

## "SYMPOSIUM" SOBRE CIRUGÍA BILIAR

### OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA EN LOS ICTÉRICOS

(Parte Clínica)

Dr. M. ROYER

**E**L estudio de las ictericias sigue siendo de gran actualidad; esto es debido, por una parte, a que quedan muchos problemas por resolver, y por otra, a que en los últimos años han sido ideados nuevos métodos que facilitan el diagnóstico.

Desde el punto de vista clínicoquirúrgico la tarea deberá realizarse en dos etapas:

- 1.<sup>a</sup> Diagnóstico de la existencia de una ictericia de orden mecánico.
- 2.<sup>a</sup> Diagnóstico de la naturaleza del obstáculo.

Anticipándome a los resultados que voy a exponer más adelante, se puede decir que es posible, en la gran mayoría de los casos, hacer el diagnóstico de ictericia obstructiva, pero que el segundo punto no queda resuelto muchas veces.

Una vez hecho el diagnóstico de ictericia obstructiva es necesario investigar si el enfermo está en condiciones de ser operado. Este punto, que constituye una tercera e importante etapa, no será considerado en este relato.

Para llegar a un resultado satisfactorio no deberá omitirse dato alguno. No deberá creerse que la anamnesis o el examen físico pueden ser dejados de lado porque disponemos de exámenes radiológicos o de laboratorio que pueden tener la atracción de la novedad.

**ANAMNESIS:** Tiene una importancia capital; no deberá dejarse de hacer con todo cuidado. El conocimiento de la evolución de la enfermedad suministra datos que no son reemplazados por los otros métodos.

No me es posible discutir con detalle este tema que es, por otra parte, ampliamente conocido.

**EXAMEN SOMÁTICO:** De los distintos elementos a considerar deseo sólo hacer resaltar los siguientes puntos:

El matiz de la ictericia tiene poca importancia. La diferenciación entre ictericia rubínica, verdínica y melánica se hace generalmente en los estados avanzados y no precoces.

La presencia de desarrollos vasculares en la piel sugiere la existencia de procesos hepáticos de larga evolución.

La existencia de un hígado netamente aumentado de tamaño y más consistente que lo habitual, debe ser considerado como elemento importante para el diagnóstico de una ictericia obstructiva; esto, sin embargo, no es compartido por todos los autores.

La presencia de una vesícula palpable es también muy importante para diagnosticar una ictericia obstructiva. Hay discrepancia en las estadísticas en-

tre los resultados de las vesículas grandes encontradas en la operación y las que se comprueban por la palpación. Así, las primeras figuran más o menos en un 80 % de los casos, mientras las segundas son mucho menos frecuentes. Opino que esa diferencia puede disminuir fundamentalmente si se palpa con cuidado la zona vesicular, buscando conseguir la percepción del colecisto.

### Exámenes de Laboratorio

Voy a pasar revista a algunos de los resultados o procedimientos que considero más importantes.

**Bilirrubinemia:** El estudio de la bilirrubina sanguínea es de escasa ayuda para la diferenciación entre ictericia hepatocelular y mecánica. Si bien es cierto que en general la concentración del pigmento es menos alta en las ictericias obstructivas puras que en las del otro grupo, hay que reconocer que muy a menudo los procesos mecánicos se observan acompañados de colangitis, lo que complica el problema. En este caso la bilirrubinemia se eleva netamente en las ictericias obstructivas (LÓPEZ GARCÍA, 1943).

El estudio de las dos clases de bilirrubina (directa e indirecta) tampoco aclara el problema. El método de VARELA FUENTES, que utiliza el cloroformo para separar la bilirrubina indirecta es impreciso, pues existen factores (fosfolípidos) que modifican los resultados (CASTEX, LÓPEZ GARCÍA y ZELASCO, 1941). No me es posible discutir el problema ampliamente; ha sido estudiado detalladamente por la escuela de CASTEX.

Sin embargo, VARELA FUENTES y sus colaboradores (1935), han demostrado que las dos clases de ictericias producen curvas de bilirrubinemia directa e indirecta diferentes, que permiten individualizarlas.

Tampoco la medición de la reacción directa con el método de MALLOY y EVELYN, proporciona datos de interés a este respecto.

**Urobilina:** El estudio del urobilinógeno o urobilina, ya sea en la orina o en las materias fecales, no es siempre concluyente.

En el período de estado de ictericia hepatocelular las cantidades de pigmentos son muy parecidas a las de la ictericia mecánica, ya se considere como urobilinógeno (WATSON, 1941) o como urobilina (ROYER, 1943).

En el período de estado de la ictericia hepatocelular las cantidades de pigmentos de estercobilinógeno o estercobilina que tratándose de una ictericia hepatocelular.

