

11209  
2 ej 52

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA**  
División de Estudios de Postgrado  
**Hospital General del Sector Salud**  
**"Dr. Manuel Gea González"**  
**Departamento de Cirugía General**

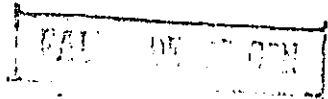
**"INDICACIONES DE LA COLECISTECTOMIA EN  
LA FASE AGUDA DE LA COLECISTITIS.  
EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL  
DR. MANUEL GEA GONZALEZ, S.S.A."**

**T E S I S**  
Que para obtener el diploma de  
**ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL**  
**P R E S E N T A :**  
**DR. ROMAN GARZON LOYO**



México, D. F.

1988





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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

I. INTRODUCCION .....	1
II. HISTORIA .....	2
III. EMBRIOLOGIA Y ANATOMIA .....	4
IV. FISIOPATOLOGIA .....	5
V. DIAGNOSTICO: .....	6
1) CUADRO CLINICO.	
2) DATOS DE LABORATORIO.	
3) GABINETE.	
4) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.	
VI. TRATAMIENTO .....	12
VII. COMPLICACIONES .....	13
VIII. PRONOSTICO .....	14
IX. OBJETIVOS .....	15
X. MATERIAL Y METODOS .....	15
XI. RESULTADOS .....	16
XII. DISCUSION .....	27
XIII. CONCLUSIONES .....	28
XIV. BIBLIOGRAFIA .....	29

## INDICE

I. INTRODUCCION .....	1
II. HISTORIA .....	2
III. EMBRIOLOGIA Y ANATOMIA .....	4
IV. FISIOPATOLOGIA .....	5
V. DIAGNOSTICO: .....	6
1) CUADRO CLINICO.	
2) DATOS DE LABORATORIO.	
3) GABINETE.	
4) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.	
VI. TRATAMIENTO .....	12
VII. COMPLICACIONES .....	13
VIII. PRONOSTICO .....	14
IX. OBJETIVOS .....	15
X. MATERIAL Y METODOS .....	15
XI. RESULTADOS .....	16
XII. DISCUSION .....	27
XIII. CONCLUSIONES .....	28
XIV. BIBLIOGRAFIA .....	29

## INTRODUCCION.-

Las enfermedades del tracto biliar representan una gran causa de morbilidad en muchos pacientes. Tan sólo en E.U.A. se efectúan de 300,000 a 400,000 operaciones por estos trastornos, y son responsables de casi 10,000 muertos al año.

En la última década se ha avanzado mucho en el conocimiento de la fisiología y trastornos del tracto biliar, lo que ha llevado al desarrollo de la ecocoronografía y gammagrafía de las vías biliares, procedimientos endoscópicos, disolución de cálculos, etc.

Todos estos avances dan al médico la oportunidad de un diagnóstico y tratamiento temprano y efectivo para los trastornos del tracto biliar, mejorando así, los índices de morbi-mortalidad.

La colestistitis aguda es una entidad patológica que se caracteriza por una inflamación u obstrucción de la vesícula biliar, asociada frecuentemente con la litiasis.

Actualmente la inflamación de la vesícula biliar constituye la mayoría de las urgencias del tracto biliar.

El manejo del paciente con colestistitis aguda puede ser médico o quirúrgico. Es usual tratar a los pacientes con diagnóstico agudo médicamente durante un período aproximado de 24-48 hrs. y de no mejorarse las condiciones clínicas del paciente, será llevada a cabo la terapéutica quirúrgica.

Existe una gran controversia en lo que respecta al manejo quirúrgico de la colestistitis aguda ya que algunos autores recomiendan la colestistectomía en etapas tempranas y otros en etapas tardías. En ambos casos se reporta una disminución importante de la morbilidad, mortalidad y días de estancia hospitalaria.

De un total de 182 pacientes con colestistitis aguda registrados en el servicio de Cirugía General del Hospital General "Dr. Manuel Osa Gonzalez", durante el año de 1985, 117 pacientes (63%) se encontraban en la fase crónica y 65 pacientes (37%) en la fase aguda.

Considerando el número importante de urgencias por colestistitis aguda en nuestro hospital y ante la amenaza de las complicaciones, preocupa el hecho de que no haya un criterio más o menos definido que permita al cirujano establecer el manejo inicial adecuado de este padecimiento, por lo tanto, resultaría de gran importancia establecer las indicaciones de la colestistectomía en la fase aguda de la colestistitis, lo cual redundará definitivamente en una mejor atención al paciente con la consiguiente disminución de la morbi-mortalidad.

## HISTORIA.-

La historia de la cirugía de vías biliares de remonta a la Edad Media ó antes, aunque no hay suficiente documentación referente a esto. En 1618 Fabricius Hildanus removió unos cálculos vesiculares aunque no se sabe si fué un individuo vivo o muerto. En el siglo XVII se llevaban a cabo múltiples experimentos en animales. En 1807 en Leiden, Holanda, Teeslop extirpó la vesícula a un perro. La primera urgencia de remover cálculos en humano la hizo J.L. Petit, pero no entusiasmó la idea, por lo que no se llevó a cabo.

A.G. Richter sugirió que una vesícula llena de pus debería vaciarse por medio de un trocar a través de la pared abdominal. En 1859 Thudichum sugirió que una colecistostomía podría hacerse en dos etapas, primero creando adherencias entre la vesícula y la pared abdominal, y entonces hacer una incisión y drenar la vesícula sin peligro de derramar la bilis en la cavidad peritoneal. Por lo que se sabe, esto tampoco se llevó a cabo.

En 1857, en Indianapolis, John Britts llevó a cabo la primera colecistostomía documentada. Sin embargo esto no fué una colecistostomía planeada, sino una operación para un tumor en abdomen. Cuando se abrió el tumor, emergieron un gran número de cálculos inesperadamente.

En 1882 König practicó una cirugía en la vesícula por la colecistostomía en dos etapas. Sin embargo, antes de la cirugía de König, se hizo la primera cirugía planeada sobre árbol biliar en 1878 por J. Martin Sims, un cirujano americano que en ese entonces practicaba en Francia. El Dr. Sims efectuó la colecistectomía en una mujer que sufría de ictericia y obólitos vesicular. La operación tuvo éxito y la mujer mejoró pero 10 días después murió de hemorragia interna masiva, probablemente por falta de absorción de Vitamina K por el intestino y tiempo de protrombina prolongado.

En 1882, Carl Lagerbuch, en Alemania, inició la cirugía moderna del árbol biliar al quitar completamente la vesícula con los cálculos en ella contenidos. Lagerbuch pensaba que los cálculos se formaban en la vesícula, y que la extirpación de ésta prevenía la reformación de las piedras. Después de la operación de Lagerbuch, se progresó rápidamente, y pronto el cóledoco fué abierto quirúrgicamente para la extracción de cálculos. Courvoisier fué uno de los primeros cirujanos en realizar esto.

Diez años después de la intervención de Lagerbuch, en 1894, se informó de la exploración del "Divertículo de Vater", y en 1892 Mc Burney extrajo un cálculo enclavado en el ampulla de Vater mediante una esfinterotomía transudodanal. Kocher, en 1894, continuó la prácticas del acceso transudodanal del esfinter y de la vía biliar. A su vez Simmons en 1900, describió la patología primaria del esfinter de Oddi.

