

998

2 ej.

11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA No. 33 I.M.S.S.  
TIERRA BLANCA, VERACRUZ

**COLECISTECTOMIA**

REVISION DE 90 CASOS DE ENERO DE 1996 A  
ENERO 1997

**TESIS DE POSTGRADO**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
**ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL**

**P R E S E N T A :**

**DRA ROCIO VAZQUEZ ANTONIO**

262982

ASESOR: DR. ROBERTO SUAREZ MORENO

MEXICO, D. F.

1998

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

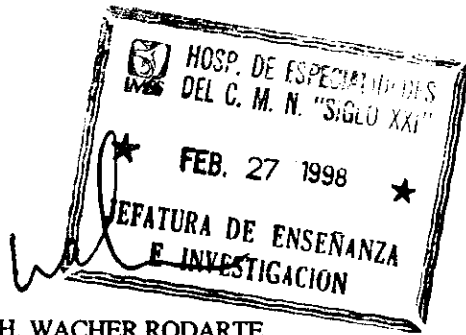


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**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.



**DR. NIELS H. WACHER RODARTE**  
**JEFE DE ENSEÑANZA CMN S XXI**

**DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES**  
**JEFE DE GASTROCIRUGIA CMN S XXI**

A large, stylized handwritten signature in black ink, slanted upwards to the right.

**DR. ROBERTO SUAREZ MORENO**  
**ASESOR DE TESIS**

A large, stylized handwritten signature in black ink, slanted upwards to the right.

## INDICE

I.	TITULO	1
II.	DEDICACION	2
III.	INTRODUCCION	3
	3.1 DEFINICION	
	3.2 FRECUENCIA	
	3.3 CLASIFICACION DE CALCULOS BILIARES	
	3.4 ETIOPATOGENIA DE LOS CALCULOS BILIARES.	
	3.5 FACTORES DETERMINANTES.	
	3.5.1 EDAD Y SEXO	
	3.5.2 CLASE SOCIAL	
	3.5.3 DIETA	
	3.5.4 OBESIDAD	
	3.5.5 DIABETES MELLITUS	
	3.5.6 ANTICONCEPTIVOS ORALES	
	3.6 DIAGNOSTICO	
	3.7 COMPLICACIONES	
	3.8 TRATAMIENTO QUIRURGICO	
IV.	JUSTIFICACION	5
V.	OBJETIVOS	6
VI.	MATERIAL Y METODOS	6
VII.	RESULTADOS	7
VIII.	DISCUSION	10
IX.	CONCLUSIONES	11
X.	FIRGURAS Y GRAFICAS	13
XI.	BIBLIOGRAFIAS	20

## COLECISTECTOMIA

REVISION DE 90 CASOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA # 33  
I.M.S.S. TIERRA BLANCA, VERACRUZ. DEL 15 DE ENERO DE 1996 AL 31 DE  
ENERO DE 1997.

CON EL CARIÑO DE SIEMPRE  
A MIS PADRES.  
AURELIO, CAMERINA

CON AMOR ETERNO  
A MI ESPOSO EVARISTO  
E HIJOS MANUEL Y JESUS

CON ADMIRACION Y RESPETO  
A MIS PROFESORES.

Y EN ESPECIAL AL  
DR. ROBERTO SUAREZ

CON FE INFINITA  
A DIOS

### III. INTRODUCCION.

LA VESICULA BILIAR REPRESENTA UNA DE LAS PIEDRAS ANGULARES PARA LOS CIRUJANOS GENERALES, TANTO EN SU PERIODO DE ENTRENAMIENTO EN LA RESIDENCIA, COMO EN LA VIDA PROFESIONAL DE PRACTICA DIARIA. (BIBL. 9,1)

3. 1 LITIASIS VESICULAR: SE DEFINE COMO LA PRESENCIA DE CALCULOS O LITOS EN LA VESICULA BILIAR, ACOMPAÑADA O NO DE PROCESO INFLAMATORIO DE LA MISMA. (BIBL. 2,6)

3. 2. FRECUENCIA: SU FRECUENCIA SE INCREMENTA, TANTO EN PAISES INDUSTRIALIZADOS, COMO EN PAISES SUBDESARROLLADOS COMO MEXICO Y CHILE, ENTRE OTROS. EN MEXICO SE HA INFORMADO EN MATERIAL DE AUTOPISTA, UNA PREVALENCIA DEL 12% DE LITIASIS VESICULAR. (BIBL. 3,4)

3. 3. CLASIFICACION:

DE ACUERDO AL TIPO LOS CALCULOS BILIARES SE CLASIFICAN EN:

- A) PUROS DE COLESTEROL.
- B) MIXTOS DE COLESTEROL.
- C) PIGMENTARIOS. (BIBL 5)

3. 4. ETIOPATOGENIA DE LOS CALCULOS:

DEBIDO A QUE LOS CALCULOS DE COLESTEROL, PREDOMINAN EN NUESTRO MEDIO, MENCIONAREMOS EN FORMA BREVE ALGUNOS ASPECTOS EN LA ETIOPATOGENIA DE ESTOS:

- A) DEFECTO METABOLICO O GENETICO.
- B) FORMACION DE BILIS SOBRESATURADA DE COLESTEROL.
- C) NUCLEACION.
- D) CRECIMIENTO DE CRISTALES DE COLESTEROL. (BIBL 6).

3. 5. FACTORES DETERMINANTES.

3. 5. 1. EDAD Y SEXO: SE HA INFORMADO UNA FRECUENCIA MAYOR EN MUJERES HACIA LOS 40 AÑOS; PROBABLEMENTE POR LA ESTASIS VESICULAR GENERADA POR LA EDAD. (BIBL 6,7)

3. 5. 2. CLASE SOCIAL: EN MEXICO EXISTE MAYOR FRECUENCIA EN PERSONAS DE CLASE SOCIAL BAJA, SIN EMBARGO, EN OTROS LUGARES DEL MUNDO OCURRE LO CONTRARIO, COMO EN AFRICA Y SUECIA. (BIBL. 6,7)

3. 5. 3. DIETA: VARIOS FACTORES DIETETICOS SE HAN IDENTIFICADO COMO POSIBLES DETERMINANTES DE UNA BILIS LITOGENICA O SOBRE SATURADA EN COLESTEROL, ENTRE ESTAS UNA DIETA HIPERCALORICA RICA EN COLESTEROL Y BAJA EN FIBRA VEGETAL. (BIBL. 5,6,7)

3. 5. 4. OBESIDAD: ES MAS FRECUENTEMENTE EN PERSONAS OBESAS, LO QUE OCURRE PROBABLEMENTE PORQUE EN ESTAS PERSONAS LA BILIS CON FRECUENCIA SE ENCUENTRA SOBRESATURADA DE COLESTEROL, Y EMPEORA DURANTE LAS DIETAS DE REDUCCION. (BIBL. 5,6,7)

3. 5. 5. DIABETES MELLITUS: SE HA INFORMADO UNA FRECUENCIA DEL 20 AL 30% EN ESTE GRUPO DE PACIENTES. (BIBL. 6)

3. 5. 6. ANTICONCEPTIVOS ORALES: ES UN EFECTO SECUNDARIA CONOCIDO DESDE HACE TIEMPO, SE PROPONE QUE LOS ESTROGENOS DISMINUYEN POR SU EFECTO COLESTASTICO, LA CONCENTRACION DE ACIDO QUENODESOXICOLICO. (BIBL. 6).

### 3. 6. DIAGNOSTICO

EN LA MAYORIA DE LOS CASOS SE SOSPECHA CLINICAMENTE CON RAZONES DE CERTEZA. LOS ESTUDIOS DIAGNOSTICOS INCLUYEN:

- A) ULTRASONOGRAFIA.
- B) COLESCITOGRAFIA ORAL.
- C) COLANGIOGRAFIA ENDOVENOSA.
- D) CENTELLOGRAFIA (BIBL. 8,9)

### 3. 7. COMPLICACIONES.

LAS COMPLICACIONES INCLUYEN LAS LOCALES COMO EMPIEMA, CANGRENA DE LA VESICULA, ABSCEOS PERICOLECISTICO Y LA PERFORACION LIBRE CON PERITONITIS BILIAR GENERALIZADA. (BIBL. 10).

### 3. 8. TRATAMIENTO QUIRURGICO.

EXISTE TODAVIA CONTROVERSA EN RELACION A LA ELECCION DEL MOMENTO QUIRURGICO, HAY QUIENES RECOMIENDAN EL TRATAMIENTO MEDICO CON AYUNO, SOLUCIONES PARENTERALES, ANTIBIOTEICOS Y SUCCION NASOGASTRICA, CON EL OBJETO DE MEJORAR LAS CONDICIONES DEL PACIENTES Y POSTERIORMENTE DE 4 A 6 SEMANAS DEL EVENTO AGUDO REALIZAN LA COLECISTECTOMIA.

