



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
HOSPITAL GENERAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"
I. S. S. S. T. E.

PATOLOGIA DE LA VESICULA BILIAR Y DE LA
VIA BILIAR: EXPERIENCIA EN CIRUGIA.
REPORTE DE 1000 CASOS.

TESIS DE POST-GRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN
LA ESPECIALIDAD DE:
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A :

DR. HECTOR MARTIN SUASTEGUI URQUIDEZ



MEXICO, D. F.

1986.



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.

INDICE:

- OBJETIVO
 - INTRODUCCION
 - NOTAS HISTORICAS
 - COLECISTITIS AGUDA Y CRONICA
 - COLECISTITIS ALITIASICA
 - COLEDOCOLITIASIS
 - PICOLECISTO
 - COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL
 - CANCER DE VESICULA Y DE LA VIA BILIAR
 - MATERIAL Y METODOS
 - RESULTADOS
 - CONCLUSIONES
 - BIBLIOGRAFIA
-

OBJETIVO

En Centros de concentración de Pacientes como es nuestro Hospital, los problemas de Vesicula y la Via Biliar son-
numerosos, ocupando un lugar dentro de las primeras causas
de internamiento en nuestro Servicio.

Por éste motivo hemos decidido efectuar una revisión comple-
ta de 1000 Expedientes de pacientes que fueron internados en
nuestro servicio y que fueron sometidos a intervenciones -
quirúrgicas por patologia de la Vesicula y Via Biliar para de
ésta manera conocer en base a nuestra propia experiencia ad-
quirida en el Servicio, el tipo de Patologia existente, las
técnicas quirurgicas efectuadas, la frecuencia de Cáncer de -
Vesicula, las variaciones anatómicas, su Morbilidad y Mortali-
dad, y en general todos los datos que conllevan éste tipo de -
patologia, para que en base a los resultados tengáms nuestras
propias conclusionés de ésta revisión y contár con una estadis-
tica actuál de ésta patologia que por su frecuencia es de capi-
tal importancia conocerla.

Es pués nuestro objetivo conocer a fondo todas las entidades pa-
tologicas de éste Órgano existenente en nuestro medio y el tipo-
de tratamiento quirurgico impartido con todos sus detalles y que
ésta revisión de 1000 casos sirva en aras de la enseñanza a futu-
ras Generaciones de Medicos Residentes y para el bien del Derecho
habiente de Nuestro Instituto.

INTRODUCCION

Las Enfermedades de la Vesicula y de la Via Biliar se encuentran entre las afecciones más comunes de México y Estados Unidos y - otros países y son una causa importante de Morbilidad, Hospitalización y costo de la Asistencia Médica.

Se estima que en Estados Unidos 20 Millones de personas padecen enfermedades de la Vesicula y de la Via Biliar, cada año se practican en ése País medio millon de operaciones por éste padecimiento, y hay casi 10,000 muertes por complicaciones ó por el tratamiento de enfermedades del sistema biliar, con un costo total de mil millones de dolares por año.

La frecuencia de enfermedades biliares aumenta con la edad, yá - que entre los 50 y 65 años, más del 20 % de las mujeres y 5 % de los Hombres las padécen.

Desde el último Simposium sobre Cirugia y Enfermedades de la Via Biliar en 1973 publicado en las Clinicas Quirurgicas de Norteamérica, el adelanto en los conocimientos de las enfermedades de la via Biliar derivado de la Investigación básica y clinica, ha sido inusitado, es pues, nuestro interes en ésta revisión de 1000 casos de Colecistopatias Hospitalizados e Intervenidos quirurgicamente en nuestro Hospital el conocer la Patologia existente en nuestro medio. Las intervenciones quirurgicas efectuadas, su Morbi-mortalidad, así como el resto de datos vertidos en ésta revisión.

Los adelantos recientes más importantes en diversas areas, incluyen un mejor conocimiento de la Fisiologia, de las vias biliares y la - naturaleza Bioquimica de la bilis, yá que se relacionan con la cir-

culación enterohepática, así como en la patogenia de los cálculos biliares y de la Coledocolitiasis.

Otros adelantos de la última década, incluyen el desarrollo de compuestos para obtener imágenes con radionúclidos así como la introducción de la Ultrasonografía y la Tomografía Axial Computarizada - los cuales son métodos No invasores que sirven para el diagnóstico de calculos biliares, dilatación de vías biliares extra e intrahepáticas y tumores existentes. Otro método actual diagnóstico y terapéutico es la endoscopia fibróptica.

Todos éstos métodos de ayuda proporcionan al Clínico y al Cirujano la oportunidad del diagnóstico temprano disminuyen la morbi-mortalidad, Hospitalización y costos de atención, sin embargo el tratamiento de patologías tales como la Colangitis esclerosante, Atresia biliar, y tumores malignos son un reto para el Cirujano en cuanto a su patogenia, diagnóstico y tratamiento.

NOTAS HISTORICAS

La Cirugia actual de la Vesicula Biliar y de la Via Biliar a evolucionado gracias a la investigación científica y a los - avances de las técnicas Quirúrgicas.

Datos Historicos prueban que desde la Epoca de Galeno se tenia un conocimiento- aunque erroneo- del Hígado y del aparato biliar, cons tituyeno en ésa Epoca la base de muchas equivocaciones futuras.

La mayor parte de los Historiadores asignan a Donato y Gentile da Forligno, el mérito de haber sido los primeros en dar una des- cripción correcta de los calculos biliares, siendo Vesalio, Bonet y Schenk los que demostraron los conceptos erroneos relativos a la - enfermedad biliar.