Posteriormente sobresalieron los trabajos de Opie y Archibald en relación con la fisiología del esfinter y la patología biliar y pancreática, así como los de Mc Gowan y Walkers en relación con lo que se llamó síndrome postcolecistectomía.

La utilización de la sonda T (Kehr y Otell) en la década de los cuarenta, permitió efectuar

estudios más detallados de la fisiología del esfínter de Oddi, publicándose los estudios manométricos - de Mallet Gay y las revisiones anatómicas por inyección del material de contraste presentadas por Gordon y Taylor.

Todos estos adelantos han determinado una serie de reglas sobre las indicaciones y resultados de la esfinteroplastia, que se presentan en los trabajos de Doubilet y Mulholland, Jones Gleen, y Braash. Desde 1975 han aparecido publicaciones de esfinterotomías transduodenoscópicas.

Debe mencionarse que antes del desarrollo de la cirugía del tracto biliar, el pronóstico de las personas con cálculos era muy pobre, siendo la única esperanza que se formaran fístulas que permitieran el paso de cálculos al exterior ó al intestino, mientras que en la actualidad la cirugía de vías biliares es un procedimiento que se lleva a cabo con bastante frecuencia y de una manera segura, que ofrece muy buen pronóstico en aquellos pacientes con padecimientos del tracto biliar.

## EMBRIOLOGIA Y ANATOMIA.-

El primordio de los conductos biliares y del hígado consiste en un divertículo que aparece sobre la cara ventral del intestino anterior en los embriones de 3<sup>ma</sup>. La porción craneal se transforma en el hígado; un botón caudal forma el páncreas ventral y un botón intermediario se desarrolla hasta transformarse en la vesícula. Originalmente hueco, el divertículo hepático se transforma en una masa sólida de células que posteriormente se transforman para formar los conductos. Los conductos biliares más pequeños, es decir, los canalículos biliares se observan primero como una red basal entre los hepatocitos primitivos, los que finalmente se extienden a través de todo el hígado.

Numerosas microvellosidades aumentan la superficie del los canalículos. La bilis aquí secretada pasa a través de los conductillos interlobulillares (Conductos de Hering) y los conductos lobulares, para luego pasar el conducto hepático en el hilo. En la mayoría de los casos el conducto hepático común esta formado por la unión de un conducto biliar derecho y uno izquierdo pero en el 25% de los individuos, las divisiones anterior y posterior del conducto derecho se unen al conducto izquierdo en forma separada. El origen del conducto hepático común esta cercano al hígado pero siempre fuera del parénquima hepático. Corre alrededor de 4 cm. antes de que se le una el cístico para formar el cóledoco. El cóledoco comienza en el ligamento hepatoduodenal, pasa por atrás de la primera porción del duodeno y se desliza en un surco sobre la superficie posterior del páncreas antes de penetrar al duodeno. Su último cm. de longitud esta intimamente adherido a la pared duodenal, la longitud total del cóledoco es alrededor de 9 cm.

En 80-90% de los individuos, el conducto pancreático principal se le une al cóledoco para formar un conducto común alrededor de 1 cm. de longitud. El segmento intraduodenal del conducto se denomina ampulla hepatopancreática o ampulla de Vater, más bien nombre inapropiado, ya que la luz del conducto no es más amplia aquí.

La vesícula es un órgano piriforme adherido a la cara inferior del hígado situado en un surco que separa los lóbulos derecho e izquierdo. El fondo vesicular se proyecta 1-2 cm. por abajo del borde hepático y puede palparse generalmente cuando el conducto cístico o el cóledoco se encuentre obstruido. Rara vez tiene cubierta peritoneal completa, pero cuando ocurre esta variación predispone al infarto de la vesícula debida a la torsión. La vesícula biliar almacena alrededor de 50 ml. de bilis cuando esta totalmente distendida. El cuello de la vesícula se ensa formando un conducto cístico el cual conecta con el cóledoco. La luz del cístico contiene un tabique mucoso delgado, la válvula espiral de Heister que ofrece resistencia leve al tubo biliar. En 75% de las personas el cístico penetra al cóledoco formando un ángulo. El porcentaje restante corre paralelo al conducto hepático común o se enrolla alrededor de él antes de unirse formando el cóledoco.

En el ligamento hepatoduodenal, la arteria hepática esta situada a la izquierda del cóledoco y la vena porta esta posterior y medial. La arteria hepática derecha pasa usualmente detrás del conducto hepático común y entonces da origen a la arteria cística antes de penetrar a lóbulo derecho del hígado.



do, pero las variaciones son comunes.

La mucosa de los conductos biliares varia de cuboide en los conductillos a columnar en los conductos principales. La mucosa vesicular se pliega formando arrugas profundas cuando el órgano se colapsa y dichos pliegues se aplanan durante la distensión del mismo. Las células cilíndricas altas de la mucosa vesicular están cubiertas por microvellosidades sobre su superficie luminal. Amplios conductos que desempeñan un papel importante en la absorción hidroelectrolítica separan las células individuales.

Las paredes de los conductos biliares contienen sólo cantidades pequeñas de músculo liso, pero la terminación del colédoco está recubierta por un esfínter muscular completo. La musculatura de la vesícula biliar está constituida por haces entrelazados de fibras dispuestas longitudinal y espiralmente.

El árbol biliar recibe inervación parasimpática y simpática. La primera contiene fibras motoras para la vesícula y las fibras secretoras para el epitelio del conducto cístico. Las fibras aferentes en los nervios simpáticos median el dolor del cólico biliar.

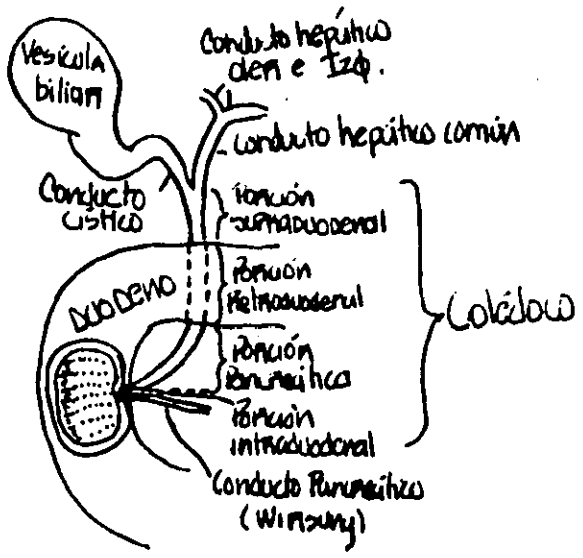
#### **FISIOPATOLOGIA.-**

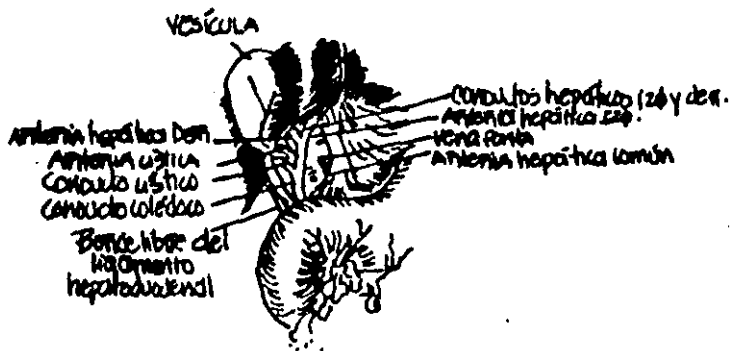
La colecistitis aguda es caracterizada por la presencia de signos sistémicos y locales de inflamación y patológicamente por la presencia de un proceso inflamatorio agudo en la vesícula biliar. En el 90% de los casos se asocia a litiasis vesicular. El no encontrar bacterias en más de la mitad de los casos sugiere que no es usualmente causada por una infección bacteriana.

