

irritación de los nervios del mesenterio, puede producirse lipotimia. Cuando se localizan en la línea media, región periumbilical y tal vez hacia el hipocondrio izquierdo, significa más bien una etiología yeyunal, mientras que la presentación en región infraumbilical tiene más probabilidades de corresponder a un proceso ileal. No han dado resultados dignos de tenerse en cuenta los intentos de localización con la sonda de Abbot-Muller. La causa del dolor debe buscarse en la hipermovilidad o hipertonia, junto con lesiones ulcerosas o no, que pueden a su vez ser o no ser específicas.

En la mayoría de las afecciones del intestino delgado, la diarrea suele ser un trastorno corriente. Pero como también suele acompañar a muchos procesos de colón, la interpretación de este síntoma es difícil. Hay un signo coprológico de gran valor: la reacción al sublimado; los demás signos coprológicos de localización son de poca confianza diagnóstica. La exploración radiológica será de gran valor para estudiar el tránsito; el estudio radiológico seriado nos servirá para orientarnos si la alteración es puramente funcional o si por el contrario nos encontramos con una lesión orgánica. Esto sí que es importante que no nos pueda pasar por alto; debemos poner nuestro celo en despistar la estenosis, tumoración, inflamación, ileitis regional, pólipos, etc., es decir, los procesos orgánicos evidentes. Si la lesión orgánica estenosa parcialmente el intestino, el enfermo puede tener una deposición normal y radiológicamente podría ser que no se pusiera en evidencia; entonces la clínica podrá ayudarnos, aclarándonos el problema.

Frente a una diarrea que por sus caracteres clínicos nos oriente a un origen yeyuno ileal, debemos primero tener en cuenta que el trastorno puede ser funcional u orgánico. Lo funcional puede a su vez ser intrínseco o extrínseco; extrínsecas son, por ejemplo, las diarreas del delgado producidas por trastornos nerviosos orgánicos o no; como también las ocasionadas por etiología gastrógena (aquilia gástrica); las producidas por trastornos de secreción interna (hipertiroidismo, insuficiencia suprarrenal, etc.). Las causas intrínsecas son múltiples, pero al frente de todas están las enteritis. Bajo este nombre van incluidas lesiones de las más diversas etiologías, específicas o no. El diagnóstico es tan difícil, en virtud de la semejanza clínica y radiológica, que sólo la Anatomía Patológica podría poner en claro la verdadera causa.

Siguiendo la misma norma que en las colitis, en la práctica corriente sólo deberían considerarse como verdaderas enteritis las tuberculosas (primitiva o secundaria), las toxi-alimenticias y tal vez las luéticas. Dejamos aparte, por no pertenecer a este tema, la evidente enteritis aguda del niño. Merece ser mencionada aparte la enteritis regional de Crohn, que tiene una base inflamatoria, con reacción peritoneal; una fase ulcerativa, otra obstructiva y otra fistulosa.

El mesenterium comunis, la mesenteritis retráctil y ciertos tumores abdominales pueden producir trastornos e imágenes radiológicas patológicas, que se prestan a confusión y que es muy importante poder despistar.

Los trastornos de las enteritis deben ser principalmente por alteraciones de la absorción. Por ello tienen poco valor las pruebas que intenten ponerlo en evidencia, puesto que este trastorno depende además de otra serie de factores (hipoin-sulismo, trastornos de la cortical, de la suprarrenal, etc.). Además, hay que tener en cuenta y deben precisarse las alteraciones hemáticas, muchas veces concomitantes.

Escuela de Patología Digestiva del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona

Director: F. Gallart Monés

## Secuelas de la Colectectomía. Disquinesia biliar

J. SOLER ROIG y A. SITGES

La repetición de molestias en los enfermos colectectomizados es un hecho comprobado por internistas y cirujanos. El porcentaje de secuelas puede disminuirse teniendo en cuenta estos dos factores: indicación precisa de la colectectomía y técnica correcta. Refiérase exclusivamente a la disquinesia biliar postoperativa o síndrome postcolectectomía.

