

11709  
1-eg 33



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos  
I. S. S. S. T. E.**

**EVALUACIÓN DE COLECISTECTOMIA**  
Patología quirúrgica y Búsqueda de  
colecistectomías innecesarias

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
**C I R U G I A G E N E R A L**  
**P R E S E N T A :**  
**JORGE EDUARDO GONZALEZ JACOME**



**MEXICO, D. F.**

**1986**

**FALLA DE CIRCÓN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

EVALUACION DE COLECISTECTOMIAS. PATOLOGIA QUIRURGICA Y BUSQUEDA DE COLECISTECTOMIAS INNECESARIAS .....	I
Indice .....	II
Dedicatoria .....	III
Introducción .....	1
Revisión de las entidades patológicas encontradas 783 estudios histopatológicos consecutivos de vesículas extirpadas. ...	2
Objetivos .....	2
Material y métodos .....	3
Resultados .....	4
Discusión .....	14
Busqueda de colecistectomías innecesarias en una población seleccionada por la falta de una indicación indiscutible para colecistectomía. ....	17
Objetivos .....	17
Material .....	10
Métodos .....	20
Resultados .....	21
Discusión .....	27
Conclusiones. Discusión final .....	33
Resumen .....	34
Bibliografía .....	35

**DEDICATORIA**

Dedicado a todos los que le dan su importancia al trabajo de investigación en los hospitales nuestros. Si bien la mayoría de ellos no serán conocidos fuera del lugar donde se desarrollaron, formarán parte de nuestro acervo de conocimientos y nos ayudarán a tomar decisiones prácticas en nuestra práctica profesional.

A todos nuestros maestros que nos hacen ver, que la búsqueda y señalamiento de nuestros errores, más que el elogio de nuestros aciertos, nos hará mejores.

## INTRODUCCION

La colecistectomía es el procedimiento de cirugía mayor programada más frecuentemente realizado en este hospital.

En este hospital se extirpan entre 280 y 330 vesículas al año.

La patología vesicular más común en nuestras series quirúrgicas es la litiasis vesicular, que ocupa aproximadamente entre el 75% y el 80% de las indicaciones de colecistectomía.

En algunos periodos se han identificado series cortas en nuestra población de pacientes sometidos a colecistectomía, con una incidencia del 20% o más de vesículas alitiásicas.

Se ha sugerido que la presencia de esta alta incidencia de vesículas alitiásicas extirpadas es indicadora de colecistectomías innecesarias, pues en otras series publicadas en la literatura médica, la incidencia de vesículas alitiásicas va del 2.3% al 9.5% (Fox y cols, Lee y cols), y no hay razón para pensar que nuestra población sea especialmente diferente en cuanto a la incidencia de patología vesicular alitiásica.

Además, en la experiencia propia hemos participado en colecistectomías en las que no se corroboró la presencia de alteraciones macroscópicas en la vesícula extirpada, durante el acto quirúrgico. Y en no pocas ocasiones hemos encontrado pacientes en quienes la colecistectomía no resolvió la sintomatología (básicamente dolorosa), por la que se indicó la cirugía.

La presente tesis consta de dos partes, la primera, es un estudio descriptivo de la patología quirúrgica encontrada en los estudios histopatológicos de pacientes sometidos a colecistectomía en una serie amplia. La segunda parte es un estudio analítico de un grupo de pacientes en quienes se sospecha que la colecistectomía pudo haber sido innecesaria. Este grupo de pacientes ha sido extraído del total de las vesículas estudiadas en la primera parte de este trabajo.

REVISION DE LAS ENTIDADES PATOLOGICAS ENCONTRADAS EN 783 REPORTES DE ESTUDIO HISTOPATOLOGICO CONSECUTIVOS DE VESICULAS EXTIRPADAS EN EL HOSPITAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS DEL ISSSTE, DESDE ENERO DE 1983 A FEBRERO DE 1986.

## OBJETIVOS

El presente trabajo tiene como objetivo principal la revisión de los diagnósticos histopatológicos de las vesículas extirpadas en éste hospital para corroborar o descartar una alta incidencia de vesículas alitiásicas.

Como objetivos complementarios se plantea hacer una descripción completa y enumeración de los diagnósticos encontrados en ésta serie amplia de vesículas extirpadas.

## MATERIAL Y METODOS

Este estudio retrospectivo comprende la revisión de 703 reportes de estudio histopatológico de vesículas extirpadas en el hospital Lic. Adolfo López Mateos, desde enero de 1983 hasta febrero de 1986, / enumera además los diagnósticos encontrados.

El número de estudios histopatológicos efectuados en este período corresponde al 73% de las vesículas extirpadas (el resto de las colecistectomías efectuadas no cuenta con reporte histopatológico por falta de envío oportuno de las piezas quirúrgicas al servicio de patología, no hubo ningún criterio de selección voluntario).

En todos los casos se ha tomado el diagnóstico definitivo en los casos en que se han hecho reportes preliminares.

Los reportes de vesículas "alitiásicas" han sido corroborados mediante la revisión de las hojas de cirugía cuando la vesícula ha llegado abierta al servicio de patología, para evitar diagnósticos falsos de alitiasis.

Aquellos casos en que las vesículas han llegado abiertas a patología, y no se ha podido aclarar la presencia o no de litiasis mediante la revisión de la hoja quirúrgica del caso, han quedado como vesículas con alitiasis "dudosa".

Se han enumerado los diagnósticos de alitiasis, litiasis, tipo de colecistitis o ausencia de la misma, colesterosis, adenomiosis, colecistectomías por traumatismo, tumores de vesícula, colecistectomías incidentales, alteraciones de la motilidad y anomalías anatómicas.

En todos los casos se ha registrado edad y sexo de los pacientes, se han hecho revisión de algunas asociaciones cuando se juzgó de interés.

