

La autopsia de Santander: el primer caso autóctono de hepatocolecistocolitiasis

Jorge Horacio Mogollón-Torres¹

RESUMEN

El informe de la autopsia de Santander, efectuada en 1840, ha sido publicado sin corregir los errores de imprenta originando interpretaciones discutibles. Se corrige y se proponen diagnósticos anatómicos macroscópicos que se comentan a la luz de la fisiopatología.

PALABRAS CLAVE

Autopsia; Hepatocolecistocolitiasis; Santander

SUMMARY

Santander's autopsy: first autochthonous case of hepatolithiasis

Santander's autopsy report, dated in 1840, has been published without any regard for the list of errata and controversial interpretations have been made. The necessary corrections are made and gross anatomic diagnoses are proposed along with a comment.

KEY WORDS

Autopsy; Hepatolithiasis; Santander

¹ Médico de la Universidad de Antioquia. Patólogo de la Universidad de Wisconsin, Madison, Estados Unidos.
Correspondencia: Jorge Horacio Mogollón-Torres; jormogollon@hotmail.com

Recibido: julio 19 de 2016
Aceptado: agosto 02 de 2016

Cómo citar: Mogollón-Torres JH. La autopsia de Santander: el primer caso autóctono de hepatocolecistocolitiasis. *Iatreia*. 2017 Jul-Sept;30(3): 326-332.
DOI 10.17533/udea.iatreia.v30n3a08.

RESUMO

Autópsia de Santander: primeiro caso autóctone de hepatolithiasis

Relatório da autópsia do Santander, datada em 1840, tem-se publicado sem qualquer consideração para a lista de errata, e interpretações controversas foram feitas. As correções necessárias são feitas e diagnósticos anatómicos brutos são, juntamente com um comentário proposto.

PALAVRAS CHAVE

Autópsia; Hepatolithiasis; Santander

INTRODUCCIÓN

Parecerá extemporáneo en esta época de diagnóstico por ultrasonido, colecistectomías laparoscópicas y colangiopancreatografías endoscópicas retrógradas, retomar el tema de la litiasis biliar que puso fin a la vida del prócer hace 176 años. Pero leyendo las publicaciones de su autopsia he hallado discrepancias en los textos que han sido transcritos con errores de imprenta, dando pie a diversas y discutibles interpretaciones, algunas contradictorias; es justo y necesario hacer las correcciones que permitan analizar cabalmente los datos necroscópicos.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Hace veinticuatro años el doctor José Félix Patiño (1) publicó un artículo referente al “cálculo de Santander”: ocurrió que el señor Ignacio de Narváez Vargas le regaló a él un cálculo encontrado en un antiguo clavicordio llamado “el piano de Bolívar” perteneciente a su familia. Tal cálculo sin ningún rótulo, se presumió que lo había obtenido el doctor Cheyne en el momento de la autopsia de Santander y la familia de aquel se lo regaló a la familia de Narváez, que con otras reliquias lo guardó mucho tiempo. Dueño del cálculo, el cirujano Patiño pidió el dictamen del patólogo Cavanzo quien describió: “[...] cálculo ovoide de 2,8 x 1,9 x 1,6 cm [...] gris claro, amarillento [...]” y sugirió, sin mediar ningún análisis bioquímico que hubiera requerido pulverizar al menos una parte del espécimen, “[...] que estaba

formado fundamentalmente de colesterol con un mínimo componente de pigmentos biliares [...]”, concepto ampliado por los radiólogos Espinosa y Restrepo mediante estudios de rayos X, ultrasonido y TAC: “[...] el cálculo es mixto con propiedades físicas que indican su contenido de colesterol y de bilirrubinato de calcio en la periferia [...]”; Patiño concluyó “[...] que posiblemente es el que se describe en la autopsia, ubicado y flotando en la porción distal del colédoco [...]”. El concepto del prestante médico tuvo eco: Cervantes-Castro y Rojas-Reyna (2) en Méjico y Otero-Ruiz (3) entre nosotros, acogieron la información, pero según aquellos el cálculo no “flotaba” sino que “se encontró impactado en la ampolla de Vater”; según este, “la muerte se debió a una colecistitis aguda complicada con estado séptico generalizado, obstrucción del colédoco [...] gastritis aguda y probable úlcera péptica de estrés [...]”. Por su parte, el académico Hernando Forero (4) diagnostica “[...] colelitiasis y colecistitis aguda con posible hepatitis y pancreatitis aguda biliar [...]”.