**Colesterol:** El estudio del colesterol sanguíneo es de utilidad en la diferenciación de las ictericias. En efecto, se encuentra en general elevado en las ictericias mecánicas en cifra superior a 3 gr. por litro e inferior a esa cifra en la mayor parte de las ictericias hepatocelulares (EPSTEIN y GREENSPAN, 1936).

Estos conocimientos son ya clásicos, por lo que es inútil insistir en ellos.

Si se estudia la fracción de los ésteres del colesterol, también es posible obtener resultados interesantes. Desgraciadamente hasta ahora no es posible efectuar estas determinaciones en los laboratorios comunes, por lo que no voy a insistir sobre el tema.

**Fosfatasas:** Las fosfatasas alcalinas sanguíneas constituyen un elemento de utilidad para el diagnóstico diferencial. Se observan aumentadas en las ictericias obstructivas y sin modificación en las hepatocelulares. Su determinación no da siempre resultados correctos.

En las ictericias mecánicas hay de 12 a 20 por ciento de errores, mientras en las hepatocelulares éstos oscilan entre un 20 y 30 por ciento (GUTMAN, 1940; ALESSANDRI y col., 1949).

*Reacciones de floculación:* Estas reacciones han tomado gran desarrollo en los últimos años; su estudio es muy interesante. El número de las pruebas aumenta continuamente; me voy a referir únicamente a las que han sido más estudiadas, es decir, la de cefalina-colesterol, la del timol y la del oro coloidal. Las tres dan resultados más o menos análogos; sin embargo, la cefalina-colesterol debe considerarse como superior a las otras dos.

En las ictericias mecánicas dan entre 10 y 20 por ciento de resultados discordantes y en las ictericias hepatocelulares los errores son mayores, ya que oscilan entre un 15 y 30 por ciento, según los autores (cuadros I, II y III).

## CUADRO I

*Resultados obtenidos con la reacción de la cefalina-colesterol en la ictericia*

| <i>Autor</i>                       | ICTERICIA HEPATOCELULAR |                   | ICTERICIA OBSTRUCTIVA |                   |
|------------------------------------|-------------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|
|                                    | <i>N.º de casos</i>     | <i>positiva %</i> | <i>N.º de casos</i>   | <i>positiva %</i> |
| Hanger (1949) . . . . .            | 38                      | 86,7              | 25                    | 0                 |
| Gutman y Hanger (1941). . . . .    | 97                      | 80,4              | 77                    | 9,1               |
| Walstein (1942). . . . .           | 27                      | 66,6              | 26                    | 19,2              |
| Popper y Steigman (1940) . . . . . | 205                     | 75,0              | 80                    | 18,7              |
| Alessandri y col (1949) . . . . .  | 361                     | 79,2              | 135                   | 12,5              |

## CUADRO II

*Resultados obtenidos con la reacción del timol (enturbiamiento) en las ictericias*

| <i>Autor</i>                | ICTERICIA HEPATOCELULAR |                   | ICTERICIA OBSTRUCTIVA |                   |
|-----------------------------|-------------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|
|                             | <i>N.º de casos</i>     | <i>positiva %</i> | <i>N.º de casos</i>   | <i>positiva %</i> |
| Mac Lagan (1944) . . . . .  | 166                     | 82,6              | 39                    | 7,6               |
| Mann y col. (1947). . . . . | 19                      | 100,0             | 49                    | 14,2              |
| Maizels (1946) . . . . .    | 25                      | 72,0              | 19                    | 0,0               |

## CUADRO III

*Resultados obtenidos con la prueba del oro coloidal en las ictericias*

| <i>Autor</i>                  | ICTERICIA HEPATOCELULAR |                   | ICTERICIA OBSTRUCTIVA |                   |
|-------------------------------|-------------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|
|                               | <i>N.º de casos</i>     | <i>positiva %</i> | <i>N.º de casos</i>   | <i>positiva %</i> |
| Mac Lagan (1944) . . . . .    | 162                     | 79,1              | 34                    | 5,9               |
| Rennie (1947) . . . . .       | 42                      | 81,9              | 32                    | 15,6              |
| Armas y col. (1947) . . . . . | 200                     | 83,5              | 36                    | 0,0               |

MAC-LAGHAN (1944) ha observado que si se combinan los resultados de las fosfatasa alcalinas con la reacción del oro coloidal, los resultados mejoran considerablemente.

*Eritrosedimentación:* El estudio de la velocidad de sedimentación de los glóbulos rojos proporciona resultados interesantes. En efecto, en la generalidad de los casos se obtiene una aceleración en las ictericias hepatocelulares.

Este resultado es sorprendente a primera vista, pues parecía debiera ser al revés. La aceleración en las ictericias mecánicas se observa sin que exista una infección biliar.

SONDEO DUODENAL. — El sondeo duodenal proporciona resultados interesantes, y creo no debe dejar de efectuarse para diferenciar una ictericia.

