

11209
2ej 38

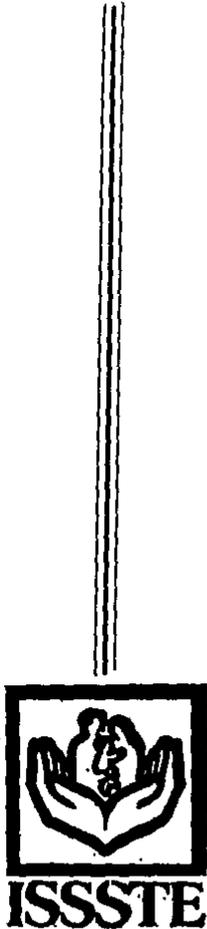


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ
I.S.S.T.E.

COLECISTECTOMIA TEMPRANA VS
COLECISTECTOMIA RETARDADA EN
COLECISTITIS AGUDA
COLECISTECTOMIA ANTES DE 72 HORAS

TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL TITULO EN:
LA ESPECIALIDAD DE
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A :
DR. JOSE NESTOR MARCO TULIO
JIMENEZ PASTRANA



MEXICO, D. F.



1989



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

I N D I C E

	PÁGINA
1. AGRADECIMIENTOS.....	
2. RESUMEN.....	1
3. INTRODUCCIÓN.....	2
4. MATERIAL CLÍNICO.....	5
5. RESULTADOS.....	7
6. DISCUSIÓN.....	14
7. CONCLUSIONES.....	21
8. BIBLIOGRAFÍA.....	23

RESUMEN

EARLY CHOLECYSTECTOMY IN COMPARATION WITH THE RETARD CHOLECYSTECTOMY CAN BE REDUCE THE NUMBER OF COMPLICATIONS AFTER SUGERY AND DECREASE HOSPITAL HONORARY, REDUCE HOSPITALIZATION JOYS AND, GENERATE DONES INDISPOSITION.

EARLY CHOLECYSTECTOMY MUST BE REALIZE CERTAINLY IN THOSE - PATIENT'S WITH DIAGNOSTIC OF SHRILL CHOLECYSTECTOMY. PHY--SICAL EXPLORATION, COMPUTATION OF LEUCOCYTES AND THE DISCOVERY OF ULTRASOUND ARE PARAMETERS, ALL TOGETHER CAN GIVE US-93% EXACT DIAGNOSTIC.

THE COMPLICATIONS CAN BE (4 TO 15%) THERE ARE SIMILARS IN-BOUHT GROUPS, SUCH REPORT LITERATURE.

IN OUR STUDY WE WATCH IN INTERMEDIAT DAYS DECREASE IN MORE THAN 2 DAYS POR PACIENT, REPRESENT SAVING ARE \$250,000.00, TO THE HOSPITAL, CONSIDERABLE AMOUNT, IN HARD TIMES. BESIDES DAYS OF INDISPOSITION REDUCE FOR PACIENT MORE THAN 4 - DAYS IN COMPARATION WITH PACIENT'S WITH CHOLECYSTECTOMY -- RETARD SUGERY.

RESUMEN:

LA COLECISTECTOMÍA TEMPRANA EN COMPARACIÓN CON LA COLECISTECTOMÍA RETARDADA, PUEDE REDUCIR EL NÚMERO DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS Y DISMINUIR LOS COSTOS HOSPITALARIOS, AL REDUCIR LOS DÍAS DE INTERNAMIENTO Y GENERAR MENOS INCAPACIDADES ?

LA COLECISTECTOMÍA TEMPRANA DEBE REALIZARSE CON SEGURIDAD EN AQUELLOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO SEGURO DE COLECISTITIS AGUDA. LA EXPLORACIÓN FÍSICA, LA CUENTA DE LEUCOCITOS Y LOS HALLAZGOS DEL ULTRASONIDO SON PARÁMETROS, QUE EN CONJUNTO, PUEDEN OFRECERNOS UNA CERTEZA DIAGNÓSTICA HASTA DEL 93%.

LAS COMPLICACIONES CUANDO SE PRESENTAN (4 AL 15%) SON SIMILARES EN AMBOS GRUPOS, COMO LO REPORTA LA LITERATURA.

EN NUESTRO ESTUDIO OBSERVAMOS QUE LOS DÍAS DE INTERNAMIENTO SE DISMINUYEN EN MÁS DE 2 DÍAS POR PACIENTE, LO QUE REPRESENTA PARA EL HOSPITAL UN AHORRO DE CASI \$ 250,000.00, CANTIDAD CONSIDERABLE TOMANDO EN CUENTA LA CARENCIA DE INSUMOS POR LA QUE ATRAVIESAN EN ESTA ÉPOCA LA MAYORÍA DE LOS HOSPITALES. ADEMÁS LOS DÍAS DE INCAPACIDAD SE REDUCEN POR MÁS DE 4 DÍAS POR PACIENTE EN COMPARACIÓN CON LOS PACIENTES OPERADOS POR COLECISTITIS EN FORMA RETARDADA.

1 INTRODUCCION

LA COLECISTECTOMÍA TEMPRANA (CT), EN COMPARACIÓN CON LA COLECISTECTOMÍA RETARDADA (CR) PUEDE REDUCIR EL NÚMERO DE COMPLICACIONES POSOPERATORIAS Y DISMINUIR LOS COSTOS HOSPITALARIOS, AL REDUCIR ÉSTA, LOS DÍAS DE INTERNAMIENTO Y GENERAR MENOS INCAPACIDADES?

UNA CIRUGÍA TEMPRANA (ANTES DE 72 HORAS DE INICIADA LA SINTOMATOLOGÍA) EN COLECISTITIS AGUDA PUEDE EVITAR EL RIESGO DE COMPLICACIONES, COMO GANGRENA Y PERFORACIÓN PRINCIPALMENTE, Y QUE, POR SER UNA ENTIDAD CLÍNICO-PATOLÓGICA PRECISA, TENDRÁ QUE RESOLVERSE POR CIRUGÍA, ADEMÁS SE REDUCIRÍA EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN, DISMINUYENDO LOS COSTOS INTRAHOSPITALARIOS Y LOS PERÍODOS DE INCAPACIDAD.