Los intentos de intervenir quirurgicamente a la patologia biliar fueron mínimos hasta poco antes del siglo XX. Joenisio en 1676, rea lizó la primera Colectistolitotomía al extrae 3 cálculos de una fis- tula biliar primaria.

La primera Colectistostomía opcional fué llevada a cabo por Bobbs en 1867. Un gran avance tuvo lugar en 1882 con el primer informe de una colecistectomia electiva publicada por Karl Langenbush . En 1890 Courvosier publicó el reporte de 47 pacientes que el mismo habia - sometido a Colectistectomias simples, no refiriendo las complicaciones existentes. Un año despues en 1891, éste mismo Médico publicó el caso de una Coledocotomía que el mismo habia realizado con el fin de des- comprimir la via biliar principal.

Dos grandes contribuciones posteriores a la evolución de la cirugía del aparato biliar fueron los Rayos X y la Vitamina K , Grahams y Cols desarrollaron un método mediante Rayos X para diagnosticar Patología Vesicular específicamente la Colecistografía oral que fué seguida de la Colangiografía IV- y posteriormente la percutanea con sus indicaciones.

Dam. y Quick publicaron los resultados de los estudios de la Vitamina K en el tratamiento de los padecimientos Hemorragi^{ca} paros asociados a Ictericia, pudiendo los Cirujanos de ésa - Epoca combatir los efectos causantes de éstas tendencias hemo rragiparas.

Con Todos éstos adelantos, aunados a los avances anestésicos y de gabinete y de Medicina Nuclear, éstas intervenciones qui - rurgicas han ocupado el segundo lugar de frecuencia en Hospi - tales de concentración como el nuestro.

COLECISTITIS AGUDA Y CRONICA

La colecistitis aguda se relaciona con cálculos biliares en más del 95% de los casos y se debe probablemente a la obstrucción del conducto Cístico por un cálculo impactado en el cuello de la vesícula biliar que se distiende y se inflama. Episodios recurrentes de obstrucción de éste conducto causan cólicos intermitente que son el síntoma más característico de la Colecistitis crónica llevando al engrosamiento e induración de la pared de la vesícula con la pérdida de su función. Si el cálculo se desaloja, la vesícula dreña el contenido irritante al duodeno y el proceso inflamatorio remite después de un tiempo relativamente corto hasta presentarse de nuevo otro cuadro, sin embargo si permanece impactado, la inflamación puede evolucionar hasta la necrosis por presión de la mucosa y la pared de la vesícula, formación de un absceso y perforación libre con peritonitis generalizada ó la combinación de todos éstos acontecimientos.

Aunque la Colecistitis aguda se relaciona al parecer con la obstrucción del conducto Cístico por un Cálculo, aún no se comprende del todo su patogenia. Se ha sugerido, por ejemplo que los cálculos de la vesícula son incidentales y no esenciales para la inflamación de la misma. Estudios efectuados han sugerido un papel patógeno para la Licolecitina, así como la presencia de bilis saturada de colesterol, además de predisponer a la formación de

cálculos biliares actua como i@rritantes capaz de producir alteraciones inflamatorias como lo comprobáron Womack- y Bricker en 1942.

En fecha más reciente Roslyn y Cols. en 1980, demostraron que los elementos esenciales para causar Colecistitis aguda son la presencia de bilis Litogénica y la oclusión del conducto cistico.

De 3 a 5 % de los pacientes con Colecistitis aguda no tiene cálculos en la vesicula, ocurriendo ésto en pacientes muy - graves y con traumatismos múltiples. En realidad no se conoce bien el mecanismo, pero al parecer el deterioro del vaciamiento secundario a la Hiperalimentación Parenetral, la inanición prolongada y las alteraciones en la circulación entero hepática de las sales biliares que afectan la síntesis y la - secreción de lipidos biliares, contribuyen a la formación de bilis Litogénica sobresaturada con colesterol, sin embargo en la mayoría de los casos la inflamación aguda depende de la combinación de irritantes químicos y de la oclusión del conducto cistico por un cálculo. Siendo la Colecistectomia con sus variantes en más del 95% el tratamiento definitivo.

COLANGITIS

Las manifestaciones clínicas clásicas de la Colangitis aguda fueron descritas por primera vez por Charcot en 1887 como una triada de fiebre (y escalofríos), Ictericia y dolor en cuadrante superior derecho, un cuarto de siglo después Rogers, describió el primer intento de descompresión quirúrgica de urgencia de un Coledoco obstruido, purulento y publicó 20 casos de Colangitis supurativa descubiertos en Necropsias. No fue hasta 1959 cuando Reynolds y Dragan caracterizaron la Colangitis supurativa aguda como una entidad clínica precisa que se manifiesta por los 3 signos clínicos de Charcot, además de Choque y depresión del sistema nervioso central, Publicaciones posteriores verificaron este síndrome clínico durante la última década a habido gran interés en el conocimiento e identificación de esta entidad clínica, así como aclarar su patogenia y refinar los aspectos quirúrgicos.

Hoy en día la Colangitis supurativa aguda, aún es relativamente rara y corresponde al 15 % del total de las colangitis, representa la secuela más importante de la Coledocolitiasis y otras causas de obstrucción biliar. La descompresión quirúrgica del coledoco de Urgencia, es imperativa y ofrece la única esperanza para la supervivencia. Los retrasos innecesarios en el diagnóstico y tratamiento definitivo, aumentan la mortalidad.

