

11209
1 ej 52

[Stamp]



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios Superiores
HOSPITAL GENERAL TACUBA
I. S. S. S. T. E.

COLECISTITIS ALITIASICA

TESIS DE POSGRADO

Para Obtener el Título
en la Especialidad de:

CIRUGIA GENERAL

Presenta:

Dr. Gerardo Ignacio Quiroz Bermudez





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

- I.- Introducción.
- II.- Justificación.
- III.- Objetivos
- IV.- Generalidades
- V.- Material y método
- VI.- Resultados y análisis
- VII.- Conclusiones
- VIII.- Bibliografía.

I N T R O D U C C I O N

Existe el reporte de la literatura mundial, el cual - marca que de todas las colecistopatías, solamente el 2-10% de los pacientes con enfermedad vesicular, corresponden a colecistitis alitiásica.

Se han detectado dos corrientes para tratar de resolver el problema que plantea el paciente que cursa con una colecistitis alitiásica, la primera es el tratamiento conservador, a base de dietas y medicamentos, y la segunda - es el tratamiento intervencionista, el cual va encaminado a practicar colecistectomía para el tratamiento y resolución de los síntomas.

Los defensores del tratamiento conservador aducen que la sintomatología que nos hace sospechar de una colecistopatía, en la mayoría de los casos procede de otros aparatos, por ejemplo gastrointestinales, psicógenos, aerofagia, colon irritable, estreñimiento crónico, úlcera intestinal y nefrolitiasis, y si a esto se agregan las fallas de colecistografía y ultrasonografía, se lleva al paciente a una operación de vesícula biliar, estando este órgano - sano y por lo tanto existiría la prevalencia de la misma sintomatología en el post operatorio.

La corriente intervencionista, esta basada fundamentalmente en el diagnóstico correcto por medio de la semiología y exploración del paciente, apoyado a su vez por estudios de gabinete como lo es la colecistografía y la ecosonografía, así como el diagnóstico histopatológico, donde se ve el patron infiltrativo linfocítico y plasmocítico - de las paredes de la vesícula biliar, de tal manera que una vez efectuada la colecistectomía, habrá buen éxito - con la desaparición de la sintomatología en el postoperatorio.

La corriente intervencionista además acepta que existe el riesgo en estos pacientes, de que la inflamación - vesicular siga en curso y que lleva hacia complicaciones, como lo es el piocolecisto o la gangrena de las paredes de la vesícula biliar, lo que aumentaría la morbi mortalidad de estos pacientes, y por lo consiguiente propone la intervención quirúrgica en un lapso corto desde el momento en que se detecta el problema.

El presente estudio esta dedicado a observar cual de los dos criterios es el adecuado y esta aplicado en nuestro medio es una población atendida en el Hospital General Tacuba ISSSTE, se valorará cual fué la conducta en nuestro hospital, así como los resultados dependientes de ella,

en un lapso de dos años, en los cuales se incluyen 100 -
pacientes con colecistopatías a los cuales se les practicó
colecistectomía, y de donde se sacará el porcentaje de co
lecistitis alitiásica.

Con el fin de llegar a un acuerdo, de cual es la con
ducta a seguir cuando se detecta una colecistitis alitiá-
sica, para disminuir la morbimortalidad de estos pacientes,
y de esta manera sean más productivos a la sociedad.

OBJETIVOS:

- I. Demostrar el porcentaje de colecistitis alitiásica diagnósticada con oportunidad.
- II. Estudio comparativo con lo encontrado en otros hospitales con patología similar.
- III Valorar los resultados obtenidos con una intervención quirúrgica a temprana con una tardía.
- IV Demostrar que el tratamiento de la colecistitis alitiásica es el quirúrgico.
- V Valorar la ventaja que existe en el manejo quirúrgico de la colecistitis alitiásica, en contra del manejo conservador.

