

El mito de los cálculos inocentes

Acad. Dr. Jorge Cervantes-Castro,* Acad. Dr. Guillermo Alfonso Rojas-Reyna*

Resumen

Los cálculos de la vesícula y sus complicaciones se conocen desde la antigüedad. Se sabe que en los pacientes con colelitiasis, si se dejan sin tratamiento, el potencial para desarrollar problemas graves aumenta con la edad y con los padecimientos asociados.

La cirugía de vesícula y vías biliares, que a principios del siglo se acompañaba de cifras considerables de morbilidad y mortalidad, ha evolucionado de tal manera que ahora con la cirugía laparoscópica se puede efectuar esta cirugía sin mortalidad y con escasa o nula morbilidad. Proponer la cirugía temprana en el paciente con enfermedad vesicular indudablemente es mejor que esperar a que surjan complicaciones. Una vesícula con cálculos es una vesícula enferma, y por lo tanto, requiere tratamiento oportuno. Se cuestiona el hecho de la llamada cirugía profiláctica que sería antes de que la vesícula tuviera cálculos, así como el mito de los llamados cálculos "inocentes", que como se ha demostrado desde hace mucho, no tienen nada de inocentes.

Palabras clave: colelitiasis, mito.

Summary

The presence of gallstones and its complications has been documented from antiquity. It has been proven that patients with gallstones, if left untreated, will develop symptoms and complications as they advance in age, which will result in serious consequences, especially when associated to other medical problems.

At the beginning of the twentieth century, surgery for gallstones resulted in significant mortality and morbidity. With the advances in surgical techniques, anaesthesia, and now laparoscopic surgery, the operation can be carried out with minimal complications and no deaths; this, it makes sense to recommend surgery at an early stage of the disease, instead of waiting for complications to occur. A gallbladder with stones is a diseased organ that requires appropriate treatment. We question the concept of so-called "prophylactic" surgery that implies surgery before the appearance of gallstones, and the erroneously called "innocent" gallstones, which are not innocent at all.

Key words: Cholelithiasis, Myth of innocent gallstone.

Introducción

La litiasis de vesícula y vías biliares y las complicaciones de la colelitiasis se conocen desde la antigüedad. Durante siglos no existía tratamiento para esta enfermedad. En 1678 el anatomista inglés Francis Glisson decía que: "El único remedio para el cálculo biliar era la muerte"⁽¹⁾. Hace 118 años, el 15 de julio de 1882, el cirujano alemán Carl Augustus Langenbuch efectuó con éxito la primera colecistectomía⁽²⁾ y estableció su famoso principio: "La vesícula debe ser extirpada, no porque tenga cálculos, sino porque los forma".

Revisión histórica

Las más antiguas referencias sobre litiasis vesicular aparecen en los papiros de Ebers y de Smith, descubiertos en Tebas en los años 1873 y 1862; con escritos de aproximadamente 1500 a 2000 años antes de Cristo (Figura 1). Se encontró también una momia egipcia con 30 cálculos en la vesícula⁽³⁾.

Una de las referencias históricas más antiguas y más bien documentadas de complicaciones de la colelitiasis es el informe sobre la autopsia de San Ignacio de Loyola, el fundador de la Orden de los Jesuitas (Figura 2), quien murió en 1556 de lo que indudablemente fueron complicaciones de litiasis vesicular según los hallazgos de Realdo Colombo, el anatomista de Padua, Italia, quien efectuó el estudio *post-mortem* al Santo, y encontró colelitiasis y numerosos cálculos en el colédoco, uno de los cuales había erosionado la vena porta⁽¹⁾.

A mediados del siglo pasado, el Prócer de la Independencia de Colombia, General Francisco de Paula Santander (Figura 3) sucumbió el 6 de mayo de 1840 en la Ciudad de Santafé de Bogotá^(4,5), tras una penosa enfermedad que lo postró en cama con dolores abdominales intolerables e ictericia. En la autopsia

* Departamento de Cirugía. Hospital ABC.

Solicitud de sobretiros:

Acad. Dr. Jorge Cervantes Castro
Observatorio y sur 136-consultorio 508
01120. México, D.F.
Tel. (52) 5272-3410 Fax (52) 5516-9970
E-mail: MDjccervantes@hotmail.com

Recibido para publicación: 05-09-00.

Aceptado para publicación: 16-04-01.