## RESULTADOS

El total de 783 reportes correspondían a una población de 100 hombres y 683 mujeres, con una relación de hombre-mujer de casi 7:1 a favor de las mujeres. Las edades variaron de 16 a 98 años con un promedio de 44.96 años.

es correspondían a **VESICULAS LITIASICAS.** De las 783 vesículas 607 tuvieron cálculos, es decir, el 77.52% del total de las vesículas revisadas. De esta población, 76 fueron hombres y 531 mujeres. La edad promedio para los hombres fué 49.41 años y para las mujeres de 44.27años. Los diagnósticos finales fueron los siguientes:

Litiasis con colecistitis crónica	75.4%
Litiasis con colecistitis aguda	8.1%
Litiasis con colecistitis crónica-aguda	14.8%
Litiasis sin colecistitis	0.7%
<hr/>	
Total de vesículas litiasicas (n=607)	100.0%

De éstas vesículas 104 se asociaron a colesterosis (el 17% de las vesículas son colesterolósicas), y en 13, la litiasis se asoció a adenomosis. En 9 de éstos casos se presentó neoplasia maligna, para un 1.14% de vesículas litiasicas con cáncer.

**VESICULAS ALITIASICAS.** Las vesículas ciertamente litiasicas fueron 140, lo cual es el 17.87% de las vesículas extirpadas. De esta población, 19 fueron hombres y 121 fueron mujeres (13.6% y 76.4% respectivamente). La edad promedio fué 45.63 años y los diagnósticos fueron los siguientes:

Alitiasis con colecistitis crónica	61.9%
Alitiasis con colecistitis aguda	5.1%
Alitiasis con colecistitis crónica-aguda	11.4%
Alitiasis y SIN COLECISTITIS	21.6%
<hr/>	
Total de vesículas sin litios	100.0%

De éstas vesículas alitiasicas (n=140), 11 solamente se asociaron a colesterosis (solamente el 7.8% de las vesículas alitiasicas son



**Población de vesículas estudiadas**

Vesículas litiásicas	607	77.52%
Vesículas alitiásicas	140	17.87%
Vesículas "dudosas"	36	4.61%
Total	783	100.00%

Hombres 100 Mujeres 683 Edad promedio 44.96 años

**Población de vesículas litiásicas**

Hombres	76	Edad promedio	49.41 años
Mujeres	531	Edad promedio	44.27 años
Total	607	Edad promedio	44.77 años

**Población de vesículas alitiásicas**

Hombres	24	Edad promedio	51.41 años
Mujeres	153	Edad promedio	42.74 años
Total	176	Edad promedio	45.63 años

colesterośicas). Y 2 vesículas presentaron adenomiosis (el 1.42% de las vesículas alitiásicas tienen adenomiosis). 3 vesículas alitiásicas tuvieron cáncer (el 2.14% de las vesículas alitiásicas tuvieron cáncer). Todas las disquinesias y anomalias anatómicas se presentaron en éste grupo, o en el de vesículas alitiásicas "dudosas", que enunciaremos a continuación.

VESICULAS ALITIASICAS "DUDOSAS". Este es un grupo pequeño de vesículas sin litios, pero al llegar a patología ya estaban abiertas. Además en estos casos no se pudo tener acceso a los expedientes clínicos para corroborar si el cirujano extra  cálculos de la vesícula. Son 36 vesículas: dos con colesterosis, una con cáncer, y una disquinetica.

VESICULAS CON COLECISTOSIS. De la 783 vesículas estudiadas 150 presentaron Colesterosis, para hacer un 19.2% de vesículas colesterolósicas dentro de todas la vesículas extirpadas. La población correspondiente de vesículas colesterolósicas fué de 42 hombres y 104 mujeres con edad promedio de 44.02 años. El 92% de las vesículas colesterolósicas se asociaron a la falta de litios. La adenomiosis en todas sus formas (focal, difusa o formando un verdadero adenomiona) o la sola descripción de divertículos (pseudo), también llamados senos Rokitansky-Aschoff, se encuentran presentes en 110 de los reportes histopatológicos. Esto significa un 14% de vesículas en ésta serie. Los pacientes con diagnóstico de adenomiosis fueron 15, todos ellos mujeres, y los que presentaron senos de Rokitansky-Aschoff 95. Los senos de Rokitansky-Aschoff se presentaron asociados a vesículas litiásicas en el 82% de los casos. La adenomiosis se presentó en el 1.66% de todas la vesículas extirpadas de la serie que revisamos.

VESICULAS CON LESION TRAUMATICA. En éste grupo solo hay una vesícula extirpada por lesión traumática (herida penetrante) en una mujer de 40 años de edad.

VESICULAS CON TUMORES BENIGNOS. Este grupo ha sido muy reducido, consta de los siguientes casos: Un neurofibroma plexiforme del cuello de la vesícula, en una mujer de 90 años. Dos pólipos de colesterol

**Vesículas con colesterolesis.**

Hombres 46

Mujeres 104

Edad promedio global 43.84 años

150 = 19.1% del las vesículas extirpadas

**Vesículas con colesterolesis y litiasis**

Hombres 42 Edad promedio 42.32 años

Mujeres 95 Edad promedio 52.66 años

Total 130 = 92% de las vesículas  
colesterolósicas

**Vesículas con colesterolesis sin litiasis**

Hombres 4 Edad promedio 61.6 años

Mujeres 9 Edad promedio 52.66 años

Total 13 = 8% de las vesículas  
colesterolósicas

Vesículas con senos de Rokitansky-Aschoff, y/o adenomiosis.

Adenomiosis en todas sus formas incluso solo Senos de R-A de distribución generalizada. Edad promedio 40.1 años	100=14% de todas las vesículas
Adenomiosis segmentaria y/o localizada (adenomiosis propiamente o adenomioma) Edad promedio 47 años	15 (todas mujeres)
Adenomiosis con litiasis	13
Adenomiosis sin litiasis	2
Senos de Rokitansky-Aschoff 95 Edad prom 40.1	
Hombres	14 Edad prom 47.6
Mujeres	81 Edad prom 40.4
Senos de R-A con litiasis	78
Senos de R-A sin litiasis	17

en mujeres de 51 y 61 años. Un pólipo descrito solo en el estudio macroscópico de pieza que no contó con estudio microscópico (?). Un pólipo inflamatorio.