Es común pensar que la colecistitis aguda es una inflamación de tipo químico, algunas veces con invasión bacteriana.

La colecistitis aguda se origina en la mayoría de los casos por una obstrucción litiasica del conducto cístico, la subsiguiente concentración de bilis atrapada en la vesícula biliar y el desarrollo de una presión intraluminal alta. Si la obstrucción no se resuelve espontánea o quirúrgicamente, la irrigación sanguínea de la vesícula se podría comprometer y como consecuencia podría resultar la necrosis y la subsiguiente perforación.

La invasión bacteriana produce espirosis y facilita la necrosis. La gangrena y la perforación ocurren en un 10-15% de los pacientes con colecistitis aguda. La perforación usualmente sellará con el epiplón y órganos vecinos, produciéndose posteriormente abscesos perivesiculares, subfrénicos o fístulas biliodigésitivas. La perforación libre con biliperitonio ocurre solamente en el 1% de los casos.





UNIÓN  
 ESPITAL  
 Posterior



Unión  
 Espital  
 Anterior



UNIÓN  
 PARALELA  
 LONGITUDINAL



## DIAGNOSTICO

### CUADRO CLINICO.-

Los síntomas primarios de enfermedad extrahepática del tracto biliar, dolor e ictericia, son causados por obstrucción e inflamación. La fiebre puede presentarse en trastornos biliares, aún en ausencia de dolor e ictericia. La náusea y el vómito son fenómenos reflejos que ocasionalmente dominan el cuadro clínico. Se ha dicho también que la dispepsia, flatulencias, distensión e intolerancia a comidas grasas son "los síntomas inaugurales de enfermedad vesicular", aunque no necesariamente indican litiasis.

El dolor visceral de la vesícula y árbol biliar se presenta en varios niveles de la línea media, así como en otras estructuras derivadas del tubo digestivo estomacario. Una causa del dolor visceral es una respuesta tónica a la distensión súbita de una víscera hueca, transportando las fibras dolorosas a médula espinal vía nervios espláncicos a los segmentos torácicos 5 a 9, y vía nervio frénico derecho. El vago lleva principalmente fibras eferentes al árbol biliar. La obstrucción súbita cística o del cólecóico causa el llamado "cólico biliar" que aparece súbitamente y alcanza un nivel de intensidad máxima que puede durar hasta varias horas, a diferencia del cólico intestinal que ocurre en paroxismos con intervalos de 5-10 minutos. Si la causa de la obstrucción pasa, como en el caso de un cálculo que pasa por el intestino, el dolor desaparece aunque persiste una sensación de molestia.

El dolor se describe como muy severo, de tipo quístico, inicialmente iniciado a epigastrio o en ocasiones en hipocóndrio derecho, con radiación a la espalda, por debajo de la escápula, o, menos frecuentemente al hombro derecho, vía nervio frénico. En ocasiones el dolor puede ser en hemicintura, y cuando es así generalmente se relaciona a espasmo de ampulla de Vater o a un cálculo en esa zona. Cuando hay rigidez localizada al área subyacente a la vesícula, se debe a inflamación de peritoneo parietal contiguo. En el 75% de los casos se presenta vómito.

Cuando la obstrucción persista, el dolor puede continuar intenso, irradiándose al epigastrio al cuadrante superior derecho, hombro derecho y cuello; o eventualmente puede ceder quedando solamente un malestar vago. Cuando la estenosis del cólecóico es gradual, generalmente no es dolorosa.

Jones revisó las historias de 14 pacientes con colecistitis aguda y comprobó que en el 50% de ellos el dolor inicialmente había sido epigástrico, pero cuando se ingresaron era el cuadrante superior derecho. Lo más notable era la intensidad del dolor a la presión que se acompañaba de defensa muscular.

En los pacientes de colelitiasis, la queja más frecuente es algún tipo de dispepsia, descrita a menudo como sensación de plenitud postprandial, con eructos y molestia epigástrica, ocasionalmente causando náuseas y vómito. En aproximadamente la mitad de los pacientes, la dispepsia desaparece después de la colecistectomía.

El bloqueo mecánico del cólecóico es seguido de ictericia, aunque el período que transcurre entre estos dos eventos es muy variable, pudiéndose presentarse la ictericia hasta varios días después de la

obstrucción. Cuando la vesícula esta ausente o enferma, la obstrucción precipita la aparición de ictericia en las primeras 24 horas.

Si se impacta un cálculo en la porción intrapancreática del colédoco, la ictericia es persistente. Pero, más frecuentemente, el cálculo actúa como válvula, haciendo la ictericia intermitente.

La ictericia obstructiva puede producir efectos secundarios como prurito, urticarrias y tendencias hemorrágicas, esto último por deficiencia de vitamina K, que en 1 a 3 semanas deprime síntesis de protombina, factor Christmas y factor Stuart.

La fiebre es común en la colecistitis aguda, pero no lo es en la crónica. La fiebre puede deberse a inflamación obstructiva estéril en algunos pacientes, pero la infección juega un papel importante en la mayoría de los casos de colecistitis aguda, habiéndose cultivado bacterias en el 75% de ellos, siendo las más frecuentes *E. Coli*, *Klebsiella* y *Salmonella*, y en menos de 50% de los casos colecistitis crónica. Los escalofríos y la fiebre indican bacteremia, y se asocian generalmente a complicaciones como colecistitis, estrabocistitis y fistulas. Cuando se acompaña de dolor en hipocondrio derecho, con o sin hiperbilirrubinemia, sugieren colangitis.

La hombilia no es frecuente, pero a veces es letal. La triada diagnóstica el dolor en cuadrante superior derecho, ictericia obstructiva (secundaria a coágulos en el árbol biliar) y sangrado gastrointestinal, por lo que el diagnóstico rara vez se hace preoperatoriamente, pero debe sospecharse cuando se han eliminado otras causas de sangrado.

La exploración física de un paciente con enfermedad de tracto biliar puede resultar normal, como en la mayoría de los casos de colecistitis crónica litiasica, o pueden encontrarse signos que indiquen la severidad extrema del proceso, como sería una colangitis ascendente o una peritonitis biliar por perforación de la vesícula.

En ocasiones cuando se trata de inflamación aguda de la vesícula, es posible palpar ésta distendida, sobre todo en la posición de cúbito supino, pero esto generalmente sólo es posible sólo en fases iniciales ya que en la mayoría de los casos, que se encuentran en estadios más avanzados, sólo es posible palpar la presencia de dolor y de resistencia muscular y, tal vez, datos de irritación peritoneal. La vesícula de "Courvoisier" es un signo que sigue teniendo validez.

Debe insistirse en la importancia de una buena historia clínica completa, ya que sólo es la mejor manera de establecer un diagnóstico, sino para poder descartar las enfermedades que se incluyen en el diagnóstico diferencial.