El informe de la autopsia citado por Patiño es el publicado por el doctor Fernando Guzmán (5) quien me informó que lo había tomado del libro *Cólicos Republicanos* (6) del doctor Antonio Martínez Zulaica, pero al cotejar los textos hallé algunas discrepancias en la transcripción. Pilar Moreno de Ángel (7) publica apartes que tampoco concuerdan ciento por ciento con dicha versión, por lo cual recurrí a la fuente citada por ella (8) y encontré una fuente común que supongo es una transcripción auténtica del original, a la cual me remito: el *Archivo Santander, tomo XXIV*, compilación dirigida por Ernesto Restrepo Tirado, disponible en la biblioteca Eduardo Santos de la Academia Colombiana de Historia, páginas 372-374, y a su fe de erratas publicada en el *Boletín de Historia y Antigüedades* y anexa a este tomo, fe de erratas ignorada al transcribir el documento pues se leen frases aberrantes como: “cráneo del sarcófalo” por “examen del encéfalo” y “alzar colgadas” por “alzar colagajos”, entre otras. Además, en los *Cólicos Republicanos* (6) se publica una “sesión anatómica” donde el patólogo Félix Martínez analiza la necropsia y recurriendo a la figura de la cita literal incurre en adulteración del texto, haciendo una paráfrasis que de otra forma sería válida y útil: “[...]. Me voy a permitir leer textualmente la descripción anatomopatológica redactada por los practicantes de

la autopsia [...]” y a renglón seguido altera el original: por ejemplo, donde reza “existe un cálculo reducido de unas cinco líneas” él escribe “*existe un cálculo reducido a cinco líneas*”, queriendo darle un sentido al vocablo “reducido”, que en realidad es un error de imprenta: “redondo” es el término original. No obstante, interpreta adecuadamente la afección biliar: “litiasis de vías biliares intra y extrahepáticas” y sin ninguna base anatómica agrega su fatal complicación: “colangitis no supurativa con septicemia final”.

EL DECESO Y LOS MÉDICOS

Santander murió el 6 de mayo de 1840, a los 48 años, a las 6:32 de la tarde, acompañado por sus amigos y por sus médicos de cabecera, “en medio de horribles fatigas”, martirizado por el dolor y por el vómito. Se sabía que el general «sufría tiempo ha de “una enfermedad calculosa del hígado, producida por el predominio bilioso de su temperamento, por las penalidades de las campañas y por un trabajo de gabinete excesivo”» según cita Jesús María Henao (9); los antedichos Guzmán y Forero refieren una larga historia de dolores abdominales y de espalda y cólicos desde 1825, presumiblemente atribuibles a una litiasis biliar. Nadie menciona los vocablos prurito, coluria o acolia, nada raro en una época cuando la clínica no se correlacionaba con la patología.

Al día siguiente su cadáver fue trasladado a la sala *De profundis* del convento de San Francisco (un recinto contiguo al refectorio donde los monjes solían entonar el salmo 130, *De profundis clamavi a te, Domine*, en memoria de los difuntos) y a las 9:30 a. m. “en presencia de los señores doctores” José Félix Merizalde, José Ignacio Quevedo Amaya, Crisóstomo Uribe y Ninian Ricardo Cheyne, los tres primeros facultativos granadinos y el último un escocés radicado en Bogotá, se efectuó la autopsia. No está por demás anotar que la anatomía patológica como una especialidad de la medicina no existía; disectores ad hoc trabajaron en una morgue improvisada, sin ninguna protección (guantes, batas, etc.) y quién sabe con qué instrumental. Tampoco sobra apuntar que transcurrirían cuarenta y dos años para que el cirujano alemán Carl Langenbuch (1846-1901) practicara exitosamente la primera colecistectomía y medio siglo para que el cirujano suizo Ludwig