LA MAYORIA DE AUTORES CONCUERDAN QUE LA COLECISTITIS AGUDA REPRESENTA UNA URGENCIA MEDICA Y QUIRURGICA, BASANDOSE EN QUE LA DISECCION ANATOMICA SE REALIZA CON MAYOR FACILIDAD, LA MORBI-MORTALIDAD ES MENOR, LA MEJORIA DEL PACIENTE ES RAPIDA Y LOS COSTOS HOSPITALARIOS DISMINUYEN.

DESDE QUE LANGENBUCH, HACE MAS DE UN SIGLO, DESCRIBELO LA TECNICA DE OPERACION DE COLECISTECTOMIA PARA TRATAR LITIASIS VESICULAR, EN REALIDAD POCAS MODIFICACIONES SE HAN HECHO A DICHA TECNICA; SIN EMBARGO MUCHO SE HA AVANZADO EN EL CONOCIMIENTO Y COMPRESION DE SU ETIOPATOGENIA Y SE HAN DADO PASOS AGIGANTADOS EN EL DESARROLLO DE METODOS DIAGNOSTICOS. Y SOBRE TODO EL CASI ABATIMIENTO DE SU MORBIMORTALIDAD CUANDO EL



PROCEDIMIENTO SE REALIZA POR UN EQUIPO QUIRURGICO EXPERIMENTADO.

COMO ALTERNATIVA ACTUAL DE LA CIRUGIA CONVENCIONAL SE CUENTA CON EL ABORDAJE LAPAROSCOPICO DE LA MISMA, DESDE QUE MAURIAT EN LION, FRANCIA EN 1987, LA EFECTUO POR PRIMERA VEZ EN HUMANOS CON ÉXITO; Y EN MEXICO, EL DR. LEOPOLDO GUTIERREZ REALIZO LA PRIEMRA EN JUNIO DE 1990; EXISTIENDO TAMBIEN OTRAS ALTERNATIVAS NO QUIRURGICAS QUE INCLUYEN LA DISOLUCION DE LOS CALCULOS POR AGENTES QUIMICOS ORALES Y LA LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA. SIN EMBARGO, LA EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS CALCULOS BILIARES HA SIDO EL ESTÁNDAR DE ORO EN EL TRATAMIENTO DE LA COLECISTOLITIASIS DE CUALQUIER ETIOLOGIA. (BIBL. 11,12,17).

EN UN ESTUDIO DE PACIENTES REALIZADO POR CLAVIEN Y COLS. EN 1992 EN LOS E.U. MENCIONAN QUE LA MORBILIDAD Y LA MORTALIDAD DE ESTE PROCEDIMIENTO, ESTA ESTRECHAMENTE RELACIONADO CON FACTORES PERSONALES TALES COMO: EDAD, OBESIDAD, DIABETES MELLITUS, ALTERACIONES CARDIOVASCULARES, INMUNODEFICIENCIA, ALTERACIONES HEPATICAS, RENALES, HEMATOLOGICAS Y CARCINOMA. (BIBL. 13,14).

OTROS AUTORES ADEMAS DE LOS FACTORES MENCIONADOS HAN CONSIDERADO, EL CARÁCTER Y EL TIPO DE LA OPERACIÓN REALIZADA Y HACEN REFERENCIA A LA PRIORIDAD DE TRATAR O ESTABILIZAR LAS PATOLOGIAS PREEXISTENTES PARA DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A ESTE PROCEDIMIENTO. (BIBL. 15).

LA LITIASIS VESICULAR REPRESENTA UN NUMERO IMPORTANTE DE MOTIVO DE OCNSULTA Y A SU VEZ DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SIENDO ESTA UNA DE LAS QUE SE REALIZAN CON MAYOR FRECUENCIA Y QUE REQUIEREN A SU VEZ DE UNA PREPARACION Y CONOCIMIENTO DE DICHA PATOLOGIA, PARA PODER BRINDAR UNA EXCELENTE ATENCION Y DISMINUIR EL INDICE DE MORBIMORTALIDAD. (BIBL. 18).

#### **IV. JUSTIFICACION**

A PESAR DE LA AMPLIA DOCUMENTACION Y REPORTES EN LA LITERATURA MUNDIAL DE LA ESCASA MORBIMORTALIDAD QUE SE PRESENTA EN PACIENTES SOMETIDOS A COLESCISTECTOMIA SIMPLE CON EL METODO TRADICIONAL, EXISTE UN PEQUEÑO GRUPO DE ESTOS, QUE YA SEA POR UN INADECUADA ATENCION O LA EXISTENCIA DE FACTORES PATOLOGICOS PREEXISTENTES, YA MENCIONADOS, EN QUIENES SUS PORCENTAJES DE MORBILIDAD SON ELEVADOS, Y COMO CONSECUENCIA PROLONGACION DE ESTANCIA HOSPITALARIA, INFECCION DE LA HERIDA QUIRURGICA, ABSCESOS INTRAABDOMINALES, ATELECTASIA NEUMONIAS, ILEO POSTOPERATORIO MAS PROLONGADO, Y EN EL PEOR DE LOS CASOS SEPSIS Y LA MUERTE. (BIBL. 17).

A PESAR DE QUE LA CIRUGIA BILIAR ABIETRA (COLECISTECTOMIA), ES UNA DE LAS QUE SE REALIZAN CON MAYOR FRECUENCIA EN NUESTRO SERVICIO, EN EL HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA # 33 IMSS, NO

PROCEDIMIENTO SE REALIZA POR UN EQUIPO QUIRURGICO EXPERIMENTADO.

COMO ALTERNATIVA ACTUAL DE LA CIRUGIA CONVENCIONAL SE CUENTA CON EL ABORDAJE LAPAROSCOPICO DE LA MISMA, DESDE QUE MAURIAT EN LION, FRANCIA EN 1987, LA EFECTUO POR PRIMERA VEZ EN HUMANOS CON ÉXITO; Y EN MEXICO, EL DR. LEOPOLDO GUTIERREZ REALIZO LA PRIEMRA EN JUNIO DE 1990; EXISTIENDO TAMBIEN OTRAS ALTERNATIVAS NO QUIRURGICAS QUE INCLUYEN LA DISOLUCION DE LOS CALCULOS POR AGENTES QUIMICOS ORALES Y LA LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA. SIN EMBARGO, LA EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS CALCULOS BILIARES HA SIDO EL ESTÁNDAR DE ORO EN EL TRATAMIENTO DE LA COLECISTOLITIASIS DE CUALQUIER ETIOLOGIA. (BIBL. 11,12,17).

EN UN ESTUDIO DE PACIENTES REALIZADO POR CLAVIEN Y COLS. EN 1992 EN LOS E.U. MENCIONAN QUE LA MORBILIDAD Y LA MORTALIDAD DE ESTE PROCEDIMIENTO, ESTA ESTRECHAMENTE RELACIONADO CON FACTORES PERSONALES TALES COMO: EDAD, OBESIDAD, DIABETES MELLITUS, ALTERACIONES CARDIOVASCULARES, INMUNODEFICIENCIA, ALTERACIONES HEPATICAS, RENALES, HEMATOLOGICAS Y CARCINOMA. (BIBL. 13,14).

OTROS AUTORES ADEMAS DE LOS FACTORES MENCIONADOS HAN CONSIDERADO, EL CARÁCTER Y EL TIPO DE LA OPERACIÓN REALIZADA Y HACEN REFERENCIA A LA PRIORIDAD DE TRATAR O ESTABILIZAR LAS PATOLOGIAS PREEXISTENTES PARA DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A ESTE PROCEDIMIENTO. (BIBL. 15).

LA LITIASIS VESICULAR REPRESENTA UN NUMERO IMPORTANTE DE MOTIVO DE OCNSULTA Y A SU VEZ DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SIENDO ESTA UNA DE LAS QUE SE REALIZAN CON MAYOR FRECUENCIA Y QUE REQUIEREN A SU VEZ DE UNA PREPARACION Y CONOCIMIENTO DE DICHA PATOLOGIA, PARA PODER BRINDAR UNA EXCELENTE ATENCION Y DISMINUIR EL INDICE DE MORBIMORTALIDAD. (BIBL. 18).