VESICULAS CON TUMORES MALIGNOS. En este grupo se encontraron 13 casos, 2 son hombres y 11 son mujeres, con un promedio de edad de 64.2 años, con rango de 54 a 70 años. De ellos solo en 4 se hizo el diagnóstico transoperatorio, solo se sospechó preoperatoriamente en uno. En los otros 9 el diagnóstico fue postoperatorio (siendo el paciente visto ya en la consulta externa de control postoperatorio). Todos los cánceres correspondieron a Adenocarcinomas, 5 fueron IN SITU, 2 llegaban a la capa muscular y 6 infiltraban serosa o comprometían el lecho hepático, o el borde de sección cístico.

VESICULAS CON TRASTORNOS MOTORES O ALTERACIONES ANATOMICAS. Por el carácter de las entidades involucradas, en este grupo no hay corroboración histopatológica. Se identificaron los casos por el diagnóstico mencionado de envío de pieza quirúrgica y en otros se captó el diagnóstico del expediente clínico. Se trata de 9 casos de los cuales 4 fueron anomalías motoras (vaciamiento nulo, del 50, 20 y 20% en cada caso, del volumen inicial en la colecistografía oral con prueba de vaciamiento después de 60 minutos de ingesta de comida de Boyden). Las otras 5 alteraciones (anatómicas), fueron: una estenosis de cístico sin causa aparente en vesícula alitiásica, un cístico redundante (en fideo), dos vesículas de este grupo con pliegue congénito transverso (deformando la vesícula en "gorro frigio"). Todas las vesículas de este grupo fueron mujeres y la edad promedio fue de 42.8 años.

VESICULAS INCIDENTALES. Bajo esta denominación agrupamos 15 vesículas extirpadas por necesidades técnicas en otro procedimiento de cirugía o como parte de un procedimiento para tratar otra patología a sabiendas de que no se estaba operando una vesícula enferma. Aquí encontramos 2 úlceras de canal pilórico adheridas a vesícula (úlceras pépticas). 4 pacientes con derivación biliar externa para tratar ictericia maligna, 4 vesículas de procedimientos Lawson para manejo de complicaciones de pancreatitis severas. una vesícula con absceso contiguo como complicación de

Tumores de Vesícula. Malignos.

Q 869-85	f-70-L	AdenoCa poco dif. de fondo vesicular in situ.
Q -2833-83 383-05565/3	f-63-A	AdenoCa Mod. dif. con areas Mucoproducor in situ.
Q -3156-83 383-12412/2	f-64-L	AdenoCa Med. dif. infiltrante a la capa muscular localizado a cuerpo.
Q -3501-83 383-14074/6	f- -A	AdenoCa bien dif. Papilar con comp anaplástico de Cel gigantes. del fondo vesicular c infiltración a higado, borde con tumor.
Q -4325-83 383-16468-3	m- -L	AdenoCa in situ del cuerpo
Q -4914-83 383-18118/5	m- -A	AdenoCa med dif. c areas mucoproducoras. infiltrante
Q -1417-84 383-19501/	f- -L	AdenoCa in situ papilar
Q -2147-84 384-07900/6	f- -L	Carcinoma in situ del fondo
Q -3026-84	f-66-L	Carcinoma Adenoescamoso polipode medianamente diferenciado, infiltra todas las capas. Hay tumor en bordes de sección y en toda la vesícula
Q 4168-84 PIBS-370713	f-54-L	AdenoCa Mod dif. y células en anillo de sello. Invasión a toda la pared y extensión a borde de sección de cístico
Q -1251-85 130706	f- -L	AdenoCa mod. dif. mucoproducor c celulas en anillo de sello invasor a grasa pericística.
Q -2731-85 PERS-570513/6	f-68-L	AdenoCa Mod dif que invade serosa y lecho hepático.
Q -1139-84	f- -A	AdenoCa de vesícula con area de Ca epidermoide bien dif.

Vesículas con tumores benignos.

masc-97	Neurofibroma plexiforme de cuello de la vesícula.
Fem-61	Pólipo de colesterol en cuello vesicular
Fem-49	Pólipo (inflamación crónica y fibrosis)
Fem-51	Pólipo de colesterol.
Fem-33	Pólipo en fondo vesicular 1cm sin Dx
Total	5 vesicular con tumor benigno

Vesículas "incidentales"

2	Úlcera duodenal o prepilórica adherida a vesícula
4	Derivación biliar por Ca de Páncreas
1	Adherencias colecistoduodenales después de cirugía repadora de duodeno con trauma, complicada con dehiscencia y sepsis
1	Absceso pancreático
1	Absceso hepático
1	Colecistomía profiláctica a la vez que esplenectomía, por esferocitosis.
4	Procedimiento de Lawson para tratamiento de pancreatitis severas.
1	Pseudoquistes pancreáticos en ligamento colecistoduodenal.
15	Total de vesículas incidentales

Vesículas con alteraciones de la motilidad y  
anomalías anatómicas

- Fem 42 Disquinesia vesicular: no vacía post-Boydén. Alitiasis.  
Fem Disquinesia. Vesícula vacía solo 50% post-Boydén. No litos.  
Fem Disquinesia. Vesícula vacía solo 20% post-Boydén.  
Fem Disquinesia. Vesícula vacía solamente el 20% post-Boydén. vesícula intrahepática  
Fem Estenosis de conducto cístico (primaria?)  
Fem 56 S. Cístico (cístico acodado).  
Fem 35 S. Cístico (cístico redundante enfideo)  
Fem 40 Vesícula tabicada (gorro frigio)  
Fem 41 Vesícula tabicada (gorro frigio)



una cirugía sobre duodeno traumático, una vesícula con absceso pancreático, un absceso hepático y una colecistectomía profiláctica en paciente esplenectomizado por Esferocitosis.

## DISCUSION

Iniciaremos nuestra discusión haciendo mención de que las series publicadas por otros autores habitualmente no son comparables exactamente, por ser la mayoría de éstas, series depuradas. Así, hay estudios de correlación clínico-patológica de colecistectomías por colecistitis, ó por colecistitis crónica, ó por colecistitis aguda, ó por colecistitis litiasica, ó alitiásica, etc., pero no incluyen verdaderamente todas las colecistectomías (no hay reportes de colecistectomías con diagnósticos de solo adenomiosis, o solo colesterolesis y mucho menos vesículas sin alteraciones patológicas). Parece que son series de servicios infalibles. Nuestra serie presentada incluye colecistectomías consecutivas sin ninguna exclusión original precisamente porque nuestra intención es buscar errores, mediante la identificación de diagnósticos alternativos.

