

# ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 9 — MEDELLIN, NOVBRE. DE 1959 — N° 10

Continuación del "BOLETIN CLINICO" y de "ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA"  
Tarifa Postal reducida—Licencia N° 1.896 del Ministerio de Correos y Telégrafos.  
Organo de la Facultad de Medicina y de la Academia de Medicina.

Editada en la Imprenta Universidad de Antioquia.

## DIRECTORES:

Dr. Alfonso Aguirre C.  
Decano de la Facultad

Dr. Gustavo González Ochoa  
Presidente de la Academia

## REDACTORES:

Dr. Héctor Abad G.  
Dr. Joaquín Aristizábal  
Dr. Marcos Barrientos

Dr. Alfredo Correa Henao  
Dr. Antonio Escobar E.  
Dr. Fernando Toro M.

## ADMINISTRACION:

Margarita Hernández B.

"Antioquia Médica" publica 10 números anualmente.

### CIRCULACION:

Cada número consta de 1.600 ejemplares.

Para el país, 960

Para el exterior, 450

"ANTIOQUIA MEDICA" solicita el intercambio con revistas nacionales y extranjeras. Admite y agradece colaboración científica-médica o que se relacione con los intereses de la profesión.

## DIRECCION:

"ANTIOQUIA MEDICA".

Facultad de Medicina de la U. de A.  
Medellín — Colombia, S. A.  
Apartado 20-38.

## SUMARIO:

### EDITORIAL

- Palabras pronunciadas por el **Prof. David Velásquez** durante la inauguración del Aula Gabriel Toro Villa ..... 397

### TRABAJOS ORIGINALES

- Colangiografía Transabdominal.—**Dr. Arturo Pineda G.** ..... 403

### ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

- Tesis laureada por la Universidad de Antioquia recibe "GRANT" de Cynamid International ..... 424
- Médicos graduados en el año de 1958 ..... 425

# ANTIOQUIA MEDICA

ORGANO  
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.  
DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN.

---

VOLUMEN 9 — MEDELLIN, NOVBRE. DE 1959 — N° 10

---

## EDITORIAL

**PALABRAS PRONUNCIADAS POR EL PROF. DAVID VELASQUEZ  
DURANTE LA INAUGURACION DEL AULA GABRIEL TORO VILLA  
EN EL DEPTO. DE MEDICINA INTERNA**

Señor Rector de la Universidad,  
Señor Decano de la Facultad de Medicina,  
Señora de Toro Villa, Familia Toro Mejía,

Señores:

He anhelado vivamente el cumplimiento de este homenaje a la memoria del querido maestro porque ello me brinda la oportunidad de dar una verdadera lección magistral no por la forma como la desarrolle sino por el contenido que la motiva. Vamos a presentarnos en estos momentos la vida de un hombre, de un grande hombre, pues eso fue el doctor Gabriel Toro Villa.

La impresionante y hermosa unidad humana que ostentó el maestro y que intentaré presentaros en toda la plenitud de su rica personalidad no tendrá el sabor de aquellas biografías de tipo heróico en las que se destacan aspectos y hechos casi suprahumanos de algunos seres que nos parecen ángeles que hombres, no; la vida de nuestro

inolvidable profesor podría ser digna de ser estudiada en el severo tribunal, porque aunque humana, ella transcurrió con toda la brillantez de su contenido que iluminaba un cielo claro, en el que no podía faltar siquiera la tenue nubecilla reveladora de la naturaleza caída.

Parafraseando el gran libro yo os podría decir que no voy a presentaros a alguien que conquistó el puesto de honor por artes de indumentaria o por audacia, ni menos por complaciente contemporización, ni por la sutileza de finas intrigas o por arte de vivezas políticas, ni menos por el alto rango de su noble ascendencia, ni aún por su genuina aristocracia dimanante de la prestancia de sus dotes excelsas.

El puesto de honor que conquistó fue el resultado de una serie no interrumpida de los esfuerzos y de las luchas en que se debatió con voluntad deliberada y enérgica.

De entre este vaivén de altibajos en que muchos sucumben surgió este hombre ecuaníme en quien no conocimos la explosión de la ira, ni el estallido del odio, ni la pasión de la envidia, ni la angustia de la presión.

Del temple de su alma noble, apasible y suave apenas sí fluía con toda oportunidad el gesto de humor o la frase lapidaria con que sabía definir una situación, resolver un conflicto o marcar a alguien de manera indeleble con un arte de exquisita pero sutil y fina ironía.

Señores:

Hay una lección que nos ha faltado a menudo en nuestra Facultad: es aquella cuyo tema es el repaso de la vida y de los ejemplos de aquellos varones esclarecidos de nuestro gremio; aquellas vidas que como la del doctor Toro Villa nos enseñan cómo un verdadero médico no es un práctico recetador, ni tampoco un enciclopedista, sino una persona que al lado de una cultura general, informado siquiera modestamente en las bellas artes y letras, posea con gran sentido de actualidad una formación académica irreprochable, gran corazón y anhelo permanente de superación demostrado por el interés en asimilar el progreso científico que lo mantenga al día en sus conocimientos. Que tenga un equilibrado sentido de responsabilidad, y un criterio que le permita separar y distinguir el embeleco de la innovación y de la alharaca, de la verdad científica; que lo libre tanto del cocacolismo científico como de la fosilización y del rutinismo.

La humanidad del verdadero médico la lleva a ser un estudiante perpetuo, a admitir sus yerros y aún a sacar lecciones provechosas de sus mismas equivocaciones reconocidas. Ser humilde no es por cierto ser zafio, ordinario o vulgar ni carente de dignidad; esto no lo aprendimos del maestro; de él supimos que aquello era más bien ser sencillos, accesibles, tolerantes, generosos, comprensivos, sin egoísmo, sin envidia, ni malevolencia, ni arrogancia. Seguir la trayectoria cronológica de su vida de estudiante iniciada con don Antonio Saldarriaga, luego en la Universidad de Antioquia, en el Bachillerato y por último en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Bogotá, es como demostraros la solidez de los cimientos de su formación académica.

Después de salir de la Facultad integró con los doctores Roberto Franco y Jorge Martínez Santamaría la comisión para el estudio de fiebre amarilla de Muzo. Los trabajos de esta comisión han sido justamente elogiados por expertos de la talla del Dr. Soper.

Inició entre nosotros las especializaciones de laboratorio clínico y en Cardiología y al mismo tiempo que atendía su consulta médica y dictaba las cátedras de parasitología y bacteriología y más tarde clínica tropical en nuestra Facultad o la presidía desde el Decanato, enseñaba Higiene Industrial en la Facultad Nacional de Minas.

Publicó innumerables trabajos científicos y dejó algunos inéditos entre los cuales uno aunque inconcluso muy interesante, sobre sífilis; representó la Universidad en algunas reuniones internacionales tales como la de Harward con motivo del tercer centenario y en el segundo congreso interamericano de Cardiología en México, etc.

En 1947 la Universidad de Antioquia le otorgó el título de profesor emérito y en 1951 el de Dr. Honoris Causam.

Señores: La Universidad realiza en estos momentos la consagración definitiva del maestro por medio de esta que podríamos llamar la Cátedra magna, para cuyas lecciones ella extrae de la vida y de la muerte sus mayores valores, las más altas expresiones humanas, para honra de su memoria y para enseñanza y ejemplo de las nuevas generaciones. Homenajes estos que son como una pausa propicia para la reflexión y para la contemplación de esas vidas extraordinarias por su dinamismo, por la constancia sin desviaciones en la persecución de los fines, vidas que son ejemplo de ponderación y de equilibrio y de armonía por la integración de los valores trascendentes que las animaron. No encontraríamos otro tema más importante para

la enseñanza como el de estos homenajes porque es lección de gratitud para todo el cuerpo universitario y la mejor oportunidad para señalar a la juventud los eximios patrones de comportamiento que se pretende inculcar.