#### **IV. JUSTIFICACION**

A PESAR DE LA AMPLIA DOCUMENTACION Y REPORTES EN LA LITERATURA MUNDIAL DE LA ESCASA MORBIMORTALIDAD QUE SE PRESENTA EN PACIENTES SOMETIDOS A COLESCISTECTOMIA SIMPLE CON EL METODO TRADICIONAL, EXISTE UN PEQUEÑO GRUPO DE ESTOS, QUE YA SEA POR UN INADECUADA ATENCION O LA EXISTENCIA DE FACTORES PATOLOGICOS PREEXISTENTES, YA MENCIONADOS, EN QUIENES SUS PROCENTAJES DE MORBILIDAD SON ELEVADOS, Y COMO CONSECUENCIA PROLONGACION DE ESTANCIA HOSPITALARIA, INFECCION DE LA HERIDA QUIRURGICA, ABSCESOS INTRAABDOMINALES, ATELECTASIA NEUMONIAS, ILEO POSTOPERATORIO MAS PROLONGADO, Y EN EL PEOR DE LOS CASOS SEPSIS Y LA MUERTE. (BIBL. 17).

A PESAR DE QUE LA CIRUGIA BILIAR ABIETRA (COLECISTECTOMIA), ES UNA DE LAS QUE SE REALIZAN CON MAYOR FRECUENCIA EN NUESTRO SERVICIO, EN EL HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA # 33 IMSS, NO

CONTAMOS CON UN ESTUDIO RETROSPECTIVO PARA PODER COMPARAR RESULTADOS, POR LO QUE MOTIVO A REALIZAR DICHO ESTUDIO, COMO REFERENCIA DE LA LITERATURA EN NUESTRO PAIS.

#### **V. OBJETIVOS**

- A) CONOCER EL NUMERO DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE VESICULA BILIAR SIMPLE (COLECISTECTOMIA) REALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA # 33 IMSS, DE TIERRA BLANCA VERACRUZ, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 15 DE ENERO DE 1996 AL 31 DE ENERO DE 1997.
- B) SELECCIONAR A LOS PACIENTES POR EDAD Y SEXO.
- C) CARACTERO O INDICACION DE LA CIRUGIA; ELECTIVA O URGENTE.
- D) CONOCER EL NUMERO DE PACIENTES CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA Y ESTADO METABOLICO PREVIO A SU CIRUGIA INMEDIATA.
- E) METODOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO UTILIZADOS.
- F) USO DE DRENAJE POSTERIOR A SU CIRUGIA.
- G) SIGNOS Y SINTOMAS MAS COMUNES EN SU POSTOPERATORIO
- H) USO DE ANTIBIOTICOS DESPUES DE LA CIRUGIA.
- I) DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA.
- J) COMPLICACIONES.
- K) REPORTE HISTOPATOLOGICO O ANATOMOPATOLOGICO DE LA PIEZA QUIRURGICA.

#### **VI. MATERIAL Y METODOS.**

SE REVISARON LOS EXPEDIENTES DE PACIENTES EN FORMA RETROSPECTIVA, LONGITUDINAL Y COMPARATIVA, OPERADOS DE COLECISTECTOMIA SIMPLE CON EL METODO TRADICIONAL, POR EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA #33 IMSS TIERRA BLANCA, VERACRUZ, DEL PERIODO DEL 15 DE ENERO DE 1996 AL 31 DE ENERO DE 1997; HABIENDOSE EFECTUADO UN TOTAL DE 105 INTERVENCIONES.

SE EXCLUYERON A 8 PACIENTES POR FALTA DE EXPEDIENTE CLINICO Y OTROS 7 PACIENTES MAS POR HABER SIDO SOMETIDOS A OTRO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, YA SEA POR FALTA DIAGNOSTICA O UTILIZACION DEL TIEMPO ANESTESICO.

SE SUSCITARON ENTRE ESTOS: 3 EXPLORACIONES DE VIAS BILIARES; UNA APENDICECTOMIA; DOS SALPINGOCLASIA BILATERAL, UN CANCER DE HIGADO CON METASTASIS, AMERITANDO MANEJO POR ONCOLOGIA.

COMO CRITERIO DE INCLUSION, SE ADMITIERON PACIENTES SIN DISTINCION DE EDAD O SEXO, UNICAMENTE QUE FUERAN DERECHOHABIENTES DE NUESTRA INSTITUCION Y QUE SE SOMETERIAN A COLECISTECTOMIA SIMPLE CON EL METODO TRADICIONAL, SIENDO LA FUENTE DE ESOS PACIENTES LA CONSULTA EXTERNA Y EL SERVICIO DE URGENCIAS DE NUESTRO HOSPITAL DE SUBZONA.

CONTAMOS CON UN ESTUDIO RETROSPECTIVO PARA PODER COMPARAR RESULTADOS, POR LO QUE MOTIVO A REALIZAR DICHO ESTUDIO, COMO REFERENCIA DE LA LITERATURA EN NUESTOR PAIS.

#### **V. OBJETIVOS**

- A) CONOCER EL NUMERO DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE VESICULA BILIAR SIMPLE (COLECISTECTOMIA) REALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA # 33 IMSS, DE TIERRA BLANCA VERACRUZ, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 15 DE ENERO DE 1996 AL 31 DE ENERO DE 1997.
- B) SELECCIONAR A LOS PACIENTES POR EDAD Y SEXO.
- C) CARACTERO O INDICACION DE LA CIRUGIA; ELECTIVA O URGENTE.
- D) CONOCER EL NUMERO DE PACIENTES CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA Y ESTADO METABOLICO PREVIO A SU CIRUGIA INMEDIATA.
- E) METODOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO UTILIZADOS.
- F) USO DE DRENAJE POSTERIOR A SU CIRUGIA.
- G) SIGNOS Y SINTOMAS MAS COMUNES EN SU POSTOPERATORIO
- H) USO DE ANTIBIOTICOS DESPUES DE LA CIRUGIA.
- I) DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA.
- J) COMPLICACIONES.
- K) REPORTE HISTOPATOLOGICO O ANATOMOPATOLOGICO DE LA PIEZA QUIRURGICA.

#### **VI. MATERIAL Y METODOS.**

SE REVISARON LOS EXPEDIENTES DE PACIENTES EN FORMA RETROSPECTIVA, LONGITUDINAL Y COMPARATIVA, OPERADOS DE COLECISTECTOMIA SIMPLE CON EL METODO TRADICIONAL, POR EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA #33 IMSS TIERRA BLANCA, VERACRUZ, DEL PERIODO DEL 15 DE ENERO DE 1996 AL 31 DE ENERO DE 1997; HABIENDOSE EFECTUADO UN TOTAL DE 105 INTERVENCIONES.

SE EXCLUYERON A 8 PACIENTES POR FALTA DE EXPEDIENTE CLINICO Y OTROS 7 PACIENTES MAS POR HABER SIDO SOMETIDOS A OTRO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, YA SEA POR FALTA DIAGNOSTICA O UTILIZACION DEL TIEMPO ANESTESICO.

SE SUSCITARON ENTRE ESTOS: 3 EXPLORACIONES DE VIAS BILIARES; UNA APENDICECTOMIA; DOS SALPINGOCLASIA BILATERAL, UN CANCER DE HIGADO CON METASTASIS, AMERITANDO MANEJO POR ONCOLOGIA.

COMO CRITERIO DE INCLUSION, SE ADMITIERON PACIENTES SIN DISTINCION DE EDAD O SEXO, UNICAMENTE QUE FUERAN DERECHOHABIENTES DE NUESTRA INSTITUCION Y QUE SE SOMETERIAN A COLECISTECTOMIA SIMPLE CON EL METODO TRADICIONAL, SIENDO LA FUENTE DE ESOS PACIENTES LA CONSULTA EXTERNA Y EL SERVICIO DE URGENCIAS DE NUESTRO HOSPITAL DE SUBZONA.

## VI. RESULTADOS

A) SE RECOPIARON Y REVISARON UN TOTAL DE 90 EXPEDIENTES CLINICOS, CORRESPONDIENDO A 84 PACIENTES (93.3%) DEL SEXO FEMENINO Y A 6 PACIENTES (6.7%) DEL SEXO MASCULINO, (Fig. 1). CON UNA EDAD, QUE VARIABA DESDE LOS 18 AÑOS HASTA LOS 75 AÑOS DE EDAD, CON UNA MEDIA DE 46.5 AÑOS, (FIG. 2). (BIBL. 1,3,11)

B) SEGÚN EL CARÁCTER DE LA CIRUGIA SE DIVIDIERON LOS PACIENTES EN DOS GRUPOS: UNO DE CARÁCTER ELECTIVO CORRESPONDIENDOLE 77 PACIENTES, DE LOS CUALES 72 FUERON MUJERES Y 5 HOMBRES. EL OTRO GRUPO DE CARÁCTER URGENTE, CON UN TOTAL DE 13 PACIENTES DE LOS CUALES 12 FUERON MUJERES Y 1 HOMBRE, (FIG. 3).