Ahora bien, comentando los hallazgos de nuestra serie encontramos: SI TENEMOS UNA INCIDENCIA DE VESICULAS ALITIASICAS POR ARRIBA DE LAS TASAS REPORTADAS EN OTRAS SERIES, tanto en series antiguas como recientes.

En cuanto a las series más recientes, Fox y cols., de Nueva York, reportan el 2.3% de las colecistitis agudas como alitiásicas (1984). Lee y cols. reportan el 8% de todas efectuadas de 1981 a 1982 (n=262), como alitiásicas. Y la mayoría de los textos de cirugía actual (Christopher, Shuartz, etc) tienen por normal una incidencia incluso de hasta el 10%. De las series más antiguas: Nasio, en su Tratado de Gastroenterología refiere una incidencia de 10% de vesículas alitiásicas en colecistitis aguda y hace mención de Berck del grupo de Bockus con una incidencia del 8% de vesículas alitiásicas.

En nuestra serie la incidencia de vesículas alitiásicas es del 17%, y esto aún no incluyendo los casos de vesículas alitiásicas "dudosas" (en que el cirujano envía al servicio de patología una vesícula abierta y no especifica en su nota operatoria si encontró cálculos en su interior o no. Estas colecistitis alitiásicas dudosas podrían elevar la incidencia de colecistitis alitiásicas hasta un 20% del total de veículas extirpadas).

Hasta aquí se cumple el primero de los objetivos y que es el principal de ésta primera

parte del trabajo.

En cuanto al estudio del perfil de la patología quirúrgica de la vesícula biliar (objetivo complementario), encontramos lo siguiente:

Vesículas con colelitos. La Colesterosis en las series presentadas en el tratado de Gastroenterología de Bockus de 1968, que son revisiones de la serie de Cimino, Illingworth, Lewis, y Womack, encuentran una incidencia de colesterosis en vesículas extirpadas que va del 9% al 20%. Zolinger en 1979 reporta un 1/6 en las colecistectomías (16.6%). Las series más recientes no muestran cambios importantes. En la serie del hospital Lic A. López Mateos que presentamos, la incidencia de colesterosis es similar a la de todos estos reportes: 19.15%. Algunas series como las de Judd y Mentzer referidas por Bockus refieren 50% de vesículas colesterolóticas litiasicas y 50% de vesículas colesterolóticas litiasicas. En nuestra serie el 92% de las colesterosis se presentaron en vesículas litiasicas, y no tenemos una explicación para esta diferencia. La Adeniosis por algunos autores está reportada en el 93% de las vesículas extirpadas, e incluso esto ha sido tomado por algunos como suficiente para calificar a la presencia de senos de Rokitansky-Ashoff como una lesión patognomónica de colecistitis. Sin embargo, Ferguson y Robertson citados en la Gastroenterología de Bockus encuentran hasta el 50% de las vesículas aparentemente sanas (de autopsia), con adeniosis. La diferencia entre las series que reportan alta o baja incidencia de adeniosis probablemente se deba al diferente grado de acuciosidad con que se investiga la presencia de estas lesiones. Las Lesiones Traumáticas de vesícula tienen una incidencia muy baja y seguramente se deba a la incidencia tan baja en nuestro hospital, de pacientes lesionados en accidentes o violencias. Los Tumores Benignos, están reportados en nuestra serie en una magnitud menor de la esperada. Los tumores más comunes de vesículas y benignos son los papilomas. En nuestra serie no hay ningún caso reportado. Adenomas solo se identificaron 2 (han sido incluidos en la estadística de adeniosis). La incidencia de esta lesión es de alrededor de 0.72% según Bockus, y en nuestra serie es de 0.25%. Los Tumores malignos en nuestra serie es del 1.65 y en mayores de 50 años en esta misma serie la incidencia es del 4.8%. En series de Waneboy cols,

referida por Glenn y cols, la incidencia en vesículas extirpadas es de 0.03%; en mayores de 50 años es del 3.8, y en mayores de 60 años es de 8.8%, de manera que nuestra serie es similar a los reportes de otras series en cuanto a éste concepto. Las alteraciones de la motilidad en nuestra población son muy pocas pero solo se han investigado en una parte de la población (en los pacientes con vesículas alitiásicas) de manera que su verdadera magnitud no se conoce con certeza.

BUSQUEDA DE COLECISTECTOMIAS PROBABLEMENTE  
INNECESARIAS EN UNA POBLACION SELECCIONADA POR LA  
FALTA DE UNA INDICACION INDISCUTIBLE DE  
COLECISTECTOMIA.

### OBJETIVOS

El presente trabajo tiene por objeto la búsqueda de pacientes con falta de alivio de sus síntomas básicamente dolorosos después de la colecistectomía, ó con hallazgo de otra patología que la sospechada durante el transoperatorio, como dos formas de evidencia de que la colecistectomía tenía una indicación equivocada.

También se identificará en lo posible, la patología encontrada como subyacente asociada a la colecistopatía diagnosticada y que probablemente era la causa de la sintomatología.

## MATERIAL.

Se ha hecho una selección muy particular de la población a estudiar, por varias causas. Para iniciar se ha tomado toda la población de la serie estudiada en la primera parte de esta tesis (783 colecistectomías con reportes histopatológicos consecutivos), y de ésta se han excluido todas las vesículas litíasicas porque en ellas hay evidencia de una indicación indudable para la colecistectomía (la colelitiasis). En los casos de litiasis, los pacientes operados son egresados del servicio rápidamente, a pesar de que pudieran continuar con síntomas dolorosos abdominales imprecisos, puesto que la colelitiasis está resuelta y el manejo de otras patologías dolorosas abdominales ya no son incumbencia del servicio de cirugía. Pasan a las consultas de Medicina familiar, Gastroenterología, etc., por ello, es imposible hacer un estudio retrospectivo en esta población buscando persistencia de sintomatología dolorosa abdominal. Las vesículas incidentales mencionadas en la primera parte de este trabajo han sido consideradas por principio como inevitables de manera que no pueden ser incluidas dentro del grupo de ser sospechosas de ser innecesarias, también se han excluido. Las vesículas con cáncer, sin lugar a dudas e independientemente de que se haya sospechado el diagnóstico desde el preoperatorio o no, son justificadas y al igual que los tumores benignos (que solo podrían diferenciarse con certeza por biopsia), han sido excluidos. Las vesículas postraumáticas también se excluyeron del grupo de sospechosas de ser colecistectomías innecesarias.