#### DATOS DE LABORATORIO.-

La cuenta leucocitaria esta por lo general elevada a 12,000-15,000 por l. Cuantas normales son habituales, pero si asciende a más de 15,000, se deberá sospechar la existencia de complicaciones. Una elevación leve de la bilirrubina sérica (en una diversidad de 2-4 mg/ml) es común, quizá a una inflamación secundaria del colédoco por la vesícula contigua. Las cifras de bilirrubina por arriba de esta cifra indican por gran posibilidad la presencia asociada de cálculos en el colédoco. Un leve aumento en -

los valores de fosfatos alcalinos, 5'-nucleo tídica y leucocitrinopeptidasa pueda acompañar cada estas. Ocasionalmente la amilasa sérica se eleva alcanzando cifras de 1000 unidades/100 ml. o mas.

#### GABINETE.-

Después del descubrimiento de los rayos X por Roentgen en 1896, se vió que las radiografías serían importantes en el diagnóstico de padecimientos abdominales. Desde entonces, el desarrollo de nuevas técnicas, agentes de contraste y otras modalidades, han refinado el diagnóstico de enfermedades del tracto biliar.

En 1934 Grahn y Cole realizaron la primera colecistografía oral. Subsecuentemente, ha habido múltiples mejoras para este procedimiento, y se estima tan sólo en E.U.A. 300,000 individuos son sometidos a él anualmente. Otras técnicas radiográficas usadas incluyen la colangiografía intravenosa, colangiografía retrógrada endoscópica, colangiografía transoperatoria. En los últimos años el ultrasonido, la tomografía computarizada y las imágenes con radiolámpas han adquirido un papel importante en el diagnóstico de enfermedad del tracto biliar.

#### Procedimientos Radiográficos.

Placa simple de abdomen.- Aunque la especificidad y sensibilidad de este procedimiento son bajas para diagnosticar enfermedad biliar, en algunas circunstancias es útil, y no es invasivo. Del 10 al 15% de los cálculos se visualizan con este examen, y es posible encontrar otros signos sugestivos de patología biliar, como serían opacidad en el hipocóndrio derecho, rechazo lento del ángulo hepático del colon, gas en la vesícula y/o vías biliares, cálculo en íleon, etc.; y por otro lado también pueden existir datos de otra patología abdominal.

Colecistografía oral.- Constituye un procedimiento simple y efectivo para diagnosticar enfermedad vesicular. Se han usado varios agentes de contraste, pero el más comunemente usado actualmente es el ácido iopónico (telepaque). La dosis usual son 3 g (6 tabletas) administradas la noche anterior. Para que la prueba sea confiable, deben cumplirse ciertos criterios. Lo primero es estar seguros de que el paciente tomó las tabletas, y que las retuvo, ya que en la presencia de vómito o diarrea no se podría obtener visualización. La función hepática del paciente debe ser adecuada para la excreción del material a los conductos biliares. Cuando la bilirrubina sérica es mayor a 2mg por 100 ml. o la reacción de BSP mayor del 40%, el estudio no tiene éxito, a pesar de observar estos criterios, algunos pacientes requieren una segunda dosis de 3 g 48 horas después del primer estudio.

Cuando la no visualización es causada por enfermedad vesicular, puede deberse a disminución de la capacidad de concentración, o a reabsorción del material de contraste y agua a través de la mucosa vesicular enferma.

Durante 30 años se aceptó que la colecistografía oral era un procedimiento muy sensitivo. capaz de identificar el 85 al 98% de cálculos, y que raramente daba falsas positivas, sin embargo, con el reciente desarrollo del ultrasonido de la vesícula, se ha visto que la colecistografía oral es sensitiva solamente en el 85 al 90% para detectar cálculos. Deitch y Eysel, en 1980, estudiaron 100 pacientes con ambos métodos y, aunque la superioridad del ultrasonido no fué estadísticamente significativa, debe tener

se en cuenta que se habían eliminado del estudio los pacientes ictericos o incapaces de tomar el medio de contraste.

Antes del desarrollo de pruebas adicionales, muchos pacientes eran colecistectomizados basándose en la no visualización de la vesícula y datos clínicos sugestivos. La eficacia diagnóstica era de 80 a 85% de casos circunstanciales.

Aunque la colelitiasis es el diagnóstico que más comúnmente se hace con la, colecistografía oral, este procedimiento es también útil en otras condiciones, como anomalías congénitas, incluyendo vesícula ausente, doble o de localización anormal; y en casos de adenomatosis de la vesícula, incluyendo enfermedad de Rokitanaky-Adchoff y colesterolosis.

Colangiografía intravenosa.—Desde que se desarrolló, en 1953, hasta la actualidad, la colangiografía intravenosa usando sódico o yodipside meglumine, ha sido una técnica importante para examinar el tracto biliar. Se ha reportado que el colédoco se visualiza en el 90% de los pacientes con bilirrubina normal.

Los problemas con este procedimiento incluyen pobre visualización, mortalidad asociada con el medio de contraste y la no visualización en el paciente icterico. A pesar de esto, El procedimiento ha sido ampliamente usado, especialmente en la evaluación del paciente colecistectomizado.

En un estudio realizado por Goodwin en 1980, de 128 colangiografías intravenosas, el 50% fueron subóptimas o no diagnósticas. En otro estudio realizado por Sherman et. al. en 1980, se comparó la colangiografía intravenosa con el ultrasonido; éste último se realizó en 20 pacientes, y en los 20 fue efectiva; la colangiografía sólo se realizó en 16 pacientes y fue efectiva en 9, por lo que no continuaron el estudio y el ultrasonido quedó como método de elección. Probablemente la colangiografía intravenosa siga siendo útil en el paciente colecistectomizado no icterico, cuando se sospeche que hay cálculos en el colédoco.

La colangiografía retrógrada.—A partir del desarrollo acelerado de la endoscopia por aparatos flexibles, se logró canalizar el ámpula de Vater y de esta manera tener radiografías contrastadas de las vías biliares.

No siempre es factible utilizarlo, ya que por dificultades técnicas a veces no es posible canalizar el ámpula en el 100% de los casos. Se considera como parte global del armamento diagnóstico con que se puede contar. No deben de menospreciarse sus posibles complicaciones: desde perforación intestinal hasta colangitis; sin embargo, los beneficios tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico, sobre pasan por mucho sus riesgos si se utiliza de manera correcta.

Colangiografía trans y postoperatoria.—La colangiografía transoperatoria es, sin duda, uno de los procedimientos más útiles para el cirujano con la finalidad de visualizar la permeabilidad de las vías biliares. Puede ser utilizada a través del cístico o directamente en el colédoco mediante la sonda T. Para obtener un buen resultado es de suma necesidad la labor en conjunto del cirujano, radiólogo y el técnico.

Los reportes de la literatura muestran cifras muy variables en cuanto a la eficacia y seguridad de este procedimiento, ya que existen reportes desde el 45 al 93% de confiabilidad.

En el período postoperatorio, la inyección del material de contraste, por lo general a través de una sonda en T, si se hace con la técnica adecuada, permite visualizar no sólo los resultados de la intervención quirúrgica, sino también el resto de las vías biliares. Debe ser un estudio rutinario antes de

retirar la sonda en T o cualquier sonda de drenaje biliar.

**Ecosonografía.**—El ultrasonido abdominal fué popularizado inicialmente por gineco-obstetras para evaluar los órganos pélvicos sin riesgo de radiación. Desde entonces, se ha adaptado para usarse en la evaluación del tracto biliar. El principio físico básico del ultrasonido es que tejidos de diferentes densidades transmiten el sonido a diferentes velocidades.