CABE HACER MENCION QUE TODOS LOS PACIENTES EN EL GRUPO DE CARÁCTER URGENTE SE INGRESARON POR EL SERVICIO DE URGENCIAS, YA QUE NO RESPONDIERON ADECUADAMENTE AL MANEJO MEDICO Y DECIDIENDOSE SU CIRUGIA DE FORMA INMEDIATA. (BIBL. 1,3,11)

C) EN EL GRUPO DE PACIENTES ELECTIVOS SE ENCONTRO QUE 35 PACIENTES (45.5%), PRESENTABAN ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA ENTRE LOS QUE SE INCLUYEN DE MAYOR A MENOR FRECUENCIA: DIABETES MELLITUS (16 PACIENTES), HIPERTENSION ARTERIAL (8 PACIENTES), COMBINACION DE ESTAS (4 PACIENTES), OBESIDAD EXOGENA (4 PACIENTES), CARDIOPATIA MIXTA (3 PACIENTES).

EN EL GRUPO DE PACIENTES DE CARÁCTER URGENTE SOLAMENTE SE ENCONTRARON A 3 PACIENTES (23%), CON ANTECEDENTES POSITIVOS ENTRE ELLOS DIABETES MELLITUS (2 PACIENTES), HIPERTENSION ARTERIAL (1 PACIENTE). (BIBL. 1,3,11).

D) EL METODO DIAGNOSTICO MAS COMUNMENTE UTILIZADO FUE LA ULTRASONOGRAFIA DE HIGADO Y VIAS BILIARES. SE EFECTUO EN EL 82% DEL TOTAL DE PACIENTES DISTRIBUIDOS DE LA FORMA SIGUIENTE:

EN EL GRUPO DE CARÁCTER ELECTIVO QUE COMPRENDIO A 77 PACIENTES FUE UTILIZADO EN 70 PACIENTES (90.9%), REALIZADO POR RADIOLOGO Y UNICAMENTE EN 7 PACIENTES (9.1%) FUE CORROBORADO POR COLECISTOGRAFIA ORAL RESULTANDO POSITIVA PARA LITIASIS VESICULAR.

EN EL GRUPO DE PACIENTES DE CARÁCTER URGENTE QUE COMPRENDIO A 13 PACIENTES, LA ULTRASONOGRAFIA DE HIGADO Y VIAS BILIARES SE REALIZO EN 10 PACIENTES (76.9%), SIEMPRE CONFIRMATIVA DE LITIASIS VESICULAR; Y A 3 PACIENTES DE ESTE GRUPO (23.1%), FUERON LLEVADOS A CIRUGIA SIN LA CONFIRMACION ECOSONOGRAFICA DEL CUADRO; EN PARTE DEBIDO A LA NO EXISTENCIA DE RADIOLOGO LAS 24HRS. DEL DIA, PERO CONCORDADNO LA HISOTIRA CLINICA Y LA EXPLORACION FISICA CON EL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO PREOPERATORIO (FIG. 4). (BIBL. 8,9).

E) LA UTILIZACION DE DRENAJE, TIPO PEN ROSE, EN EL PERIODO POSTOPERATORIO INMEDIATO SE COLOCO SOBRE EL HIATO DE WINSLOW Y EL LECHO VESICULAR HEPATICO, EXTERIORIZANDOSE POR

CONTRABERTURA DE LA HERIDA QUIRURGICA, SIENDO EN 40 PACIENTES INSICION TIPO KOCHER (SUBCOSTAL DERECHA) Y 50 PACIENTES CON INSICION PARAMEDIA DERECHA.

EN EL GRUPO DE PACIENTES DE CARÁCTER ELECTIVO FUE COLOCADO EN 25 PACIENTES (32.5%), RETIRANDOSE EN UN PROMEDIO APROXIMADO DE 12 HRS., SIN ENCONTRAR FUGA BILIAR EN NINGUNO DE ESTOS PACIENTES, QUE REQUIRIERAN NUEVA REEXPLORACION. EN 52 PACIENTES DE ESTE MISMO GRUPO (67.5%) NO FUE NECESARIA SU COLOCACION DEBIDO A QUE EN SU PERIODO TRANSOPERATORIO NO SE SUSCITARON NI SE DETECTARON COMPLICACIONES INHERENTES A DICHO PROCESO, SIN EXISTIR A LA VEZ UN GRADO DE INFLAMACION IMPORTANTE.

EN EL GRUPO DE PACIENTES DE CARÁCTER URGENTE 13 PACIENTES; 9 DE ELLOS (69.2%) REQUIRIERON LA COLOCACION DE ESTE TIPO DE DRENAJE, A CONSECUENCIA DEL ESTADO INFLAMATORIO AGUDO DEL CUADRO PATOLOGICO Y FUE RETIRADO EN UN TIEMPO PROMEDIO DE 24 A 30 HRS., A CONSECUENCIA DE SECRECION SEROHEMATICA POR EL MISMO Y QUE EN TODOS LOS PACIENTES CEDIO EN FORMA ESPONTANEA; NO ENCONTRANDOSE NINGUNA COMPLICACION EN ESTE GRUPO DE PACIENTES, Y EN SOLAMENTE 4 PACIENTES (30.8%) NO FUE NECESARIA LA COLOCACION DEL DRENAJE PENROSE, DEBIDO A UNA BUENA HEMOSTASIA REALIZADA DURANTE EL ACTO QUIRURGICO Y LA INFLAMACION LEVE QUE PRESENTABAN, (FIG. 5). (BIBL. 10)

F) EL SINTOMA MAS COMUNMENTE ENCONTRADO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO Y EN SU ESTANCIA HOSPITALARIA FUE EL DOLOR EN EL SITIO DE LA HERIDA QUIRURGICA, PRESENTANDOSE EN EL 100% DE LOS PACIENTES; PERO DISMINUYENDO LA FRECUENCIA E INTENSIDAD EN LOS PACIENTES QUE SE LES REALIZO INCISION PARAMEDIA A DIFERENCIA DE LOS QUE SE LES REALIZO INSICION KOCHER; PROBABLEMENTE DEBIDO A LA SECCION DE MUSCULOS SUBCOSTALES QUE SE REALIZA EN ESTE ULTIMO TIPO DE INSICION; CEDIENDO CON LA APLICACION DE ANALGESICO COMUNES EN AMBOS CASOS, PERO EN ESTE ULTIMO SU LATENCIA ERA MENOR DEL ANALGESICO. EN SEGUNDO LUGAR LE SIGUIERON LAS NAUSEAS, PRESENTANDOSE EN 32 PACIENTES DE LOS QUE FUERON SOMETIDOS A CIRUGIA ELECTIVA (77%), CONTRA 45 PACIENTES QUE NO LAS PRESENTARON, PARTE DE ELLO PROBABLEMENTE DEBIDO AL TIPO DE ANESTESIA UTILIZADO, YA QUE EN ESTE GRUPO QUE PRESENTO ESTE SINTOMA LA ANESTESIA FUE GENERAL INHALATORIA Y EL RESTO CON BLOQUEO MAS SEDACION.

EN EL GRUPO DE PACIENTES DE CARÁCTER URGENTE (13P.) SE ENCONTRO QUE 9 PACIENTES AQUEJABAN DICHO SINTOMA, MIENTRAS QUE SOLAMENTE 4 DE ESTE GRUPO NO LO PRESENTARON; SIENDO EL TIPO DE ANESTESIA EN 9 GENERAL INHALATORIA Y 4 CON BLOQUEO MAS SEDACION. TODOS ESTOS PACIENTES AL MOMENTO DE SER EGRESADOS, LOS SINTOMAS YA HABIAN DESAPARECIDO.

EL SIGNO QUE SE PRESENTO CON MAYOR FRECUENCIA EN LOS DOS GRUPOS DE PACIENTES, FUE EL VOMITO, PRESENTANDOSE EN 25 PACIENTES, 16 DEL GRUPO DE CARÁCTER ELECTIVO Y 9 DEL GRUPO DE

CARÁCTER URGENTE. OTRO QUE FUE REPORTADO POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA FUE LA FEBRICULA 37.6°C EN 5 PACIENTES DE CARÁCTER ELECTIVO Y EN 6 DE CARÁCTER URGENTE Y SOLAMENTE 2 PACIENTES PRESENTARON HIPERTERMIAS DE 38.6°C EN ESTE ULTIMO GRUPO DE PACIENTES; MANEJADOS CON MEDIOS FISICOS Y ANTIPIRETICOS, CEDIENDO SU CUADRO.