Las vesículas excluidas finalmente son 633 de las 783 y se enlistan a continuación:

De las vesículas alitiásicas:	
Las vesículas incidentales	14
Las vesículas con cáncer (el resto de las vesículas con cáncer están incluidas en las vesículas litíasicas)	4
Las vesículas con traumatismo	1
Las vesículas con pólipos	4
Las vesículas con adenomioma	2
Total de vesículas eliminadas	633

De esta manera las vesículas incluidas en este grupo "sospechoso" son: 87 vesículas con diagnóstico de colecistitis alitiásica, mas otras 28 vesículas con diagnóstico mismo de colecistitis alitiásica pero con cambios inflamatorios especialmente leves, focales o mínimos (aquí se incluyen las vesículas alitiásicas dudosas). Se incluyen las 10 anomalías anatómicas o disquinesias por ser una indicación subjetiva y no universalmente aceptada de colecistectomía. Finalmente se incluye un grupo de vesículas sospechosas de ser innecesarias por tener un reporte histopatológico de vesícula sin alteraciones patológicas. En total se incluyen 150 vesículas dentro de este grupo de sospechosas. De estas 42 no tuvieron expediente accesible por lo que el grupo de vesículas estudiado fué de 108.

115 vesículas con colecistitis crónica alitiásica
10 vesículas con alteraciones anatómicas o disquinesias
9 vesículas con "solo colesterolesis"
16 vesículas "sin alteraciones"
150 vesículas en total.
-42 vesículas sin expedientes accesibles
108 vesículas estudiadas.

## MÉTODOS

Se revisaron los expedientes clínicos de la población sospechosa buscando en la hoja de cirugía, hallazgos de otro diagnóstico diferente de el de colecistopatía. También se buscó en las notas de evolución postoperatoria la persistencia de sintomatología (básicamente dolorosa), es decir, la falta de alivio de la sintomatología que motivó la indicación de colecistectomía, y a la vez la búsqueda del diagnóstico con el que se pudo haber confundido el diagnóstico de colecistopatía, o que estaba asociado a la misma. Se enlistaron los resultados y se compararon con otras series reportadas en la literatura de estudios similares.



### RESULTADOS

Dentro del grupo de colecistitis crónica aguda alitiásica leve, mínima, o focal, se encontraron 11 pacientes sin alivio de su sintomatología, y en ellos se encontró la siguiente patología asociada:

- 5 pacientes con colitis, 4 de los cuales presentaban al menos 2 copros - con ambas.
  - 1 leiomioma uterino
  - 1 hernia umbilical
  - 1 hepatitis alcohólica
  - 1 litiasis renoureteral derecha
  - 1 síndrome de compresión radicular cervicotorácico
  - 1 paciente probablemente simulador (múltiples patologías médicas y quirúrgicas, colecistectomía con vesícula sin alteraciones y - apendicectomía con apéndice sin alteraciones).
- » 11 pacientes sin alivio de su sintomatología en total, de 78 casos incluidos

Dentro del grupo de colecistectomías con vesículas también alitiásicas pero especialmente con inflamación solo leve, mínima, o focal:

- 1 paciente con hernia hiatal
  - 1 quiste de ovario
  - 1 paciente con hernia hiatal y funduplicación de Nissen
  - 1 paciente con litiasis renoureteral recurrente y Infección de vías urinarias
  - 1 paciente con síndrome disentérico (con tratamiento antiparasitario
- »»» 5 pacientes en total: 2 con error en el diagnóstico descubierto en el transoperatorio y 3 sin alivio de la sintomatología, en un grupo de 28 vesículas operadas.

Dentro del grupo de vesículas operadas

por alteraciones anatómicas o disquinesias:

1 colitis parasitaria  
1 duodenitis probablemente giardiásica  
2 pacientes en total, con ausencia de alivio  
de su sintomatología dentro de un  
grupo que incluye 10 vesículas.

Dentro del grupo de vesículas con "solo  
colesterosis"

2 paciente con colitis parasitaria  
1 paciente con miomatosis uterina  
1 paciente con hepatitis activa (asociada  
a esplenomegalia)  
1 paciente con duodenitis giardiásica  
5 pacientes en total dentro de un grupo de  
9 vesículas.

Dentro del grupo de vesículas "sin  
alteraciones", se encontró:

3 pacientes con litiasis pieloureteral  
1 Úlcera péptica con diagnóstico endoscópico  
y radiológico.  
1 duodenitis probablemente giardiásica  
1 enfermedad ulcerosa mas colitis  
1 divertículo de Meckel  
7 pacientes en total, sin alivio de dolor o  
con diagnóstico equivocado detec-  
tado durante transoperatorio den-  
tro de un grupo de 16 vesículas.