La eliminación de la función vesicular, sea quirúrgica o espontánea por la enfermedad, altera la excreción biliar. Si se admite en estas condiciones que el esfínter de Oddi puede hacerse espástico después de la colecistectomía es fácil comprender que pueda elevarse considerablemente la presión intracanalicular. En la mayor parte de los casos se produce una parálisis del esfínter de Oddi (Puestow), quedando los enfermos sin molestias, pero en los enfermos que sufren se ha demostrado, o al menos de nodriza sana, pero no siempre es posible disponer de ella. Mostrado en múltiples trabajos la existencia de un espasmo de dicho esfínter y su relación con las molestias que aqueja al paciente. De todos los experimentos citaremos tan sólo los de Mc GOWAN, BUSTCH y WALTERS, por haberlos repetido y comprobado nosotros. La medición de las presiones intraductales según la técnica de estos autores revela aumentos de presión transitorios coincidentes con las molestias que acusa el enfermo. Experimentalmente se producen estas hipertensiones por la inyección subcutánea de morfina, que se acompañan de fuertes dolores en el hipocondrio d.º, irradiados al dorso, con náuseas y vómitos remedando el cólico hepático. De todos los fármacos sólo la trinitrina y los nitritos tienen efecto. El estudio radiológico demuestra la existencia de intensos movimientos peristálticos en el coledoco, que se acompañan de fuerte dolor cólico, sin que en aquel momento se asocie el espasmo del esfínter, presentándose éste transitoriamente y dando lugar a un dolor más fuerte y más continuo. Las radiografías obtenidas en este momento demuestran la obstrucción del coledoco, el éxtasis coledociano y canalicular y la visualización del conducto de Wirsung. Estas contracciones del coledoco son demostración clara del papel activo que desempeña en la excreción biliar, factor al que pocos autores conceden importancia, hablando del coledoco como algo pasivo y elástico que se deja distender por la presión. Por las mismas razones deducimos que en las disquinesias biliares es todo el árbol biliar el alterado, por lo que debemos hablar de una disquinesia coledocoesfinteriana.

Sin negar que las vías biliares están sometidas a una serie de influencias nerviosas, químicas, los resultados poco convincentes de los distintos fármacos que actúan sobre el sistema vegetativo, de la denervación del coledoco, la esplanicetomía, inclinan a pensar que las vías biliares pueden regirse por sí solas y comportar su funcionamiento como cualquier órgano hueco de musculatura lisa, demostrada la existencia de fibras musculares y plexos nerviosos. La vesícula biliar al contraerse originaría una onda que se transmitiría a todo el árbol biliar, abriendo los esfínteres por sí sola, sin que deba admitirse la intervención de la actividad recíproca de la innervación vegetativa. Por tanto, no creemos que todos los trastornos calificados como disquinéticos sean debidos a una alteración vagosimpática; el problema es mucho más complejo.

REICH, en 1941, practica la sección de un nervio individualizado que se dirige al esfínter de Oddi y comprueba con estudios radiomanométricos postoperatorios la parálisis del esfínter de Oddi y el descenso de la presión intraductal. Nosotros hemos practicado esta operación en dos casos como tratamiento de una disquinesia postcolecistectomía y los resultados no son convincentes. ESTEYLLA ha sido más afortunado, pues dice haber tratado varias enfermas con resultado satisfactorio. Es necesario aguardar más detalles, pero no creemos que la simple sección de un nervio pueda hacer desaparecer este cuadro tan complejo. Existen otros factores, tal vez infecciosos, endocrinos, que juegan un importante papel.

El diagnóstico de este síndrome casi debe hacerse por exclusión, pero señalamos como pruebas más importantes el sondaje duodenal y la colangiografía, no olvidando nunca buscar la existencia de un cálculo que en muchos casos puede ser la causa de las molestias.

Como CONCLUSIONES de esta conferencia, queremos hacer resaltar:

1.ª Necesidad de perfilar la indicación quirúrgica, investigando en lo posible el grado de factor funcional que interviene en las molestias del enfermo.

2.ª Existencia clara de un trastorno funcional, responsable de las molestias postcolecistectomía.

3.ª Identificación del mismo como una disquinesia coledocoesfinteriana.

4.ª Dificil esclarecimiento de su etiología, diagnóstico y tratamiento.

Intervinieron en la discusión los doctores PINÓS y GALLART MONÉS.