Por añadidura el éxito de una vida como la del Dr. Toro Villa la estimamos como tarea humanamente posible, sin que para intentar realizarla nos intimiden aspectos de inaccesibilidad, suprahumanos.

Al Dr. Toro Villa le conocimos en el ambiente de un consultorio sobrio y sencillo; en su biblioteca no faltaba la obra médica clásica ni abundante acopio de revistas científicas; aquellas y éstas eran leídas, anotadas y archivadas con verdadera delectación. Su equipo instrumental era moderno y completo.

Su método de trabajo profesional se caracterizaba por el cuidadoso y amable estudio de los enfermos, lo que complementaba después por la reflexión y los estudios de consulta necesarios; el trabajo concluído ingresaba como una ficha de su archivo; él era un trabajador organizado.

Humanista en el mejor sentido del vocablo, alternaba las disciplinas científicas con los literarios y artísticos lo que contribuyó a completar esa armoniosa configuración de su personalidad.

Las tertulias literarias con sus grandes amigos Alfonso Castro, Emilio Jaramillo, Tomás Carrasquilla, Tomás Cadavid quizá no fueron tan áridas como las de índole científico con Martínez Franco, Robledo, Calle, Gil y Mejía. Algo distinto a caldos de cultivo, reactivos y electrolitos y sueros, rocearía aquellas amenas reuniones.

Maestro del método era afirmativo cuando lograba culminar la indagación pero era cauteloso hasta obtenerla.

Fue escritor cuidadoso del estilo y del lenguaje y un expositor ameno y sencillo, pero a la vez elegante y digno; jamás conocimos en él la ordinariez ni la vulgaridad, pero tampoco el alambicamiento ni la excentricidad.

Gran católico y practicante desde la plenitud de su vida demostró al final de ella una gran fortaleza ante la enfermedad y la muerte. Ni esta escapó siquiera a su modo peculiar de analizar las cosas, con aquella manera fina y elegante.

No fueron ajenos a su corazón y a su mente la suerte y los acontecimientos de su patria grande, ni los de Antioquia y de Medellín ni los de la Universidad; para su raza y sus gentes trascendía ese mismo amor noble y el desvelado interés que prodigaba en la intimidad de su ejemplar vida de familia y en la amistad; El Dr. Toro Villa es-

taba dotado de unas facultades mentales extraordinarias: los complejos clasificaciones parasitológicos y bacteriológicos, las sutilezas de morfología y tamaño, las características biológicas, de cultivo e inoculación etc. las grababa con precisión única. No exageraba sin embargo la importancia de estos detalles de las micras porque según él lo realmente importante estaba detrás del ocular.

Tanto en la clase de Clínica Tropical como en las juntas médicas se sentía una grata fruición al escucharle hacer el análisis clínico, la valoración y el encuadramiento lógico y metódico de los signos y síntomas, la interpretación fisiopatológica y el planeamiento del diagnóstico positivo tras la eliminación exhaustiva en el proceso diferencial. Hasta parecía trabajo fácil el de esta difícil ciencia, tan natural sencillamente elaborado por él.

Pero he aquí el mayor de los méritos del maestro: yo os aseguro que deberíamos haber aprendido más sus discípulos de una cátedra que específicamente no figuró entre las suyas. Tuve el honor de ser su discípulo en parasitología, bacteriología y clínica tropical, pero afirmo que fue la deontología médica su verdadero magisterio, porque él la personificaba y la profesaba con su vida misma.

Sus numerosos discípulos y amigos, la universidad y su familia, apreciamos todos los días más y más la genuina calidad espiritual de nuestro homenajead, sobre todo porque la contrastamos diariamente con tanta joyería falsa como la que se nos presenta con esta complaciente literatura de panegírico y de página social que es de uso corriente.

Su poderosa inteligencia le permitía afrontar con éxito las más difíciles situaciones médicas, porque él enriqueció su mente con conocimientos por el estudio sintematizado, selectivo y constante, aún como madrugador y aprovechado.

Hombre educado, dijéramos mejor, violenta y denodadamente educado, trabado en lucha de perfeccionamiento, supo sublimar sus apetencias vitales levantándolas del plano de lo placentero, atractiva y fácil, al plano severo y a veces un tanto difícil y amargo de la razón y de la ética.

Consiguió por esta lucha tal madurez en su ser y tanta comprensión humana que era por ello tenido como árbitro obligado para resolver situaciones conflictivas, las que analizaba y dirimía con una viva luz de ética y racionalidad.

Cual otro Osler pudo haber escrito un tratado de la ecuanimidad, bien necesario por cierto en este ambiente desorientado, convulsionado y neurótico en que vivimos.

Tal voluntad sin desmayos al servicio de una responsable formación profesional nos explica por qué el Profesor Toro Villa fue un gran médico, un eximio maestro y sobre todo un gran señor verdadero guión de esta profesión que él amaba sobre todas las cosas y que consideraba como un apostolado, y en cuyo ejercicio encontró siempre un inefable encanto.

Señores:

La Universidad quiere enseñarnos como síntesis que si queremos conquistar la perfección debemos imitar su ejemplo.

Dr. David Velásquez C.  
Académico Honorario

Octubre 9 de 1959.

## COLANGIOGRAFIA TRANS-ABDOMINAL

Arturo Pineda G., M. D. (\*)  
Profesor de Medicina Interna

El diagnóstico etiológico de las ictericias y en especial de las post-hepáticas es difícil y a veces imposible porque sus causas son variables; en ellas hay que considerar obstrucciones intrínsecas o extrínsecas, por tumores benignos o malignos, las litiasis intra o extra-hepáticas, las bridas, las esclerosis pancreáticas, las oditis, las calculosis recidivantes, las malformaciones y además en nuestro medio, la ascariasis colángitica 7-8.

La colecistografía por vía oral o por vía sanguínea (biligrafina) en muchos casos no es concluyente y se apela a la laparatomía exploradora como único método de diagnóstico final.

Para contribuir al esclarecimiento de esta situación presento, con el fin de popularizarlo, este procedimiento de colangiografía que, por su inocuidad y eficiencia, espero sea útil.

Son pocos los trabajos publicados hasta el presente sobre este tema; en 1952 Carter y Saypol (1) por primera vez, por punción percutánea llegan a un canal biliar e inyectan por esta vía un medio opaco identificando el árbol biliar a los Rayos X. Antes de ellos se habían hecho inyecciones al sistema biliar por peritoneoscopia, Lee (10) en 1942, Roger y Solari (9) en 1947. De ahí en adelante han aparecido otros trabajos (1-3-5-6-11) dándole al procedimiento nombres variados, como Colangiografía por punción transhepática, Colangiografía transabdominal, Colangiografía transcutánea, Colangiografía por punción percutánea, Colangiografía percutánea transhepática y Colangiografía transparietohepática. Consideramos que la denominación de Colangiografía Transabdominal es muy apropiada y así la designaremos en adelante.

---

(\*) Reconocimiento al Dr. Oriol Arango y Departamento de Rayos X. Al Dr. Alfredo Correa Henao y al servicio de Fotografía de Diego García y Rosita Asuad.

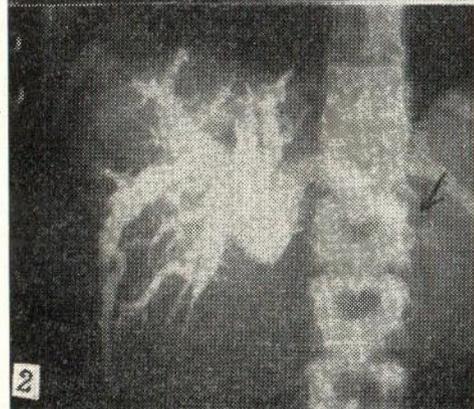
Fueron estudiados 46 casos: 31 en el Hospital San Vicente y los restantes en clínicas privadas. Todos ellos fueron puncionados personalmente, excepto dos. No hubo ningún caso fatal. En 36 casos se tuvo éxito completo en visualizar el árbol biliar y en 10 se fracasó. Solo hubo un caso complicado de peritonitis biliar localizada, explicable por tratarse de una paciente a quien le habían seccionado y ligado el colédoco durante una colecistectomía. (Figs. 1-2). En algunos casos se presentaron pequeños dolores que cedieron espontáneamente y en tres, estos dolores necesitaron la administración de analgésicos.