JUSTIFICACION:

La demanda de manejo de pacientes que asisten a nuestra consulta, en busca de curación de su enfermedad, en los cuales se detecta que cursan con una colecistopatía de tipo alitiásico.

La temprana detección de su padecimiento, para formalizar un protocolo de manejo de nuestro paciente, además de poder impedir con tiempo la presencia de una complicación propia de la enfermedad, como es el piocolecisto, la perforación vesicular y la peritonitis consecutiva.

De esta manera podemos ayudar al paciente, con una intervención quirúrgica, que redundara en el beneficio para su salud, en el ahorro del tiempo de manejo intrahospitalario y por ende en la economía sistencial de los pacientes quirúrgicos.

Como se estableció en el primer Congreso de Gastroenterología, en Buenos Aires en 1948, el tratamiento de la colecistitis alitiásica fué quirúrgico con la desaparición de la sintomatología vesicular en el postoperatorio.

El país le proporciona una disminución de los días de incapacidad con una reintegración temprana a la actividad productiva de los trabajadores.

GENERALIDADES

Historia:-

La cirugía vesicular parece iniciarse en Gotinga en el año de 1802 con la intervención de F. Koning en dos - tiempos para el establecimiento de una fístula vesicular.

En el mismo año C. Langenbuch escindió por primera vez una vesícula en el Lazarus Krankenhaus de Berlín.

En 1868 J.C. Bobbs de Indiana había efectuado una colecistectomía, la cirugía se planeó para la extirpación - de un quiste de ovario.

La primera excéresis vesicular deliberada, se practicó en Estados Unidos en el año de 1886 en el St. Joseph Hospital, por medio de J. Chage. (8)

Bardelben hijo y H. Kolr trabajaron mucho sobre cirugía de vías biliares (1896-1903).

Willian Mayo en Washington en (1903), presentó una estadística sobre cirugía de vías biliares, con una mortalidad del 2%.

Kocher (1905) ideó el despegamiento duodenopancreático.

Kehr (1912) ideó la sonda en T para el drenaje coledociano.

Penrose (1919) puso en práctica el drenaje subhepático.

Blalock (1921) recomendó sistemáticamente para el tratamiento de las colecistopatías, la colecistectomía, cobrando gran auge.

Graham (1924) introdujo la colecistografía.

Mirizzi (1932) la colangiografía preoperatoria.

Glenn (1960) colangiografía en Jovenosa

Glenn (1962) Colangiografía percutanea transhepática (6)

La colecistitis crónica no calculosa, fué el único tema del orden del día del Primer Congreso Panamericano de Gastroenterología celebrado en Buenos Aires en Julio de (1948). En este congreso Crohn afirmaba que la colecistitis crónica no calculosa, no era muy frecuente y que se había exagerado en su importancia. Bockus manifestó a su vez que existían calculos en las operaciones de vesícula en más del 90% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por los síntomas atribuidos a la vesícula biliar, Broders después de subrayar la importancia del cuadro histopatológico de infiltración linfocitaria o de células plasmáticas, o de ambos elementos, establecía que desde 1938 hasta 1947 había operado 11,078 vesículas biliares en la clínica Mayo y que de éstas solamente el 7.5% no resultaron calculosas.

Mirizzi sólo había encontrado 60 casos de colecistitis alitiásica en una serie de 2000 colecistectomías, lo que representaba el 3%. Alessandri que estudió sistemáticamente sus casos por autopsia, y poseía un criterio anatómopatológico bien definido, resumió sus experiencias en la forma siguiente: en el curso, de 1,386 exámenes de autopsia (1,025 hombres y 361 mujeres) en 212 (15%) se descubrió que habían sufrido una enfermedad vesicular. Menos del 10% de éstas fueron clasificadas como colecistitis no calculosas (3,8)

Alessandri estableció que la frecuencia de la colecistitis no calculosa en una serie de 721 colecistectomías, fué del 4.7% Amosti, Mena y Garay recopilaron los siguientes datos de sus dos últimos años de trabajo: de 367 operaciones sobre las vías biliares sólo en 28 se trataba de colecistopatías alitiásicas, solo 4 de estas podrían ser consideradas ejemplos de colecistitis crónica no calculosa. Además en 3 de los 4 casos existían serios fundamentos para sospechar antecedentes de litiasis.