NO SE ENCONTRO EN NINGUNO DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS ALTERACIONES PULMONARES, RENALES, HEMATOLOGICAS; ASI TAMBIEN NINGUNO TUVO QUE SER HEMOTRANSFUNDIDO Y NINGUNO PRESENTO FUGA BILIAR QUE AMERITARA UNA NUEVA INTERVENCION QUIRURGICA. (BIBL. 21)

- G) EL USO DE ANTIBIOTICOS FUE INDISCRIMINADO YA QUE SE UTILIZO EN 58 PACIENTES DE LOS CUALES FUERON 45 DE CARÁCTER ELECTIVO Y 13 DE CARÁCTER URGENTE; JUSTIFICADO EN ESTOS ULTIMOS POR EL PROCESO AGUDO QUE PRESENTABAN; UTILIZANDO EN 6 PACIENTES CEFOTAXIMA, 4 AMIKACINA, Y 3 CLORANFENICOL. Y EN LOS DE CARÁCTER ELECTIVO EL MOTIVO DE SU ADMINISTRACION FUE POR LA MANIPULACION REALIZADA Y VACIAMIENTO DE BILIS AL MOMENTO DE DISECCION DE LA VESICULA DE SU LECHO, ADMINISTRANDOLES DE 3 A 4 DOSIS COMO PROFILAXIS, SIENDO ESTOS 15 CON AMIKACINA, 10 CON CEFOTAXIMA, 8 CON CLORANFENICOL, 6 CON GENTAMICINA, Y 6 CON DICLOXACILINA. (BIBL. 19).
- H) SE ECONTRARON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LOS DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA EN LOS DOS GRUPOS DE PACIENTES. EN FORMA GLOBAL, SE OBTUVO UN TOTAL DE 2-3 DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA CON UNA MEDIA DE 3.5 DIAS DESDE QUE EL PACIENTE SE INGRESA POR ADMISION O POR EL SERVICIO DE URGENCIAS HASTA QUE SE EGRESA DEL SERVICIO DE CIRUGIA YA OPERADO. EN EL GRUPO DE CARÁCTER ELECTIVO (77 p.), SE OBTUVO UN NUMERO DE 2-3 DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA CON UNA MEDIA DE 2.5 DIAS. MIENTRAS QUE EN EL GRUPO DE CARÁCTER URGENTE SE OBTUVO UN NUMERO DE 2-5 DIAS (13P) DE ESTANCIA HOSPITALARIA, CON UNA MEDIA DE 3.5 DIAS DE INTERNAMIENTO, (FIG. 7) (BIBL. 1,11)
- I) DENTRO DE LAS COMPLICACIONES SE ENCONTRO QUE DURANTE EL TRANSOPERATORIO NO SE PRESENTARON EN NINGUN PACIENTE, UNICAMENTE COMO HALLAZGOS EN TRES PACIENTES DE CARÁCTER URGENTE PRESENTABAN PICOLECISTO Y TRES CON HIDROCOLECISTO, SIN MAYOR RELEVANCIA DURANTE EL TRANSOPERATORIO. DE ESTE GRUPO DE PACIENTES UNA SEMANA DESPUÉS DE HABER SIDO EGRESADOS DEL SERVICIO PRESENTARON DEHISCENCIA DE LA HERIDA QUIRURGICA, LOS CUALES FUERON MANEJADOS SATISFACTORIAMENTE POR MEDIO DE LA CONSULTA EXTERNA, A PESAR DE HABER SIDO PROTEJIDOS CON ANTIBIOTICOS DURANTE SU EGRESO CON SULFAS POR VIA ORAL. COMO ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA SE ECONTRÓ QUE EN DOS DE ESTOS PACIENTES ERAN DIABETICOS Y UNO CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL. (BIBL. 21)
- J) EL REPORTE ANATOMOPATOLOGICO DE LAS PIEZAS QUIRURGICAS

EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS, TUVO LA SIGUIENTE DISTRIBUCION (CABE HACER MENCION QUE EN NUESTRO HOSPITAL NO SE CUENTA CON LABORATORIO DE PATOLOGIA, POR LO QUE LAS PIEZAS FUERON ENVIADAS A UN HOSPITAL DE ZONA COMO APOYO) PERO NO SE REPORTO EL TOTAL DE PIEZAS ENVIADAS, SINO QUE SOLAMENTE SE REPORTARON 75 RESULTADOS, DE LOS CUALES; 68 FUERON DE PACIENTES DE CARÁCTER ELECTIVO Y 7 DE PACIENTES DE CARÁCTER URGENTE.

EN LOS PACIENTES DE CARÁCTER ELECTIVO (68p.), SE REPORTO COLECISTITIS CRONICA EN 56 PACIENTES, COLECISTITIS CRONICA FOLICULAR EN 8 PACIENTES Y COLECISTITIS AGUDA Y CRONICA SUPURADA EN 4 PACIENTES.

EL GRUPO DE PACIENTES DE CARÁCTER URGENTE (7p.) SE REPORTO A 3 PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA SUPURADA, 2 PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA Y 2 PACIENTES CON COLECISTITIS CRONICA. NO SE REPORTO EN NINGUNO SOSPECHA DE MALIGNIDAD. (CUADRO 1 Y 2). (BIBL. 20)

### VIII. DISCUSION

LA COLECISTECTOMIA TRADICIONAL SIGUE SIENDO EL ESTANDAR DE ORO PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA LITIASIS VESICULAR, EN LA MAYOR PARTE DE LOS HOSPITALES DEL MUNDO, AL IGUAL QUE EN NUESTRO PAIS, COMO METODO ALTERNO SE CUENTA CON EL ABORDAJE LA PAROSCOPICO CON MENOR PORCENTAJE DE MORBILIDAD POSTOPERATORIA, PRONTA RECUPERACION DEL A PACIENTE PARA INTEGRARSE A SUS LABORES COTIDIANAS Y COSTO-BENEFICIO PARA LOS HOSPITALES; PERO UN TANTO DIFICIL QUE EN NUESTRO HOSPITAL SE CUENTE CON EL INSTRUMENTAL NECESARIO PARA SU REALIZACIÓN.

EN NUESTRA REVISION OBSERVAMOS QUE EL 93.3% DE LOS PACIENTES ERAN MUJERES; CON UNA EDAD PROMEDIO DE 46.5% AÑOS, SIN IMPORTAR EL CARÁCTER DE LA CIRUGIA, CON RESULTADOS SIMILARES A LOS DESCRITOS EN LA LITERATURA.

ASI TAMBIEN SE ENCONTRO QUE SALVO LA MAYORIA DE LOS PACIENTES EN CARÁCTER URGENTE, CONTABAN CON UNA EVOLUCION APROXIMADA DE DOS AÑOS CON SINTOMATOLOGIA DE LITIASIS VESICULAR, DESDE QUE INICAN SUS PRIMEROS SINTOMAS HASTA EL MOMENTO DE LA INTERVENCION. NO ENCONTRAMOS RELACIÓN IMPORTANTE EN CUANTO A LOS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS, COMO LO DESCRITO POR CLAVIEN EN 1982; LA ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA FUE SIMILAR A LA REPORTADA EN SERIES MUNDIALES, SIENDO ESTA DE 3.5 DIAS, SIN IMPORTAR EL TIPO NI EL CARÁCTER DE LA INTERVENCION. NO ENCONTRAMOS NINGUNA COMPLICACION INHERENTE AL PROCESO QUIRURGICO EN NINGUNO DE LOS GRUPOS ESTUDIADOS, YA QUE LOS UNICOS PACIENTES QUE PRESENTARON MORBILIDAD (INFECCION DE LA HERIDA QUIRURGICA), TENIAN UNA SEMANA FUERA DEL HOSPITAL: DE IGUAL MANERA LAS ENFERMEDADES PREEXISTENTES COMO DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL O



EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS, TUVO LA SIGUIENTE DISTRIBUCION (CABE HACER MENCION QUE EN NUESTRO HOSPITAL NO SE CUENTA CON LABORATORIO DE PATOLOGIA, POR LO QUE LAS PIEZAS FUERON ENVIADAS A UN HOSPITAL DE ZONA COMO APOYO) PERO NO SE REPORTO EL TOTAL DE PIEZAS ENVIADAS, SINO QUE SOLAMENTE SE REPORTARON 75 RESULTADOS, DE LOS CUALES; 68 FUERON DE PACIENTES DE CARÁCTER ELECTIVO Y 7 DE PACIENTES DE CARÁCTER URGENTE.