### Técnica y preparación del enfermo

La técnica es la descrita por Nurick A. W., Patey David H. (4) y consiste en puncionar el hígado a nivel del reborde costal a dos o tres centímetros por fuera de la apófisis xifoides, (Fig. 3). Luego describiremos otros sitios de punción ideados por nosotros.

**Instrumental.**—Una jeringuilla de 5 c. c. para inyectar el anestésico local. Novocaína en solución al 1%; jeringa de 10 c. c. para aspiración; aguja de punción lumbar de 12 centímetros, calibre 19; ampolla de biligrafina o Urografina al 65%, y suero para lavado de las jeringas y de la aguja de punción.

**Procedimiento.**—El paciente se coloca en la mesa de Rayos X en decúbito dorsal y una vez delimitado el hígado se hace la anestesia con novocaína al nivel del reborde costal a dos o tres centímetros por fuera de la apófisis xifoides; se inyectan no solo la piel sino el tejido celular subcutáneo, músculo, peritoneo y cápsula hepática; no acostumbramos practicar incisión; se emplean unos 5 c. c. de solución anestésica. Con la aguja de punción lumbar provista de su mandril para evitar la obstrucción de la luz, se introduce oblicuamente de adelante a atrás y de dentro hacia afuera más o menos unos 10 centímetros; en muchos casos se siente cuando se perfora un canal o vaso sanguíneo, se retira el mandril y se aspira; si la bilis se obtiene, se sigue aspirando hasta obtener una buena cantidad; si no es obtenida, se moverá la aguja ligeramente a derecha o a izquierda, sacando o introduciendo y aspirando continuamente; cuando se punciona un vaso se retira o introduce y se lava la jeringa lo mismo que la aguja en su punto, impeliendo y aspirando un poco de suero, para poder percibir claramente el color de la bilis cuando aparezca. El color de ésta varía: en algunos casos es negra, amarilla, teñida de rojo o casi



Figs 1-2 — Paciente operada para litiasis biliar quien presentó post-operatoriamente a los pocos días una ictericia progresiva. La fig. 1 corresponden de a una de las placas obtenidas con biligrafina con la cual no se visualiza el colédoco. La fig. 2 corresponde al estudio por punción transabdominal, mediante la cual se demostró una posición anómala del colédoco, además la gran dilatación del árbol biliar. En el acto quirúrgico se confirmaron los hallazgos radiológicos que eran debidos a una resección accidental del colédoco.

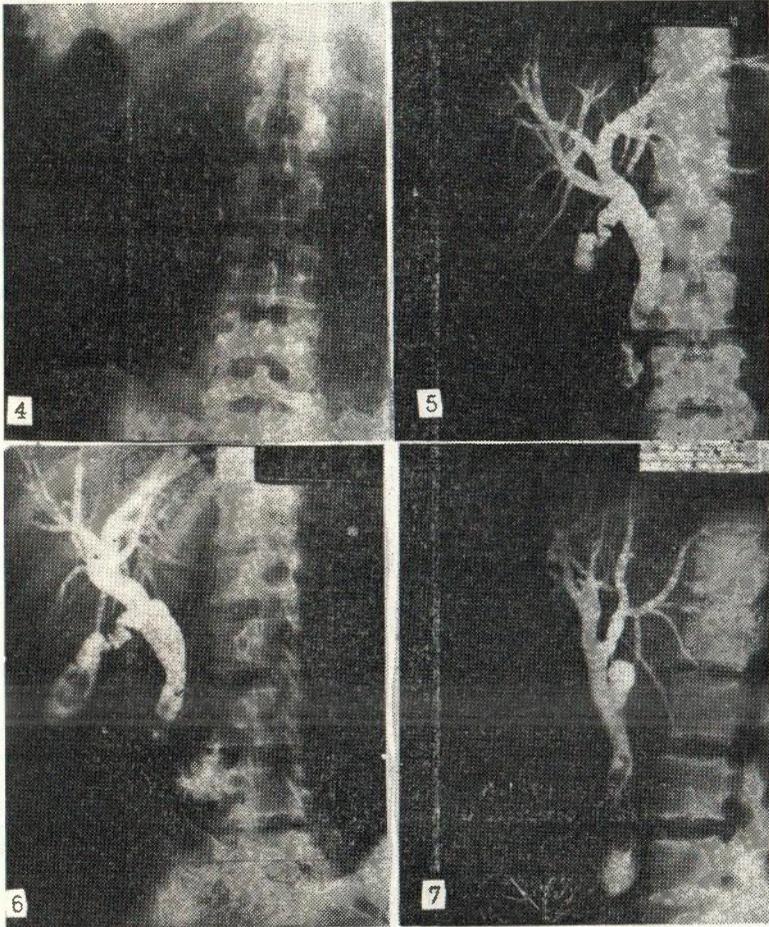
Fig. 3 — Muestra el punto clásico de la punción y de la dirección de la aguja.

incolora; en este último caso hace pensar que la punción se hizo en estómago o duodeno. Una vez localizado un canal biliar, sea colédoco o hepático o vesícula, se extrae la mayor cantidad de bilis posible para permitir la introducción fácil del medio de contraste, para evitar la filtración, como medio de drenaje (2), para tratamiento intracanalicular con antibióticos y si se quiere, para estudio citobacteriológico. Se inyectan luego de 5 a 10 centímetros cúbicos de Biligrafina o de Urografina al 65%. Se toma una placa en decúbito dorsal; y luego otra en posición lateral; es conveniente dejar la aguja por sino se obtuvo un buen llenamiento o por si el líquido quedó fuera del conducto biliar; 30 minutos más tarde se toma otra placa ventral que muestra o el llenamiento de la vesícula (Figs. 4-5-6-7) o modificaciones en el dibujo de los canales o que el medio de contraste haya logrado pasar al duodeno. En muchas ocasiones a la eliminación o a la absorción del medio de contraste se dibujan mejor los cálculos porque la sustancia opaca se adhiere a su superficie, siendo esto un medio muy eficaz para su identificación.

Se pueden tomar radiografías 24 horas después, encontrando alteraciones que no se obtuvieron en el primer día, como un cálculo etc. (Fig. 8). Si se piensa que hay obstrucción en el colédoco se usa la comida baritada para localizar el sitio de la obstrucción.

**Otros sitios de punción.**—Fuera de este sitio de punción que se puede considerar como clásico, hemos ensayado otros dos con buen resultado: se anestesia en el 7º espacio intercostal en la línea medio clavicular, introduciendo luego la aguja de fuera hacia adentro y de adelante a atrás, buscando el hilio hepático en la misma forma que en el procedimiento clásico. Este método nos dio mejor resultado y la obtención de la bilis fue casi inmediata. Cuando estos dos métodos fracasen y el paciente no ha sido colecistectomizado, se introduce la aguja por el 7º u 8º espacio intercostal, línea axilar anterior dirigiendo la aguja hacia la vesícula, teniendo cuidado de no atravesar su cara peritoneal sino la cara adherida al lecho hepático para evitar una peritonitis biliar. (Figs. 9 y 10). La bilis que se extrae es espesa y de color café obscuro.

La duración del medio de contraste dentro de los canales es de más o menos 20 minutos, dependiendo del grado de obstrucción; si el medio de contraste no es eliminado al intestino, es absorbido por la célula hepática, dando una opacidad borrosa a la radiografía. (Figs. 11 y 12).