EN LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS, LA COLECISTITIS AGUDA ESTÁ RELACIONADA CON OBSTRUCCIÓN DEL CUELLO DE LA VESÍCULA O DEL CONDUCTO CÍSTICO, POR CÁLCULOS IMPACTADOS EN LA BOLSA DE HARTMANN. LA PRESIÓN DIRECTA DEL CÁLCULO SOBRE LA MUCOSA PRODUCE ISQUEMIA, NECROSIS Y ULCERACIÓN CON TUMEFACCIÓN, EDEMA Y DISMINUCIÓN DEL RETORNO VENOSO. ÉSTOS PROCESOS A SU VEZ AUMENTAN Y EXTIENEN LA INFLAMACIÓN. LAS ULCERAS PUEDEN SER TAN EXTENSAS QUE LA MUCOSA A MENUDO APENAS SE IDENTIFIQUE EN EL EXÁMEN MICROSCÓPICO, Y HAY

LEUCOCITOS SEGMENTADOS INFILTRANDO TODAS LAS CAPAS, SI UN CÁLCULO SE IMPACTA EN EL CONDUCTO CÍSTICO DURANTE LA EVOLUCIÓN DE UNA COLECISTITIS CRÓNICA, PUEDE SER QUE SE ABSORBA EL PIGMENTO BILIAR, EL MATERIAL CONTENIDO SE TRANSFORMA EN MOCO QUE CONTIENE SALES DE CALCIO SECRETADAS POR LA MUCOSA DE LA VESÍCULA BILIAR, DADO QUE LA OBSTRUCCIÓN IMPIDE EL PASO DE BILIS, EL MATERIAL ACUMULADO EN SU INTERIOR ES DE COLOR BLANCO, ESPESO, CON ALTO CONTENIDO DE -- CARBONATO DE CALCIO; A ESTA ENTIDAD SE LE CONOCE COMO HIDROCOLECISTO, LA VESÍCULA BILIAR SE ENCUENTRA DILATADA Y CON PAREDES ENGROSADAS.

SI EL CUADRO INFLAMATORIO AGUDO PERSISTE Y LA OBSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO CÍSTICO IMPIDE EL VACIAMIENTO VESICULAR, LA CONDICIÓN SE TORNA MÁS GRAVE AL PRODUCIRSE UN EMPIEMA VESICULAR (8,18). LA MARCADA DISTENSIÓN DE LA VESÍCULA BILIAR CON INFECCIÓN DE LA PARED VESICULAR PUEDE LLEVAR A TROMBOSIS DE LA ARTERIA CÍSTICA O A NECROSIS ISQUÉMICA LOCAL DE LA PARED VESICULAR, LLEVANDO A COLECISTITIS GANGRENOSA Y POSIBLE PERFORACIÓN CON FORMACIÓN DE ABSCESO PERICOLECÍSTICO, FISTULIZACIÓN O PERITONITIS BILIAR (14,18).

LA COLECISTECTOMÍA TEMPRANA HA SIDO RECOMENDADA DURANTE -- LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS COMO EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN EN VARIOS ESTUDIOS CLÍNICOS (7). SIN EMBARGO, EN OTROS DEPARTAMENTOS QUIRÚRGICOS (8,15), LA CIRUGÍA RETARDADA ES EL PRO

CEDIMIENTO MÁS COMUNMENTE USADO -HASTA EN EL 81% DE LOS CASOS-, ESTO A PESAR DE SABERSE QUE DEL 10 AL 15% DE PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA NO RESPONDERÁN AL TRATAMIENTO CONSERVADOR Y DESARROLLARÁN GANGRENA Y PERFORACIÓN (1,8), Y EN EL 50% DE LOS CASOS PRESENTARÁN OTRA EXACERBACIÓN (18).

EL PRESENTE ESTUDIO FUÉ REALIZADO, COMO UN ANÁLISIS RETROSPECTIVO, PARA COMPARAR EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DURANTE EL CUADRO AGUDO CON CIRUGÍA POSTERIORMENTE PROGRAMADA, ES DECIR, COLECISTECTOMÍA RETARDADA (CR), CONTRA COLECISTECTOMÍA TEMPRANA (CT), DEFINIÉNDOSE A ÉSTA COMO LA REALIZADA DENTRO DE LAS PRIMERAS 72 HORAS DE INICIADA LA SINTOMATOLOGÍA Y DETERMINAR QUE GRUPO PRESENTA MÁS COMPLICACIONES, DÍAS DE INTERNAMIENTO, INCAPACIDAD Y MAYOR COSTO HOSPITALARIO.

EL ARGUMENTO UTILIZADO PARA EFECTUAR DICHO ESTUDIO ES DEMOSTRAR QUE SE PUEDE DISMINUIR EL NÚMERO DE COMPLICACIONES (MORBIMORTALIDAD) QUE GENERA ESTA ENTIDAD PATOLÓGICA, ASÍ COMO DISMINUIR LOS DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN, LOS DÍAS DE INCAPACIDAD Y ABATIR LOS COSTOS HOSPITALARIOS, REFLEJÁNDOSE ESTO EN UN BENEFICIO MÚTUO TANTO PARA LA INSTITUCIÓN COMO PARA EL TRABAJADOR.

2 MATERIAL CLINICO

SE REALIZÓ UNA REVISIÓN RETROSPECTIVA, OBSERVACIONAL, --- ABIERTA Y COMPARATIVA DEL PERÍODO COMPRENDIDO DEL 1° DE ENERO DE 1986 AL 30 DE OCTUBRE DE 1988 EN EL HOSPITAL GENERAL "DR. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ", (ISSSTE) EN LA CIUDAD DE MÉXICO, D.F., TOMANDO LOS EXPEDIENTES DE PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMÍA Y SE FORMARON 2 GRUPOS. EL -- GRUPO "A" CONSISTENTE EN TODAS LAS COLECISTECTOMÍAS QUE SE REALIZARON DENTRO DE LAS 72 HORAS POSTERIORES AL INICIO DE SUS SÍNTOMAS, Y EL GRUPO "B" CONSISTENTE EN AQUELLAS COLECISTECTOMÍAS QUE SE LLEVARON A CABO DESPUÉS DE LAS 72 HORAS DE INICIADA SU SINTOMATOLOGÍA. DEL TOTAL DE COLECISTECTOMÍAS PROGRAMADAS QUE SE REALIZARON EN LOS 3 AÑOS DE ESTUDIO, SE TOMARON 16 CASOS AL AZAR PARA FORMAR EL GRUPO B, Y COMPARARLO CON LOS 16 CASOS DEL GRUPO A.