EN LOS PACIENTES DE CARÁCTER ELECTIVO (68p.), SE REPORTO COLECISTITIS CRONICA EN 56 PACIENTES, COLECISTITIS CRONICA FOLICULAR EN 8 PACIENTES Y COLECISTITIS AGUDA Y CRONICA SUPURADA EN 4 PACIENTES.

EL GRUPO DE PACIENTES DE CARÁCTER URGENTE (7p.) SE REPORTO A 3 PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA SUPURADA, 2 PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA Y 2 PACIENTES CON COLECISTITIS CRONICA. NO SE REPORTO EN NINGUNO SOSPECHA DE MALIGNIDAD. (CUADRO 1 Y 2). (BIBL. 20)

### VIII. DISCUSION

LA COLECISTECTOMIA TRADICIONAL SIGUE SIENDO EL ESTANDAR DE ORO PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA LITIASIS VESICULAR, EN LA MAYOR PARTE DE LOS HOSPITALES DEL MUNDO, AL IGUAL QUE EN NUESTRO PAIS, COMO METODO ALTERNO SE CUENTA CON EL ABORDAJE LA PAROSCOPICO CON MENOR PORCENTAJE DE MORBILIDAD POSTOPERATORIA, PRONTA RECUPERACION DEL A PACIENTE PARA INTEGRARSE A SUS LABORES COTIDIANAS Y COSTO-BENEFICIO PARA LOS HOSPITALES; PERO UN TANTO DIFICIL QUE EN NUESTRO HOSPITAL SE CUENTE CON EL INSTRUMENTAL NECESARIO PARA SU REALIZACIÓN.

EN NUESTRA REVISION OBSERVAMOS QUE EL 93.3% DE LOS PACIENTES ERAN MUJERES; CON UNA EDAD PROMEDIO DE 46.5% AÑOS, SIN IMPORTAR EL CARÁCTER DE LA CIRUGIA, CON RESULTADOS SIMILARES A LOS DESCRITOS EN LA LITERATURA.

ASI TAMBIEN SE ENCONTRO QUE SALVO LA MAYORIA DE LOS PACIENTES EN CARÁCTER URGENTE, CONTABAN CON UNA EVOLUCION APROXIMADA DE DOS AÑOS CON SINTOMATOLOGIA DE LITIASIS VESICULAR, DESDE QUE INICAN SUS PRIMEROS SINTOMAS HASTA EL MOMENTO DE LA INTERVENCION. NO ENCONTRAMOS RELACIÓN IMPORTANTE EN CUANTO A LOS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS, COMO LO DESCRITO POR CLAVIEN EN 1982; LA ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA FUE SIMILAR A LA REPORTADA EN SERIES MUNDIALES, SIENDO ESTA DE 3.5 DIAS, SIN IMPORTAR EL TIPO NI EL CARÁCTER DE LA INTERVENCION. NO ENCONTRAMOS NINGUNA COMPLICACION INHERENTE AL PROCESO QUIRURGICO EN NINGUNO DE LOS GRUPOS ESTUDIADOS, YA QUE LOS UNICOS PACIENTES QUE PRESENTARON MORBILIDAD (INFECCION DE LA HERIDA QUIRURGICA), TENIAN UNA SEMANA FUERA DEL HOSPITAL: DE IGUAL MANERA LAS ENFERMEDADES PREEXISTENTES COMO DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL O

DESORDENES CARDIOVASCULARES, NO TUVIERON RELACION CON LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN DIAS DE UN GRUPO Y OTRO CON UN DIA.

DADOS LOS RECURSOS QUE SE CUENTAN EN NUESTRO HOSPITAL Y LA DISPONIBILIDAD DE LOS MISMOS, 80 DE LOS 90 PACIENTES CONTABAN CON CONFIRMACION ECOSONOGRAFICA DE SU PATOLOGIA, REALIZADO POR RADIOLOGO O EL PROPIO CIRUJANO CON LA EXPERIENCIA SUFICIENTES EN LA MISMA; EXCEPTUANDO A 3 DE LOS PACIENTES DE URGENCIA QUE GENERALMENTE SE INGRESABAN Y OPERABAN EN EL TURNO NOCTURNO; Y NO SE CUENTA CON RADIOLOGO LAS 24 HRS., O LOS PACIENTES NO REUNIAN EL AYUNO INDICADO PARA EL ESTUDIO; PERO ESTO NO CAMBIO EL PATRON DE CONDUCTA QUE AL FINAL ERA CORROBORADO POR EL ACTO QUIRURGICO Y EN OCASIONES CON EL REPORTE ANATOMOPATOLOGICO DE LA PIEZA QUIRURGICA. SE SEÑALA POR ROSLYN Y COLS. QUE EL TIPO Y PORCENTAJE DE COMPLICACIONES TIENE RELACION SIGNIFICATIVA CON PROBLEMAS Y ENTIDADES PATOLOGICAS QUE EL PACIENTES PRESENTA PREVIO A SU CIRUGIA, QUE EN NUESTRA REVISION NO ENCONTRAMOS QUE EXISTIERA NINGUNA RELACION CAUSA-EFECTO NI MAYOR INDICE DE COMPLICACIONES EN PACIENTES QUE ERAN PORTADORES DE ENFERMEDADES DEGENERATIVAS. ASI MISMO DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO NO FUERON REALIZADAS LESIONES INADVERTIDAS DE LA VIA BILIAR COMO LO DESCRITO POR LANEY Y COLS.

LOS ANTIBIOTICOS COMO PROFILACTICOS POCO EFECTO REPRESENTAN EN UN PACIENTE SIN COMPLICACIONES.

LOS DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA TUVIERON UNA VARIACION DE UN DIA PARA AMBOS GRUPOS, SIENDO DE 2.5 DIAS PARA LOS PACIENTES DE CARÁCTER ELECTIVO Y DE 3.5 DIAS PARA LOS PACIENTES DE CARÁCTER URGENTE.

ASI TAMBIEN LA UTILIZACION DEL DRENAJE, LA PERMANENCIA DEL MISMO, CORRESPONDIO DE 12 HRS. PARA LOS PACIENTES ELECTIVOS Y DE 24 A 30 HRS. PARA LOS PACIENTES DE CARÁCTER URGENTE.

EL REPORTE ANATOMOPATOLOGICO, FUE CONFIRMATIVO DE AFECTACION VESICULAR SIN IMPORTAR EL CARÁCTER DE LA OPERACION EN TAN SOLO 75 PACIENTES DE LOS 90 ESTUDIADOS; OCUPANDO LA COLECISTITIS CRONICA FOLICULAR EN SEGUNDO LUGAR; LA COLECISTITIS AGUDA Y CRONICA SUPERADA EN TERCER LUGAR Y POR ULTIMO LA COLECISTITIS AGUDA. NO HUBO REPORTE DE CASOS DE MALIGNIDAD, AUNQUE SON MENCIONADOS EN LA LITERATURA.

## **IX. CONCLUSIONES**

- LA COLECTECTOMIA POR EL METODO TRADICIONAL CONSTITUYE UNA DE LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS QUE SE REALIZAN CON MAYOR FRECUENCIA POR EL SERVICIO DE CIRUGIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA # 33 IMSS TIERRA BLANCA, VERACRUZ.
- LA MAYORIA DE LOS PACIENTES SE PROGRAMAN PARA CIRUGIA ELECTIVA DE LA MISMA Y SON CONOCIDAS PREVIAMENTE POR EL SERVICIO EN LA CONSULTA EXTERNA DE CIRUGIA.

DESORDENES CARDIOVASCULARES, NO TUVIERON RELACION CON LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN DIAS. DE UN GRUPO Y OTRO CON UN DIA.