Esto condujo a dichos autores a creer que la colecistitis crónica no calculosa, era en realidad la consecuencia de la acción de los calculos biliares que habían sido eliminados algún tiempo antes de practicar la operación.

En 1950 en el Segundo Congreso Europeo de Asociaciones Nacionales Gastroenterología celebrado en Madrid, uno de los temas para ser discutido era la patología no calculosa biliar. Mogená que presidía la reunión decía: Es interesante ver con que frecuencia ha disminuido la colecistitis crónica alitiásica con la adquisición de mejores medios de exploración. Tras de seguir a los enfermos que habían sido sometidos a la colecistectomía sin que se encontraran cálculos, hemos llegado a la conclusión de que la mayoría de los casos, el diagnóstico clínico era infundado y que la causa de la sintomatología se encontraba en otras partes, a veces lejos de la vesícula biliar.

Gallart-Monés, en su exposición acerca de la colecistitis crónica no calculosa, subrayó que esta era rara. En una serie de 320 pacientes en los que se estableció un diagnóstico probable de colecistitis no calculosa, 49 fueron sometidos a tratamiento quirúrgico y se encontraron cálculos en 47. De dichos hallazgos este autor catalán dedujo que el verdadero porcentaje de colecistitis crónica alitiásica no era superior al 4%. Según las estadísticas de varios cirujanos de Barcelona, esta frecuencia fluctuaba entre el 2 y el 6%.

Es evidente, según se desprende de la experiencia -

de estos autores de América y Europa, que la colecistitis no calculosa explicaría un porcentaje relativamente pequeño (del 2 al 10% de casos) de vesículas biliares enfermas que se encuentran en el material quirúrgico en la autopsia (3,8).

GENERALIDADES:

El término colecistopatía alitiásica es empleado por el clínico para incluir todas las afecciones vesiculares no consecutivas a la colelitiasis.

La frecuencia de la misma depende tanto de la diligencia y de la experiencia del clínico, como de su capacidad así como de sus conocimientos básicos acerca del origen de los síntomas.

Teniendo en cuenta este concepto, el campo de la colecistitis alitiásica puede extenderse hasta incluir discinesia biliar, estados irritativos de la vesícula biliar, reacciones alérgicas de la misma, colecistitis glandular, proliferante y colecistitis crónica alitiásica, igualmente podría incluirse la colesterosis y el síndrome del cístico.

En cuanto a la anatomía patológica, la colecistopatía crónica descrita usualmente por los anatomopatólogos, esta asociada con destrucción total o parcial de la mucosa, fibrosis e infiltración leucocitaria de la pared. También la colecistitis alitiásica puede presentarse bajo la forma de inflamación catarral, la cual se caracteriza por presentar una mucosa congestionada con exfoliación epitelial

e infiltración leucocitaria de la pared.

Los procesos infiltrativos crónicos en la colecistopatías alitiásicas han sido atribuidas a varios factores que actúan unas veces aisladamente y otras en combinación entre los cuales figuran:

1. Trastornos motores
2. Factor infeccioso
3. Estasis biliar en la vesícula.
4. Obstrucción del conducto cístico.
5. Factores químicos tóxicos.
6. Factores alérgicos.
7. Factores vasculares

Diagnóstico:

Caracteres clínicos: Los síntomas que pueden atribuirse a una colecistopatía alitiásica son los que se hallan comúnmente asociados con trastornos funcionales de la vesícula biliar. En ocasiones éstos pueden ser idénticos a los síntomas que de ordinario se observan con el cólico vesicular litiásico.