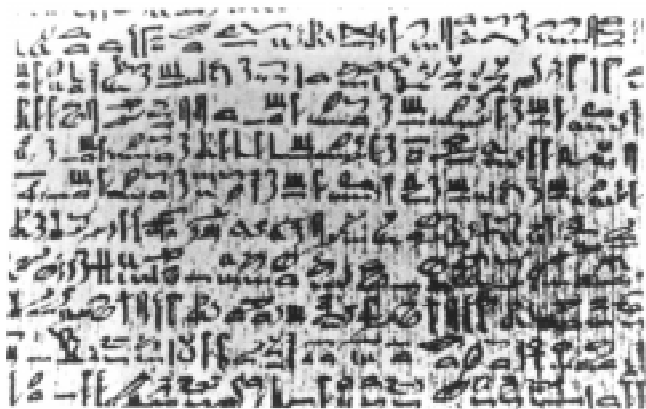


Figura 1. Fragmento del papiro de Ebers, con referencias médicas donde aparecen las primeras descripciones de problemas de litiasis vesicular.



Figura 2. San Ignacio de Loyola, que murió en 1556 de complicaciones de colelitiasis.



Figura 3. Francisco de Paula Santander, Prócer de la Independencia de Colombia, murió en 1840 de complicaciones de coledocolitiasis.

se halló la vesícula biliar llena de cálculos, otros en el colédoco y uno impactado en la ampolla de Vater (Figura 4).

Antes del trascendental paso dado por Langenbuch en 1882 habían ocurrido algunos intentos fallidos para resolver este problema. A principios de julio de 1882, llegó al Hospital de San Lázaro, en Berlín un paciente de 43 años, Wilhelm Daniels, quien sufría desde hacía meses de cólicos vesiculares que lo tenían incapacitado y adicto al opio, lo único que lograba mitigar su dolor⁽⁶⁾. Actuando con gran decisión, Carl Langenbuch (Figura 5) abrió fronteras al realizar la primera colecistectomía con éxito. El paciente se recuperó satisfactoriamente, fumó un puro al día siguiente de la operación y abandonó el hospital siete semanas después, lo que seguramente era un récord de corta estancia en aquellos años⁽⁷⁾.

A este gigantesco paso en la historia de la cirugía siguió rápidamente una serie de hechos dirigidos al tratamiento de



Figura 4. El cálculo de Santander, que se encontró impactado en la ampolla de Vatter (Cortesía del Dr. José Felix Patiño).

la coledocotomía y sus complicaciones, entre los que destacan los trabajos de Thornton, Curvoisier y Kehr⁽⁸⁾, quienes popularizaron la coledocotomía para la extracción de cálculos de las vías biliares, una de las complicaciones más temidas de esta patología.

A principios de este siglo, en 1908 Lord Monynihan B⁽⁹⁾ estableció “que la litiasis de la vesícula, dejada sin tratamiento, invariablemente causaría serias complicaciones si el paciente vivía el tiempo suficiente”.

En 1911, el gran innovador de la cirugía en los Estados Unidos de Norteamérica y co-fundador de la prestigiosa Clínica que lleva su nombre CW Mayo (Figura 6) disertó sobre “el mito de los cálculos inocentes”, proponiendo que todo paciente con litiasis vesicular debería ser operado antes de desarrollar complicaciones⁽¹⁰⁾.

En 1917, uno de los grandes líderes de la cirugía moderna, a quien se debe la introducción del sistema de residen-



Figura 5. Carl Augustus Langenbuch, quien efectuó la primera colecistectomía el 15 de julio de 1882 en Berlín.