Courvoisier, (1843-1918) en un magnífico alarde de correlación anatomoclínica describiera su conocido signo: “si en presencia de ictericia la vesícula biliar es palpable, entonces es poco probable que la ictericia sea debida a un cálculo”. Pero en 1840, como anota Forero, ninguno de los médicos inspeccionó, palpó o percibió el adolorido abdomen del paciente con propósitos diagnósticos. Tampoco hicieron hincapié en la fiebre y el escalofrío signos claves de una colangitis ascendente, temida complicación de la obstrucción biliar, que como se sabe produce con frecuencia variable la tríada de Jean M. Charcot (1825-1893): fiebre con escalofrío, ictericia y cólico, descrita como “fiebre hepática” en 1877. Por supuesto, no había radiología ni laboratorio clínico. De manera que el único documento existente sobre la enfermedad de Santander es el informe de la autopsia.

LA AUTOPSIA

Antes de analizarla hay que repasar en breve la anatomía de la vía biliar extrahepática: los conductos hepáticos izquierdo y derecho emergen de los respectivos lóbulos y confluyen en el hilio para formar el conducto hepático común, al cual se une el conducto cístico de la vesícula biliar para formar el colédoco que desciende entre las capas del epiplón menor, anterior a la vena porta y a la derecha de la arteria hepática, pasa por detrás de la primera porción del duodeno, surca la cara posterior de la cabeza del páncreas y desemboca en la tercera porción del duodeno en donde generalmente se le une el conducto pancreático de Wirsung para formar la ampolla de Vater. Según Testut-Latarjet, el colédoco mide de 6 a 8 cm de longitud y tiene un diámetro de 5 milímetros.

A continuación el texto tomado del *Archivo Santander*, pertinentemente corregido según la fe de erratas, anotando que por primera vez se publica así: conservando escrupulosamente la redacción, la puntuación y la ortografía originales, acudiendo al adverbio (*sic*) cuando es necesario; no hay ninguna firma en este documento.

AUTOPSIA CADAVERICA (sic)

7 de mayo a las 9 y media de la mañana

15 horas después de la muerte, en presencia de los señores doctores Merizalde, Cheyne, Quevedo y Crisóstomo Uribe.

Aspecto exterior – Conformación normal del esqueleto y de las masas musculares que le visten. Cicatriz antigua en la parte lateral izquierda del pecho sobre la sexta costilla, y en el quinto espacio intercostal.

Cadáver un poco emaciado, color amarillo general, más pronunciado en la cara, ligera rigidez cadavérica, ninguna infiltración serosa de los miembros.

Cabeza—Algunas personas, habiéndonos manifestado el deseo de que no se abriese el cráneo, ya porque querían moldarle, (sic) ya porque el cadáver debiendo quedarse expuesto por unos días, era conveniente que la cabeza estuviese lo más intacta posible, nos hemos conformado a su gusto, por la razón que el enfermo, habiendo conservado hasta los últimos momentos una perfecta integridad en la sensibilidad general y especial en la motilidad y la inteligencia, el examen del encéfalo no podía aclarar en nada una enfermedad cuyos síntomas habían tenido por sitio casi exclusivo la cavidad abdominal.

Tórax— Ningún líquido en la cavidad de las pleuras, adherencias antiguas y poco extendidas del folio visceral con el folio parietal de esta membrana. Adherencia más fuerte en la parte correspondiente a la cicatriz indicada.

La parte anterior y lateral de los dos pulmones es de un color blanco rosado y ofrece la crepitación cadavérica de los pulmones sanos; en la parte posterior el parénquima es de un rojo oscuro, infiltrado de sangre, más blando y con muy poca crepitación; aún en ciertos puntos esparcidos, variando de dos a ocho líneas de diámetro, está muy friable, sin crepitación ninguna, y de un peso específico superior al del agua; esta hepatización, por su aspecto y su sitio, se refiere perfectamente a las que los autores franceses han llamado hipostáticas, las cuales principian en el período de la agonía, siguen aumentándose aun (sic) después de la muerte por la dirección que la posición del cadáver y las leyes físicas imprimen a los líquidos.

La laringe, la tráquea y los bronquios grandes no tienen nada de particular.

