
Análisis fisiopatológico de algunos síndromes dolorosos después de colecistectomía

Los señores Berard y Mellet-Guy han presentado a la Sociedad de Cirugía de Lyon una comunicación referente a las recidivas dolorosas después de la colecistectomía. A estas *se* agregan algunas veces trastornos digestivos. Su mecanismo ha sido explicado por diversas hipótesis: adherencias subhepáticas, deformaciones, acodamientos estenosis relativos del duodeno, **pancreatis** crónica; todas han sido verificadas en algunos de los casos.

Los autores han pensado que podrían aprovecharse los métodos de exploración funcional de las vías biliares y en particular el tubaje duodenal para el análisis de tales síndromes.

En 4 casos presentados se ha practicado la prueba de Meltzer

Lyon y la excreción biliar ha sido nominal, abundante o disminuida con grumos o sin ellos en cantidad variable. En todos no se encontraron elementos suficientes para formular el diagnóstico de litiasis secundaria del colídoco ni menos para indicar una reintervención. El tubaje duodenal muestra una bilis anormalmente oscura con grumos mucosos y partículas sólidas; calculinas. La cantidad de bilis excretada es mayor que en los operadas que no sufren. El examen bacteriológico directo y después de cultivo indica de una manera constante la presencia de colibacilos lo que es constante en los colecistectomizados; pero cuando es anormalmente marcada la densidad microbiana el laboratorio hace el diagnóstico.

El tubaje duodenal era -de reacción subjetiva nula en los que no sufrían, en tanto que en los otros dolorosos y siempre mejorando notablemente los pacientes.

Las conclusiones son las siguientes:

1° Las recidivas dolorosas después de colecistectomía están ligadas a una alteración de la excreción biliar; estasis biliar en las vías dilatadas por el oscurecimiento de la bilis, su aspecto turbio, la presencia eventual de calculinas, el aumento -del microbismo duodenal.

2° Los médicos conocen muy bien los efectos maravillosos, algunas veces, de las curas de Vichy o de un tratamiento colágeno energético. El tubaje duodenal confirma esta noción empírica.

3°Cuál es *el* determinismo de estos síndromes de estasis biliar después de eolecistectomía? Las investigaciones experimentales y el análisis del modo normal de la excreción después de colecistectomía indican la constancia de la dilatación postoperatoria de las vías biliares. Es la exageración

de esta disposición fisiológica el factor esencial del síndrome de estasis y de los accidentes dolorosos que determina.

En 14 casos estudiados, 10 no sufren siendo operados después de algunos meses, un año, 3 años. Cuatro sufren datando su operación de 4, 5, 8 y 10 años antes. Es en los más viejos operados donde el síndrome se presenta con más intensidad. Tal vez sea una coincidencia, pero cabe explicarse que la dilatación se va naciendo lentamente a la larga hasta volverse patológica.

4° El síndrome tardío de estasis biliar después de **colecistectomía** puede agravarse y producir una angiolitiasis con ictericia a veces grave.

La estasis podría también explicarse por una gran dilatación del útero cólico, como sucedió en un caso en que había una pancreatitis crónica. También a las afecciones pancreáticas puede atribuírseles alguna influencia en el **mecanismo** de la dilatación.

De Lyon Quirúrgico.