Los primeros estudios clínicos publicados en los 60's eran de ultrasonido bi-estable. En 1974 las primeras máquinas de ultrasonido de escala gris aparecieron, aportando una mejoría notable en la visualización de la vesícula y las vías biliares. En la actualidad se dispone no sólo de imágenes estáticas, sino que se puede observar el movimiento.

Los cálculos vesiculares pueden diagnosticarse por medio del ultrasonido con una eficacia de 90 al 100%. Los cálculos en el cístico son más difíciles de diagnosticar, a menos que sean grandes. En algunas ocasiones, variantes normales de la vesícula, como pliegues pueden confundirse con cálculos intraluminales.

El lodo biliar se ve comúnmente en vesículas fisiológicamente dilatadas en pacientes que han estado en ayuno prolongado. Sin embargo, pus, fibrina y hemorragias de la vesícula pueden dar una imagen sonográfica similar; más importante aún, los cálculos pequeños múltiples también pueden presentarse con biliocogénica.

Para diagnosticar colecistitis aguda, se ha usado la presencia del "signo de Murphy", que consiste en la presencia de máximo dolor en la vesícula sonográficamente localizada. Ralls, et. al. en 1982, reporta un estudio realizado en 219 pacientes, encontrando 11 falsas positivas y 17 falsas negativas, dando una especificidad de 93,6%, por lo que se considera que el signo es un indicador útil de presencia y ausencia de la colecistitis aguda.

La eficacia de la sonografía para detectar dilatación de conductos biliares ha variado de 86 al 99% en diversos reportes. La medida más generalmente aceptada como normal para el colédoco son 8 mm de diámetro.

Hasta ahora no se ha demostrado daño tisular con la sonografía y no hay radiación al paciente; la mayor limitación del método es su incapacidad de penetrar aire, hueso o grandes cantidades de grasas. — Por todo esto, el ultrasonido es en la actualidad considerado como el procedimiento inicial de elección para la evaluación del paciente con enfermedad del tracto biliar en muchas instituciones.

La tomografía computerizada utiliza los rayos x para proveer de imágenes seccionales. Después de penetrar al paciente, los rayos x chocan con una serie de detectores sensitivos. Con la ayuda de las computadoras, la información colectada por los detectores se usa para la construir una imagen conteniendo miles de elementos, cada uno con su propia característica de absorción de rayos X. La dosis de radiación que recibe el paciente es similar a la que se recibe en una serie gastrododenal.

Los cálculos vesiculares son visibles en la TC por calcificación o fisura de gas interno. Sin embargo la mayoría de cálculos no calcificados son indistinguibles de las inhomogeneidades que se ven en la bilis normal. Estas mismas limitaciones se aplican a la detección de lodo biliar.



En contraste con el ultrasonido, la TC penetra y delinea costillas, vértebras, gas intestinal y grasa abdominal, pero es menos sensitiva para los cambios en la textura de tejidos y líquidos. Por otro lado, un equipo de TC es más costoso que las unidades de ultrasonido e implica radiación ionizante al paciente.

**Gamagrafía.**— En los últimos años se han desarrollado radiofármacos marcados con Tc 99 que se concentran rápidamente en el sistema biliar. En el tracto biliar normal hay rápida visualización con la vesícula, colédoco y duodeno; en la colecistitis aguda con obstrucción del cístico, la vesícula no se visualiza, pero los conductos hepático y colédoco, así mismo el duodeno, sí; en obstrucción parcial de colédoco, se visualiza un conducto distendido con demora del tránsito de la radioactividad hacia el duodeno; la obstrucción completa del colédoco se asocia con ausencia de radioactividad en los tractos biliar y gastrointestinal después de 24 hrs.; en la enfermedad hepatocelular se caracteriza por retraso en el aclaramiento hepático y en la visualización de los tractos biliar y gastrointestinal.

La eficacia de la gamagrafía con Tc 99 para diagnosticar colecistitis aguda varía del 95 al 100%. La gamagrafía tiene la ventaja de ser exitosa cuando la placa simple y la colangiografía intravenosa no han podido dar la información adecuada, y es un método simple, seguro y efectivo.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.—

El diagnóstico diferencial de la colecistitis aguda abarca una gran gama de padecimientos abdominales y extraabdominales en la fase aguda. De estos se incluyen: pancreatitis, úlcera péptica perforada, apendicitis, perforación intestinal por estrangulación, trombosis mesentérica, pielonefritis, salpingitis, hepatitis, infarto miocárdico, neurasia basal derecha.

En los pacientes ancianos, los síntomas y signos pueden ser confusos y el diagnóstico difícil.

#### TRATAMIENTO.-

Deben de administrarse líquidos intravenosos para corregir la deshidratación y el desequilibrio hidroelectrolítico además de colocar una sonda nasogástrica con la finalidad de desfuncionalizar el tracto digestivo. En presencia de colecistitis aguda de intensidad promedio debe administrarse antibióticos (ampicilina, cefalosporinas y un aminoglucósido).

La mayor parte de los pacientes satisfacen los criterios para la intervención quirúrgica definitiva desde un principio con mínimo retardo después de la admisión al hospital. Esto no representa que se trate de una urgencia quirúrgica, como en el caso de la apendicitis aguda o una úlcera perforada. Por lo tanto la operación no necesita ser efectuada a la mitad de la noche, sino bajo condiciones óptimas durante el desarrollo de la secuencia normal de intervenciones quirúrgicas con *equipo* y *materiales* idóneos.

Aproximadamente en 30% de los casos, el diagnóstico de colecistitis aguda puede establecerse en forma definitiva, pero el estado general del paciente no es satisfactorio. Esta situación a menudo implica a los pacientes seniles que han sido admitidos al hospital después de haber estado enfermos durante varios días. Por regla general, cualquier caso que pudiera aumentar materialmente el riesgo de la anestesia general y de la laparotomía deberá ser eliminado de ser posible antes de la colecistectomía. La decisión para un tratamiento expectativo no puede, no obstante, adherirse en forma rígida a normas establecidas si el paciente no mejora como se había anticipado. Se deberá pensar en las complicaciones iminentes y se reconsiderará la intervención quirúrgica bajo estas circunstancias.

Alrededor del 10% de los pacientes con colecistitis aguda requieren cirugía de urgencia. Estos casos por lo general son situaciones clínicas en donde el padecimiento se ha complicado o va a complicarse. Fiebre alta (39°C), cuenta leucocitaria mayor de 15,000 ó escalofríos son signos que indican la posibilidad de una evolución supurativa. La aparición repentina de dolor abdominal generalizado puede indicar perforación. La aparición de una tumoración mientras se tiene al paciente en observación puede ser signo de perforación local o formación de absceso. Los cambios de esta clase constituyen una indicación para laparotomía de urgencias.

Dado que una colecistitis aguda en un paciente con diabetes mellitus tiene una frecuencia elevada de complicaciones graves y una tasa de mortalidad de aproximadamente 15%, se considerará la colecistectomía como una intervención de urgencia.