Figs. 4-5-6-7 — En la primera placa obtenida luego de inyección de biligrafina no se identifica la vesícula o el colédoco. Posteriormente se practicó la inyección transabdominal del medio de contraste, habiéndose podido demostrar el co édoco francamente dilatado por cálculo en la ampolla. En las placas tomadas un poco más tarde se visualizó además de la vesícula, la cual igualmente contiene cálculos.

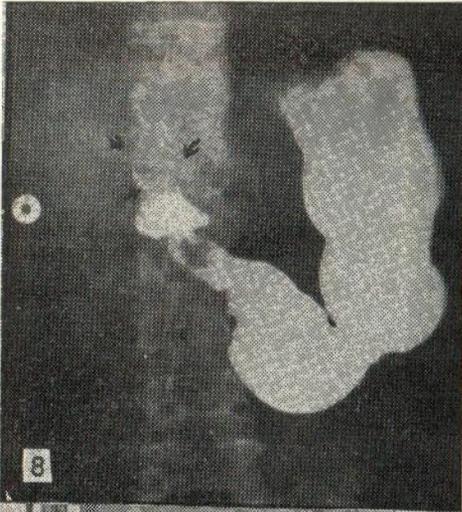


Fig. 8 — Inmediatamente después de la inyección transabdominal del medio de contraste, solamente se visualizó la gran dilatación del colédoco con terminación entre rectilínea y curvilínea, tal como se aprecia en la Fig. 6 imagen dada por la asociación de neoplasia y cálculo. En radiografía tomada 24 horas más tarde se demostró plenamente el cálculo coledociano impregnado del medio de contraste.

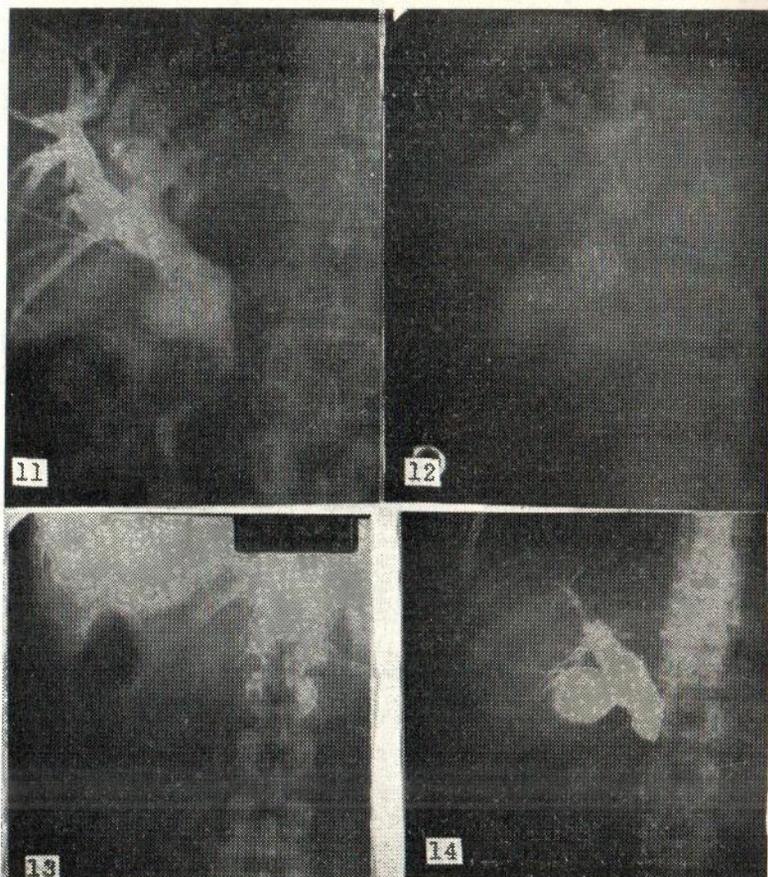


Figs 9-10 — Muestran los otros dos puntos de punción: el 1º a nivel del 7º espacio intercostal, línea medio clavicu- lar; el 2º en el 7º u 8º espacio intercostal, línea axilar anterior.

**Preparación del paciente.**—En general elegimos los ictericos de diagnóstico difícil, en los cuales la punción es más efectiva por estar los canales más dilatados. Puede hacerse también, aunque con más riesgo de fracasar, en los no ictericos. En todos nuestros casos los estudios previos de vías biliares no aclaraban el diagnóstico, por lo que se hizo más imperiosa la colangiografía. En un principio se tuvieron todas las precauciones en cuanto a los tiempos de coagulación, sangría y protombina; en 15 casos así estudiados, se esperó a que mejoraran los datos del laboratorio para efectuar la punción, pero en vista de que en dos casos, a pesar de estar anormales los datos de laboratorio, se procedió a puncionar y no se presentó ningún accidente hemorrágico; en adelante hemos hecho caso omiso del laboratorio y los casos restantes han comprobado que realmente no hay necesidad de una preparación del enfermo, que puede por otra parte quitar tiempo útil.

**Ventajas.**—Las ventajas del método redundan especialmente en determinar el diagnóstico etiológico exacto de la causa de obstrucción; esto es una seguridad que ampara tanto al paciente como al cirujano, como lo veremos en la casuística.

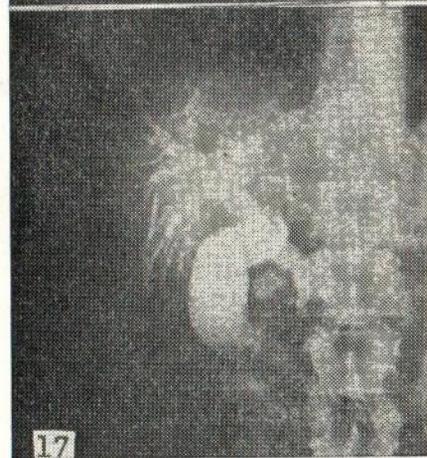
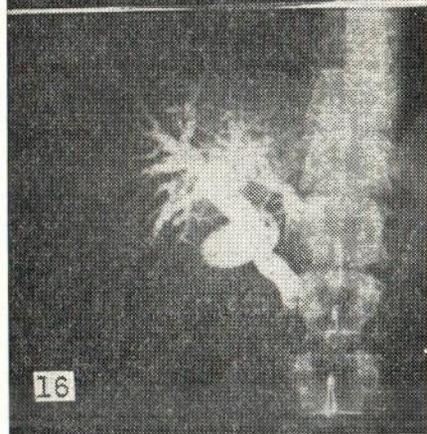
**Caso 1º.**—(Paciente del Dr. E. Toro Ochoa).—Mujer de 48 años de edad, casada, y con 13 hijos. Presentó ictericia progresiva y sin cólicos. En la placa simple radiográfica, la región vesicular no demostró imagen de cálculo ni de masas anormales, tampoco con la colangiografía por vía venosa. Se le hizo la colangiografía transabdominal por el reborde costal y luego por el 7º espacio intercostal línea medio clavicular, sin resultado; por último, por la línea axilar anterior 8º espacio intercostal, para buscar la vesícula y se extrajeron más o menos 20 c. c. de bilis negra. Se inyectaron 20 c. c. de biligrafina; en las placas obtenidas se ve un colédoco enormemente dilatado (Figs. 13 y 14), debido a una lesión estenosante que compromete su mitad inferior. En esta región el medio de contraste pasa al duodeno en muy pequeña cantidad por un trayecto filiforme; este aspecto hace pensar en una lesión neoplásica. La vesícula y los canales intrahepáticos llenan bien y son de aspecto normal. Antes de la intervención se planeó como conducta una colecistoduodenostomía; a la intervención se encontró un páncreas duro, escleroso, pero pequeño y sin características de neoplasia. Se le practicó la colecistoduodenostomía y ocho meses más tarde la enferma aunque diabética, continúa en muy buenas condiciones.



Figs. 11-12 — Caso de ictericia progresiva. En la primera, el método de la inyección transabdominal permitió visualizar un colédoco sumamente dilatado, con cálculos en su extremidad distal. En la segunda, placa tomada media hora más tarde, en la cual se aprecia la manera como se difunde el medio de contraste en el parénquima hepático.