DADOS LOS RECURSOS QUE SE CUENTAN EN NUESTRO HOSPITAL Y LA DISPONIBILIDAD DE LOS MISMOS, 80 DE LOS 90 PACIENTES CONTABAN CON CONFIRMACION ECOSONOGRAFICA DE SU PATOLOGIA, REALIZADO POR RADIOLOGO O EL PROPIO CIRUJANO CON LA EXPERIENCIA SUFICIENTES EN LA MISMA; EXCEPTUANDO A 3 DE LOS PACIENTES DE URGENCIA QUE GENERALMENTE SE INGRESABAN Y OPERABAN EN EL TURNO NOCTURNO; Y NO SE CUENTA CON RADIOLOGO LAS 24 HRS., O LOS PACIENTES NO REUNIAN EL AYUNO INDICADO PARA EL ESTUDIO; PERO ESTO NO CAMBIO EL PATRON DE CONDUCTA QUE AL FINAL ERA CORROBORADO POR EL ACTO QUIRURGICO Y EN OCASIONES CON EL REPORTE ANATOMOPATOLOGICO DE LA PIEZA QUIRURGICA. SE SEÑALA POR ROSLYN Y COLS. QUE EL TIPO Y PORCENTAJE DE COMPLICACIONES TIENE RELACION SIGNIFICATIVA CON PROBLEMAS Y ENTIDADES PATOLOGICAS QUE EL PACIENTES PRESENTA PREVIO A SU CIRUGIA, QUE EN NUESTRA REVISION NO ENCONTRAMOS QUE EXISTIERA NINGUNA RELACION CAUSA-EFECTO NI MAYOR INDICE DE COMPLICACIONES EN PACIENTES QUE ERAN PORTADORES DE ENFERMEDADES DEGENERATIVAS. ASI MISMO DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO NO FUERON REALIZADAS LESIONES INADVERTIDAS DE LA VIA BILIAR COMO LO DESCRITO POR LANNEY Y COLS.

LOS ANTIBIOTICOS COMO PROFILACTICOS POCO EFECTO REPRESENTAN EN UN PACIENTE SIN COMPLICACIONES.

LOS DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA TUVIERON UNA VARIACION DE UN DIA PARA AMBOS GRUPOS, SIENDO DE 2.5 DIAS PARA LOS PACIENTES DE CARÁCTER ELECTIVO Y DE 3.5 DIAS PARA LOS PACIENTES DE CARÁCTER URGENTE.

ASI TAMBIEN LA UTILIZACION DEL DRENAJE, LA PERMANENCIA DEL MISMO, CORRESPONDIO DE 12 HRS. PARA LOS PACIENTES ELECTIVOS Y DE 24 A 30 HRS. PARA LOS PACIENTES DE CARÁCTER URGENTE.

EL REPORTE ANATOMOPATOLOGICO, FUE CONFIRMATIVO DE AFECCION VESICULAR SIN IMPORTAR EL CARÁCTER DE LA OPERACION EN TAN SOLO 75 PACIENTES DE LOS 90 ESTUDIADOS; OCUPANDO LA COLECISTITIS CRONICA FOLICULAR EN SEGUNDO LUGAR; LA COLECISTITIS AGUDA Y CRONICA SUPERADA EN TERCER LUGAR Y POR ULTIMO LA COLECISTITIS AGUDA. NO HUBO REPORTE DE CASOS DE MALIGNIDAD, AUNQUE SON MENCIONADOS EN LA LITERATURA.

## IX. CONCLUSIONES

- LA COLECTECTOMIA POR EL METODO TRADICIONAL CONSTITUYE UNA DE LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS QUE SE REALIZAN CON MAYOR FRECUENCIA POR EL SERVICIO DE CIRUGIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA # 33 IMSS TIERRA BLANCA, VERACRUZ.
- LA MAYORIA DE LOS PACIENTES SE PROGRAMAN PARA CIRUGIA ELECTIVA DE LA MISMA Y SON CONOCIDAS PREVIAMENTE POR EL SERVICIO EN LA CONSULTA EXTERNA DE CIRUGIA.

- LA MAYORIA DE LOS PACIENTES 93.3% CORRESPONDE AL SEXO FEMENINO, CON UNA EDAD PROMEDIO DE 46.5% AÑOS.
- LOS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS EN NUESTRA SERIE, NO CONTRIBUYERON A CREAR UNA MOBILIDAD ELEVADA.
- EL METODO DIAGNOSTICO MAS COMUNMENTE EMPLEADO FUE LA ULTRASONOGRAFIA DE HIGADO Y VIAS BILIARES EN EL 89% DE LOS CASOS, SEGUIDO DE LA COLECISTOGRAFIA ORAL EN EL 11%.
- EL USO DE DRENAJE TIPO PENROSE SE JUSTIFICA CUANDO EN EL ACTO QUIRURGICO SE ENCUENTRAN DATOS DE INFLAMACION AGUDA IMPORTANTE, CUANDO LA HEMOSTACIA NO ES DEL TODO ACEPTABLE Y CUANDO SE ENCUENTRAN DATOS DE COLECCIONES INTRA O PERIVESICULARES.
- EN NUESTRA SERIE EL SINTOMA MAS COMUN ENCONTRADO FUE EL DOLOR EN LA HERIDA QUIRURGICA EN EL 100% DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS SIN IMPORTAR EL TIPO DE INSICION, QUE CEDIA EN LA MAYORIA DE LOS CASOS CON ANALGESICOS COMUNES; AUNQUE EN MENOR FRECUENCIA EN PACIENTES CON INSICION KOCHER.
- LOS DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA, SIN IMPORTAR EL CARÁCTER DE LA OPERACIÓN FUE DE 3.5 DIAS.
- EL USO DE ANTIBIOTICOS DEBERA SER UNICAMENTE CUANDO EXISTEN HALLASGOS TRANSOPERATORIOS QUE LO INDIQUE Y NO COMO PROFILAXIS.
- EL REPORTE ANATOMOPATOLOGICO DE LA PIEZA QUIRURGICA, CORROBORO EL 100% DE LOS CASOS REPORTADOS (75p), CON AFECCION VESICULAR PREVIA.

## X. FIGURAS Y GRAFICAS

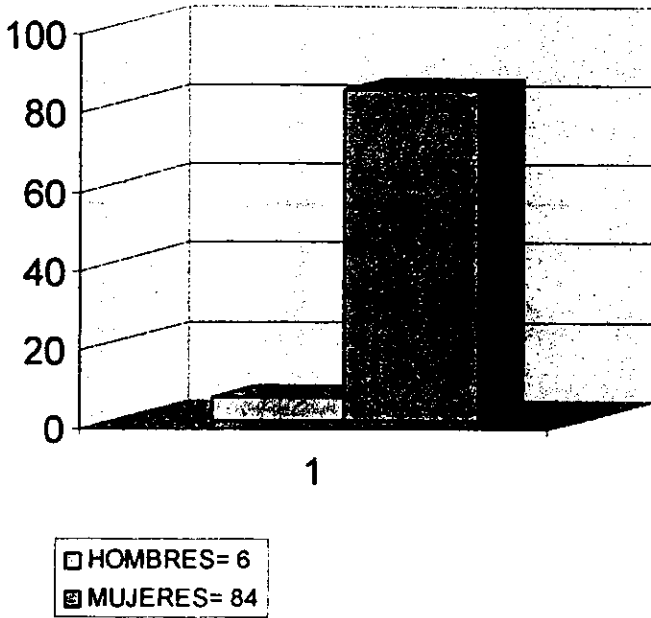


Fig 1 DISTRIBUCION POR SEXO.

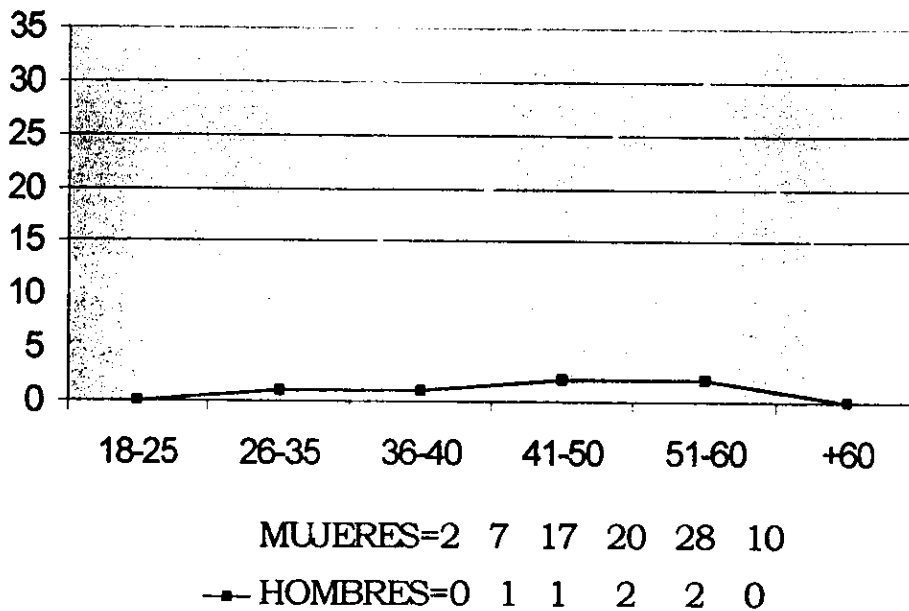


Fig. 2 DISTRIBUCION POR EDAD.