Por lo regular las molestias son de menor intensidad, localizadas en epigastrio o en el hipocondrio derecho, y en ocasiones en la espalda y por debajo de la escápula derecha.

Las molestias de origen vesicular se presentan en forma episódica, una hora ó más después de una comida abundante en grasas.

Estos pacientes se quejan igualmente de flatulencias, repleción y síntomas dispépticos vagos algunas horas después de la ingesta de grasas.

Durante las crisis dolorosas cabe descubrir dolor a la palpación profundas en hipocondrio derecho.

Entre los medios adicionales para establecer el diagnóstico están la colecistografía y el ultrasonido (9,10,11).

Además apoyados en los hallazgos de la cirugía así como en la descripción anatomopatológica.

En cuanto al tratamiento es evidentemente quirúrgico, siendo exitoso en cuanto a la desaparición de los síntomas cuando se hacen los diagnósticos en forma correcta, sin confundir otros padecimientos en áreas vecinas.

MATERIAL Y METODO

En el Hospital General Tacuba del ISSSTE, en el lapso que comprende de Octubre de 1984 a Diciembre de 1985, se realizo un estudio prospectivo, abierto y longitudinal, captando una población de 100 pacientes a los cuales se les practicó colecistectomía.

Encontrando que 15 de estos (15%), habían cursado con una colecistitis alitiásica.

Los criterios para inclusión estuvieron basados en la sintomatología previa, con sintomatología en hipocondrio derecho, apoyados en la colecistografía oral y en la ultrasonografía.

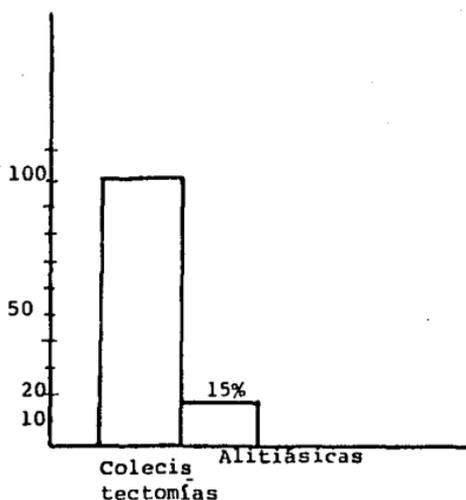
En todos los pacientes se comprobó por medio de estudio histopatológico, que cursaban con una colecistopatía de tipo alitiásico.

La edad promedio fué de 41 años con un rango que va de los 16 a 57 años, comprendiendo el sexo femenino 14 pacientes (93%) y el masculino 1 paciente (7%).

En todos los pacientes se evaluaron los siguientes parámetros; sexo, edad, sintomatología y tiempo de evolución colecistografía, ultrasonido, tipo de intervención quirúrgica, diagnóstico pre y postoperatorio, hallazgos operatorios, diagnósticos histopatológico, días de estancia y complicaciones.

RESULTADOS Y ANALISIS.

De octubre de 1984 a Diciembre de 1985, se tomaron 100 casos a los cuales se les practicó colecistectomía en el Hospital General Tacuba ISSSTE, encontrandose 15 casos de colecistitis alitiásica, lo que corresponde al 15%.



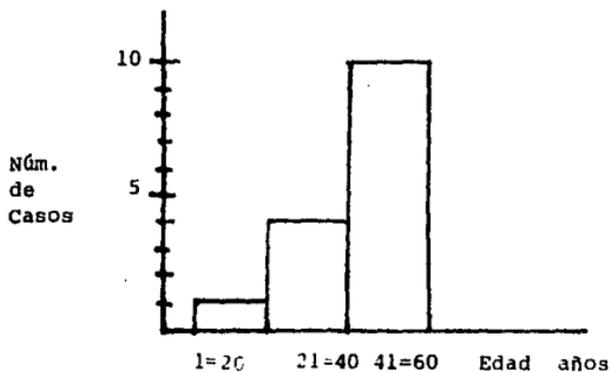
G R A F I C A No. 1

La edad promedio fué de 41 años con un rango que va de los 16 a 57 años. Cuadro I.