Figs. 13-14 — La primera placa muestra ausencia de imagen vesicular con los métodos oral y venoso. Las otras dos previa inyección transabdominal del medio opaco directamente en la vesícula, permiten ver aquella de aspecto normal y además visualiza el colédoco francamente dilatado, terminando su extremidad distal en forma filiforme y a distancia de la ampolla.

En este caso tales hallazgos pueden ser por neo del páncreas o del mismo colédoco. Sin embargo la posibilidad de que ello sea por esclerosis pancreática no es posible establecerla definitivamente.

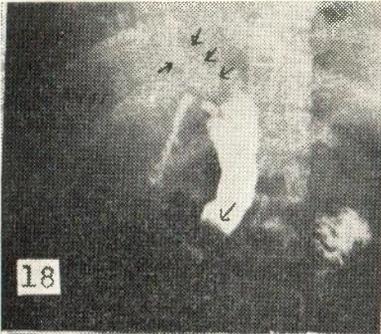


Figs. 15-16-17 — Caso de ictericia progresiva en paciente diabético. Con la Biligrafina no se visualizaron las vías biliares y en cambio se descubrió una litiasis pancreática. El examen por punción transabdominal permitió identificar el árbol biliar, con colédoco dilatado pero sin cálculos. a la intervención se comprobó que la obstrucción coledociana era debida a la litiasis y esclerosis pancreática.

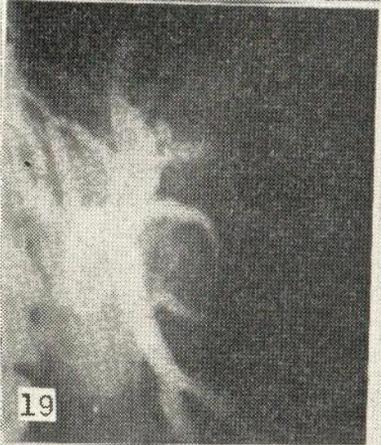
**Caso 2º.**—(Paciente del Dr. Pedro Nel Cardona).—Enfermo de 52 años de edad, que presentó ictericia progresiva sin cólicos, pero con sensación de fatiga epigástrica, fiebre de 38 y 39 grados y dolor a la presión en el hipocondrio derecho. Había sido intervenido dos años antes para un abdomen agudo encontrándole una pancreatitis aguda y le fue practicada una colecistoduodenostomía. Posteriormente se le diagnosticó y siguió tratándose una diabetes; además, tiene historia de indigestiones caracterizadas por flatulencias, agrieras y eructos frecuentes. Al examen del paciente se encontraba una persona francamente icterica y enflaquecida, con temperatura de 38 grados, el hígado era doloroso y rebasaba dos traveses de dedo por debajo del reborde costal. No había talangiectasias ni otro signo de cirrosis; las pruebas hepáticas fueron todas anormales. Se le hizo un diagnóstico provisional de esclerosis pancreática con estenosis del colédoco y menos probable de una hepatitis. La radiografía simple de abdomen mostró una calcificación muy acentuada del páncreas, (Fig. 15); las placas después de Biligrafina por vía venosa no mostraron ninguna imagen; se le hizo entonces la colangiografía transabdominal, mostrando, como se ve en las (Figs. 16-17) una calcificación del páncreas y una dilatación del colédoco con un extremo filiforme que se pierde en las calcificaciones y que deja pasar un poco de medio de contraste al intestino. A la vesícula se le visualiza en su fondo un engrosamiento pero no hay signos de colecistoduodenostomía; hay ausencia de cálculos biliares. Intervenido este paciente con el diagnóstico de estenosis del colédoco se le encontraron una gran cantidad de adherencias, una anastomosis que se había cerrado y un páncreas con numerosas calcificaciones. Le fue practicada una colecistoduodenostomía. El enfermo tuvo una buena postoperatoria y ha continuado bien. (Cirujano Prof. Gómez Arango).—Para no alargarnos, no referiremos en detalle más casos; ellos se verán en conjunto al final.

También es de una gran utilidad el procedimiento cuando existen cálculos intrahepáticos que no se perciben a la intervención. (Fig. 18) o en los casos de obstrucción alta, por ejemplo, de un neo. (Figs. 19-20). En algunos de nuestros casos ha sido de gran utilidad para aclarar el diagnóstico entre una obstrucción por cálculos como en el caso siguiente:

**Caso 3º.**—(Personal) Mujer icterica de 60 años de edad, sin antecedentes de cólicos litiasicos; Ha perdido peso últimamente y acusa fatiga epigástrica lenta. El estudio de vías biliares por vía oral o venosa no visualizaron los canales. Se le hizo un diagnóstico de neo de la cabeza del páncreas. Posteriormente se le practicó la colangio-



18



19



20

Figs. 18-19-20 — La colangiografía transabdominal permite demostrar litiasis intrahepática y coledociana, con gran dilatación del colédoco.

Figs. 19-20 Amputación alta del colédoco por lesión neoplásica. En el primer caso se observa la detención brusca de la columna opaca con terminación casi rectilínea y en el segundo la detención en huso.

grafía (fue este nuestro primer caso) encontrando un cálculo único enclavado en el colédoco; la intervención confirmó el diagnóstico. (Fig. 21).

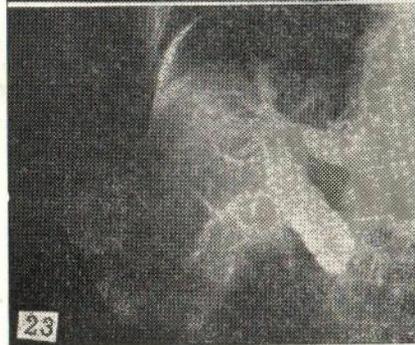
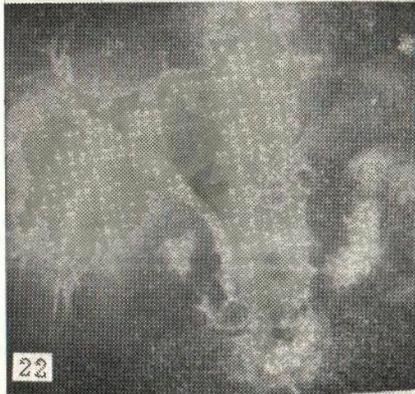
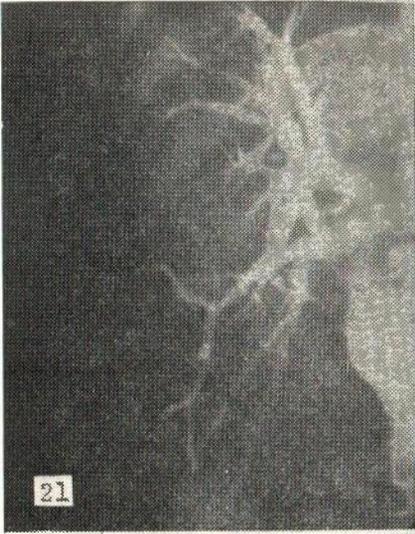
**Caso 4º.**—(Personal).—Paciente de 28 años de edad, empleado, intervenido para úlcus duodenal perforado; reintervenido para absceso subfrénico, y un año más tarde para litiasis biliar. Un mes más tarde presentó ictericia obstructiva franca, heces acólicas y con pruebas hepáticas normales. También fue intervenido y se le encontró una litiasis coledosiana. Ocho meses más tarde repite la ictericia que fue interpretada como debida estenosis del colédoco por las cuatro intervenciones anteriores. Los Rayos X para vías biliares no mostraron nada que aclarara el diagnóstico como ocurre en la mayoría de las ictericias. Hecha la colangiografía se encontró un colédoco lleno de cálculos y se intervino por quinta vez; se comprobó el diagnóstico de litiasis del colédoco; se dejó un dren a permanencia que se le retiró un año más tarde y ha continuado bien.