En la mayor parte de los casos es posible diferenciar clínicamente la forma supurativa de la no supurativa por la gravedad de las manifestaciones y patológicamente por la presencia de pus en el árbol biliar. En 1980 Boey y Way reportaron en la revista Anales de Cirugía 99 casos de Colangitis aguda, encontrando que la gravedad clínica no se correlacionaba con el hallazgo de Colangitis supurativa en la intervención, el 8 % de los pacientes con enfermedad no supurativa requirieron de Laparotomía de Urgencia por manifestaciones de sepsis, en el 36 % de los pacientes con afección supurativa la evolución fué relativamente benigna y no se necesitó cirugía de urgencia, ellos concluyeron que el grado de toxicidad clínica representa el resultado final de una interacción entre la resistencia del huésped y los aspectos patológicos de la enfermedad.

En la afección supurativa, la mortalidad es alta, incluso con el tratamiento quirúrgico rápido, la mortalidad es del 33 %, con límites de 17 a 50 % según las series revisadas. El tiempo de la intervención quirúrgica es crítico.

La mortalidad aumenta a partir de un retraso de 24 a 48 hrs.

CANCER DE VESICULA Y DE LA VIA BILIAR

Rollestón y Mc nee, citan a Maxmilian de Stoll profesor de Medicina en Viena como el primero en describir el Carcinoma de la vesicula biliar. Esto sucedió en 1771 cuando éste autor hizo referencias sobre ésta patología sobre 3 cadaveres estudiados.

No fué hasta 1931 cuando Grahams estableció que el carcinoma de la vesicula ocupa el 8 al 10 % de las neoplasia malignas de la mujer(11). Otros estudios más recientes, refieren que ocupan el 4 % del total de los carcinomas, representando el 75 al 80 %% de las lesiones malignas de la via biliar extrahepática y del 3 % de las neoplasias del tubo digestivo. ocurre 3 a 4 veces más frecuente en la mujer y éste aumenta con la edad.

desde el punto de vista histopatologico el 85 al 90 % son Adenocarcinomas y el resto son de adenocarcinoma diferenciados y de células escamosas. La neoplasia se disemina por extensión directa, por via linfatica, y por siembra intraperitoneal. el 80 al 90 % se asocian a litiasis vesicular, sin poderse establecer una relación causa-efecto. Los estudios prolongados en pacientes con calculos asintomaticos han demostrado una frecuencia de carcinoma menor del 1 %, con una frecuencia global del 2%. Su sintomatologia es similar a la presentada en la Colecistitis crónica litiasica Su pronostico es malo a corto plazo(10) . El diagnostico se efectua en la mayoría de los casos durante el transoperatorio ó en Autopsia.

En un estudio reciente sobre carcinoma de vesícula publicado en 1982, sobre 100 pacientes estudiados en Virginia, sus resultados confirman lo arrojado en numerosas revisiones anteriores de cáncer de vesícula y reiteran la alta frecuencia de los estadios avanzados y el pobre pronóstico posterior a la cirugía (10). En este estudio se confirmó la alta frecuencia (75%) de colelitiasis y Cáncer. En el 85 % el diagnóstico se confirmó histopatológicamente, su sintomatología fue similar a lo publicado en anteriores estudios; dolores tipo cólico en el 79%, náuseas y vómitos en 53%, pérdida de peso en el 42% y ictericia en 34 %, con menor frecuencia distensión abdominal, prurito y melena. Los procedimientos quirúrgicos efectuados fueron: Colectomía en 23 casos, Colectomías con Exploración de vías biliares en 17 pacientes, colectomía y resección Hepática parcial en 8 pacientes, Derivaciones biliodigestivas y colecistomía en 44 pacientes, y el diagnóstico por autopsia fue en 8 pacientes. En relación a la supervivencia fue de 6 meses con colecistomía simple, 5 meses con colectomía y derivación biliodigestiva, 14 meses posterior a resección hepática, 2 meses posterior a laparotomía exploradora derivación y toma de biopsia. La supervivencia a 5 años fue del 5% posterior a colectomía simple y del 13 % posterior a colectomía y resección hepática.

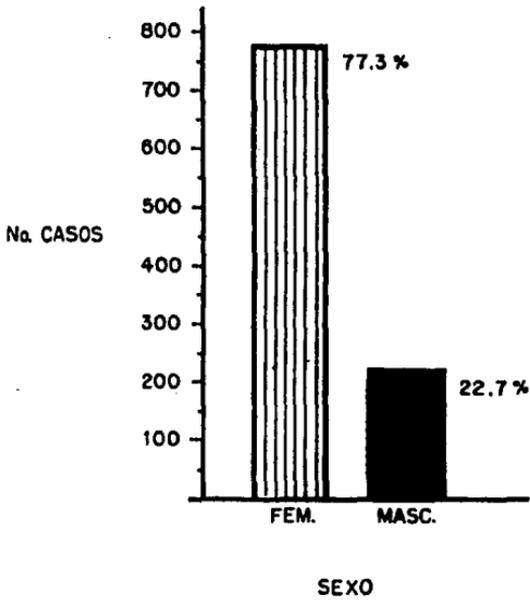
Un reporte reciente en México, demuestra que el 13.5% de pacientes con Colecistitis presentaban hiperplasia atípica, y 3.5% fueron interpretados como carcinoma In Situ(6), contra el 79% de carcinoma avan-