Vesículas con colecistitis crónica

No. Sexo Edad	Hallazgos transoperatorios de vesícula y otros de importancia.	Evolución postoperatoria	Alta Se- guido
1-F-22	Trans: no adherencias	Dolor, Pujo y tenesmo copro con endolimax nana y amiba recibió tto medico. _____	alta ok 44 d
2-F-34	Trans: no alteraciones de vesícula	Leiomiomas subserosos y adenomiosis uterina (histerectomía 7 meses después de colecstect.)	pasa a B/O 210 d
3-F-36	No se menciona	Hernia umbilical no reparada continúa sin cambios. 8 meses después; Plastia umbilical y desaparecen síntomas.	alta ok 294 d
4-F-26	Vesícula sin alteraciones.	PO persiste dolor. Dx. Colitis + Gastritis se egresa sin cambios de sus síntomas originales.	pasa a Med Fam. 240 d
5-F-49	Dx preO Colitis amibiana + CCL + Pbe. disquinesia. Trans: Vesícula con adherencias.	PO sigue con dolor. Dos copros con amiba y endolimax nana. Se da tratamiento médico.	alta 400 d
6-F-35	Trans: Vesícula alitiásica, no se especifica mas.	En PO inmediato persiste el dolor 3 copros positivos amiba. tto médico.	per- dida 3 d
7-M-33	Trans: Vesícula sin alteraciones. Cirrosis biopsia transop. con hepatitis alcohólica.	Se envía a gastro con Dx Hepatitis alcohólica activa.	14 d
8-F-34	Trans no adherencias.	Enfermera mas de 10 diagnósticos, 4 cirugías (apéndice y vesícula sanos)	14 d
9-F-54	Trans no adherencias.	Espondiloartrosis. síndrome de compresión radicular. C5,6,7.	pasa Neuro 9 d

10-F-33	Trans: Vesícula con adherencias	PD. continúa con dolor. Dx Gastroenteritis, Colitis inespecífica. Amibiasis intestinal.	30 d
11-M-33	Trans: Vesícula en gorro frigio	Hematuria franca 30 días antes de colecistectomía PD persiste el dolor. Dx litiasis pieloureteral recurrente.	pasa a Uro ?

11 colecistectomías con síndrome doloroso persistente después de colecistectomía, o error diagnóstico corroborado en el transoperatorio.  
30 colecistectomías sin expediente con información completa  
46 colecistectomías sin evidencia de error ni persistencia de dolor.

**87 Vesículas en Total**

Diagnósticos de vesículas con colecistitis "leve, focal o mínima"

No. Sexo Edad	Hallazgos transoperatorios de vesícula y otros de importancia.	Evolución postoperatoria	Alta Se- guido
1-F-40	Vesícula con escasas adherencias. Quieste de ovario derecho. ooforectomía.	sin otra patología	Alta 19 d
2-F-36	Trans: Vesícula sin alteraciones Hernia de hiato.	Funduplicación de Nissen en la misma cirugía	alta ok 46 d
3-F-34	Trans: vesícula sin alteraciones	No cambia su cuadro con la cirugía. Antecedente de pielolitotomía. IVU persistente documentada	Pasa a Uro 180
4-F-40	Trans: Adherencias colecisto-duodeno-colónicas. Linfangioma carbenoso de páncreas	Sin otra patología	Per- dido 4
5-M-43	Trans: vesícula sin adherencias	PO dx de hernia hiatal con reflujo G-E importante. Se da tto médico	alta 28 d
6-F-43	Trans: vesícula sin alteraciones	Durante hospitalización, diarrea pujo y tenesmo; colon doloroso. Dx colitis, tto médico.	Alta ok 71 d
7-F-32	Nódulo en fondo vesicular. No se aclaró su identidad	Sin otra patología	Alta ok

7 colecistectomías con síndrome doloroso persistente después de colecistectomía, o error diagnóstico corroborado en el transoperatorio.

16 colecistectomías sin expediente con información completa

5 colecistectomías sin evidencia de error ni persistencia de dolor.

28 vesículas en Total

Diagnósticos de vesículas con "solo colesterolesis"

No. Sexo Edad	Hallazgos transoperatorios de vesícula y otros de importancia.	Evolución postoperatoria	Alta Se-guido
1-F-44	Trans: Algunas adherencias colecisto-duodeno-colónicas.	PO continúa dolor. 3 copros con amiba y giardia. Egres a aún con dolor.	4d
2-F-48	Trans: Vesícula con múltiples adherencias.	Miomatosis uterina. Persiste colitis rebelde. Bajo tratamiento en Gastroenterología.	Alta 21d
3-F-38	Trans: Adherencias colecisto-duodenales.	A los 30 días PO, dx de absceso hepático. No se corrobora. Biopsia hepática a 30 y 60 días con dx hepatitis	480d
4-F-25	Trans: Vesícula normal	PO continúa con dolor. 3 copros con endolimax nana y giardia. Rx duodenitis. Dx final duodenitis.	690d
5-F-44	Trans: Escasas adherencias.	PO continúa con episodios de dolor similares. 4 copros con amibas.	Pase a Med Fam 63d

5 colecistectomías con síndrome doloroso persistente después de colecistectomía, o error diagnóstico corroborado en el transoperatorio.

2 colecistectomías sin expediente con información completa

2 colecistectomías sin evidencia de error ni persistencia de dolor.

9 vesículas en Total

Diagnósticos de vesículas con disquinesia o alteración anatómica

No Sexo Edad	Hallazgos transoperatorios de vesícula y otros de importancia.	Evolución postoperatoria	Alta Seguimiento
1-F-33	Trans: Adherencias abundantes. Vesícula tabicada; gorro frigio	Sin patología asociada	Alta ok ?
2-F-35	Trans: Vesícula sin adherencias "Empotrada"	Sospecha de pancreatitis No se corrobora. Si colitis parasitaria.	Pasa a MF 55d
3-F-46	Vesícula en gorro frigio	Sin patología asociada	Alta ok 75d
4-F-53	Trans: Cístico redundante, acodado.	Sin patología asociada	Alta ok 64d
5-F-?	Trans: Cístico largo, acodado.	Se desconoce	? 64d
6-F-41	Trans: Vesícula 15 cm. y péndula.	Sin patología asociada	Alta ok 80d
7-F-40	Trans: Vesícula con adherencias abundantes	Bacteriuria persistente. Tratamiento médico.	Pasa a Med Fam 77d
8-F-?	Vesícula sin alteraciones.	Sin patología asociada	Alta ok 16d
9-F-?	Estenosis del cístico Vesícula engrosada.	Sin patología asociada.	Alta ok 21d

2 colecistectomías con síndrome doloroso persistente después de colecistectomía, o error diagnóstico corroborado en el transoperatorio.

1 colecistectomías sin expediente con información completa

7 colecistectomías sin evidencia de error ni persistencia de dolor.