GRUPOS DE EDAD

EDAD	PACIENTES	%
1 - 20 años	1	8%
21 - 40 años	4	26%
41 - 60 años	10	66%
TOTAL	15	100%

Comprendiendo el sexo femenino 14 pacientes (93%) y al masculino 1 solo paciente. Gráfica 2.



GRÁFICA NO. 2

Se revisaron cuales fueron las enfermedades asociadas y los antecedentes de importancia encontrandose que:

De los 14 pacientes 8 fueron multigestas correspondiendo al 57%

2 pacientes fueron diabéticos (13%)

2 pacientes hipertensos (13%)

2 pacientes obesos (13%)

Cuadro Núm. 2

C U A D R O 2

ENFERMEDADES ASOCIADAS Y ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

Diabetes	2/15	13%
Hipertensión	2/15	13%
Obesidad	2/15	13%
Multiparidad	8/14	57%

En cuanto a la sintomatología predominante, la principal queja fué indigestión vaga. El dolor fué más común en el epigastrio y en el cuadrante superior derecho, frecuentemente irradiado al área subescapular derecha, esto se produjo por alimentos indiscriminados previamente asociados con la indigestión. Estos síntomas inicialmente fueron moderados y limitados y disminuyeron a medida que los pacientes disminuían su indigestión, con el tiempo

esos ataques venían a ser uniformemente más intensos, frecuentes y vagos. Los vómitos y las náuseas fueron hallazgos más tardíos. No hubo historia de ictericia ni de orinas oscuras, se observaron heces coloreadas, entonces estos pacientes tenían síntomas que no eran reconocibles y eran muy diferentes a las características de colecistitis por cálculos. Cuadro núm. 3

C U A D R O 3.

PRESENTACION DE SINTOMAS:

Dolor en hipocondrio derecho	15/15	100%
Intolerancia a colecistequínicos.	15/15	100%
Nausea	15/15	100%
Vómitos	15/15	100%
Fiebre 38°C - 39°C.	4 /15	26%

El exámen físico de estos pacientes, se encontró más sensibilidad en el cuadrante superior derecho que fué encontrado en todos los pacientes, y dolor en epigastrio difusa en pocos de ellos.

Los datos de laboratorio, incluyeron urianalisis, hemograma completo y química sanguínea, los cuales no ayu daron mucho al diagnóstico.

El llamativo hecho de éstos complejos sintomáticos, son ataques intermitentes de autodefensa limitados al epigastrio o al cuadrante superior derecho, dolor de poca duración asociado a desorden dietético, recurrente con los años de los 15 casos que se revisan, se aprecia que en 12 de ellos la sintomatología presente lleva más de 1 año de evolución, con las constantes visitas a sus clínicas, donde el médico no detecta enfermedad vesicular, ya que se reportan sus colecistografías orales como normales, de tal manera que cataloga al paciente como un paciente neurótico, o un portador de colitis, tratandose de esta manera médicamente, los pacientes hacen sus visitas períodicamente a sus clínicas cuando la sintomatología recrudece y en ocasiones nunca se llega al diagnóstico de la colecistitis alitiásica. Cuadro Núm. 4

C U A D R O 4

TIEMPO DE PRESENTACION DE LOS SINTOMAS.