SE INCLUYERON EN EL PRESENTE ESTUDIO A TODOS AQUELLOS PACIENTES DE 18 A 80 AÑOS DE EDAD EN QUE SE VERIFICABA EL DIAGNÓSTICO DE COLECISTITIS AGUDA, YA SEA POR EXPLORACIÓN FÍSICA, ULTRASONIDO DE HÍGADO Y VÍAS BILIARES Y/O COLECISTOGRAFÍA ORAL. AL FINAL SE COMPARARON LOS 2 GRUPOS PARA DETERMINAR SI LAS COMPLICACIONES FUERON SIGNIFICATIVAS, EL PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA PARA CADA GRUPO, LOS PERÍODOS DE INCAPACIDAD QUE SE GENERARON Y LOS COSTOS HOSPITALARIOS QUE REQUIRIÓ CADA UNO.

SE TOMÓ EN CUENTA SI ENTRE LOS ANTECEDENTES HABÍA SINTOMATOLOGÍA RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD VESICULAR, EL TIEMPO DE INICIO DE LA SINTOMATOLOGÍA Y EL INGRESO HOSPITALARIO, EL TIEMPO ENTRE EL INGRESO HOSPITALARIO Y LA CIRUGÍA, ENFERMEDADES INTERCURRENTES Y SI ESTAS INFLUYERON EN EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN; LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS QUE SE UTILIZARON Y SU EFECTIVIDAD, Y SI FUERON COMPATIBLES SUS RESULTADOS CON LOS HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS. SI TENÍA ALGÚN VALOR LA CUENTA DE LA FÓRMULA BLANCA PARA PREDICIR LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD. EL USO DE LA COLANGIOGRAFÍA TRANSOPERATORIA (CTO) Y EL NÚMERO DE CASOS QUE REQUIRIERON EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES (EVB), Y CUANTAS FUERON POSITIVAS, Y LOS PROCEDIMIENTOS ADICIONALES QUE SE REALIZARON Y SI INFLUYERON EN LOS DÍAS DE INTERHAMIENTO.

3 RESULTADOS

LA EDAD PROMEDIO PARA EL GRUPO A FUÉ DE 36.8 AÑOS DE EDAD (RANGO DE 22 A 55 AÑOS), Y PARA EL GRUPO B FUÉ DE 40.1 -- AÑOS (RANGO DE 28 A 62 AÑOS), EXISTIÓ UN PREDOMINIO DEL SEXO FEMENINO EN AMBOS GRUPOS: 75% Y 93.7% PARA EL GRUPO A Y B, RESPECTIVAMENTE.

LOS SÍNTOMAS PREVIOS DE ENFERMEDAD VESICULAR EN EL GRUPO A FUERON (+) EN 10 CASOS (62.5%) Y (-) EN 6 CASOS (37.5%). EN EL GRUPO B FUERON (+) EN 15 CASOS (93.7%) Y (-) EN UN CASO (6.3%). EN LOS 32 PACIENTES DEL ESTUDIO EL CUADRO DE INGRESO AL SERVICIO DE URGENCIAS FUÉ: DOLOR ABDOMINAL AGUDO, SÓLO QUE EN EL GRUPO A FUÉ MÁS EVIDENTE, SIN MEJORÍA CON EL MANEJO HABITUAL (AYUNO, SUCCIÓN NASOGÁSTRICA, RESTITUCIÓN DE LÍQUIDOS, ANTIESPASMÓDICOS Y ANTIBIÓTICOS), POR LO QUE SE PROCEDIÓ A CONFIRMAR EL DIAGNÓSTICO LO MÁS RÁPIDO POSIBLE Y SOMETERLOS A CIRUGÍA. LOS SÍNTOMAS TÍPICOS DE COLECISTITIS AGUDA COMO DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO, NÁUSEAS Y VÓMITO SE PRESENTARON EN EL GRUPO A EN EL 68.7%, Y EN EL GRUPO B EN EL 81.2%; HUBO UN CASO DEL GRUPO A CUYA PRESENTACIÓN FUÉ DOLOR EN EPIGASTRIO E IRRADIACIÓN HACIA MUSLO DERECHO ACOMPAÑADO DE VÓMITO, SIN EMBARGO, EL DIAGNÓSTICO SE REALIZÓ POR ULTRASONOGRAFÍA, REPORTANDO UN HIDROCOLECISTO. (TABLA 1)

EL TIEMPO ENTRE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y EL INGRESO --

HOSPITALARIO FUÉ PARA EL GRUPO A DE 5 HORAS MÍNIMO Y 48 - HORAS MÁXIMO, Y PARA EL GRUPO B DE 12 HORAS MÍNIMO Y 42 - DÍAS MÁXIMO. EL TIEMPO ENTRE EL INGRESO HOSPITALARIO Y LA CIRUGÍA EN EL GRUPO A FUÉ DE 6 HASTA 60 HORAS, Y EN EL -- GRUPO B FUÉ DE 1 A 7 DÍAS (EN ESTE GRUPO, LOS PACIENTES - ERAN PROGRAMADOS EN LA CONSULTA EXTERNA Y SE INTERNABAN - UN DÍA PREVIO A SU CIRUGÍA).