10 vesículas en Total

Diagnósticos de vesículas "sin alteraciones"

No. Serie Edad	Hallazgos transoperatorios de vesícula y otros de importancia.	Evolución postoperatoria	Alta Seguimiento
1-F-39	Trans: Vesícula normal. Quiete de ovario derecho.	Litiasis renal derecha, con hematuria macroscópica.	Pasa a Uro 87d
2-F-42	Trans: Vesícula normal. Divertículo de Meckel.	Sin otra patología.	Alta en 30d
3-F-37	Trans: "Adherencias del ligamento hepatoduodenal que traccionan al cístico".	Litiasis ureteral derecha Síndrome Ulcero-péptico Rebelde aún después de 2 años. Tto médico.	2 años
4-F-40	Trans: Vesícula normal.	Litiasis pieloureteral derecha durante su hospitalización. Con IVU.	Pasa a Uro 20d
5-F-40	Trans: Adherencias colecistoduodenales.	En PO 60 días dx de úlcera pilórica. Corroborada por endoscopia y Rx. Bajo tratamiento médico.	60d
6-F-35	Trans: No se menciona. Apendicectomía (apéndice sano).	Un año posterior es operada y ahora si desaparecen los síntomas.	? 15d
7-F-2	Trans: Vesícula normal.	Sigue con dolor. SEGD: duodenitis. 3 copros con giardia. Tto médico.	30d
8-F-54	Trans: Vesícula con adherencias a colon.	Dx desde prep. de colitis espástica ve enfermedad ulcerosa. Tres copros con amibas.	84d

3 colecistectomías con síndrome doloroso persistente después de colecistectomía, o error diagnóstico corroborado en el transoperatorio.  
 8 colecistectomías sin expediente con información completa  
 5 colecistectomías sin evidencia de error ni persistencia de dolor.  
 16 vesículas en Total



Los resultados de esta investigación son particularmente difíciles de evaluar, iniciaremos con una discusión de la elección de la población estudiada.

Ya mencionamos que la no inclusión de vesículas litiasicas se debe a que en estos pacientes el seguimiento es imposible y los datos de control postoperatorio son muy pobres.

Las vesículas alitiásicas se han tomado como especialmente sospechosas por la alta incidencia de vesículas alitiásicas en nuestra serie. La inclusión de vesículas "sin alteraciones" histopatológicas no merece más aclaración en cuanto al haber sido consideradas como sospechosas. Las disquinesias y colesterosis se incluyeron porque las primeras son muy subjetivas y las segundas son hallazgos comunes en series de autopsias en vesículas aparentemente normales.

Es obvio que no estudiando TODOS los expedientes de colecistectomias dejaremos fuera diagnósticos de NO alivio de sintomatología con el procedimiento pero suaval estudio esta fuera de posibilidades si no se hace al respecto un estudio prospectivo.

Por otra parte han sido incluidos los pacientes como sin alivio de su sintomatología cuando los síntomas dolorosos fueron descritos por los pacientes como LOS MISMOS, que antes de la cirugía.

También es importante señalar que la sintomatología dolorosa en muchas ocasiones antes de la cirugía fué episódica o única de manera que la presentación de PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGIA, podría ser mayor de lo encontrado, si los pacientes fueran seguidos por un periodo de tiempo más prolongado.

En total se encontraron 30 pacientes sin alivio de sus molestias dolorosas o con error diagnosticado por los hallazgos transoperatorios.

La patología asociada fué la siguiente:

- 10 Pacientes con colitis (9 parasitarias y  
1 disenteria sin dx etiológico)
  - 6 Pacientes con litiasis pieloureteral
  - 2 Hernias hiales
  - 2 Enf ulceropépticas
  - 2 Doudenitis giardiásicas
  - 2 Miomas uterinas
  - 2 Hepatitis activas
  - 1 Divertículo de Meckel.
  - 1 Hernia Umbilical
  - 1 Quiste de ovario derecho
  - 1 Síndrome de compresión radicular
  - 1 Paciente aparentemente simulador
- 31 Enfermedades asociadas (30 pacientes)

De éstos datos se concluye que la incidencia de colecistectomías probablemente innecesarias es de 28.7% en éste grupo seleccionado. Y si agregamos otras 3 vesículas sin alteraciones que no tuvieron expedientes accesibles. la incidencia podría aumentar hasta un 31.48% .

Pasemos ahora a comparar nuestra experiencia con otras series reportadas.

Los autores norteamericanos han englobado bajo éste tema a la patología dolorosa y/o dispéptica asociada a la pérdida de las funciones de la vesícula, como son la de concentración, acidificación, reservorio, control de la presión dentro de la vía biliar, etc. En el estudio de éstos pacientes han implementado el uso de la manometría de la vía biliar, y han encontrado presiones elevadas. Esto ha llevado a proponer la esfinterotomía como medida terapéutica, con lo que ellos mismos ha conseguido alivio de la sintomatología dolorosa en 60 a 70% de los casos. Otros autores como Robert-Tompson y como Touli, han utilizado la terapéutica con laxantes y antidepressivos también con resultados alentadores, hasta del 77% de alivio. Todo ésto parece estar

completamente al margen de nuestra experiencia pues lo más cercano a un síndrome postcolecistectomía verdadero fué un cístico remanente reseado (2cm de muñón) en todo el periodo de 3 años revisado.

Existe una experiencia un poco más cercana a la nuestra aunque no del todo semejante. Se trata de la revisión hecha por la Dra Cortina en el Hospital Dario Fernández del ISSSTE, en que revisa 621 colecistectomías y encuentra que en el 20% los resultados no son satisfactorios pues persiste la sintomatología dolorosa. Ella encuentra en todos sus casos, enfermedad asociada que explica los síntomas y que seguramente quedó confundida con la supuesta colecistopatía que motivo la cirugía. En su grupo no encontró ningún síndrome postcolecistectomía, e incluso pone en duda su existencia.