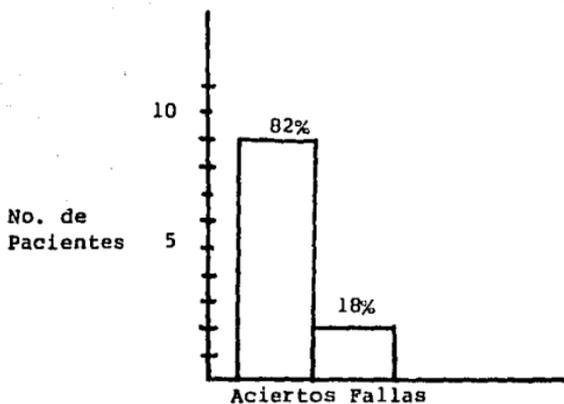
AÑOS	PACIENTES	%
0 - 1	3	20%
1 - 5	2	13%
5 - 10	5	33%
10 - 20	3	20%
20 o más	2	13%

El tiempo de presentación de los síntomas varió des de 6 meses a 25 años con un promedio de 9.7 años.

El curso prolongado de un paciente con sintomatología recurrente sugestivo de colecistitis, a pesar de una cole cistografía oral normal, debería alertar al cirujano y al radiólogo mismo de la posibilidad de estar ante un padeci miento de colecistitis alitiásica.

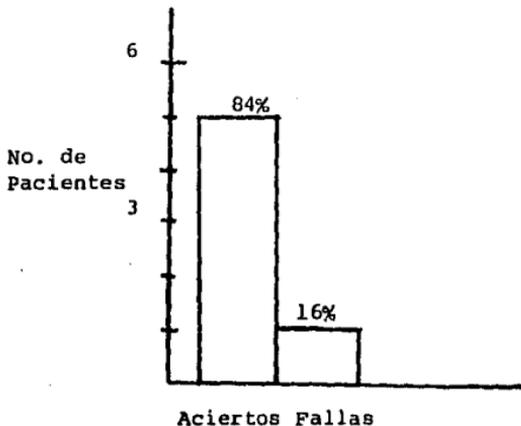
En 11 pacientes se realizó colecistografía oral, encon trándose 2 errores correspondiendo a una efectividad del 82% . Grafica Núm. 3.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA



G R A F I C A No. 3

En 6 pacientes se practicó ultrasonografía habiendo un error correspondiente a un 84% de efectividad. Grafica 4

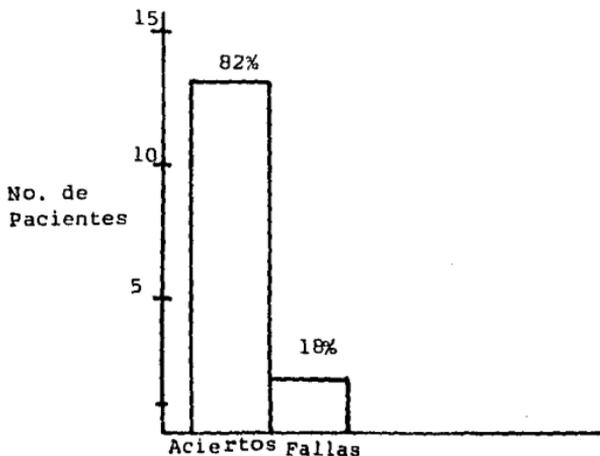


G R A F I C A No. 4

ULTRASONOGRAFIA:

En las series reportadas por Lalitha Ramanna del Coders -Sinai Medical Center, Los Angeles California, encontró en sus series, una efectividad del 83% con estudios de radio diagnóstico, por lo que se asemejan mucho las cifras a lo encontrado en nuestro hospital.

La sintomatología presentada en nuestros pacientes, en ocasiones se dificulta la distinción entre una colecistitis litiásica de una alitiásica, siendo el unico método de apoyo para catalogar a una colecistitis de litiasica o no es por medio de la colecistografia oral y ultrasonografía, por lo que en 2 pacientes se hizo el diagnóstico previo de colecistitis litiásica basados en reporte de gabinete resultan do alitiásicas (13%)



G R A F I C A No. 5

Afortunadamente en nuestro estudio, el total de las cirugías requirieron colecistectomía simple, a que no se encontraron complicaciones asociadas, como la gangrena, fistulas o perforación.