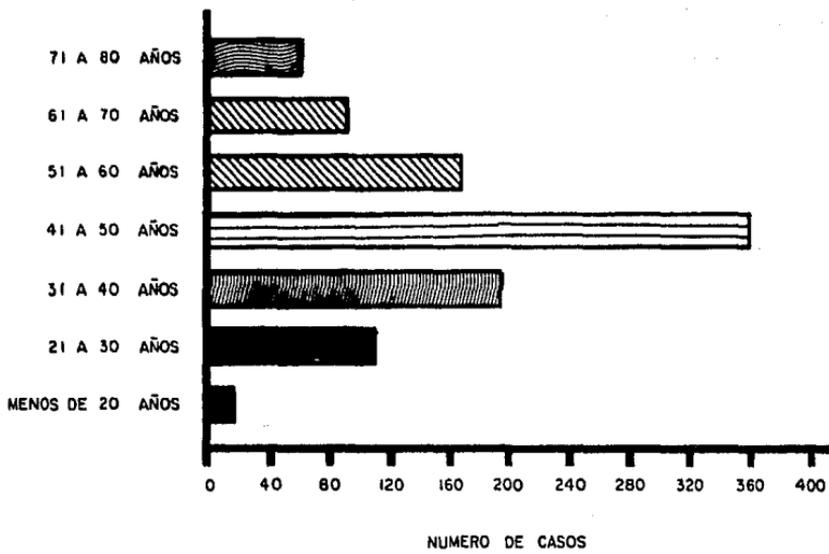
MATERIAL Y METODOS:

El material utilizado en el desarrollo de éste trabajo, consistió en revisar 1000 Expedientes clinicos de nuestro archivo de 1979 a 1984, tomándose los siguientes datos: Edad, Sexo, dias de estancia hospitalaria, diagnostico preoperatorio, diagnostico postoperatorio operación efectuada, signos y síntomas, Reintervenciones quirurgicas Radiologia aplicada, Laboratorio clinico, Diagnostico Histopatologico Enfermedades sistemicas asociadas, Intervenciones quirurgicas efectuadas de Urgencia, y su morbilidad y Mortalidad.

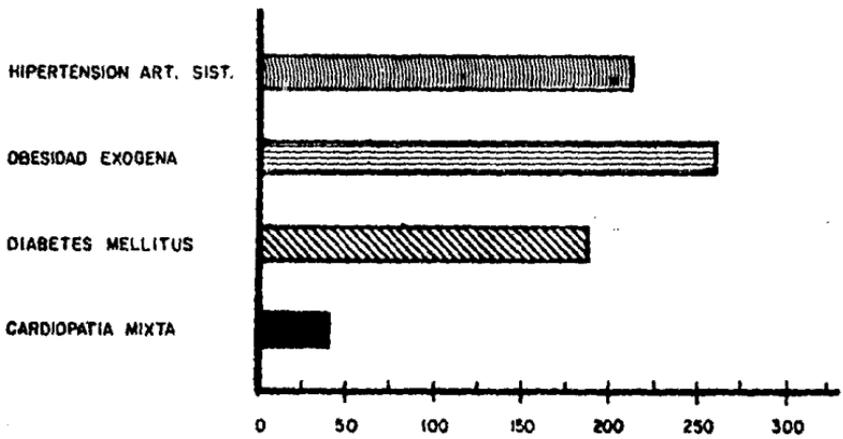
Todos éstos datos fueron vaciados a hojas tabulares, se codificaron y se formaron cuadros con diagramas de columnas y de barras, así como gráficas liniales, el resto de los datos fueron vertidos en cuadros descriptivos.

En la revisión efectuada, 773 pacintes fueron del sexo femenino, y 227 fueron hombres, La edad de los pacientes fluctuó de 14 años hasta 84 años, siendo la más alta frecuencia en la quinta década de la vida con 358 pacientes(35.8%), siguiendole los pacientes de la cuarta década de la vida con 191 pac. (19.1), ocupa el tercer lugar la sexta década con 177 pac. y el resto de los pacientes se encuentran esquematizados en el cuadro numero 2. En relación a los dias de estancia hospitalaria, la mayoría permanecieron hospitalizados entre 3 y 8 dias con un promedio de 91.%, el resto estuvieron entre 9 y 43 dias, siendo un paciente el que permaneció por 43 dias habiendosele efectuado una Colecisto-yeyunoanastomosis en omega de Brown con entero-enteroanastomosis por un tumor al parecer de cabeza de pancreas, siendo el resultado histopatologico CO-

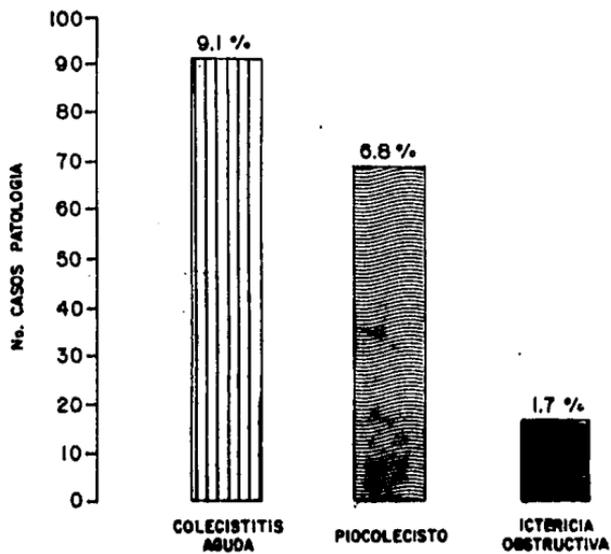




PATOLOGIA ASOCIADA



CIRUGIA DE URGENCIA



FRECUENCIA DE SIGNOS Y SINTOMAS

Signos Síntomas	Número	Frecuencia
Murphy	984	98.4 %
Dolor	1000	100.0 %
Vómitos	981	98.1 %
Fiebre	945	94.5 %
Ictericia	214	21.4 %
Coluria	199	19.9 %
Prurito	17	1.7 %
Pérdida de peso	14	1.4 %

lecistitis crónica litiasica con hiperplasia Histiocitica sinusoidal egresandose , no llevandose contról del mismo.