La patología asociada que encontro es la siguiente:

1.- Hernia hiatal	38.5%
2.- Ulcera duodenal	22.13
3.- Colon espástico	13.39
4.- Enfermedad diverticular de colon	9.01
5.- Gastritis	4.91
6.- Ca Gástrico	2.45
7.- Pancreatitis crónica	1.64
8.- Litiasis renal o pielo- nefritis	1.64

A continuación presentaremos nuestros resultados del presente trabajo:

1.- Colitis (9 parasitarias y una de etiología no determinada)	33.3%
2.- Nefrolitiasis	20.0
3.- Hernia hiatal	6.6%
4.- Enfermedad ulceropeptica	6.6%
5.- Duodenitis giardiasica	6.6%
6.- Miomatosis uterina	6.6%
7.- Hepatitis	6.6%
8.- Hernia umbilical	3.3%
9.- Quiste de ovario	3.3%
10.- Síndrome de compresion radicular	3.3%
11.- Probable "simuladora"	3.3%

Comparando nuestros resultados con los de la doctora Cortina, encontramos como ya comentamos, que no son similares, pareciera que nuestra poblacion fuera diferente. Por éste motivo hemos buscado en la literatura algún trabajo con resultados similares. Solo hemos encontrado una referencia, ha sido en la Gastroenterología de Nasio (Nasio, editorial Salvat, Barcelona). Este autor argentino, en el capítulo referente al síndrome postcolecistectomia, menciona que para hacer el diagnóstico primero hay que descartar patologia asociada que pueda estar enmascarada por los signos de colecistopatia, y que se evidencia despues de la cirugía al persistir los sintomas. En ésta referencia nos da los datos estadísticos pero si el orden decreciente de frecuencia de la patologia asociada y es el siguiente:

1.-	Nefrolitiasis
2.-	Úlcera Péptica
3.-	Colopatias o enteritis de delgado
4.-	Lesiones vertebrales
5.-	Ginecopatias
6.-	Radiculitis
7.-	Hernia del hiato
8.-	Hidronefrosis
9.-	Pancreatitis

Además cita como mucho menos frecuentes otros posibles diagnósticos diferenciales como intoxicación plúmbica, enfermedad coronaria, porfiria, y tabes gástrica.

Esta serie es más parecida a la nuestra. Finalmente debemos aclarar la utilidad de éstos datos. No ha sido posible evaluar la incidencia verdadera de éste problema (falta de alivio de los síntomas después de colecistectomía como evidencia de colecistectomía probablemente innecesaria) porque no se ha podido estudiar una serie completa de expedientes de pacientes colecistectomizados algún tiempo después de la cirugía. Este trabajo sería viable solo de manera prospectiva. Sin embargo los resultados de éste trabajo nos dan la pauta a seguir en el paciente con duda respecto al diagnóstico de colecistopatía sobre todo cuando no tenemos corroborada la presencia de litiasis es decir: hay que descartar colopatías, nefrolitiasis, hernia hiatal, etc.

#### CONCLUSIONES. DISCUSION FINAL.

Podemos concluir que la alta incidencia de vesículas alitiásicas en la población atendida en el servicio de cirugía del hospital regional Lic Adolfo López Mateos es evidencia de probables errores en el diagnóstico de síndromes abdominales dolorosos catalogados como colecistopatías.

La presente revisión no estima la incidencia verdadera de éste problema pero orienta a que hay que buscar intencionadamente los posibles errores de entre la población identificada como sospechosa (basicamente sin evidencia de litiasis).

Esta serie no reproduce los resultados de la Dra Cortina, que incluye un alto porcentaje de hernia hiatal como patología asociada al diagnóstico de resultados no satisfactorios después de colecistectomía. En nuestra serie la primera patología asociada fué colopatía con evidencia de parasitosis (amibiiasis), en segundo lugar nefrolitiasis. Estas dos causas suman más del 50% de la patología asociada encontrada.

## RESUMEN

Se presentan los resultados de un estudio descriptivo de la patología quirúrgica encontrada en una serie de 783 colecistectomías consecutivas, con reporte de estudio histopatológico. Se identificó una incidencia alta (17.87% contra el reconocido como normal de 2.5% a 10%), de vesículas alitiásicas. Se ennumeran además todos los diagnósticos reportados en estas vesículas. Además se estudia una población seleccionada extraída de ésta misma serie, que se escogió por la sospecha de probable colecistectomía innecesaria dada la ausencia de indicación indiscutible de colecistectomía. En éste grupo se encontró que el 28.7% persistieron con síntomas dolorosos después de la colecistectomía y en ellos se encontró en todos una patología asociada que explicaba sus síntomas desde su inicio. Las enfermedades asociadas tienen en primer lugar de frecuencia a colopatías parasitarias, y con las nefrolitiasis reúnen más del 50% de los casos. Otras patologías asociadas menos frecuentes fueron: Hernia hiatal, enfermedad ulceropéptica, duodenitis, miomatosis uterina, hepatitis, hernia umbilical, quiste de ovario, divertículo de Meckel, y Síndrome de compresión radicular.

Durante el tiempo investigado (3 años) en este mismo hospital solo se registró un verdadero síndrome postcolecistectomía, se trató de un muñón cístico remanente.

En nuestra experiencia la patología dolorosa abdominal postcolecistectomía no parece ser similar a la reportada como "síndrome postcolecistectomía"

## BIBLIOGRAFIA.

1.- Cortina y cols. ¿EL SINDROME POST-COLECISTECTOMIA. UN MITO? Rev. Mex de Gastroenterología, Dic 1984;50(4): .

2.- Hogan W J y cols. ABNORMALLY RAPID PHASIC CONTRACTIONS OF THE HUMAN SPHINCTER OF ODDI (Taquiodia). GASTROENTEROLOGY. 1983;84:1189.

3.- Lee, A.W, y cols. COLECISTITIS ACALCULOSA. Surgery Gynecology & Obstetrics, Jul 1984;159(2):33-5.

4.- Roberts-Tompson I.V. ¿ES LA ESFINTEROTOMIA ENDOSCOPICA EFECTIVA PARA EL ALIVIO DEL DOLOR DE ORIGEN BILIAR? Gastrointestinal endoscopy. 1985;31(6):370-3

5.- Shuman B.M. ¿QUE ES EL SINDROME POSTCOLECISTECTOMIA? Gastrointestinal endoscopy Dic 1985;31(6):401-2