Los datos encontrados en el momento de la exploración quirúrgica, la más frecuente fué encontrar vesícula con paredes engrosadas, y adherencias a epiplon, en tres pacientes se encontro esta atensión, y en un solo caso con pus en su interior y paredes necrosadas, se encontraron los siguientes datos en el postoperatorio. Cuadro Núm. 5

C U A D R O 5

OPERACION Y RESULTADOS.

Colecistectomía simple	15/15	100%
Datos de inflamación vesicular	15/15	100%
Confirmación por patología	15/15	100%
Complicaciones	15/0	0%
Desaparición de síntomas en el postoperatorio	15/15	100%

Cabe hacer notar, que el diagnóstico de colecistitis alitiásica se confirmó por medio de patología en el 100% de los casos, donde se nos reporta que se encontraron las paredes vesiculares con datos de inflamación, con infiltrado leucocitario.

Es relevante el hecho de que en todos nuestros pacien
tes postoperados, hubo una total desaparición de los sínto
mas, en el reporte de Michael M Moguid, del Hospital de
Norwood, Massachusetts, el refiere la desaparición de la
sintomatología en el 90% de sus pacientes, y que en los
pacientes, en los cuales no hay desaparición de los sínto
mas, es debido a fallas diagnósticas y que la causa se en
cuentra a otro nivel no vesicular.

Se han enumerado los datos de mayor importancia de
nuestros 15 pacientes, con colecistitis alitiásica.

ANALISIS.

En nuestro estudio de colecistitis alitiásica encontramos una prevalencia del 15% de todas las colecistectomías realizadas en nuestro hospital, que contrasta con la estadística que van desde el 2-10% de las grandes series a nivel mundial. (12,9).

En cuanto a nuestros grupos de edad son similares Michael M. reporta en sus series, la edad promedio de 45 años en nuestro estudio fué de 41 años. También en esta misma serie el autor encuentra que todos sus pacientes fueron del sexo femenino 100%, aunque acepta que en otras series se han encontrado pacientes del sexo femenino, en nuestro estudio encontramos que el 93% corresponde al sexo femenino (11,9)

En cuanto a enfermedades asociadas y antecedentes de importancia los resultados fueron similares a otros estudios, creando relevancia, la presencia de diabetes, hipertensión, obesidad y multiparidad (1,3).

La sintomatología encontrada, también resalta el hecho que nuestros pacientes la presentaron en el 100% de los casos, como lo es el dolor en hipocondrio derecho, intolerancia a colecistoquinéticos, náuseas y vómitos, así como la presencia de Murphy, a diferencia de las grandes series

que los reportan en un rango que va del 80-90%.

En cuanto al tiempo de presentación de los síntomas el promedio en nuestro medio fué de 9.7 años siendo el de las grandes series de 7.7 años (11,13)

En el reporte de Radiología con una efectividad del 82% y de ultrasonido con una efectividad del 84%, encontramos que es similar a los grandes reportes que es del 83% de efectividad (1,2,6).

En cuanto a la certeza diagnóstica preoperatoria, las grandes series reportan que se lleva a cabo en el 90%, de los casos, en nuestro estudio fué del 87% de certeza.

Afortunadamente en el 100% de los casos se practicó colecistectomía simple debido a no haber complicaciones mayores, ya que se reporta en la literatura, que la incidencia de gangrena se presenta en el 52% de los casos y la perforación en el 11.1% de los casos.

El diagnóstico de patología se hizo en forma oportuna debido a que fué un estudio llevado, y este se efectuó en todos los pacientes (3).

Hecho de gran trascendencia también es el que no se presentó complicación alguna, esto nos habla del buen manejo del paciente quirúrgico en nuestro hospital, el cual se lleva a cabo en forma más estricta de los principios de cirugía general.

Es importante el hecho que todos nuestros pacientes tuvieron desaparición de su sintomatología previa, lo cual nos habla que el tratamiento quirúrgico para la colecistitis alitiásica es el adecuado, y no lo es el tratamiento conservador, lo que nos puede llevar a las complicaciones, como lo es la gangrena, el piocolecisto y la perforación.