No es posible, en esta exposición, entrar en detalles; esquematizando podemos obtener los siguientes resultados:

1.º No se obtiene bilis al sondeo repetido. Este resultado es importante e implica que se trata casi seguramente de una ictericia obstructiva neoplásica, como lo han descrito CROHN (1914), por una parte, y BENGOLEA y VELASCO SUÁREZ (1928) por la otra. Existen algunos casos de ictericias hepáticas, en las que no se obtiene bilis en momento alguno. Si a la falta de bilis por el sondeo se asocia la presencia de un hígado grande y duro, las probabilidades de la existencia de una ictericia mecánica aumentan considerablemente.

2.º Se obtiene bilis: Esto puede observarse en cualquiera de las dos clases de ictericias, pero en general en las hepatocelulares la cantidad de bilirrubina es pequeña (5 a 15 mg. por litro), mientras que en las mecánicas se trata de concentración vecina de la normal (40-60 mg. %). Se pueden obtener datos importantes con la acción del sulfato de magnesia y con el examen microscópico del sedimento. Sobre éstos no me es posible entrar en detalles.

### Radiología

Puede efectuarse de las maneras siguientes:

*Radiografía simple:* Puede ilustrar sobre la presencia de una litiasis cálcica o bien de la existencia de gas en las vías biliares. En realidad, los datos que proporciona son nulos en la gran mayoría de los casos.

*Colecistografía:* Hasta hace algunos años la colecistografía estaba formalmente contraindicada en las ictericias por las razones que todos conocemos. En los últimos tiempos se practica con frecuencia, sin que el enfermo tenga padecimiento digno de mención.

Es justo recalcar que en los ictericos rara vez la colecistografía trae datos de interés; ya sea por la hepatitis, ya sea por la obstrucción de la vesícula biliar, ésta se visualiza muy rara vez. De manera que a pesar de su inocuidad quizás sea más conveniente abstenerse de efectuarla.

*Radiografía gástrica y duodenal:* Puede aportar datos importantes, que sólo mencionaré:

1.º Deformación del estómago por tumores pancreáticos.

2.º Alteración de la forma y disposición del arco duodenal.

*Colangiografía laparoscópica:* Se trata de un método nuevo que en realidad está en evolución, pero ya ha dado resultados interesantes (ROYER, SOLARI y LOTTERO LANARI (1942), ROYER y SOLARI (1944), (1947). No ha dado hasta el presente accidentes serios en más de doscientos casos. Tiene la ventaja de hacer casi siempre, no solamente el diagnóstico de obstrucción coledociana, sino también de la causa de la obstrucción.

Hasta el presenta nuestra experiencia no es considerable, ya que sólo hemos examinado 28 ictericos desde este punto de vista, con los resultados que indica el Cuadro IV; en uno de los casos con cáncer de páncreas, se hizo el diagnóstico colangiográfico de cáncer de colédoco.

## CUADRO IV

Resultados obtenidos con la colangiografía laparoscópica  
en 28 ictericos

|                                      |   |                                   |    |    |    |
|--------------------------------------|---|-----------------------------------|----|----|----|
| Diagnóstico                          | { | Ictericia hepatocelular . . . . . | 1  | }  | 20 |
|                                      |   | Litiasis coledociana . . . . .    | 10 |    |    |
|                                      |   | Coledocitis . . . . .             | 2  |    |    |
|                                      |   | Cáncer del colédoco . . . . .     | 1  |    |    |
|                                      |   | Cáncer del páncreas . . . . .     | 2  |    |    |
| De obstrucción coledociana . . . . . | 4 | }                                 | 8  |    |    |
| No se pudieron inyectar . . . . .    | 8 |                                   |    |    |    |
|                                      |   |                                   |    | 28 |    |

## Laparoscopia

La observación directa del hígado por medio de la laparoscopia constituye actualmente un método valiosísimo que merece más amplia difusión que la que tiene. Me he ocupado ya (1945) de las ventajas que tiene en el diagnóstico de las ictericias. Se pueden resumir de la siguiente manera:

1.º El hígado de las ictericias mecánicas tiene un aspecto inconfundible, dado por la ingurgitación biliar; órgano grande, de borde romo, de color pardo-negruzco, de superficie más o menos irregular si la ictericia tiene alguna duración. En cambio, el hígado de la ictericia hepatocelular es más pequeño, de color mucho más claro, de borde más o menos cortante.

2.º El estado de la vesícula puede apreciarse sin lugar a dudas. Es aquí donde el signo de Courvoisier-Terrier adquiere la máxima importancia.

3.º La presencia de metástasis en el hígado hace el diagnóstico más preciso. Sobre 27 enfermos no he hecho por mi parte todavía error alguno endoscópico.

