ser operado. Actualmente continúa viviendo, ocupándose en sus actividades profesionales (es obrero de talleres de automovilismo); pero periódicamente sufre accesos de colangitis febril con ictericia, que hasta ahora han cedido siempre en pocos días con un tratamiento intensivo de antibióticos, plasmoterapia y sondajes duodenales, quedando nuevamente útil para su trabajo, pero pendiente de un nuevo estallido de colangitis. Nueva demostración de que funciona bien la fistula biliar interna, pero también de que el estasis biliar y la infección son frecuentes en estos casos.

M. A. S., cincuenta y siete años, sexo femenino. El 3 de septiembre de 1951 somos llamados y nos encontramos a la enferma en coma urémico con 3,40 grs./1.000 de urea en sangre. Había llegado a este estado después de una larga historia de colecistitis litiasica sin alteraciones circulatorias ni renales, y a consecuencia inmediata de una oclusión intestinal aguda; tratábaise de una uremia extrarrenal por deshidratación. Bajo tratamiento intensivo bajó la uremia a 0,44 en el curso de 72 horas, coincidiendo con una resolución espontánea de la obstrucción intestinal, y expulsando al cuarto día por el ano con una descarga diarreica un cálculo biliar gigante (del tamaño de un huevo grande de gallina) y en días sucesivos otros más pequeños. La obstrucción intestinal había sido, pues, un ileo biliar. La enferma se recuperó rápidamente, quedándose al principio únicamente dolorido el hipocondrio derecho para seguir asintomática después. Explorada radiológicamente un mes más tarde, la papilla de contraste ingerida pasa fácilmente del duodeno a la vesícula biliar; se ha establecido, pues, una fistula biliar interna espontánea colecistoduodenal. Recomendamos la intervención quirúrgica a la enferma, pero ésta la rechaza razonablemente basada en que se encuentra completamente libre de molestias. Y el caso es que la venimos observando periódicamente y hasta la fecha, han pasado más de tres años, continúa asintomática.

Evidentemente, es un caso de fistula biliar interna espontánea que debe ser respetado.

Pero en la mayoría de los casos la solución ha de ser eminentemente quirúrgica.

* * *

Es bien evidente la complejidad de la patología biliar. Por un lado, conflictos mecánicos en una encrucijada anatómica tan delicada que su tratamiento quirúrgico exige ineludiblemente una gran especialización y experiencia del cirujano; su desconocimiento es la causa de la mayoría de los fracasos quirúrgicos. Y otro aspecto, no menos importante, es su íntima relación entre dos glándulas de extraordinaria importancia, cuyas secreciones vierten a la misma vía final excretora. Pancreatitis, más frecuentes de lo que generalmente se cree. Hepati-

tis, de tanta trascendencia, ya que la insuficiencia hepática significa el hundimiento de todos los demás órganos, pues es en el hígado donde se elaboran todos los enzimas necesarios para el metabolismo celular y es órgano que regula y mantiene constantes orgánicas indispensables para la vida del individuo. He ahí la razón de que la habilidad y conocimientos técnicos del cirujano han de complementarse necesariamente con los adecuados tratamientos pre y postoperatorios en todo enfermo de vías biliares. Y que no se recuerde más aquella frase de von Bergmann: "Operation gut, Patient gestorben". Y resumiendo al tema: las fistulas biliares internas sólo se establecerán en sus indicaciones precisas y que se desprenden de esta comunicación.

REVISIONES TERAPEUTICAS

CLINICA Y TERAPEUTICA DE LA DIABETES INFANTIL

E. CONDE GARGOLLO.

Médico de la Beneficencia Municipal de Madrid.
Inspector Médico Escolar del Estado.

Por consecuencia lógica a una mejor ordenación de los diferentes puntos de vista fisiopatológicos de la diabetes y de los progresos terapéuticos, se advierte bien hoy que el pronóstico de la diabetes infantil es, en comparación a la época anterior a la insulina, más halagüeño y nos permite establecer un futuro más razonable, pero sin olvidar que la diabetes sacarina en el niño y adolescente es una enfermedad grave y difícil que por su inestabilidad clínica nos obliga a su vigilancia. Tiene un aspecto más favorable su pronóstico cuanto más cerca a la adolescencia se inicia la enfermedad; sin embargo, nuestra reserva siempre se debe mantener, aun en los casos más sencillos y más asequibles al tratamiento dietético e insulínico, pues debemos juzgar a la enfermedad diabética prácticamente no curable en el momento actual de nuestros conocimientos doctrinales y terapéuticos.

Es indudable que podemos establecer una buena distancia cuando se comparan las cifras de mortalidad global entre niños diabéticos del año 1890 (NAUNYN) con un 98 por 100, las del año 1922 (BANTING y BEST) con un descenso a 10 por 100, coincidiendo con las primeras aplicaciones de la insulina, y las actuales del año 1950 (MARANÓN) solamente con un 6 por 100, consecuencia lógica de una mejor utilización de la insulina y un mejor conocimiento biológico de la capacidad metabólica del organismo infantil. Hoy, un niño diabético correctamente tratado se desarrolla normalmente y puede al correr de sus años adolescentes encontrarse de cara a los problemas diarios del hombre adulto.

Todo es cuestión de una sensata comprensión pedagógica por profesores y educadores, sensibilidad y prudencia por sus padres y amable vigilancia médica para orientar a los familiares y maestros lo que en cada momento conviene más al niño.

En todo momento debemos tener muy presente que el niño y el adolescente deben conservar siempre la confianza en sí, en su propio "yo" ante la vida y sus problemas de relación social: nosotros tenemos que lograr que el niño diabético no se encuentre coartado o inhibido al considerarse un *enfermo crónico difícil* ante sus hermanos o compañeros de colegio. MARAÑÓN se ha ocupado con detalle del estado mental de los niños diabéticos de ambos sexos, no encontrando alteración psíquica que pueda ser achacada a la diabetes. Igualmente marca VÁZQUEZ VELASCO que sus observaciones entre más de dos mil escolares examinados señalan que los diabéticos tienen un nivel psicológico igual a los no diabéticos. Las alteraciones psicológicas de algunos niños diabéticos, según criterio de MAC CAVIN, serían debidas a diferentes grados de infantilismo coexistente con la diabetes. En suma, todos los médicos debemos elevar el tono moral y estimular con alegría a nuestros pequeños pacientes, logrando hacerles olvidar su permanente crisis patológica, y creando en ellos el deseo de vivir y de luchar como cualquier niño sano.

En el niño, el sistema neuroendocrino se encuentra en plena formación funcional y, por consecuencia, en equilibrio inestable. Inestabilidad que se hace más marcada en el niño diabético. En el niño no debemos pensar en el aspecto fisiológico de su páncreas como una pieza funcional definitivamente vencida. La diabetes en el niño hay que comprenderla bajo la noción de un síndrome pluriglandular, ya que su fórmula endocrina no es semejante a la regulación endocrina del adulto, y podemos decir que en el niño diabético la fase de alarma y de resistencia—según expresión de SELYE—se puede pro-