RESPECTO A LAS ENFERMEDADES CONCOMITANTES ESTUVIERON PRE- SENTES EN EL GRUPO A EN UN CASO (6,3%) Y EN EL GRUPO B, 5 CASOS (31,3%) DOS ERAN DIABETES MELLITUS TIPO 2, UNA CON- HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA, UNA CON HIPOTIROIDISMO, - Y UNA CON HIPOPLASIA RENAL IZQUIERDA; EN TODOS LOS CASOS- NO HUBO DESCOMPENSACIÓN AL MOMENTO DEL INGRESO. EN CONTRA- PARTE CON LO ANTERIOR, 5 PACIENTES DEL GRUPO A SE HALLA-- BAN CON DATOS DE SEPSIS AL MOMENTO DE SU INGRESO, OCASIO- NADO POR LA PATOLOGÍA BILIAR. EN AMBOS GRUPOS SE OBSERVÓ- QUE NO INFLUYERAN EN EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN DE MANE- RA SIGNIFICATIVA.

EN EL 96,6% DE LOS 32 PACIENTES EL DIAGNÓSTICO DE COLECIS- TITIS AGUDA SE SOSPECHO EN LA HISTORIA CLÍNICA Y, POR - ULTRASONIDO (US) EL DIAGNÓSTICO SE RATIFICÓ, EN EL GRUPO- A EN 13 PACIENTES (81,2%) Y EN EL GRUPO B EN 15 PACIENTES (93,7). EN NINGÚN CASO SE REALIZÓ COLECISTOGRAFÍA ORAL -- (CO). DEL RESULTADO DEL US SE OBSERVÓ QUE EN 22 CASOS ---

(73.3%) COINCIDIÓ CON LOS HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS, Y - EN EL RESTO, O SEA, 8 CASOS (26.6%) EL HALLAZGO VARIÓ, -- AUNQUE ESTUVO RELACIONADO CON PATOLOGÍA BILIAR, ES DECIR: 4 COLEDOCOLITIASIS, 2 PICOLECISTO, UNA PANCREATITIS EDEMATOSA Y UNA VESÍCULA GANGRENADA; DE ESTOS ÚLTIMOS RESULTADOS, 5 SE PRESENTARON EN EL GRUPO A (31.3%), Y 3 EN EL GRUPO B (18.8%). (TABLA 2)

LA CUENTA DE LA FÓRMULA BLANCA EN EL GRUPO A FUÉ LA SIGUIENTE: MENOS DE 10 000, 4 PACIENTES; ENTRE 10 Y 15 000, 8 PACIENTES Y MÁS DE 15 000 EN 4 PACIENTES. EN EL GRUPO - B FUÉ DE 12 PACIENTES CON MENOS DE 10 000; 3 PACIENTES ENTRE 10 Y 15 000, Y SOLO UN PACIENTE CON MÁS DE 15 000 --- (PACIENTE CON PANCREATITIS OPERADA A LOS 4 DÍAS DE SU INGRESO). (TABLA 3)

EN TODOS LOS CASOS (32 PACIENTES: 100%) SE UTILIZÓ LA COLANGIOGRAFÍA TRANSOPERATORIA Y RESULTÓ NECESARIA LA EXPLORACIÓN DEL COLEDOCO EN 6 CASOS (20%), DE LOS CUALES, FUÉ POSITIVO A CÁLCULO SÓLO EN 5 CASOS (16.6%); 2 EN EL GRUPO A (12.5%) Y 3 EN EL GRUPO B (18.8%).

POR LO QUE RESPECTA A LAS COMPLICACIONES POSOPERATORIAS - EN EL GRUPO A HUBO 3 CASOS (18.8): UNA CON HEPATITIS PROBABLEMENTE POR HALOTANO, UNA CON INFECCIÓN DE LA HERIDA Y HEHISCENCIA POSTERIOR DE LA PARED Y, UNA PANCREATITIS QUE

SE RESOLVIÓ SATISFACTORIAMENTE SIN PROLONGARSE SU ESTANCIA HOSPITALARIA. EN EL PRIMER CASO FUÉ NECESARIO UN REINGRESO POR 30 DÍAS MÁS, Y EN EL SEGUNDO CASO LA ESTANCIA HOSPITALARIA SE PROLONGÓ POR OTROS 40 DÍAS.

DE LOS PROCEDIMIENTOS ADICIONALES SE REALIZARON 4: UNO EN EL GRUPO A (APENDICECTOMÍA INDICENTAL), Y 3 EN EL GRUPO B (A TODOS ESFINTEROPLASTÍA POR CÁLCULO IMPACTADO EN EL TERCIPO DISTAL DEL COLEDOCO).

EN LOS DÍAS DE INTERNAMIENTO EL GRUPO A TUVO UN TOTAL DE 97 DÍAS DISTRIBUIDOS DE LA SIGUIENTE MANERA: 9 DÍAS EN URGENCIAS Y 88 DÍAS DE POSOPERATORIO, LO QUE DA UN PROMEDIO DE 6.06 DÍAS DE INTERNAMIENTO POR PACIENTE. EL GRUPO B TUVO UN TOTAL DE 135 DÍAS DISTRIBUIDOS ASÍ: 21 DÍAS EN URGENCIAS Y 114 DÍAS EN HOSPITALIZACIÓN Y POSOPERATORIO, LO QUE DA UN PROMEDIO DE 8.43 DÍAS DE INTERNAMIENTO POR PACIENTE. DOS PACIENTES DEL GRUPO A SE EXCLUYERON: LA QUE REINGRESO CON HEPATITIS POR HALOTANO Y LA QUE SE SUSPENDIÓ SU ALTA POR INFECCIÓN DE LA HERIDA. (TABLA 4)

LOS DÍAS DE INCAPACIDAD SE DISTRIBUYERON DE LA SIGUIENTE MANERA: GRUPO A NO HUBO INCAPACIDADES POR ADMISIÓN EN URGENCIAS, 403 DÍAS EN EL POSOPERATORIO Y 122 DÍAS EN LA CONSULTA RESULTANDO UN TOTAL DE 525 DÍAS, LO QUE DA UN PROMEDIO DE 31.31 DÍAS DE INCAPACIDAD POR PACIENTE. EN EL

GRUPO B LAS INCAPACIDADES POR ADMISIÓN EN URGENCIAS FUE--
RON DE 29 DÍAS, EN LA CONSULTA DE 85 DÍAS Y EN EL POSOPE-
RATORIO DE 480 DÍAS, TOTALIZANDO 594 DÍAS, LO QUE ARROJA-
UN PROMEDIO DE 36.75 DÍAS DE INCAPACIDAD POR PACIENTE. --
(TABLA 5)

EL COSTO DÍA-CAMA EN EL HOSPITAL GENERAL "DR. FERNANDO --
QUIROZ GUTIÉRREZ", DURANTE EL AÑO DE 1988 SE ESTIMÓ EN --
\$ 99,600.00.