Colecistitis crónica litiasica: Apoyando y reafirmando varios reportes publicados, en nuestro trabajo encontramos que la patologia más frecuente fué la Colecistitis crónica litiasica en 768 casos (76.8%), teniendo un márgen de error diagnostico en el postoperatorio del 3% Ocupando la coledocolitiasis y el Picolecisto el segundo(9%), y el tercer(6.1%) lugar respectivamente. El resto de diagnosticos se encuentran esquematizados en el cuadro numero 5.

Todos loa pacientes que se intervinieron con diagnostico de Colecistitis crónica litiasica, la mayoría se encontraban dentro de la quinta década de la vida , encontrandose durante el transoperatorio 32 casos en el cual se encontró otra patologia aunada. tal es el caso de 3 fistulas colecisto-duodenales, efectuandose en éstos casos colecistectomia y cierre primario de duodeno , en 9 casos se encontró Pancreatitis, manejandose en el postoperatorio en forma conservadora, 2 casos de hernia hiatál: efectuandose plastia tipo Nissen y colecistectomia incidental, 14 casos de hidrocolecisto, cuyo tratamiento fué colecistectomia, un caso con quiste de ovario izquierdo, y un caso con una úlcera gástrica efectuandosele cierre primario de la misma y colecistectomia. Todos los casos se resolvieron favorablemente, a exepcción de 2 casos cuyo diagnostico posotoperatorio fué de adenocarcinoma primario de vesicula, efectuandose colecistectomia con exploración de vias biliares y aplicación de sonda en T, el diagnostico histopatologico-

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

Patologia	Número	Frecuencia
Colecistitis Cr. Lit.	768	76.8 %
Coledocolitiasis	99	9.9 %
Piocollecisto	72	7.2 %
Colangitis	24	2.4 %
Colecistitis Cr. Alit.	30	3.0 %
Coledocolitiasis Resid.	17	1.7 %
Hernia Hiatal	2	.2 %

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO

Diagnostico	Num.	Frec.
Colecistitis cr. litiasica	761	76.1 %
Coledocolitiasis	90	9.0 %
Piocollecisto	61	6.1 %
Colecistitis Cr. Alitiasica	60	6.0 %
Coledocolitiasis residual	17	1.7 %
Hidrocolecisto	14	1.4 %
Colangitis	4	.4 %

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO

Estudio	Num. casos.
Ultrasonografia	860 (86.0)
Colecistocolangiografia	440 (44.0)
S.E.G.D.	192 (19.2)
Colangiografia Percutanea	4 (.4)
Colangiografia Transoperatoria	214 (21.4)

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

	Num.	casos.
Colecistitis Cr. Litiasica		892
Con Colesterolosis	682	
Con Pseudodiverticulos	25	
Con Metaplasia Intestinal	144	
Con reacci3n Xantogranulomatosa	41	
Colecistitis Cronica Alitiasica		27
Granul3ma Pi3geno		3

PATOLOGIA ASOCIADA A COLECISTITIS CR. LIT.

Patología	Num. de casos
Pancreatitis	9
Fistula Colecisto-duodenal	3
Hernia Hiatal	2
Quieste de ovario Izquierdo	1
Úlcera gástrica	1

fué de Adenocarcinoma primario de vesícula, encontrándose en un caso metastasis hepáticas, falleciendo a los 2 y 6 meses respectivamente, el primero por arritmias ventriculares y metastasis hepáticas y el segundo por insuficiencia Hepática y metastasis hepática.

En relación a la sintomatología de todos los pacientes sometidos a - colecistectomía por colecistitis crónica litiasica, todos habian presentado cuadros de dolor abdominal tipo cólico en cuadrante superior derecho en repetidas ocasiones, en 981 paciente refirieron náuseas y vómitos durante los cuadros dolorosos, fiebre hasta de 39 grados en 945 pacientes, Ictericia ocurrió en 214 casos, fluctuando en éstos la bilirrubinas de 2.9 hasta 18 en las totales, siempre a expensas de - la bilirrubina directa, Coluria y acolia se presentaron en 199 pac. y en unicamente 14 casos ocurrió pérdida de peso no cuantificada. Todos éstos datos se virtieron de los expedientes revisados.

COLEDOCOLITIASIS: Es la segunda patologia en frecuencia en nuestra revisión, se encontraron 99 pacientes con éste diagnostico preoperatorio teniendo un 9 % de error diagnostico en el transoperatorio. Se corroboró el diagnostico en 90 casos en el Postoperatorio, se encontró 56 - mujeres y 34 hombres, en todos los casos se encontró dolor en cuadrante superior derecho tipo cólico, Ictericia clinica con bilirrubinas que fluctuaban entre 3.1 y 8.9 en las totales siempre a expensas de la directa, fiebre se presentó en 41 pacientes. La tecnica quirurgica empleada fué colecistectomía más exploración de vias biliares en 87 pac. en 2 casos se efectuó unicamente exploración de vias biliares, dado que los pacientes yá estaban colecistectomizados.