En los intervenidos para vías biliares que posteriormente presentan trastornos tales como cólicos, ictericias etc., es de un gran valor, sobre todo cuando se quiere saber si se trata de una estenosis, cálculos residuales, ascaris o simplemente de una oditis. La fig. 22 nos muestra su utilidad. También se ha hecho el diagnóstico de cálculos y de neo en una misma persona. (Figs. 8-23). Caso N° 8.

Es muy marcada la diferencia que se puede apreciar en la (fig. 24) entre una colangiografía post-operatoria por medio de sonda y la por punción; lo mismo que la por inyección de la fístula. Caso N° 12. (Paciente de los doctores Gil, Ramírez y Arango Garrido). Fue intervenida para una litiasis biliar; continuó en su postoperatoria con fiebre alta y dolor en el hipocondrio derecho; a la palpación se apreciaba un hígado grande y doloroso a la presión. Se le hizo el diagnóstico de un absceso subfrénico y fue intervenida, pero se encontró un absceso hepático del que se extrajeron 800 c. c. de pus. Posteriormente presentó una fistula biliar. Se le inyectó medio opaco por esa vía con el resultado que se ve en la (fig. 25) y por último en vista de no aclararse el diagnóstico se le hizo la colangiografía transabdominal mostrando una calculosis del colédoco como se puede apreciar en la (fig. 26).

### Diagnóstico radiológico diferencial

En un caso determinado lo más importante es establecer el diagnóstico diferencial entre ausencia de imagen vesicular por la lesión



Figs. 21-22-23 — En la primera, la inyección por punción permite demostrar un cálculo en la extremidad distal del colédoco, el cual como los demás canales biliares se ven dilatados. Fue este nuestro primer caso. En la siguiente se demuestra este paciente no se debía a un cálculo residual como se pensaba, sino a estenosis coledociana de carácter benigno posiblemente por bridas. En la fig. 23 la inyección directa por punción transabdominal permite visualizar una gran dilatación de todo el árbol biliar, terminando el colédoco en forma brusca, entre rectilínea y curvilínea, lo cual se explica por la asociación de neoplasia y cálculo.



Fig. 24 — Colangiografía postoperatoria. Esta placa nos permite ver que el árbol biliar no se llena en su totalidad, lo que sí ocurre en el caso de la inyección transabdominal. Esto indudablemente constituye una gran ventaja.

Figs. 25-26 — La obtención de la imagen de las vías biliares se logró por medio de inyección por fistula en la primera instancia y luego a las 24 horas por punción transabdominal. En la primera ocasión fig. 25 se ve el colédoco considerablemente dilatado, con obstrucción parcial y en la segunda fig. 26, además de la dilatación coledociana, se visualizaron numerosos cálculos.

maligna o benigna, cuando aquella no se ha logrado obtener por los medios radiológicos simples, tales como examen por vía oral con yodados, o con productos por vía venosa. Igualmente es interesante y de suma importancia establecer este diagnóstico en casos de ictericia, ya que la conducta en una u otra ocurrencia varían fundamentalmente. En estos casos el diagnóstico oportuno puede ser definitivo para el paciente y ya hemos visto cómo en muchos casos de nuestra serie, el examen radiológico de las vías biliares por punción directa, permitió descartar una posible neoplasia pancreática diagnosticada clínicamente.

En el caso de la lesión maligna generalmente se presenta un paro brusco de la columna opaca, con aspecto irregular de la misma a este nivel; en otros, cuando la lesión es intensa, el colédoco se vuelve filiforme, tomando una forma en huso. (Figs. 19-20). Estas imágenes generalmente son muy características, pero en los casos de esclerosis coledociana la diferenciación es prácticamente imposible como en los casos de las (Figs. 13-14-15-16- y 17).

La situación, cuando se trata de obstrucciones de carácter benigno, es bastante distinta. Estas son generalmente por bridas o por cálculos.

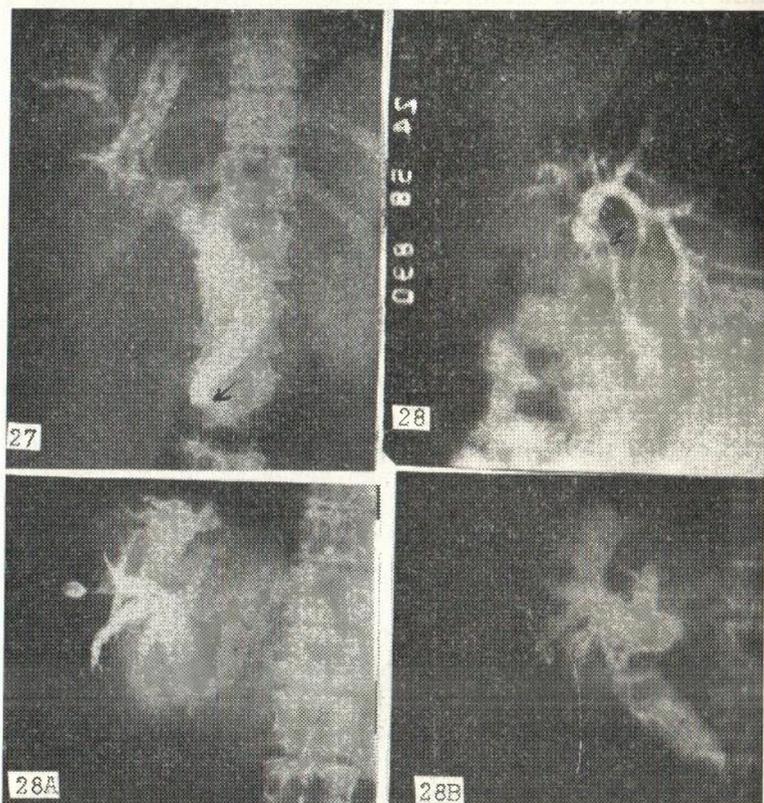
En la primera, o sea por bridas, el colédoco se ve deformado por irregularidad en su contorno, con dilataciones más bien localizadas que generalizadas y la imagen es bastante típica, tal como se aprecia en la (fig. 32 y 32 c.).

En la segunda, o sea en la presencia de cálculos, lo más frecuente, el colédoco aparece dilatado hasta el punto en donde se encuentra aquél, el cual da una imagen de defecto, transparente, negativa, sobre la cual se moldea la columna opaca inyectada, dando por lo general una imagen de copa invertida. En muchos casos la sustancia yodada alcanza a pasar, dibujando así el cálculo en todo su contorno. (Figs. 27-28 y 28 A. B.).

Este método tiene la gran ventaja de eliminar la posibilidad de introducción de burbujas gaseosas, de frecuente ocurrencia en las colangiografías por sonda en el acto operatorio o en el postoperatorio, las cuales crean situaciones difíciles que solamente se resuelven con exámenes repetidos.

### Accidentes

Como se mencionó atrás, solo se presentó una peritonitis biliar localizada. Esa paciente —Caso 6— a quien se le había seccionado y



Figs 27-28 — En estos dos casos se demuestra con la inyección transabdominal una obstrucción casi total del colédoco en el primer caso y total en el segundo, con la particularidad de que la columna opaca contournea una imagen negativa, transparente, permitiendo establecer el diagnóstico de una litiasis coledociana.