GRUPO	A	B	%
SÍNTOMAS (+)	10	15	79
SÍNTOMAS (-)	6	1	21
TOTAL	16	16	100

TABLA 1. SÍNTOMAS PREVIOS EN ENFERMEDAD VESICULAR

GRUPO	A	B	%
RESULTADO CIERTO	13	15	87,5
RESULTADO INCIERTO	3	1	12,5
TOTAL	16	16	100

TABLA 2. CERTEZA DIAGNÓSTICO DE ULTRASONIDO

LEUCOCITOS	GRUPO "A"	GRUPO "B"	%
- 10 000	4	12	50
10 Y 15	8	3	34,4
+ 15 000	4	1	15,6
TOTAL	16	16	100

TABLA 3. COMPARACIÓN DEL NÚMERO DE LEUCOCITOS EN COLECISTITIS AGUDA ENTRE LOS GRUPOS --- A Y B

DIAS DE INTERNAMIENTO	URG.	PO Y HOSP.	TOTAL
GRUPO "A"	9	88	97
GRUPO "B"	21	114	135
TOTAL	30	202	232

TABLA 4. TOTAL DE DÍAS DE INTERNAMIENTO EN CADA GRUPO POR SERVICIO

DIAS DE INCAPACIDAD	URG.	PO Y CONS	TOTAL
GRUPO "A"	-	525	525
GRUPO "B"	29	565	594
TOTAL	29	1 090	1 119

TABLA 5. TOTAL DE DÍAS DE INCAPACIDAD EN CADA GRUPO POR SERVICIO

4 DISCUSION

LAS VENTAJAS DE LA CIRUGÍA TEMPRANA EN COLECISTITIS AGUDA SE REFLEJAN EN EL NÚMERO DE ENFERMOS CON VESÍCULAS COMPLICADAS QUE NO IBAN A RESOLVERSE CON TRATAMIENTO MÉDICO Y - QUE DE CUALQUIER MANERA DEBERÍAN SER OPERADOS. SE SABE -- QUE HASTA EN EL 15% DE LAS COLECISTITIS AGUDAS NO SE RESUELVEN, Y DE LAS QUE MEJORAN HASTA EL 50% PRESENTARÁN -- OTRA EXACERBACIÓN. ADEMÁS, EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN ENTRE - EL INICIO DEL CUADRO CLÍNICO Y LA OPERACIÓN PERMITE INFERIR QUE MUCHAS VESÍCULAS A LAS 72 HORAS YA TIENEN COMPLICACIONES, SOBRE TODO SI LOS PACIENTES SON MAYORES DE 50 - AÑOS O SON DIABÉTICOS. (1,2,8,14,18)

LA EDAD PROMEDIO DE PRESENTACIÓN DEL CUADRO VESICULAR EN NUESTRO GRUPO B COINCIDE CON LA LITERATURA MUNDIAL, QUE - REPORTA EL 20%; EN EL GRUPO A LA EDAD FUÉ ALGO MENOR. ENLO QUE RESPECTA AL SEXO TAMBIÉN COINCIDE EN QUE ES MÁS -- FRECUENTE EN EL FEMENINO. (8,18)

SEGÚN AHMAD Y MACON (14), EN EL 65% DE SUS CASOS NO HABÍA HISTORIA PREVIA DE ENFERMEDAD VESICULAR, Y SÓLO EN EL 14% SÍ TENÍAN DATOS DE COLELITIASIS PREVIA; ELLOS REPORTAN -- QUE EL 89% DE SUS PACIENTES ERAN MAYORES DE 50 AÑOS DE -- EDAD. EN EL PRESENTE ESTUDIO, NUESTROS RESULTADOS INDICAN QUE TANTO EN EL GRUPO A COMO EN EL GRUPO B EN MÁS DEL 78%

SÍ HABÍA ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD VESICULAR Y EN EL 21% RESTANTE LA SINTOMATOLOGÍA PREVIA ERA NEGADA, ADEMÁS, EL PROMEDIO DE EDAD ES MENOR EN NUESTROS GRUPOS. SE REALIZÓ UN ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE UNA TABLA DE CONTINGENCIA, Y COMO SE ESPERABA, RESULTÓ QUE SI HABÍA DEPENDENCIA ENTRE LOS SÍNTOMAS PREVIOS Y ENFERMEDAD VESICULAR. (P.< .05)

LA HISTORIA CLÍNICA EN NUESTRO ESTUDIO, RESULTÓ SER EL MÉTODO MÁS IMPORTANTE PARA EL DIAGNÓSTICO DE COLECISTITIS AGUDA, CON UN PORCENTAJE DEL 93.6%, Y EL GABINETE, EN --- EFECTO, SOLO SIRVIÓ PARA CONFIRMAR EL DIAGNÓSTICO EMITIDO. EL ULTRASONIDO (US) CONSTITUYÓ EL SEGUNDO MÉTODO DIAGNÓSTICO MÁS IMPORTANTE MOSTRANDO UNA SENSIBILIDAD DIAGNÓSTICA DEL 81.2% Y 93.7% PARA LOS GRUPOS A Y B RESPECTIVAMENTE, Y UNA ESPECIFICIDAD DEL 73.3% CIFRAS MUY SIMILARES -- CON LAS QUE REPORTA LA LITERATURA (18,21), AUNQUE COMO YA SE MENCIONÓ LA DIFERENCIA EN EL DIAGNÓSTICO AL MOMENTO DE LA CIRUGÍA NO ALTERARON LA INDICACIÓN DE LA MISMA (FIG.1). LOS HALLAZGOS DEL US REVELARON QUE EL GRUPO A PRESENTÓ 10 HIDROCOLECISTOS, 3 COLECISTITIS AGUDAS LITIÁSICAS Y 3 COLECISTITIS CRÓNICAS AGUDIZADAS (PAREDES MAYORES DE 3,5 MM Y AUMENTO DE LA LUMINOSIDAD EN SUS PAREDES), A DIFERENCIA DEL GRUPO B EN QUE SOLO SE REPORTÓ UN HIDROCOLECISTO Y -- OTRO CON COLEDOCOLITIASIS (COLEDOCO MAYOR DE 1.5 CM). ESTA BIÉN DOCUMENTADO POR LA LITERATURA MUNDIAL QUE EL CUADRO CLÍNICO DE UNA COLECISTITIS GANGRENOSA ES SIMILAR AL-