El pericardio contiene como media onza de serosidad transparente de un color amarillo oscuro. El corazón de un tamaño proporcionado a la estatura del cuerpo, es sano en sus paredes y sus válvulas, lo mismo que la

arteria pulmonaria (sic) y la aorta; algunos cuábulos (sic) medio gelatinosos llenan sus cavidades izquierdas y derechas.

Abdómen (sic) y tubo digestivo— En la boca se nota (sic) sobre la lengua algunas ulceraciones ya muy reducidas, de la clase de las que suelen producir las preparaciones mercuriales; la faringe y el esófago no llaman en nada la atención.

El gran epiplon (sic) las demás partes del peritóneo (sic) parietal y visceral presentan, aunque a un punto menos subido, el color amarillo que hemos notado en el cutis.

El estómago, normal en su figura y su tamaño, contiene cerca de seis onzas de un líquido negruzco, parecido al que vomitaba el paciente en los últimos momentos. Sus tunicas, y especialmente la mucosa, de la cual se pueden sacar largos colgajos, son perfectamente sanas, lo mismo que el orificio pilórico. En la primera y segunda parte del duodeno, la mucosa es más blanda, y no resiste a la pinza con que se tratan de alzar colgajos. La inyección sanguínea que apenas si se notaba en el estómago, está aquí más notable, pero no está gruesa ni hinchada, y el tejido celular subyacente, no tiene ningún infarto, es decir, que esa lesión es de formación reciente.

El yeyuno, ileon, (sic) la válvula íleo-cecal (sic) y todo el intestino grueso son sanos. Sólo ofrecen en ciertas partes algunas estrías coloradas oscuras; efecto, las unas, de una irritación parcial, las demás de una estasis venosa.

El hígado— Del tamaño natural, no pasando el borde de las falsas costillas, está un poco más blando y de color más oscuro que por el ordinario, pero sin ninguna alteración orgánica en su tejido; en su parte cóncava se notan algunas manchas negras superficiales producidas por la trasudación de la bilis.

Después de haber quitado con precaución el folio anterior del epiplon, (sic) gastro hepático (sic) y la arteria hepática, hemos examinado con cuidado las vías secretorias del fluido (sic) biliar: la vesícula biliar del tamaño regular, pero desigual y abollada en su superficie; contiene unos veinte cálculos angulosos, lisos, con facetas, de un color negruzco (sic) y variando de una a seis líneas de diámetro. Su túnica muscular está un poco hipertrofiada. La

mucosa de un color amarillo oscuro, ofrece poca consistencia, y en ciertos puntos algunas erosiones ligeras correspondientes a los cálculos. Los conductos hepáticos tienen también cálculos angulosos en sus bifurcaciones primeras en el interior del hígado. El canal hepático, antes y después de su reunión con el canal cístico (canal colédoco), está muy ampliado y llega a tener seis líneas de diámetro; a la distancia de una pulgada y media de su orificio duodenal, recupera sus dimensiones naturales; y en ese punto existe un cálculo redondo de unas cinco líneas de diámetro, que se opone al pasaje de la bilis en el intestino, pero no del todo, pues está libre y suelto en la parte dilatada y atrás de él no existe ninguna colección biliosa, ni aun en la vesícula que está casi vacía de bilis. La poca que se encuentra es muy viscosa y de un color verde negro. La mucosa del canal colédoco y hepático no presenta daño ninguno.

El sistema de la vena porta está perfectamente permeable.

El bazo, el páncreas, (sic) los riñones y la vejiga no han presentado ninguna alteración.

Hay que hacer un par de glosas para interpretar esta necropsia: primero, señalar que es incompleta, por ejemplo, las glándulas endocrinas brillan por