Figs. 28A y 28B — Paciente colecistectomizado. Cólicos posteriores. Se hizo el diagnóstico probable de una calculosis residual por estenosis. En la colangiografía transabdominal se ve a la radiografía una enorme dilatación generalizada de todo el árbol biliar, obstrucción casi total del colédoco y numerosos cálculos de tamaño y consistencia variable alojados en muchos de los canales.

ligado el colédoco) se intervino para buscar el cabo seccionado y no fue posible hallarlo. Días después se le practicó la colangiografía encontrándose en las placas un colédoco seccionado con su cabo proximal al lado izquierdo de la columna lumbar. (Figs. 1-2). Inmediatamente después de la punción se quejó la paciente de dolor fuerte en hipocondrio derecho con irradiación al hombro y hueco supraclavicular del mismo lado; este dolor fue en aumento hasta el día siguiente en que se intervino. Se encontraron 25 c. c. de bilis enquistada. Creemos que la falla se debió a que no aspiramos el contenido biliar y este a presión produjo la filtración; también se debió a que fue puncionado el colédoco, como se comprobó en la intervención. Cuando la punción se hace intrahepática el parénquima impide la filtración. Por esto nos ha parecido desaconsejable y peligrosa la punción de la vesícula por la cara peritoneal de ella. Sin embargo, al hacer en una paciente icterica una biopsia, se puncionó la vesícula y aprovechando este error, se inyectaron 10 c. c. de biligrafina y con gran sorpresa nuestra las vías biliares eran permeables, y la ictericia que se creyó ser debida a un neo de la cabeza del páncreas se descartó porque se trataba de un neo primitivo del hígado con metástasis al peritoneo. Las radiografías fueron tomadas media hora después de la punción cuando casi la totalidad del medio opaco había pasado al yeyuno. (Figs. 29-30-31).

En tres de los casos se presentó dolor agudo epigástrico con irradiación a la zona supraclavicular y supraespinosa derechas en el momento mismo de la punción, por lo que se puede descartar que hubiera sido por la acción irritante del medio de contraste, hecho que hemos comprobado ser debido a la punción de los vasos sanguíneos o de los canales biliares.

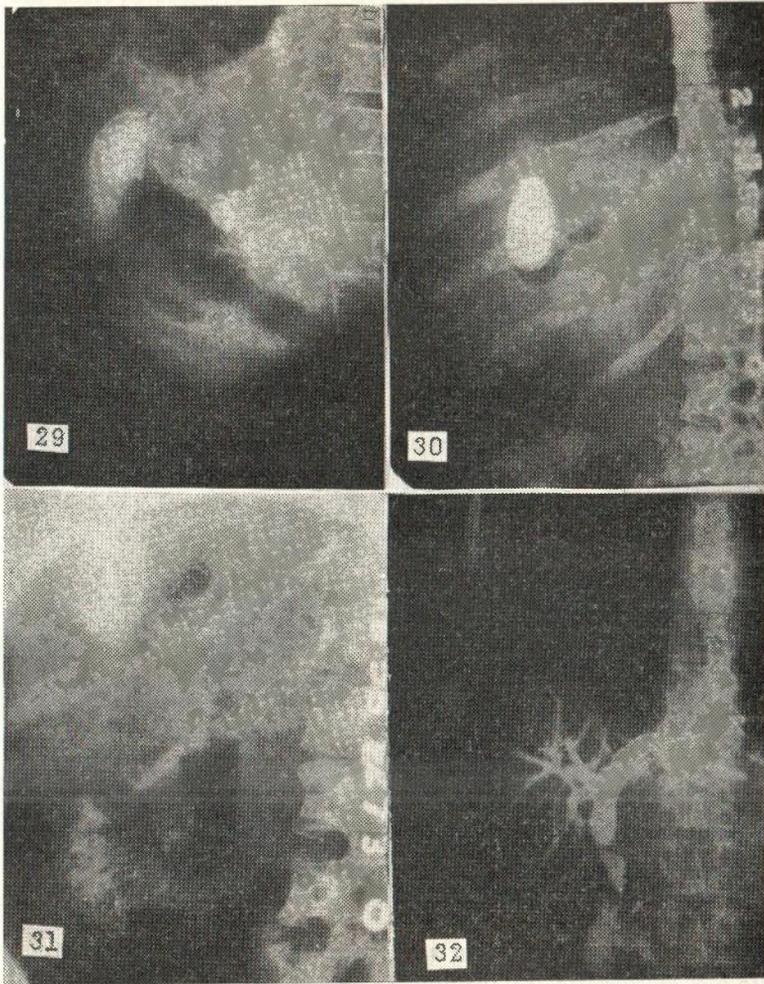
Cuando el medio de contraste cae en el parénquima hepático, no tiene acción nociva.

En una enferma a quien se le hizo la colangiografía durante un ataque de colicistitis, al inyectarle el medio de contraste dentro de los canales, desencadenó un cólico intenso que hizo necesaria la aplicación de Dolisan cada cuatro horas.

En muchos de nuestros casos hemos puncionado vasos arteriales o venosos y no se ha producido ningún accidente hemorrágico.

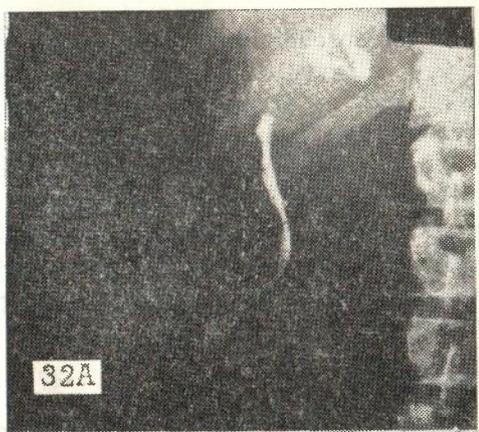
### **Contraindicaciones**

Hemos considerado que la única contraindicación sería en casos en que haya una infección franca en cualquiera de los órganos y que debe aguardarse hasta que ésta haya desaparecido.



Figs. 29-30-31 — Estas placas ilustran un caso en el cual por accidente en una biopsia hepática se cayó en plena vesícula. La situación fue aprovechada para inyección del medio de contraste, habiendo podido visualizar los canales biliares de aspecto normal y con paso libre al duodeno. Apesar de la bondad de este caso único en nuestra serie, no somos partidarios de practicar esta técnica recomendada por algunos autores.

Fig. 32 — Caso clínico sospechoso de litiasis residual. Con la Colangiografía Transabdominal se demuestra una "cintura" en la parte media del colédoco, la cual es indudablemente debida a adherencias.



Figs. 32A-32B y 32C — Este paciente colecistectomizado presentó una fístula biliar cutánea. La inyección del medio de contraste por la fístula se aprecia en la fig. 32A. Con la colangiografía transabdominal las radiografías muestran que las vías principales hepáticas están francamente dilatadas; a nivel del hilion el medio de contraste llega a algunas cavidades anfractuosas (32B). A la media hora se visualiza el colédoco que muestra una estrangulación parcial a la porción próxima. (32C). Escaso medio de contraste pasa al duodeno.

## Discusión

El método de la Colangiografía Transabdominal es un medio más en el diagnóstico de las ictericias y es insustituible sobre todo si con los otros medios disponibles hasta hoy, no es posible un diagnóstico cierto. Los peligros que presenta, una vez tomadas todas las medidas de precaución, son mínimas. En uno solo de nuestros casos se presentó un accidente que por fortuna no fue mortal. Es, además, un método más seguro y más simple que el practicado por peritoneoscopia. Puede hacerse como lo hemos hecho nosotros, en consultorios de Rayos X. En dos de los casos en que no fue posible la colangiografía, se trataba de cirrosis atrófica.

## RESUMEN

Fueron practicadas 46 punciones para Colangiografía Transabdominal. Se describen los métodos. En 36 de ellas fue posible hacerlas, y se fracasó en las restantes. Dos de ellas fueron practicadas por otros colegas. En un solo caso se presentó un accidente que no fue fatal. En tres hubo dolor fuerte en hipocondrio derecho, hombro y hueco supraclavicular que cedió con analgésicos. Es un método de visualización del árbol biliar insustituible cuando el diagnóstico diferencial en las ictericias es imposible y han fracasado los otros métodos como la colecistografía por vía oral o venosa. Tiene ventajas sobre la practicada por peritoneoscopia.

## SUMMARY

The value of Transabdominal Cholangiography as a diagnostic method was explored, and its technique described.

The procedure was successfully carried out in 36 patients, out of a total of 46 attempts to inject radiopaque medium into the intrahepatic biliary system.