DE UNA COLECISTITIS NO GANGRENOSA, Y QUE SOLO DEL 12 AL 28% PRESENTARÁN FIEBRE MAYOR DE 101°F, Y SU FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN PUEDE LLEGAR HASTA UN 21.5% (6,14). EN NUESTRO ESTUDIO, EN EL GRUPO A HUBO UNA PACIENTE FEMENINO DE 55 AÑOS EN QUE EL DIAGNÓSTICO DE COLECISTITIS GANGRENOSA SE SOSPECHÓ POR LA CUENTA LEUCOCITARIA (28 600) Y LA IRRITACIÓN PERITONEAL, SIN FIEBRE.

ES IMPORTANTE HACER NOTAR, QUE EN EL GRUPO A DE LOS 16 CASOS, 12 PRESENTABAN LEUCOCITOSIS MAYOR DE 10 000, A DIFERENCIA DEL GRUPO B, EN QUE 12 CASOS ESTABAN POR ABAJO DE ESTA CIFRA; ESTO NOS PERMITE SUPONER QUE CIFRAS MAYORES DE 10 000 TENDRÁN, COMO POSIBILIDAD, UNA POBRE RESPUESTA AL TRATAMIENTO CONSERVADOR, SÍN EMBARGO, MIZRA (14) MENCIONA QUE CIFRAS MAYORES DE 15 000 LEUCOCITOS EN EL 51% PUEDEN PRESENTAR GANGRENA DE LA VESÍCULA.

A DIFERENCIA DE OTROS ESTUDIOS, EN QUE DEPENDIENDO DE LOS HALLAZGOS QUIRÚRGICOS SE EFECTÚA LA COLANGIOGRAFÍA TRANSOPERATORIA, EN NUESTRO HOSPITAL SE HACE COMO RUTINA DURANTE LAS COLECISTECTOMÍAS; NOSOTROS ENCONTRAMOS UNA FRECUENCIA DE COLEDocolITIASIS DEL 16.6%, CIFRA UN POCO MÁS ALTA (12%) DE LA QUE REPORTA SCHWARTZ (18). AL IGUAL QUE KOVALCIK Y REISS CONSIDERAMOS QUE ES MUY ÚTIL LA COLANGIOGRAFÍA TRANSOPERATORIA EN COLECISTITIS AGUDA, CUANDO LA REACCIÓN INFLAMATORIA HACE QUE LA VISUALIZACIÓN Y PALPACIÓN -

SEAN POCO CONFIABLES. (10,16)

DE LAS 3 COMPLICACIONES POSOPERATORIAS QUE SE PRESENTARON EN EL GRUPO A, LA HEPATITIS POR HALOTANO NO SE PUEDE RELACIONAR CON LA ENFERMEDAD VESICULAR O AL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, POR LO QUE SE DESCARTA; EN EL PANCREATITIS QUE SE PRESENTÓ, LAS CIFRAS DE AMILASA DESCENDIERON AL DÍA SIGUIENTE DE LA CIRUGÍA Y NO ALTERÓ LA EVOLUCIÓN DEL POSOPERATORIO; SOLO QUEDA UN CASO, LA INFECCIÓN DE LA HERIDA POSTERIOR A LA COLECISTECTOMÍA DE UNA VESÍCULA GANGRENOSA, Y QUE SÍ SE RELACIONA CON LA ENFERMEDAD; ESTO NOS DEJA UN CASO (6,3%) COMPARABLE CON LO QUE REPORTA GARDNER (6), Y SOLO 2% SUPERIOR A LAS CIFRAS DE TRUEDSON. (20)

EL NÚMERO DE DÍAS QUE UN ENFERMO DURA HOSPITALIZADO REFLEJA LOS COSTOS QUE ORIGINA A UNA INSTITUCIÓN. EN NUESTRO HOSPITAL AQUÉL PACIENTE QUE ES SOMETIDO A COLECISTECTOMÍA TEMPRANA DURA INTERNADO APROXIMADAMENTE 6 DÍAS, Y AQUÉL QUE SE LE REALIZA COLECISTECTOMÍA RETARDADA ES DE 8,5 DÍAS APROXIMADAMENTE, RESULTADO DEL MANEJO CONSERVADOR PARA "ENFRIAR EL CUADRO" Y DEL POSOPERATORIO (HAY DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE LAS MEDIAS: (P. 05). SÍ OBSERVAMOS QUE EL COSTO DÍA-CAMA EN EL HOSPITAL GENERAL "DR. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ" DURANTE EL PRESENTE AÑO FUÉ DE \$99,600.00 Y HABIENDO UNA DIFERENCIA DE 2,5 DÍAS, EL HOSPITAL UTILIZA EN FORMA "EXTRA" \$ 249,000.00 EN CADA PACIENTE, Y EN FORMA

GLOBAL, UTILIZÓ PARA LOS PACIENTES DEL GRUPO B.....
\$ 3'904,000.00 MÁS QUE EN LOS DEL GRUPO A. (1,7,10,15,18)
(FIG. 2)

POR ÚLTIMO, RESPECTO A LAS INCAPACIDADES QUE GENERAN LOS-
INTERNAMIENTOS Y LA CIRUGÍA, OBSERVAMOS QUE EN EL GRUPO A
NO HAY INCAPACIDADES POR INGRESOS AL SERVICIO DE ÚRGEN---
CIAS, A DIFERENCIA DEL GRUPO B QUE REPORTA 29 DÍAS; LOS -
RESULTADOS EN LA CONSULTA Y POSOPERATORIO TAMBIÉN SON ME-
NORES EN EL GRUPO A, CON UN PROMEDIO DE 31.31 DÍAS DE IN-
CAPACIDAD POR PACIENTE, Y PARA EL GRUPO B UN PROMEDIO DE-
36.75 DÍAS, RESULTANDO UNA DIFERENCIA DE 5.44 DÍAS DE UN-
GRUPO A OTRO, SIENDO ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVO. ----
(P. < .05) (1,7,15) (FIG. 3)