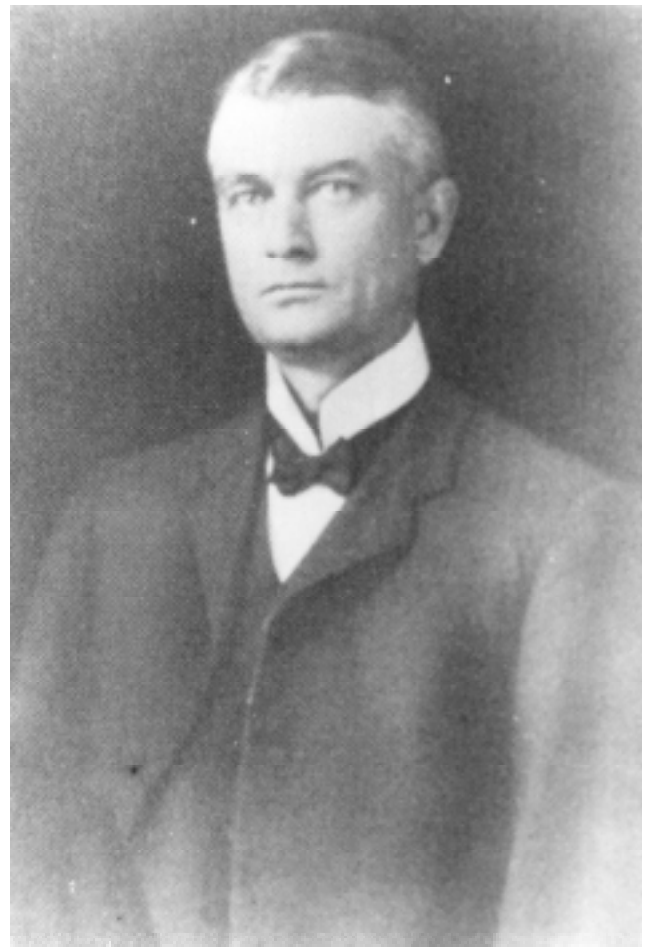


Figura 6. Charles W. Mayo, en 1911 fue el primero en hablar del mito de los cálculos inocentes.

cias para la formación de cirujanos, William Halsted (Figura 7) fue operado por uno de sus discípulos en el Hospital de la Universidad de Johns Hopkins, en Baltimore, Maryland por obstrucción de las vías biliares debido a cálculos, siguió a esto un largo viacrucis que terminó con la muerte del maestro cinco años más tarde, secundaria a colangitis. En la autopsia se encontró un cálculo impactado en la ampolla de Vater⁽¹¹⁾.

La resistencia de los médicos generales, internistas y gastroenterólogos para referir pacientes con litiasis vesicular “asintomática” a cirugía, se debía a que a principios del siglo esta operación tenía cifras elevadas de morbilidad y mortalidad; sin embargo, con los adelantos en la anestesia y la cirugía, en la actualidad las operaciones de vesícula se pueden efectuar por especialistas bien preparados, con seguridad, sin complicaciones ni mortalidad, cuando se hacen en forma electiva y no se espera a que ocurran las com-



Figura 7. William Halsted, creador de las Residencias de Cirugía. Murió de complicaciones de cirugía por coledocolitiasis.

plicaciones, muchas veces graves, como coledocolitiasis, pancreatitis biliar, colangitis, colecistitis aguda, gangrena de vesícula, etc⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Los enemigos de la cirugía electiva de la vesícula aducen que no se deben efectuar operaciones profilácticas⁽¹⁵⁾. Esto es incorrecto. La litiasis vesicular es una entidad patológica. Recomendar tratamiento quirúrgico no es profilaxis; profilaxis sería proponer cirugía antes de que la vesícula estuviera enferma, es decir, antes de la aparición de los cálculos. Esta afirmación debe quedar muy clara: una vesícula que no vacía o que tiene cálculos es una vesícula enferma.

Padecer cálculos en la vesícula equivale a tener una bomba de tiempo dentro del cuerpo, que tarde o temprano puede estallar, con consecuencias funestas. De ahí la importancia de proponer el tratamiento oportuno, en cuanto se haga el diagnóstico, y no esperar a verse forzado a operar⁽¹⁶⁾.

Son numerosos los estudios que han demostrado la conveniencia de efectuar la cirugía electiva, aún en pacientes de edad avanzada y también son bien conocidos los informes del incremento considerable de cifras de morbilidad y mortalidad si se espera a que aparezcan complicaciones⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Con el advenimiento de la colecistectomía por laparoscopia se ha simplificado aún más el tratamiento de la litiasis vesicular. Ahora el enfermo se hospitaliza el día de la cirugía, el procedimiento se efectúa en menos de una hora con 3 ó 4 microincisiones, el paciente abandona el hospital 24 horas después, con molestias mínimas y con su problema resuelto de manera definitiva.

Lo anterior es mucho mejor que operar casos complicados en los que el paciente se somete a procedimientos quirúrgicos prolongados y complejos para extraer cálculos impactados en las vías biliares, o para tratar problemas de gangrena vesicular, peritonitis, pancreatitis, fístulas biliodigestivas, etc. que por lo general requieren varias horas de arduo trabajo en el quirófano, grandes incisiones, el uso de sondas, férulas, canalizaciones y multitud de apoyos en las unidades de terapia intensiva, con internamientos prolongados por íleon, fístulas, infecciones, etc., lo que además del sufrimiento y riesgo elevado tiene un costo enorme, incapacidad prolongada, un futuro incierto y en numerosos casos, la muerte.