su ausencia y se emplea una terminología ambigua usando frases como "tamaño natural", "un poco hipertrofiada", "unas cinco líneas"; se obtiene la impresión de que los órganos no fueron extraídos, sino que se examinaron *in situ* y no todos se seccionaron, dejando inquietantes interrogantes v.gr. la superficie de corte de un hígado trasudando bilis. Segundo, la unidad de medida de longitud que utilizan es la línea, (el sistema métrico decimal se introduciría en la Nueva Granada 13 años después), que se define como la doceava parte de una pulgada, equivalente en la práctica a 2 milímetros. Entonces, si convierto las líneas al acostumbrado sistema métrico decimal y parafraseo la descripción de la vía biliar, quizás resulte más comprensible: se observan cálculos en algunas ramas intrahepáticas de los conductos biliares; en la vesícula biliar de pared algo engrosada, junto con escasa bilis verde y espesa se observan 20 cálculos facetados, negruzcos, que varían entre 2 y 12 mm; el conducto hepático y el colédoco proximal dilatados, alcanzan 12 mm de diámetro aunque en sus 4 cm distales el colédoco recupera sus dimensiones naturales. Un cálculo redondo de 10 mm de diámetro obstruye la luz coledociana en su tercio medio, está libre y suelto y por encima de él no hay retención de bilis ni exudados (estas anomalías se esquematizan en la figura 1).

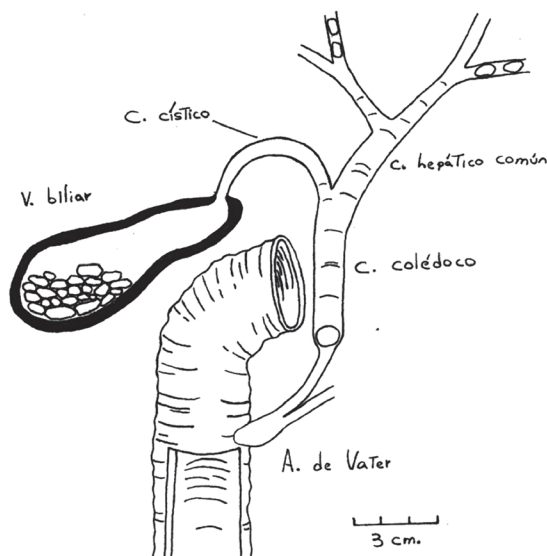


Figura 1. Árbol biliar en la autopsia de Santander

CONCLUSIONES

El análisis de la descripción macroscópica permite proponer los siguientes diagnósticos:

- 1) Hepatocolecistocolitiasis.
 - a) Dilatación del conducto hepático y del colédoco proximal (12 mm) secundaria a obstrucción crónica litiásica.
 - b) Colecistitis crónica.
 - c) Ictericia generalizada.
 - d) Trasudación subcapsular focal de bilis. ¿Bilioma subhepático?
 - e) Diátesis hemorrágica: estómago (180 mL) y pared intestinal.
- 2) Congestión de la mucosa duodenal proximal.
- 3) Úlceras linguales iatrogénicas.
- 4) Congestión pulmonar basal (hipostática) con focos bronconeumónicos bilaterales.
- 5) Adherencias pleurales antiguas a nivel de la sexta costilla izquierda.

COMENTARIO

Sin duda, la descripción de la vía biliar corresponde a una hepatocolecistocolitiasis, causa de la ictericia obstructiva y de la dilatación del colédoco, sin colecistitis aguda, pero con engrosamiento de la pared vesicular, un signo constante en la inflamación crónica. El color “*más oscuro*” del hígado refleja la colestasis y “*la trasudación de la bilis*” es un raro hallazgo que podría corresponder a un bilioma (10) (o biloma) subcapsular incipiente secundario a la obstrucción biliar; la lacónica descripción no permite la certidumbre.

El líquido gástrico negruzco similar al que el paciente vomitaba (posiblemente sangre parcialmente digerida, con una mucosa gástrica sana) y “*las estrías coloradas oscuras*” en las paredes intestinales, se podrían explicar por una diátesis hemorrágica debida a una deficiencia de la liposoluble vitamina K necesaria para la síntesis de los factores de coagulación II, V, VII y X en un paciente con cierto grado de disfunción

hepática, y su deceso se puede atribuir a una sepsis (probablemente por gramnegativos) secundaria a una colangitis grave (11) por la obstrucción biliar calculosa multifocal; a la sepsis puede sobreañadirse una coagulación intravascular diseminada incrementadora de la diátesis hemorrágica.