En 88 casos, se aplicó la sonda en "T", y en 2 casos se efectuó cierre primario de coledoco, una vez hecha la exploración de las vías. 1 caso evolucionó en forma satisfactoria y en el otro caso se tuvo que reintervenir por fuga biliar, aplicandose la sonda en "T" y evolucionando en forma satisfactoria posterior a la reintervención. Se encontraron Litos en coledoco durante el transoperatorio en 87 pacientes, efectuandose en éstos casos aplicación de la sonda en "T", dos caso se efectuó ESfinteroplastia por enclavamiento de un lito en la ampula de vater, evolucionando en el postoperatorio favorablemente. En todos los casos el retiro de la sonda en "T" se efectuó en la consulta extérna en un periodo de 4 a 8 semanas, en todos los casos el retiro de la sonda fué posterior a colangiografía por la sonda en "T" y corroborado la ausencia de patologia en la via biliar.

PIOCOLECISTO: ésta entidad ocupa en nuestra revisión el tercer lugar en frecuencia con 61 casos, teniendo un margen de error de 7 casos cuyo diagnostico fué Hidrocolecisto, se encontraron 49 casos en mujeres y 12 casos en varones, todos los casos se encontraban dentro de la cuarta y quinta década de la vida. La técnica quirurgica fué en todos los casos la colecistectomia, efectuandose exploración de vías biliares con aplicación de sonda en "T" en 52 casos, el resto se efectuó unicamente colecistectomia simple sin Exploración de la via biliar. Todos evolucionaron satisfactoriamente.

COLEDOCOLITIASIS

técnica	no. casos
Colecistectomía, E.V.B. con aplicación de sonda en "T"	84
E.V.B. con sonda en "T"	2
Cierre primario de coledoco	2
Colecistectomía, E.V.B., sonda en "T" y esfinteroplastia	2

PIOCOLECISTO

técnica	num. casos	evolución
colecistectomía simple	9	buena
colecistectomía, E.V.B. con aplicación de sonda en "T"	52	buena

En 57 pacientes se le efectuó antes de su intervención Ultrasonografía de Hígado, vesícula y vía biliar, con un error diagnóstico del 12 %, Todos los pacientes contaban con Laboratorio básico preoperatorio, No pudiendo recabar en la mayoría de los casos , los niveles de bilirrubinas séricas . Todos contaban - con pruebas de coagulación las cuales no contraindicaban la - cirugía. Todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente como urgencia quirúrgica, No hubo mortalidad en ningún caso Todos los pacientes se les encontró durante el transoperatorio Litiasis vesicular. En 32 pacientes se les retiró la sonda en "T" en la consulta externa en un promedio de 5 semanas. el resto se desconoce.

COLECISTITIS CRÓNICA ALITIÁSICA: La cuarta entidad patológica de importancia en ésta revisión con 60 casos, de los cuales 57 eran mujeres y 3 hombres, se efectuó en todos los casos como tratamiento definitivo la colecistectomía simple, en 11 casos se efectuó durante el transoperatorio apendicectomía incidental, evolucionando todos en forma satisfactoria, todos los pac. contaban con laboratorio básico , en 46 de ellos se les efectuó Ultrasonografía de vesícula y vía biliar, en el resto el diagnóstico fue hecho por colecisto-colangiografía, con un error diagnóstico del 30 %. En todos los casos su estancia hospitalaria fluctuó entre 5 y 8 días. No hubo mortalidad en ningún caso, todos se egresaron del servicio

COLECISTITIS CR. ALITIASICA

técnica	num. casos
Colecistectomia simple	49
colecistectomia, apendicectomia incidental	11

asintomaticos, todos los reportes histopatologicos de las piezas enviadas, ninguno reportó malignidad.

COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL: Una patologia aunque rara es de capital importancia por sus repercusiones en ausencia de un buen manejo de ésta. Ocupa el quinto lugar en frecuencia, habiendo encontrado 17-casos(1.7 %), 12 mujeres y 5 hombres, habiendo sido diagnosticado dentro de los 2 primeros meses del postoperatorio anterior, en todos los casos el diagnostico fué hecho por colangiografía por la sonda en "T". Todos los casos presentaban Ictericia, con aumentos de bilirrubinas directas como una constante. El dolor abdominal en cuadrante sup. der. se presentó en 11 pacientes. Todos los pacientes se intervieron de forma electiva dentro de los 3 primeros meses, en todos los casos se extrajeron litos de la via biliar principal, en 2 pacientes hubo necesidad de reintervenirlos por tercera ocasión para retirar un lito de la via biliar, No tenemos mortalidad en ningun caso, en 8 pacientes se retiró la sonda en "T" a las 8 semanas de su operación , todas retiradas en la consulta externa. el resto se desconoce. se reportaron 2 casos con lesión a duodeno los cuales fueron reparados en el mismo acto quirúrgico . evolucionano satisfactoriamente en los 2 casos descritos, todos los pacientes fueron dado de alta dentro de los primeros 8 dias del post operatorio.