La colecistectomía es la operación preferida en la colecistitis aguda y puede practicarse en el 90% de los pacientes. La colangiografía operatoria debe ejecutarse en la mayoría de los enfermos explorando el colédoco para ver si están presentes las indicaciones apropiadas: **ABSOLUTAS**, demostración de cálculos en el preperitoneo mediante radiología, historia de colangitis, historia de ictericia, bilirrubinas — por arriba de 7 mg/100 ml, palpación de litos en el conducto, colangiograma transoperatorio positivo; **RELATIVAS**, ictericia leve y sin escalofríos, cálculos pequeños y múltiples, colédoco dilatado. Con las indicaciones relativas los cálculos se hayan presentes sólo en el 30% de los pacientes.

La colecistostomía está reservada para aquellos pacientes cuyo estado general es precario o cuando hay complicaciones locales; la mayor parte de los pacientes que requieren colecistostomía tienen más de 60 años.

#### COMPLICACIONES.-

Las principales complicaciones de la colecistitis aguda, son el empiema, la gangrena y la perforación. En el empiema (Colecistitis supurante), la vesícula contiene pus fresco y el paciente se ve intoxicado con la fiebre de 39°-40° escalofríos y cuenta de leucocitos mayor a 15,000/ l. Se administran antibióticos por vía parenteral y se practicará la intervención quirúrgica, ya sea colecistostomía o colecistectomía.

La perforación puede manifestarse en tres formas:

- 1) Perforación localizada con absceso pericolecístico.
- 2) Perforación libre con peritonitis generalizada.
- 3) Perforación en el interior de alguna víscera haca adyacente, con la formación de una fístula.

Puede ocurrir la perforación tan temprana como tres días después de haberse iniciado la colecistitis aguda o tarde en la segunda semana. La frecuencia total de la perforación es alrededor de 10%.

El absceso pericolecístico, constituye la forma más común de perforación, la cual debe sospecharse cuando progresen los signos y síntomas, en especial cuando van acompañados por la aparición de una masa palpable. El paciente a menudo está intoxicado con fiebre de 39° y una cuenta leucocitaria mayor de - 15,000/ l. pero en ocasiones no existe correlación entre los signos clínicos y el desarrollo del absceso local. La colecistostomía y el drenaje de absceso pueden llevarse a cabo con toda seguridad en muchos de estos pacientes, pero si el estado del paciente es inestable, se preferirá la colecistostomía.

La perforación libre ocurre sólo en 1-2% de los pacientes, mas a menudo al principio de la enfermedad - cuando la gangrena se desarrolla entre adherencias que se sellan en la vesícula. El diagnóstico antes de la intervención quirúrgica se hace sólo en la mitad de los pacientes. La parenteritis abdominal es infrecuente y se ha demostrado que puede conducir a diagnósticos falsos. Se hará la colecistostomía si las condiciones del paciente lo permiten, en otra forma se practicará colecistostomía. La tasa de mortalidad depende en particular de si el cístico permanece obstruido o el cálculo fue arrojado después de la perforación. Lo primero conduce a una peritonitis purulenta, la cual es mortal en el 20% de los pacientes. En el último caso, aparece una peritonitis biliar y más de 50% de los pacientes fallecen. Mientras más temprano se operen mejor será el pronóstico.

Fístula colecistoentérica: La perforación resultante a menudo permite que la enfermedad aguda se resuelva. Si los cálculos se vacían hacia el duodeno a través de la fístula pueden destruirlo si son muy grandes (íleo biliar).

Las fístulas colecistoentéricas, por lo general, no provocan síntomas a menos que la vesícula se encuentre parcialmente obstruida por cálculos o tejido fibrotizado. Ni el colangiograma por vía bucal ni por vía nasal ni por vía IV visualizan la vesícula ni la fístula, pero esta última puede demostrarse en una serie gastroduodenal, debiendo diferenciarse de una fístula por una úlcera péptica perforada.

Se ha descrito colestasíen en algunos pacientes con fístula colecistoentérica. Las fístulas colecistoentéricas sintomáticas deberán ser tratadas mediante colecistectomía y cierre de la fístula. La mayor parte de los mismos son descubiertos de manera accidental durante la colecistectomía por enfermedad

sintorática de la vesícula.

**PROGNOSIS.-**

La tasa de mortalidad global de la colecistitis aguda es aproximadamente de 3%. Casi todos los fallecimientos son en pacientes mayores de 60 años de edad o aquellos con diabetes. En el grupo de mayor edad, las complicaciones cardiovasculares secundarias o complicaciones pulmonares contribuyen en forma substancial a elevar la tasa de mortalidad.

La sepsis no controlada con peritonitis o abscesos intrahepáticos constituyen las condiciones más importantes responsables de la mortalidad.

Los cálculos en el colédoco se hayan presentes en aproximadamente 15% de los pacientes con colecistitis aguda y algunos de los enfermos más graves padecen en forma simultánea de coleangitis por obstrucción biliar. La pancreatitis aguda también puede complicar la colecistitis aguda y su combinación implica un riesgo mayor.

Los pacientes que desarrollan las formas supurativas de la enfermedad vesicular como empiema o perforación es menos probable que se recuperen. La admisión cuanto antes al hospital y la colecistectomía reducen las probabilidades de estas complicaciones.

**OBJETIVOS.-**

Establecer el criterio quirúrgico de la colecistectomía en la fase aguda de la colecistitis mediante:

- A) La identificación de las indicaciones quirúrgicas en los pacientes a quienes se les realizó la colecistectomía por colecistitis aguda durante el período comprendido entre enero de 1984 y diciembre de 1986.
- B) La evaluación del manejo médico y quirúrgico establecido en los pacientes con colecistitis aguda durante el período comprendido entre enero de 1984 y diciembre de 1986.
- C) La correlación entre los resultados del manejo de los pacientes con colecistitis aguda en el Hospital General "Dr. Manuel Gasa Gonzalez", y la experiencia reportada en la literatura mundial.

**MATERIAL Y METODOS.**

Se revisaron 125 expedientes con diagnóstico de colecistitis aguda ingresados al servicio de Cirugía General del Hospital General "Dr. Manuel Gasa Gonzalez", durante el período comprendido entre enero de 1984 y diciembre de 1986. Se eliminaron 22 expedientes, ya que 11 expedientes correspondían a pacientes que fueron dados de alta e intervenidos quirúrgicamente de manera electiva y 11 expedientes que correspondían a pacientes que fueron dados de alta y no volvieron para su tratamiento definitivo.

De los 104 expedientes restantes se organizaron 2 grupos: Grupo A, el cual se constituyó de 66 pacientes (64%), a quienes se les realizó cirugía dentro de las primeras 48 horas de estancia hospitalaria y el Grupo B, el cual se constituyó de 38 pacientes (36%), a quienes se les realizó cirugía después de 48 horas de estancia hospitalaria.

Se analizaron los grupos de edad y sexo, cuadro clínico, hallazgos de laboratorio y gabinete, manejo preoperatorio, indicaciones quirúrgicas, cirugía efectuada, hallazgos transoperatorios, complicaciones post-quirúrgicas, mortalidad y estancia hospitalaria.

## RESULTADOS.-

1) De los 104 pacientes, 90 correspondieron al sexo femenino (86.5%) y 14 (13.5%) al sexo masculino. En cuanto al grupo A 54 pacientes al sexo femenino (82%) y 12 pacientes al sexo masculino (18%); En cuanto al grupo B correspondieron 36 pacientes al sexo femenino (95%) y dos pacientes al sexo masculino (5%). TABLA I Y II.