La notable congestión aguda y la friabilidad de la mucosa duodenal proximal (“*no resiste a la pinza*”) hacen pensar en una duodenitis aguda predecesora de úlceras de estrés que no alcanzaron a producirse o que, por incipientes, pasaron inadvertidas a los disectores; en cualquiera de los casos no cabe el diagnóstico anatómico. La atractiva posibilidad de una pancreatitis se excluye en la descripción tajante: el páncreas sin alteración.

En los pulmones se discernen dos cambios principales: 1) la congestión hipostática y 2) los focos de consolidación que alcanzan 1,5 cm, “*friable, sin crepitación*”, probablemente una bronconeumonía terminal. Con respecto a las adherencias pleurales en estrecha relación con la cicatriz en el hemitórax izquierdo, debo decir que no hay constancia histórica de que en el curso de su vida Santander hubiera sufrido una herida penetrante al tórax, hecho que no hubiera pasado inadvertido.

Y en cuanto a la prescripción de mercuriales, causa de la estomatitis ulcerada, solo cabe pedirle perdón al agonizante paciente por tamaño despropósito.

Es improbable que el cálculo que le regaló el señor de Narváez al doctor Patiño sea el mismo que los disectores describieron obstruyendo el colédoco con efecto de válvula pues difiere: en su forma, este es ovalado; en el color, “gris claro, amarillento” frente al “negruzco” predominante y, sobre todo, en su tamaño, 28 x 19 mm que triplica en su eje mayor y dobla en su eje menor al descrito como redondo de 10 mm y no entra holgadamente, ni longitudinal ni transversalmente, en el colédoco proximal dilatado de 12 mm. Es cierto que la hepatolitiasis, definida como la presencia de cálculos en los conductos hepáticos derecho y/o izquierdo o en sus tributarios independientemente de la presencia de colelitiasis o coledocolitiasis, es excepcional en la mitad occidental del mundo; sin embargo en 2010, Castaño (12) y asociados, de la Universidad de Antioquia y del Hospital Pablo Tobón Uribe, en un lapso de 8 años

describieron 53 casos, el 43 % en hombres cuya edad promedio fue de 50 años y cuyos síntomas cardinales fueron el dolor, la ictericia y la fiebre. Así, estamos frente al primer caso colombiano (neogranadino) de hepatocolecistocolocolitiasis, descrito en Bogotá en 1840 en el cadáver de quien en vida fue el General de División y expresidente de la Nueva Granada, don Francisco José de Paula Santander, uno de los creadores de la República de Colombia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Patiño JF. "El cálculo de Santander". *Trib Med* 1992;86(6):309-314.
2. Cervantes-Castro J, Rojas-Reyna GA. El mito de los cálculos inocentes. *Cir Ciruj*. 2001;69:92-6.
3. Otero-Ruiz E. Enfermedad y muerte del general Santander. *Boletín de Historia y Antigüedades*. 2008;95(840):107-122.
4. Forero H. Historia, Santander: El suplicio de un héroe. *Enfermedades del general*. *Rev Med*. 2006;28(1):50-3.
5. Guzmán Mora F. Últimos días, muerte y autopsia del General Santander. *Trib Med* 1992;86(6):333-6.
6. Martínez Zulaica A. Cólicos republicanos: patobiografía del general Santander. Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia; 1978.
7. Moreno de Ángel P. El final. En: Santander. Biografía. 4a ed. Planeta: Bogotá; 1990. p. 745-6.
8. Academia Colombiana de Historia. 1840-Muerte de Santander. Bogotá: Cromos; 1940.
9. Henao JM. Los últimos días del general Santander [Internet]. Bogotá: Escuela Tipográfica Salesiana; 1915 [2016 May 05]. Disponible en: <http://banrepcultural.org/sites/default/files/brblaa683621.pdf>
10. Guzmán E, Salazar Ventura S, Monge Salgado E. Bilioma subhepático: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Gastroenterol Perú*. 2008 Jul;28(3):282-5.
11. Boey JH, Way LW. Acute cholangitis. *Ann Surg*. 1980 Mar;191(3):264-70.
12. Castaño R, Matar O, Quintero V, Hoyos S, Restrepo JC, Correa G, et al. Evaluación del manejo interdisciplinario de una serie de 53 pacientes con hepatolitiasis. *Rev Col Gastroenterol*. 2010;25:128-36.