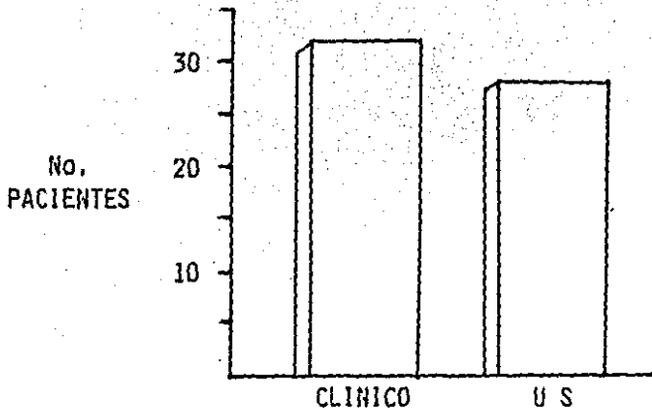


FIG. 1 ESTUDIO EN QUE SE BASÓ EL DX DE COLECISTITIS AGUDA.

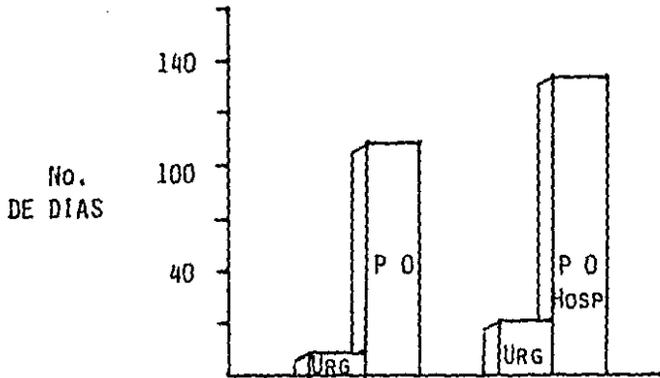


FIG. 2 DÍAS EN URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y PO PARA EL GRUPO "A" Y "B" RESPECTIVAMENTE.

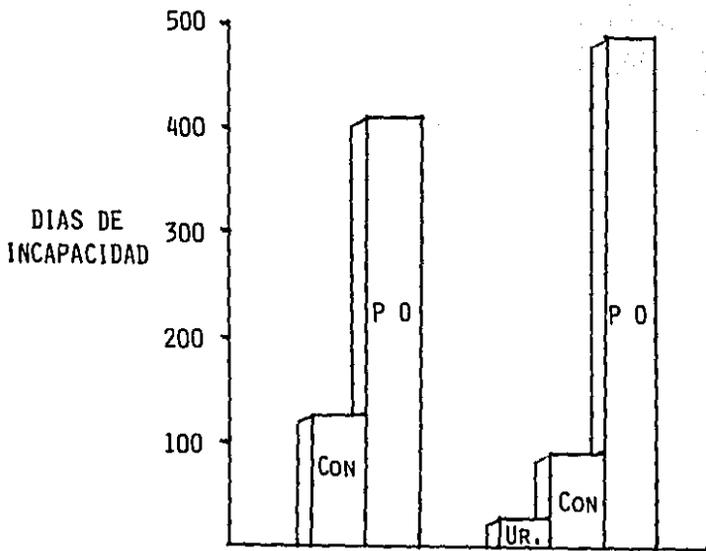


FIG. 3 DÍAS DE INCAPACIDAD EN URGENCIA CONSULTA Y PO

5 CONCLUSIONES

NOSOTROS CREEMOS, AL IGUAL QUE OTROS AUTORES (1,5,6,7,10,-14,15,18), QUE LA COLECISTECTOMÍA TEMPRANA DEBE REALIZARSE CON SEGURIDAD EN AQUELLOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO SEGURO DE COLECISTITIS AGUDA. LA DIFICULTAD TÉCNICA QUE ALGUNOS - AUTORES MENCIONAN, SE VE EMPEQUEÑECIDA POR LAS VENTAJAS -- QUE SE OFRECEN AL PACIENTE AL RETIRAR UNA VESÍCULA AGUDA Y CON UN GRAN POTENCIAL DE COMPLICACIONES, PRINCIPALMENTE EN MAYORES DE 50 AÑOS O ANCIANOS. EL CIRUJANO DEBE RECORDAR - LA GRAN IMPORTANCIA DE LA METICULOSIDAD Y PACIENCIA PARA - DISECAR EL TRIÁNGULO DE CALOT, SIN CORTAR A CIEGAS EN BENE FICIO DEL PACIENTE Y LA TRANQUILIDAD DEL MISMO CIRUJANO. - (1,18)

QUEREMOS RESALTAR LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA, YA QUE EN NUESTRO ESTUDIO FUÉ UN PILAR PARA LLEGAR AL DIAG NÓSTICO DE COLECISTITIS AGUDA Y PONDERAR LA VALIOSA INFOR MACIÓN QUE PROVEE ASÍ COMO LO ECONÓMICO QUE RESULTA. TAM-- BIÉN OBSERVAMOS A LA CUENTA LEUCOCITARIA MAYOR DE 10 000 - COMO UN PARÁMETRO PARA SOSPECHAR QUE ÉSE PACIENTE PUEDE NO RESPONDER AL MANEJO CONSERVADOR Y SER CANDIDATO A CIRUGÍA- DE URGENCIA. (14)

NOSOTROS RECOMENDAMOS EL USO DE LA COLANGIOGRAFÍA TRANSOPE RATORIA COMO UN ESTUDIO DE RUTINA, CON EL OBJETO DE DISMI NUIR EN LO MAYOR POSIBLE, EL PORCENTAJE (DE 4 Y 8%) DE ---

CÁLCULOS DEJADOS EN EL COLEDOCO DESPUÉS DE UNA COLECISTECTOMÍA, QUE ALGUNOS AUTORES MENCIONAN.(10) ESTO, ADEMÁS, DE LA GRAN AYUDA QUE NOS PROPORCIONA CUANDO EXISTE UNA IMPORTANTE REACCIÓN INFLAMATORIA EN ALGUNAS COLECISTECTOMÍAS, - DIFICULTANDO LA IDENTIFICACIÓN ANATÓMICA.