TABLA I  
GLOBAL SEXO

	#PACIENTES	%
FEMENINO	90	86.5%
MASCULINO	14	13.5%
TOTAL	104	100%

TABLA II

	GRUPO A 0-48 HORAS		GRUPO B + de 48 HORAS	
	#PACIENTES	%	#PACIENTES	%
FEMENINO	54	82%	36	95%
MASCULINO	12	18%	2	5%
TOTAL	66	100%	38	100%

2) En cuanto a la edad se establecieron los siguientes grupos: Menores de 21 años, de 21 a 30 años, de 31 a 60 años y de más de 60 años. Observando que en ambos grupos la mayor frecuencia la ocupó el grupo comprendido entre 31 a 60 años. TABLA III.

TABLA III

GRUPO A			GRUPO B		
EDAD	# PACIENTES	%	EDAD	# PACIENTES	%
1)-20 AÑOS	9	13.6%	-20 AÑOS	7	18.4%
2)21-30	14	21.2%	21-30	2	5.26%
3)31-60	34	51.5%	31-60	25	65.7%
4)60 o +	9	13.6%	60 o +	4	10.5%
TOTAL	66	100%		38	100%

3) Dentro del cuadro clínico los datos más importantes para el diagnóstico fueron: Dolor abdominal localizado en el cuadrante superior derecho presente en todos los casos, la presencia de náuseas, vómito e intolerancia a las grasas; en menor porcentaje se presentó la fiebre y la ictericia. TABLA IV.

TABLA IV  
CUADRO CLINICO

GRUPO A			GRUPO B		
	#PACIENTES	%		#PACIENTES	%
DOLOR	66	100%	DOLOR	38	100%
NAUSEA	64	96.9%	NAUSEA	36	94.7%
VOMITO	62	93.9%	VOMITO	34	89.4%
INTOLERANCIA A GRASAS	56	84.8%	INTOLERANCIA A GRASAS	29	43.9%
FIEBRE	26	39.3%	FIEBRE	12	18.1%
ICTERICIA	12	7.92%	ICTERICIA	12	18.1%



4) Los estudios de laboratorio evaluados en el presente estudio se observa que la cuenta leucocitaria fue el dato más importante a tomar en cuenta. TABLA V.

TABLA V  
LABORATORIO

GRUPO A			GRUPO B		
	#PACIENTES	%		#PACIENTES	%
LEUCOCITOSIS ( $\times 10,000$ )	33	50%	LEUCOCITOSIS ( $\times 10,000$ )	17	44.7%
FOSFATASA ALCALINA ( $\times 69$ U.)	14	21.2%	FOSFATASA ALCALINA ( $\times 69$ U.)	13	34.2%
BILIRRUBINA ( $\times 1.0$ mg/100ml)	12	18.1%	BILIRRUBINA ( $\times 1.0$ mg/100ml)	13	34.2%
	---	---		---	---
	59	89.3%		43	114.1%

5) En cuanto a los estudios de gabinete se observó que a menor estancia (Grupo A) menor la oportunidad de realizar dichos estudios en comparación al grupo de mayor estancia (Grupo B). TABLA VI.

TABLA VI  
METODO DE DIAGNOSTICO

GRUPO A		GRUPO B	
	#PACIENTES		#PACIENTES
Rx.	14	Rx.	20
ULTRASONIDO	7	ULTRASONIDO	3
ENDOSCOPIA	1	ENDOSCOPIA	13

6) El manejo inicial establecido en varios grupos fue en base a SNG, antibioticoterapia y analgésicos. TABLA VII

TABLA VII  
MANEJO INICIAL

GRUPO A			GRUPO B		
	# PACIENTES	%		# PACIENTES	%
S.N.G.	60	91%	S.N.G.	31	81.5%
ANTIBIOTICOS	45	68%	ANTIBIOTICOS	23	60%
ANALGESICOS	42	78%	ANALGESICOS	34	89%

7) La indicación quirúrgica observada en el Grupo A fue dada basándose más en la clínica y en cuanto al Grupo B, basándose más en la confirmación diagnóstica. TABLA VIII.

TABLA VIII  
INDICACION QUIRURGICA

GRUPO A			GRUPO B		
	#PACIENTES	%		#PACIENTES	%
PERSISTENCIA CUADRO CLINICO	44	66%	PERSISTENCIA CUADRO CLINICO	2	5.2%
CONFIRMACION DIAGNOSTICA	22	34%	CONFIRMACION DIAGNOSTICA	36	94.8%

8) La cirugía efectuada se reposta en la siguiente tabla. TABLA IX.

TABLA IX  
CIRUGIA EFECTUADA

GRUPO A		GRUPO B			
	#PACIENTES	%			
COLECISTECTOMIA SIMPLE	49	74.2%	COLECISTECTOMIA SIMPLE	21	5.2%
COLECISTECTOMIA + R.V.B.	17	25.7%	COLECISTECTOMIA + R.V.B.	17	94.8%
	---		---		
	66		38		

9) En lo que se refiere a los hallazgos transoperatorios se observó una mayor frecuencia en la presencia de colecistitis alitiásica en el Grupo A en comparación al Grupo B.

TABLA X.

TABLA X

GRUPO A		GRUPO B	
	#PACIENTES		#PACIENTES
LITIASIS	57(80%)	LITIASIS	36(95%)
VESICULAR	57	VESICULAR	36
VIA BILIAR	12	VIA BILIAR	9
COLANGITIS	8	COLANGITIS	-
PICCOLECISTO	5	PICCOLECISTO	1
PERFORACION	2	PERFORACION	-
ALITIASICA	9(14%)	ALITIASICA	2(5%)
	-----		-----
	66(100%)		38(100%)

10) El global de complicaciones en ambos grupos fue similar, observándose una mayor frecuencia en cuanto a infecciones de la herida quirúrgica se refiere dentro del Grupo A en comparación con el Grupo B. Nuestr índice de mortalidad fue de 0. TABLA XI.

TABLA XI  
COMPLICACIONES

GRUPO A		GRUPO B	
	#PACIENTES		#PACIENTES
INFECCION HERIDA	5(7.5%)	INFECCION HERIDA	2(5.2%)
LITIASIS RESIDUAL	2(3.1%)	LITIASIS RESIDUAL	1(2.6%)
		EMBOLIA PULMONAR	1(2.6%)
	<hr/>		<hr/>
	7(10.6%)		4(10.5%)

11) El número de días en el período preoperatorio del Grupo A fue de 2 días (48hrs.) y el Grupo B fue de 3-7 días en el 79% de los casos, sin embargo la estancia hospitalaria fue de 0-7 días en el 86% para el Grupo A y en el 87% para el Grupo B, con lo que - observamos que la evolución en el postoperatorio para ambos casos fue similar. TABLA XII Y TABLA XIII.

TABLA XII  
ESTANCIA PREOPERATORIA

GRUPO A			GRUPO B		
DIAS	#PACIENTES	%	DIAS	#PACIENTES	%
2(48hrs)	66	100%	3-7	30	79%
			8-15	7	18.4%
			+ 16	1	2.6%

TABLA XIII  
ESTANCIA POSTOPERATORIA

GRUPO A			GRUPO B		
DIAS	#PACIENTES	%	DIAS	#PACIENTES	%
0-3	14	21.2%	0-3	3	7.8%
4-7	43	65.1%	4-7	30	79%
8-15	8	12.1%	8-15	3	7.8%
15-30	1	1.5%	15-30	2	3%
	---	---		38	100%
	66	100%			



#### DISCUSION.-

El tratamiento de la colecistitis aguda no es uniforme.