Debemos insistir con nuestros colegas que recomiendan a sus pacientes esperar a que se presenten las complicaciones de la litiasis vesicular, que a la luz de los cambios ocurridos en las últimas décadas en el diagnóstico y tratamiento de la litiasis vesicular deben analizar los resultados publicados en múltiples centros quirúrgicos de todo el mundo, estudiar la diferencia en cifras de morbilidad y mortalidad de cirugía de urgencia comparadas con las de cirugía electiva para tener bases correctas tendientes a cambiar su actitud⁽²⁰⁻²³⁾, sin duda basada en datos de muchos años atrás.

Referencias

1. Praderi RC. Sintesi storica ed evoluzione delle conoscenze in tema di malattie biliopancreatiche e dei concetti che hanno informato la loro terapia. In Hess W, Cirenei A, Rohner A, Akovbiantz A, editors. *Malattie delle vie biliari e del pancreas*. Vol II. Padova: Piccin; 1990. pp 2531-2562.
2. Langenbuch C. Ein fall von extirpation de gallenblase wegen chronischer cholelithiasis. *Heilung Berl Klin Wsch* 1882;19:725.
3. Glenn F. Biliary tract disease since antiquity. *Bull NY Acad Med* 1971; 47: 329.
4. Guzmán Mora F. Últimos días, muerte y autopsia del General Santander. *Trib Med* 1992; 86(6): 333.
5. Patiño JF. El cálculo de Santander. *Trib Med* 1992; 86(6): 309.
6. Praderi R. One hundred years of biliary surgery. *Surg Gastroenterol* 1982; 1: 269.
7. Morgenstern L. Carl Langenbuch and the first cholecystectomy. *Surg Endoscopy* 1992; 6: 113.
8. Morgenstern L. Hans Kehr: Not first, but foremost. *Surg Endoscopy* 1993; 7: 152-154.
9. Moynihan B. An address on inaugural symptoms. *Br Med J* 1908; 2: 1597.
10. Mayo CW. "Innocent" gallstones a myth. *JAMA* 1911; 56: 1021.
11. Morgenstern L. Halsted memesis. *Surg Endoscopy* 1994; 8: 1165-1167.
12. Cervantes J, Rojas G, Antón J. Changes in gallbladder surgery: comparative study 4 years before and 4 years after laparoscopic cholecystectomy. *World J Surg* 1997; 21: 201-204.
13. Glen F, McSherry CK, Dineen P. Morbidity of surgical treatment for non-malignant biliary tract disease. *Surg Gynecol Obstet* 1968; 126: 18.
14. Schwesinger WH, Sirinek KR, Strodel WE. Laparoscopic cholecystectomy for biliary tract emergencies: state of the art. *World J Surg* 1999; 23: 334-342.
15. Gracie WA, Ransohoff DR. The natural history of gallstones. The innocent gallstone in not a myth. *N Eng J Med* 1982; 307: 798.
16. Patiño JF. Conveniencia de la colecistectomía laparoscópica en el paciente con litiasis asintomática. *Cir Ciruj* 1996; 64: 29-34.
17. Morgenstern L, Wong L, Berck G. Twelve hundred open cholecystectomies before the laparoscopic era. A standard for comparison. *Arch Surg* 1992; 127: 400.
18. Scott TR, Zucker KA, Bailey RW. Laparoscopic cholecystectomy: a review of 12,397 patients. *Surg Laparosc Endosc* 1992; 2: 191.
19. Patiño JF, Quintero GA. Asymptomatic cholelithiasis revisited. *World J Surg* 1998; 22: 1119-1124.
20. Hermann RE. The spectrum of biliary tract disease. *Am J Surg* 1989; 158: 171.
21. NIH Consensus Statement. Gallstones and laparoscopic cholecystectomy 1992; 10(3): 14-15.
22. Soper NJ, Stockman PT, Dunnegan DL, Ashley SW. Laparoscopic cholecystectomy: the new gold standard? *Arch Surg* 1992; 127: 917.
23. Cervantes J, Rojas G, Vega G, Airon J. Colecistectomía por laparoscopia en la séptima, octava, novena y décima décadas de la vida. *Cir Ciruj* 1995; 63: 169-73.