YA PARA FINALIZAR, HEMOS DEMOSTRADO COMO LA COLECISTECTOMÍA TEMPRANA PUEDE DISMINUIR EL NÚMERO DE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN EN NUESTRA INSTITUCIÓN (MÁS DE DOS DÍAS), LO CUAL, SI SE TRANSFORMA EN DINERO, REPRESENTA UN AHORRO CONSIDERABLE EN CADA PACIENTE Y, TOMANDO EN CONSIDERACIÓN LA DIFÍCIL SITUACIÓN ECONÓMICA POR LA QUE ATRAVIESA EL PAÍS, PODEMOS ASEVERAR QUE ESTE AHORRO PUEDE DESTINARSE A OTROS RUBROS, COMO SERÍAN INSUMOS, QUE TANTO HACEN FALTA A NUESTROS HOSPITALES. (1,6,14,15)

LOS DÍAS DE INCAPACIDAD ENTRE LOS DOS GRUPOS DE ESTUDIO, - PRESENTARON UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA (MÁS DE 5 DÍAS), - AUNQUE NORRBY (15) Y SIANESI (17) REFIEREN QUE PUEDE HABER UNA DISMINUCIÓN DEL 50% DE LAS INCAPACIDADES.

BIBLIOGRAFIA

1. MC JAVIER BACKMANN SOTO. CIRUGÍA TEMPRANA EN COLECISTITIS AGUDA. REV. SAHID MILIT MEX. 1986;40 (2):47-50.
2. EDLUND Y. AND OLSSON O. ACUTE CHOLECYSTITIS;ITS ETIOLOGY AND COURSE, WITH SPECIAL REFERENCE TO THE TIMING OF CHOLECYSTECTOMY. ACTA CHIR. SCAND. 1961;120:479- - 494.
3. EDITORIAL: TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS. LANCET - 1976; 1: 182-183.
4. FELICE P., TROWERIDGE P., FERRARA J. ENVOLVING CHANGES IN THE PATHOGENESIS AND TREATMENT OF THE PERFORATED GALLBLADER. AM J SURG 1985: 149: 466.
5. FRY DE., COX RA. GANGRENE OF THE GALLBLADDER. SOUTH - MED J. 1981; 74: 666-668.
6. GARDNER B., MASUR R. FACTORS INFLUENCING THE TIMING - OF CHOLECYSTECTOMY AM J SURG 1973: 125: 730-733.
7. GUNNAR ALINDER, PER HERLIN, BJORN LIINDGREN AND TORS--TEN HOLMIN. THE COST Efectiveness OF EARLY OR DELAYED SURGERY IN ACUTE CHOLECYSTITIS. WORLD J SURG, 1985; - 9: 329-334.
8. GUTIERREZ S. CESAR., ARRUBARRENA A. VICTOR M. FISIOPATOLOGÍA DEL APARATO DIGESTIVO. COLECISTOLITIASIS Y COLEDocolITIASIS. EL MANUAL MODERNO; LA. ED. 1988: 239-245.
10. KOVALCIK P., MARSHALL T. JR. URGENT CHOLECYSTECTOMY.- A, SURG. FEB 1984; 50 (2): 91-93.

11. LATHINEN J., ALHAVA E.M. AND AUKES S. ACUTE CHOLECYSTITIS TREATED BY EARLY AND DELAYED SURGERY. SCAND J.-GASTROENTEROL. 1978; 13: 673-678.
12. MCARTHUR P., CUSCHIERI A., SELLS R.A. ET AL. CONTROLLED CLINICAL TRIAL COMPARING EARLY WITH INTERVAL CHOLECYSTECTOMY FOR ACUTE CHOLECYSTITIS. BR J SURG. 1975; 62: 850-852.
13. MCCUBBREY D., THIEMER ET. IN DEFENSE OF CONSERVATIVE-TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS WITH AN EVALUATION - OF THE RISK. SURGERY 1959; 45:930.
14. MIZRA M. AHMAD, WILLIAM L. MACON. GANGRENE OF THE --- GALLBLADDER. AM SURG. 1983 MAR;49 (3): 155-158.
15. NORRBY S., HERLIN P., HOLMIN T., SJODAHL R. AND TAGESSON C. EARLY OR DELAYED CHOLECYSTECTOMY IN ACUTE CHOLECYSTITIS? A CLINICAL TRIAL. B J SURGERY. 1983; 70:-163-165.
16. REISS R., PIKELNIE S., ENGELBERG M. THE VALUE OF EARLY SURGERY AND ROUTINE OPERATIVE CHOLANGIOGRAPHY IN - THE MANAGEMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS. WORL J SURG -- 1979; 3: 107-110.
17. SIANESI M., GHIRARDUZZI A. Y PERCUDANI M. CHOLECYSTECTOMY FOR ACUTE CHOLECYSTITIS: TIMING OF OPERATION, -- BACTERIOLOGIC ASPECT, AND POSOPERATIVE COURSE. AM J - SURG. 1984; 148:609.
18. SCHWARTZ SEYMOUR I., SHIRES G. TOM., SPENCER FRANCK - C. Y COLS. VESÍCULA BILIAR. PRINCIPIOS DE CIRUGÍA. 4A EDICIÓN (ESPAÑOL). Mc-GRAUW-HILL; 1303-1339.1988.

19. WELCH JP., WHITE CE. ACUTE PANCREATITIS OF BILIARY --
ORIGIN: IS URGENT OPERATION NECESSARY? AM J SURG. 1982;
143: 120-126.

20. TRUEDSON H., ELMROS T. AND HOLM S. ELECTIVE CHOLECYS-
TECTOMY WITH INTRAPERITONEAL DRAIN. ACTA CHIR SCAND.-
1983; 149: 315-323.