CONCLUSIONES:

1. La colecistitis alitiásica en nuestro medio es relativamente frecuente por lo que se debe sospechar en una forma más frecuente de ella.
2. La forma más confiable para llegar a su diagnóstico es la sintomatología clínica, que nos lleva a descartar una colecistopatía litiásica.
3. El ultrasonido y la colecistografía oral en manos expertas, son confiables en un 83% por lo que los datos negativos no nos hacen descartar una colecistitis alitiásica.
4. Una vez detectado el problema debe resolverse a la brevedad posible con el objeto de evitar complicaciones.
5. El tratamiento conservador no es el aconsejado.
6. El tratamiento indicado es el quirúrgico ya que en nuestro estudio llevó a la curación completa a todos nuestros pacientes.
7. El tratamiento quirúrgico se debe llevar al paciente en las mejores condiciones con la aplicación perfecta de las técnicas fundamentales del area quirúrgica, así como de la realización de la técnica quirúrgica en sí.

BIBLIOGRAFIA:

1. Becker CD; Burchard B; Terrier F
Ultrasound in postoperative acalculous cholecystitis
Gastrointest, Radiol 1986; 11 (1): 47 - 50
- 2.- Beckman I; Dash N;
Ultrasonographic findings in acute acalculous cholecystitis.
Gastrointest Radiol 1985; 10 (4): 387-9
3. Beckus H
Gastroenterologia
Salvat Edit. Barcelona 1985.
4. Brugge WR; Brand DL; Atkins HL.
Gallbladder Dyskinesia in Chronic Acalculous Cholecystitis
Dig. Dis Sci 1986 May; 31 (5) : 461-7.
5. Fabian TC; Hickerson WL; Mangiante SD
Posttraumatic and postoperative acute cholecystitis
Am Surg 1986 Apr; 52 (4) : 188-92.
6. Fink-Bennett D; Freitas JF; Ripley SD
The sensitivity of hepatobiliary imaging and real time ultrasonography in the detection of acute cholecystitis.
Arch Surg (1985 Aug; 120 (8) : 904-6
7. Goldman G; Rafael AJ; Hanoch K
Acute acalculous cholecystitis due to an incarcerated epigastric hernia.
Postgrad Med. J. 1985 Nov.; 61 (72): 1017-8
8. Lain Entralgo Pedro
Historia Universal de la Medicina.
Barcelona Salvat; 1972.
9. Lalitha Ramanna; Michael B. Brachman.
Cholecystigraphy in Acute Acalculous Cholecystitis
Am. J Gastroenterology Aug 1984; 79 (8): 650-52
10. Mc. Doruett MW; Scudamore CH
Acalculous Cholecystitis
Gan J. Surg 1985 Nov; 28 (6): 529 -33

11. Martin S. Fox; Peter J. Wilk
Acute acalculous cholecystitis
Surg, Gynecolog; S Obstetrics Jul 1984; 159: 13-6
12. Michael M. Frederico Aun
Adenomatosis of the Gallbladder.
Am J. Surg Feb. 1984;147: 260-62
13. Moskevitz M; Min TC; Gavalier JS.
The microscopic examination of bile in patients
with biliary pain and negative imaging tests.
Am J. Gastroenterol 1986 May; 81 (5) :329-33.
14. Proudfoot R; Mattingly SS.
Cholecystokinin cholecystography; is it a useful test?
Scuth Med J 1985 Dec; 78 (12): 1443-6.
15. Seal Ml.
Cholecystitis occurring without stones.
Postgrad Med 1986 Mar; 79 (4): 151-4, 158
16. Traynelis VC; Hrabovsky EE.
Acalculous cholecystitis in the neonate.
Am J. Dis Child 1985 Sep; 139 (9) : 893-5.