CANCER DE VESICULA Y LA VIA BILIAR:

Con respecto al cancer de vesicula y de la via biliar extrahepática, ocupa en nuestra revisión el sexto lugar en frecuencia, no habiendo sido reportado ningun caso de cancer de la via biliar principal. Se reportaron 11 casos de cancer de vesicula, donde todos los pacientes eran mujeres en edades de 55 a 88 años, con una media de 71 años. Los sintomas fueron similares en todos los casos, donde el dolor, la Ictericia, la fiebre y la pérdida de peso eran las constantes en todos éstos pacientes, en 2 casos se refería melena e ictericia como sintomas de inicio. En 3 casos encontramos masa palpable en hipocondrio derecho, y un caso con ascitis, no habiendose corroborado si el paciente era Cirrotico pero era portador de un Cáncer de Vesicula. Los dias de estancia hospitalaria fluctuaban entre 6 y 38 dias. El diagnostico preoperatorio con el que fueron sometidos a cirugía fueron: Ictericia obstructiva en 2 casos, Coledocolitiasis con probable colangitis en 2 casos, Colecistitis crónica litiasica en 2 casos, Cáncer de vias biliares en 3 casos, un caso de Pilocolecisto, un caso de abdomen agudo, se intervinieron como urgencia quirurgica 2 pacientes y el resto de los pacientes se operaron en forma programada. Todos los pacientes contaban con estudios de laboratorio y de gabinete, todos los pacientes contaban con ultrasonografía de vesicula y de la via biliar, encontrando un margen de error del 75 %. 8 casos contaban con gammagrama Hepático y un caso contaba con Tomografía axial computarizada de abdomen. De las intervenciones -

quirurgicas efectuadas una vez hecho el diagnostico, fueron: Biopsia de tumor en 4 casos, colecistectomia en 3 casos, y en los 4 últimos casos se efectuó colecistectomia más exploración de vias biliares con aplicación de sonda en "T" en ningún caso se retiró la sonda en "T" hasta su fallecimiento en todos los casos. En un paciente se efectuó colecistectomia parcial con legrado del lecho Hepático y Exploración de vias biliares y aplicación de sonda en "T". Todos los casos contaban con reporte Histopatologico, siendo el Adenocarcinoma papilar medianamente diferenciado el mayormente reportado, 2 casos con adenocarcinoma con celulas en anillo de sello, aunado a éstos, se reportaron 4 casos de colelitiasis, 3 casos presentaban invasión a lecho Hepático. Un paciente fué reintervenido por oclusión alta 5 meses despues, efectuandosele una Gastroyeyunoanostomosis, falleciendo 2 meses despues por insuficiencia Hepática y Metastasis Hepaticas.

La mortalidad fué del 100 % a 2 años, 4 casos fallecieron al primer mes de intervenidos y el resto fallecieron posterior a los 2 meses de operados, la causa de su defunción fué insuficiencia Hepática y Metastasis, un caso presento como motivo de fallecimiento Arritmias ventriculares. Un caso falleció 2 dias despues de operado por choque hipovolémico y insuficiencia renal aguda.

CARCINOMA DE VESICULA

Diagnostico Preoperatorio	Num. Casos.
Ictericia Obstructiva	2
Coledocolitiasis, Pble. Colangitis	2
Colecistitis Cr. Litiasica	2
Cáncer de Vias Biliares	3
Piocollecisto	1
Abdomen Agudo	1

MANEJO QUIRURGICO DEL CANCER DE VESICULA

Manejo	Num. Casos.
Biopsia	4
Colecistectomia y sonda en T	4
Colecistectomia simple	3

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

Número de casos.

Adenocarcinoma Papilar Med. Dif.	7
Adenocarcinoma con cel. Anillo sello	2
Adenocarcinoma con invasión a lecho Hep.	2

MUERTES POR CANCER DE VESICULA

Paciente	Sexo	Edad	Causa de muerte	Tiempo despues de la operación(días)
1.-	Fem.	74	Insuficiencia Hep. Choque Hipovolemico.	6 días.
2.-	Fem.	72	Insuficiencia Hep. Carcinomatosis	18 días.
3.-	Fem.	64	D.M. descompensada Mets. Hepáticas	18 días.
4.-	Fem.	56	Choque Hipovolémico Insuf. Renal Aguda	2 días.
5.-	Fem.	57	Arritmias Ventriculares Mets. Hepáticas	58 días.
6.-	Fem.	55	Insuficiencia Hep. Mets. Hepáticas	210 Dias.
7.-	Masc.	62	Insuficiencia Hep. Mets. Hepáticas	22 Dias.

NOTA: En 4 pacientes reportados con Cáncer de Vesicula no hubo seguimiento de ellos (total de pac. en el estudio:11).

COLANGITIS:

Una entidad rara dentro de las patologías de la vía biliar, ocupa el séptimo lugar en frecuencia de nuestra revisión, siendo ésta en todos los casos secundario a un proceso obstructivo.

En nuestra revisión encontramos que 24 pacientes se habían sometido a cirugía de Urgencia con diagnóstico de Píocolecisto y colangitis secundaria, encontrando únicamente 4 casos en el postoperatorio como colangitis como diagnóstico. 2 Hombres y 2 Mujeres, que fluctuaban en edades de 41 a 60 años, todos fueron sometidos como urgencia quirúrgica. Los 4 casos contaban con Laboratorio completo y Ultrasonografía de la área, no habiendo sido reportado el resultado de la Ultrasonografía en los expedientes. En todos los casos se presentó dolor en cuadrante superior derecho, ictericia, y fiebre hasta de 39.3 grados, aunado a calosfríos. En los 4 casos no hubo error diagnóstico en el transoperatorio. En todos los casos se efectuó Colecistectomía más exploración de la vía biliar principal, habiéndose efectuado lavado con sondas a las vías biliares con solución fisiológica, extrayendo en 3 casos, litos dentro del canal biliar. En 2 de éstos 3 casos se efectuó esfinteroplastia por un lito enclavado en Ampulla de Vater. En el último paciente de esta serie la Colangitis era secundario a fibrosis del esfínter de Oddi, por una cirugía previa, donde se le había efectuado colecistectomía con exploración de vías biliares y retirado un lito del coledoco, ha-

biendo efectuado lavadoo del canal y paso de dilatadores de Bakez a Duodeno, al haber efectuado la esfinteroplastia, se envió los fragmentos del esfinter a Patologia, siendo el resultado "fragemntos de esfinter de Oddi benignos".