En el pasado, el manejo médico de la colecistitis aguda fué la regla y un número considerable de galenos continúan manejándola de esta manera. Aproximadamente el 75-90% de los pacientes responden al régimen médico, el cual consiste en la colocación de una sonda nasogástrica, líquidos parenterales y en tibióticos, mejorando dentro del 2° al 14° día de iniciado el cuadro agudo. Dichos sujetos son sometidos a cirugía 2-3 meses después. La falla al tratamiento médico es una indicación para cirugía de urgencia y ya que algunas ocasiones el paciente se encuentra bastante delicado, se deberá realizar un simple drenaje de la vesícula biliar como medida de seguridad, dejando la extracción de la vesícula para un segundo tiempo. El argumento en que se basa el tratamiento médico es que la mayoría de los pacientes responden, en que se puede llegar a un diagnóstico más certero, además se menciona que la cirugía temprana puede dificultarse debido a la inflamación y al edema y podría no permitir la exploración del conducto biliar común cuando este indicado.

Contrario a esta corriente de pensamiento, de los E.U.A. se observa una desviación hacia el manejo quirúrgico temprano dentro de las primeras 48 hrs. de iniciado el ataque. El peligro a la perforación, la necesidad de dos períodos de hospitalización y el pensamiento de que el paciente deberá ser sometido a cirugía eventualmente, forman las bases con las que se apoya el manejo quirúrgico temprano. Más aún, la mortalidad asociada con la cirugía temprana es ligeramente más elevada que con la colecistectomía electiva. Se ha demostrado de manera general que la extracción de la vesícula inflamada y si es necesaria la revisión de la vía biliar es casi siempre posible durante el acto quirúrgico temprano y podría ser menos difícil que una disección a través de tejido fibroso después de 2-3 meses del ataque agudo. Se debe enfatizar que el simple drenaje de la vesícula mediante colecistostomía es el tratamiento de elección en el paciente que presente alguna eventualidad o dificultad quirúrgica. En el anciano y en el diabético, la dificultad para determinar el progreso o la evolución del padecimiento hace la intervención quirúrgica temprana imperativa.

En nuestro medio el manejo del paciente con colecistitis aguda durante su primer internamiento, ya sea médico o quirúrgico durante las primeras 48 hrs., demostró semejanza importante con respecto a las ventajas y desventajas observadas en los reportes de la literatura mundial.

## CONCLUSIONES.-

- 1).- El sexo femenino sigue teniendo mayor incidencia en la patología vesicular.
- 2).- Las edades productivas de la vida( 20-60 años ) son las más afectadas.
- 3).- Dentro del cuadro clínico sigue siendo de primordial importancia la presencia de dolor abdominal, náuseas, vómito y fiebre. Dentro de los antecedentes el principal es la intolerancia a grasas.
- 4).- La leucocitosis fué la alteración más frecuentemente encontrada dentro de los exámenes de laboratorio.
- 5).- A mayor estancia hospitalaria, mayor la oportunidad de realizar estudios que apoyen un diagnóstico más certero.
- 6).- El manejo preoperatorio y durante la fase aguda sigue siendo a base de sonda nasogástrica, líquidos parenterales, antibióticos y analgésicos.
- 7).- La principal indicación quirúrgica en el manejo temprano del paciente con colecistitis aguda según se demostró en nuestro estudio, continúa siendo la persistencia del cuadro clínico aunado a las alteraciones laboratoriales. Confirmando que la cirugía en o durante este período demostró ser un procedimiento seguro, con una morbi-mortalidad parecida a la mostrada con el grupo de cirugía electiva y menor tiempo de hospitalización.

Debido a las actuales condiciones económicas por las que atraviesa el país y las restricciones en que nos vemos sometidos en nuestra institución, valdría la pena de ser tomado en cuenta el presente estudio con la finalidad de abrir costas sin necesidad de disminuir el nivel de la atención médica.

BIBLIOGRAFIA

1. Harold Ellis. Cholecystitis. Maignot's "Abdominal Operations " 8<sup>th</sup>. 1965 Vol. 2 p. 1849.
2. IDEM.
3. IDEM.
4. IDEM.
5. IDEM.
6. IDEM.
7. Heuer, JG. The factors leading to death in operations upon the gallbladder and bile ducts. Ann. Surg. Vol. 99.6 Jun 1934.
8. Rossoff L. Tratamiento operatorio de la colestitis aguda. Clin. quirúr. de Norteam. 1973 p.1079-1089.
9. Dunphy, JE. Studies in acute cholecystitis. Surgery Vol., 26.3 Sep. 1949.
10. Ganey, JB. Cholecystectomy : Clinical experience with a large series. Am.J.Surg. Vol. 151 p. 352-7 March 1986.
11. Becker, WF. A clinical study of 1060 patients with acute cholecystitis. Surg. Gynec. Obstet. p.491-496. 1957.
12. Van Der Linden. Early versus delayed cholecystectomy: The effect of a change in management. Br.J. Surg. Vol. 78 p.753-7.
13. Gardner, B. Factors influencing the timing of cholecystectomy in acute cholecystitis. Am.J.Surg. Vol. 125 Jan. 1973 p. 730-3.
14. Jacobs, KJ. Acute cholecystitis, evaluations of factors influencing common duct exploration. Am.J.Surg. Vol. 52 April 1986 p. 177-181.
15. Thompson, JE. Factors in management of acute cholangitis. Ann Surg. Feb. 1982 Vol. 195(2) p. 137-145.
16. Paul F. Nora. Vesícula biliar y conductos biliares extrahepáticos. Cirujía General.Principios y Técnicas. 2<sup>o</sup> ed. Salvat 1985 p. 617.
17. Stefanini P. Carboni M, et al. Factors influencing the long term results of cholecystectomy. Surg. Gynec. Obst. 139: 734, 1974.
18. Glenn F. Surgical management of acute cholecystitis in patients 65 years old of age and older. Ann Surg. 1981 Vol. 193(1): 56-9.
19. Glenn F. Clin Quir. de Norteam. 46:1129 1965.
20. Bartlett, MK. Surgery of the biliary tract. II treatment of acute cholecystitis New England J Med. Feb. 1985 Vol 2 p.202-5.
21. Morrow, DJ. Acute cholecystitis in the elderly. Arch. Surg. 1978 p. 113.
22. McSherry, C.H. The natural history of diagnosed gallstone disease in symptomatic and asymptomatic patients. Ann Surg. 1985 Jul. p. 59-63.
23. Savino, JA. Factors encouraging laparotomy in acalculous cholecystitis. Crit. Care Med. Vol. 13 May 1985 p. 377-380.
24. Gagic, N. The results of cholecystectomy for treatment of acute cholecystitis. Surg. Gynec. Obst. Feb. 1975 Vol. 140 p. 255-257.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

25. Donald, EF. Empyema of the gallbladder: A complication in the natural history of acute cholecystitis. Am. J. Surg. Vol. 140 1981 p. 366-9.
26. Ballinger, HF. Early versus delayed operation for acute cholecystitis. Am. J. Surg. 1970 120: 7-13.
27. Heikki J. Jarvinen Early cholecystomy for acute cholecystitis . Ann. Surg. April 1980 p. 501-505\*
28. Glenn F. The surgical treatment of acute cholecystitis. Surgery, Gynecology and obst. Vol. 90 June 1980 Num. 6.