A no fatal accident occurred in one of the cases, while in three there was intense pain in the right upper quadrant irradiated to shoulder and supraclavicular regions; this was promptly relieved by analgesics.

Transabdominal Cholangiography was found to be an invaluable diagnostic method in cases of jaundice of obscure origin where accepted current methods for radiological examination of the biliary system had failed to give an useful answer.

The method is simpler and safer than direct injection through peritoneoscopy.

CUADRO QUE RESUME LOS 46 CASOS DE PUNCION HEPATICA PARA COLANGIOGRAFIA

Nº	Pertenencia	Edad	Sexo	Diagnóstico Clínico	Diag. Colangiografía	Dx operatorio	Observaciones
1	Dr. E. Toro Ochoa	48	F	Litiasis o neo del páncreas	Estenosis por neo	Estenosis por esclerosis	Diabética
2	Dr. Pedro Nel Cardona	52	M	Estenosis por esclerosis pancreát.	Estenosis por esclerosis	Estenosis por esclerosis	Diabético
3	Personal Hospital	60	F	Neo de la cabeza del páncreas	Litiasis del colédoco	Cálculo	
4	Personal Hospital	28	M	Estenosis colédoco post-operat.	Litiasis	Cálculos	
5	Dr. E. Toro O.	62	F	Neo de la C. del Pánc. o Litiasis	Litiasis Coledocovesícula	Litiasis Coled. vesíc.	
6	Personal Hospital	24	F	Sección y ligadura del colédoco	Sección y lig. del Col.	Lig. del colédoco	Peritonitis biliar
7	Personal Hospital	42	M	Litiasis	Neo vías biliares altas	No operado	
8	Personal	65	F	Neo de la C. del Páncreas	Neo y cálculo	Neo P. y gran cálculo vesicular.	Muerte
9	Personal Hospital	45	F	Neo de la C. del Páncreas	Vías biliares libres	No operado	
10	Personal Hospital	52	F	Neo de la C. del Páncreas	No fue posible	No operado. Enviado a su casa	
11	Personal Hospital	16	M	Litiasis o hepatitis	No fue posible	Biopsia Hep. cirrosis trat. Méd.	
12	Dres. Gil Arango G.	32	F	Fístula biliar postoperatoria	Litiasis y fístula	Litiasis y fístula	Operada antes absceso
13	Personal Hospital	30	F	Cólico litiásico	Litiásis del Colédoco	Litiasis del colédoco	Dolor muy intenso
14	Personal Hospital	48	M	Neo de la C. del Páncreas	Litiásis del Colédoco		Ligero dolor
15	Personal Hospital	45	F	Neo de la C. del Páncreas	Neo C. del Páncreas	No operado, enviado a su casa	
16	Personal Hospital	58	F	Neo de la C. del Páncreas	Litiasis	Litiasis	Dolor intenso
17	Personal Hospital	45	M	Litiasis residual	Estenosis coledociana	Coledocotomía	
18	Personal Hospital	51	M	Litiasis residual	Estenosis coledociana	No operado	
19	Personal Hospital	18	F	Hepatitis	Litiasis	Litiasis	
20	ICSS Dr. Franco	53	M	Hepatitis Coliangiolítica, cirrosis	No fue posible	Mejóro con tratamiento médico	Dolor intenso.
21	Dr. César Bravo Hosp.	45	M	Litiasis	Lit. Intrahep. y coled.		
22	ICSS Personal	42	F	Amibiasis biliar, litiasis residual	No fue posible	Tratamiento médico	Amibas en sond. duod.
23	Personal Hospital	60	M	Neo de la C. del Páncreas	Neo de la C. del P.	No intervenido	Enviado a su casa
24	Dr. Yepes Cadavid	52	M	Neo o litiasis	Litiasis coledociana	Litiasis	Ligero dolor
25	Dr. E. Toro Hochoa	44	F	Neo o litiasis	No fue posible	?? ??	
26	Personal Hospital	53	M	Cirrosis biliar por cálculos bil.	No fue posible	Pidió de baja	
27	Personal Hospital	24	F	Litiasis	Litiasis	Litiasis	
28	Personal Hospital	52	F	Litiasis o neo de la C. del P.	Lit. vías Bil. Altas	No intervenido	Enviado a su casa
29	Personal Hospital	44	F	Litiasis	Lit. vías Bil. Altas	Litiasis	
30	Personal Hospital	39	M	Litiasis residual	Estenosis	No intervenido	Tratamiento medico
31	Personal Hospital	40	F	Litiasis	Litiasis	Litiasis	Ligero dolor
32	Personal Hospital	56	F	N. C. del Páncreas	Neo de la C. del P.		
33	Personal Hospital	61	M	N. C. del Páncreas	Litiasis	Litiasis y neo	Ligero dolor
34	Personal Hospital	43	M	Litiasis	Litiasis	Litiasis	
35	Personal Hospital	52	F	Litiasis y neo	Litiasis	Litiasis o neo	Ligero dolor
36	Personal Hospital	32	F	Litiasis residual	Canales libres	No intervenido	
37	ICSS	48	M	Fístula postcolecistectomía	Estenosis colédoco y Fístula		Ligera ictericia
38	ICSS	52	M	Estenosis, Oditis	Calculosis	Litiasis	Sin ictericia
39	ICSS	42	F	Estenosis postcolecistectomía	Estenosis del colédoco		Ligera ictericia
40	ICSS	45	M	Litiasis residual, estenosis	Litiasis		Sin ictericia
41	ICSS	32	M	Litiasis residual	No fue posible		Sin ictericia
42	ICSS	42	F	" "	" " "		Sin ictericia
43	ICSS	32	M	" " neo	" " "		Sin ictericia
44	ICSS	58	M	" "	Estenosis		Ligera ictericia
45	Part.	50	F	Neo del pancreas o litiasis	Litiasis		Con ictericia
46	Dr. P. P.	60	F	Neo del pancreas o litiasis	No fue posible	Cirrosis	Con ictericia

## REFERENCIAS

- 1 — **Carter, F. R., and Saypol, G. M.**—Transabdominal Cholangiography *J. M. A.* 148: 253, 1952.
- 2 — **Leger, L. Zara, M., and Arvey, N.**—Cholangiographie et drainage biliare pour la punction transhepatique. *Presse Med.*, 60; 936, 1952.
- 3 — **Fuente, R. Dela, Patillo, C., Kock, W., Mallet-Guy, P.**—Exploration des coies biliars au moyens de la Cholangiographie Transabdominales. *Lyon Chir.*, 49: 959, 1954.
- 4 — **Nurick, A. W., Patey, D. H. and Whitside, C. G.**—Percutaneous transhepatic Cholangiography in the diagnosis of obstructive jaundice *Br. J. Surg.*, 41: 27, 1953.
- 5 — **Alvarez R. y Fernández-Jensen, N.**—Colangiografía transabdominal, *Prensa Med. Argent.*, 40: 1991, 1953.
- 6 — **Sobredo, E. E. y García Siguero, P.**—Colangiografía transparietohepática. *Orientación Med.*, Buenos Aires, 3: 119, 1954.
- 7 — **Quevedo Tomás.**—Ascaridiasis de las vías biliares. *Antioquia Médica.* 1. 436: 1951.
- 8 — **Vélez Fabio.**—Exploración radiológica de las vías biliares con biligrafina intravenosa. Hallazgos en 400 casos estudiados con biligrafina simple. Tesis de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Julio de 1956. Inédita.
- 9 — **Royer M.**—La Colangiografía laparoscópica. *El Ateneo de Buenos Aires.*, 1952.
- 10 — **Lee, W. Y.**—(1942) *Rev. Gastro-Ent.*, 9, 133.
- 11 — **Remolar, J., Katz S. Rybak, B., and Pellizari, O.**—Percutaneous Transhepatic Cholangiography. *Gastroenterology* 31: 39, 1956.