En los 4 casos una vez "lavada" la via biliar y extraidoos los litos se aplicó la sonda en "T", siendo ésta retira en la consulta externa en un promedio de 7 semanas. No hubo mortalidad en ningun caso. Todos los pacientes fueron sometidos a cirugia dentro de las primeras 48 horas de iniciado el cuadro.

ESTE TEXTO NO PUEDE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Con respecto a lesiones Hiatrógenas en cirugía de vesícula y vía biliar, encontramos que de los 1000 expedientes revisados y estudiados, encontramos 5 casos de lesiones a la vía biliar y a duodeno. 3 Mujeres y 2 hombres, con edades que fluctuaban entre 39 y 61 años. 2 casos de lesión a duodeno, posterior a reintervenciones por coledocolitiasis residual, donde el Duodeno se encontraba adherido a lecho hepático, motivo de la lesión a duodeno, durante el mismo acto quirúrgico se reparó la lesión con sutura de la pared del duodeno en 2 planos, de la forma convencional, evolucionando en el postoperatorio en forma satisfactoria, habiéndose dejado a éstos 2 pacientes en ayuno y con SNG por 7 días ambos. No hubo mortalidad en ningún caso. Los 3 pacientes restantes, en 2 de ellos se lesionó el Hepático común y coledoco, habiéndose efectuado en ambos casos, una Hepático-duodenoanastomosis termino-terminal, evolucionando en ambos casos en forma satisfactoria e iniciado la vía oral a los 7 y 8 días respectivamente, con una estancia hospitalaria de 13 y 21 días respectivamente. El último paciente se lesionó el hepático derecho accidentalmente, el cual se reparó con material inabsorbible del 4 ceros en un plano y en sentido longitudinal, éste paciente cursó con ictericia durante el postoperatorio, desapareciendo ésta a los 9 días de operado, se egresó con sonda en "T", no se siguió en la consulta externa. Ignoramos su evolución.

B I B L I O G R A F I A :

- 1.- Lygidakis N.J. Incidence of bile infection in patients with cholecholitis. American Journal of Gastroenterology. 1982.
- 2.- Acute Cholecystitis and common-duct calculi, Stryker, S.J.; Beal J.M. Arch. Surg. Sept; 118(9), 1983'
- 3.- Current Surgical diagnosis and treatment, J.E. Dunphy, L.Way 1983.
- 4.- Is carcinoma of the gallbladder a curable lesion???, Harold J. Wanebo, M.D. W. Castle M.D. Ann. Surg. Mayo 1982.
- 5.- Complicaciones Anatomicas en Cirugia General. Jhon. Skandalakis, Stephen W. Gray 1983.
- 6.- Clinicas Quirurgicas de Norteamerica, Vol. 4 1981, simposio sobre enfermedades de las vias biliares.
- 7.- Abdominal Operations, Vol. 1, Rodney Maingot., Cholecholitis; incidence, diagnosis, and Operative.
- 8.- Principles of Surgery, Shwartz, Shields, Spencer, Storer, 4th Ed.
- 9.- Tratado de Patologia Quirurgica, Christopher Davis, Octava Ed.
- 10.- Prognostic factors in bile duct carcinoma, Analysis of 96 cases R.K. Tompkins M.D., Ann. Surg. Octubre 1981.
- 11.- Proximal bile duct. Tumors, Surgical management with silastic transhepatic biliary. Stents, J. Cameron, M.D., Broe. Ann. Surg. octubre 1982.
- 12.- The Extrahepatic biliary tract injury, perspectives in diagnosis and treatment, Akio Kitahama, M.D. Ann. Surg. Nov. 1982.
- 13.- Consequences of preoperative cholangitis and its treatment on the outcome of operations for cholecholitis, Henry Pitt, M.D., Russell G. Postier, Surgery sept. 1983.
- 14.- The use of the biliary Fogarty catheter as an aid in Sphincteroplasty, James Heller, and Jhon M. Kellum, Surgery, Gynecology obstetrics, julio 1981, vol. 153.
- 15.- Cholecholeduodenostomy, Cholechojejunostomy or sphincteroplasty for biliary and pancreatic disease, David Vogt, M.D. Ann. Surg. febrero 1981.
- 16.- Methods of repair of noncircumferencial bile duct defects Robbs H. Ruthledge, M.D. Surgery febrero 1983.
- 17.- Computed tomographic features of biliary obstruction, Baron R.L. Stanley R.J. Lee, K. Koehler. Ann Surg Junio 1983.
- 18.- Gallbladder examinations: a comparison between sonography and Radiography, Krebs C.A. Carson J. Radiol. Technol. Jan 1983.
- 19.- Discrepancy between ultrasound and oral cholecystography in the assessment of gallstone dissolution, Shapiro TF Rosen, Wilson Surgery julio 1983.