## CUADRO V

Diagnóstico de las ictericias por medio de la laparoscopia

| Diagnóstico                       | Thieme<br>1941           | Royer |
|-----------------------------------|--------------------------|-------|
| Ictericia hepatocelular . . . . . | Diagn. exacto . . . . .  | 7     |
|                                   | Diagn. erróneo . . . . . | 0     |
| Ictericia obstructiva . . . . .   | Diagn. exacto . . . . .  | 27    |
|                                   | Diagn. erróneo . . . . . | 0     |

## Biopsia Hepática

La obtención de un trozo de tejido para el diagnóstico histológico puede obtenerse de dos maneras: ya sea directamente, ya sea durante una laparoscopia.

*Biopsia hepática directa:* La biopsia hepática hecha a ciegas ha sido bastante utilizada en los últimos años. No está libre de accidentes, algunos de ellos mortales.

El estudio microscópico del trozo de tejido obtenido, permite decir de qué clase de ictericia se trata (ROHOLM y KRARUP, 1941).

*Biopsia hepática laparoscópica*: Es practicada de manera frecuente por varios autores (KALK y col., 1943; HOFFBAUER, 1945). Es de indudable valor, ya que confirma el resultado de la laparoscopia. Los peligros son mucho menores que para la biopsia hepática directa; la practicamos corrientemente.

### Resumen

El síndrome coledociano se diagnostica con más facilidad ahora que hace algunos años.

El diagnóstico debe hacerse como resultado del examen completo del enfermo; siendo conveniente no dejar de practicar el sondeo duodenal. En los últimos años la certeza del diagnóstico se ha afianzado utilizando la medición de las fosfatasas alcalinas y las reacciones de floculación. Aun así el diagnóstico puede ser dudoso.

Con la colangiografía laparoscópica se tiene no solamente la certeza de la obstrucción, sino además el lugar de la misma y su naturaleza.

### Bibliografía

- ALESSANDRI, H.; DUCCI, H., y ROESCHMANN, W.: Rev. Med. Chile, 77, 319, 1949.  
 ARMAS, R.; MONTERO, E.; CABELLO, LOBO, G., y VALDES, E.: Rev. Méd. de Chile, 74, 315, 1946.  
 BENGOLEA, A. y VELASCO SUÁREZ, C.: Sem. Méd., Núm. 45, 1928.  
 CASTEX, M.; LÓPEZ GARCÍA, A. y ZELASCO, J. F.: Bol. Acad. Nac. Med. B. Aires, 6, 327, 1941.  
 CROHN, B. B.: Amer. J. Med. Sc., 148, 839, 1914.  
 EPSTEIN, E. Z., y GREENSPAN, E. B.: Arch. Int. Med., 58, 860, 1936.  
 GUTMAN, A. B., y HANGER, F. M.: Med. Clin. W. A., 25, 837, 1941.  
 GUTMAN, A. B., OLSON, K. B., GUTMAN, E. B., y FLOOD C. A.: J. Clin. Invent., 19, 120, 1940.  
 HANGER, F. M.: J. Clin. Invest., 18, 261, 1939.  
 HOFFBAUER, F. W., EVANS, G. T. y WATSON, C. J.: M. Clin. North América, 29, 363, 1945.  
 HALK H., BRUHL W. y SICKE, W.: Dtsch. Med. Wschr., p. 693, 1943.  
 MACLAGAN, N. F.: Brit. Exper. Path., 25, 234, 1944, y 25, 15, 1944.  
 MANN, F. O., SNELL, A. M., y BUTT, H. R.: Gastroenterology, 9, 651, 1947.  
 MAIZELS, M.: Lancet, 2, 451, 1946.  
 POPPER, H., y STEIGMAN, F.: Ann. Med., 29, 46, 1948.  
 RENNIE, J. B.: Brit. Med. J., 2, 1030, 1947.  
 ROHOLM, R., y KRARUP, N. B.: Acta Med. Scand., 108, 48-61, 1941.  
 RUIX, M.: *La urobilina en el estado normal y patológica*. Buenos Aires, El Ateneo, 1943.  
 ROYER, M.: La Prensa Méd. Arg., 22, 1255, 1945.  
 ROYER, M., SOLARI, A. V., y LOTTERO LANARI, R.: Arch. Arg. Apar. Digest., 17, 358, 1942.  
 ROYER, M., y SOLARI, A. V.: Rev. Asoc. Méd. Arg., p. 1004, 1944.  
 ROYER, M., y SOLARI, A. V.: Gastroenterology, 8, 586, 1947.  
 THUEME, E. T.: Surgery, 5, 101 y 242, 1939.  
 VARELA FUENTES, B., y RECARTE: C. R. Soc. Biol., París, 116, 1193, 1934.  
 VARELA FUENTES, B., y VIANA, C.: Arch. Urug. Med. Cir. y espec., 6, 601, 1935.  
 WATSON, C. J.: New England J. Med., 227, 705, 1942.