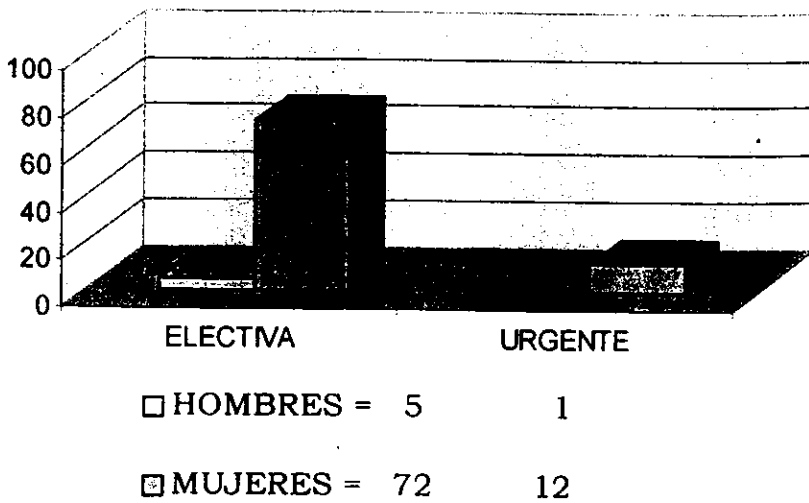


Fig. 3 CARÁCTER DE LA CIRUGIA

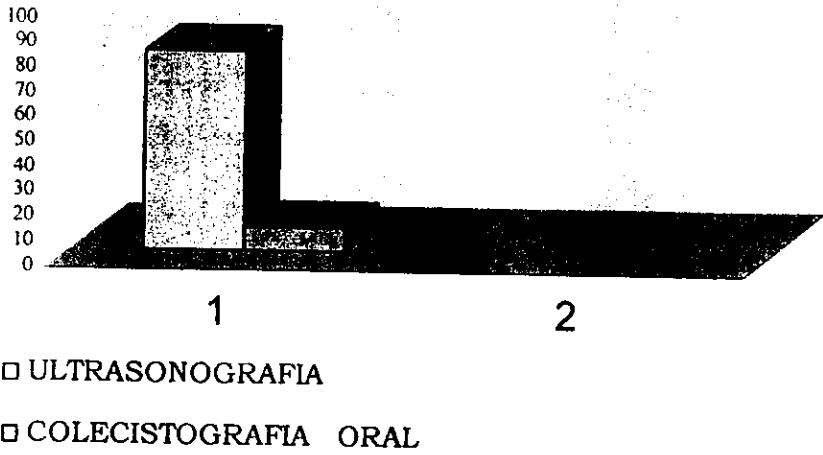


Fig. 4 METODOS DIAGNOSTICOS.



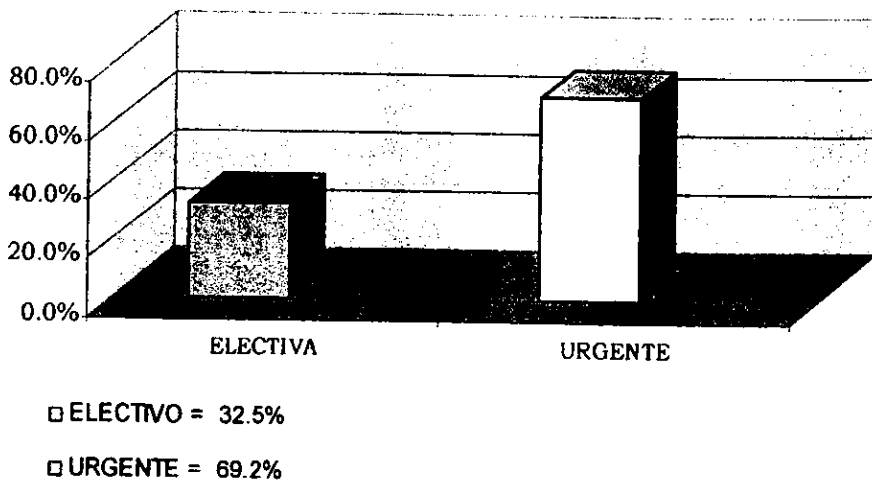


Fig. 5 UTILIZACION DE DRENAJE.

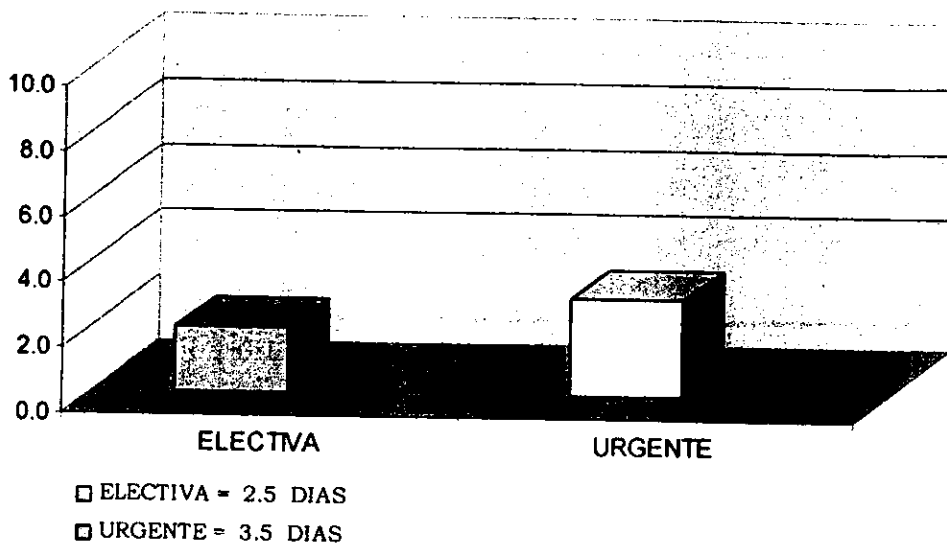


Fig. 6 ESTANCIA HOSPITALARIA.

**CUADRO: 1      REPORTE ANATOMOPATOLOGICO EN PACIENTES DE CARÁCTER ELECTIVO.**

COLECISTITIS CRONICA .....	56 p.
COLECISTITIS CRONICA FOLICULAR .....	8 p.
COLECISTITIS AGUDA Y CRONICA SUPURADA.	4 p.

**CUADRO: 2      PACIENTES DE CARÁCTER URGENTE.**

COLECISTITIS AGUDA .....	2 p.
COLECISTITIS AGUDA SUPURADA .....	3 p.
COLECISTITIS CRONICA .....	2 p.

**REPORTE ANATOMOPATOLOGICO.**

## XI. BIBLIOGRAFIAS

1. ROSLYN J, BINNS G.: OPEN CHOLECYSTECTOMY; A CONTEMPORARY ANALYSIS OF 42, 474 PATIENTS. ANNALS OF SURGERY. VOL. 218 NO. 2, 129-137.
2. MENDEZ N, JESSURUN J, AGUILAR JA, COLE C. URIBE: LITIASIS BILIAR DE COLESTEROL (FACTORES DE RIESGO) REV. GASTROENTEROL. MEX. 1991; 156: 125-130.
3. MENDEZ N, URIBE M, PONCIANO G, ALONSO P. JESURUM J, LITIASIS BILIAR, SU PREVALENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO Y SU IMPACTO ECONOMICO EN EL PAIS. REV. GASTROENTEROL. MEX. 1987; 52: 301-309 RESUMENO.
4. BATESON MC, BOUCHITER IAD: PREVALENCIA OF GALLSTONES IN DUNDEE; A NECROPSY STUDY. BR. MED. J. 1975 3:
5. MENDEZ N, USCANGA L. FISIPATOLOGIA DE LOS CALCULOS BILIARES DE COLESTEROL. REV. GASTROENTEROL. MEX. 1991 56: 137-143.
6. ROSS RE.: LITIASIS BILIAR. MEDICINE 1983; 6: 382-393.
7. SCHWARTZ S, GALLBLADDER AND EXTRAHEPATIC BILIARY SYSTEM IN: SCHARTZ S, ED. PRINCIPLES OF SUGERY MCGRAW-HILL N. YORK. 1984: 1307-1340.
8. BERK RN, LEOPOLDO GR.: THE PRESENT OF IMAGING OF THE GALLBLADER. INVEST. RADIOL. 1978: 13: 477-489.
9. HONICKMAN SP, MULLER PR, WITTEMBERG J, ET, AL.: ULTRASOUND OF THE COMMON BILE DUC. IN SANDER E.: RADIOLOGY 1983; 147: 511-137.
10. CLAVIEN P, SANABRIA J; PROPOSED CLASSIFICATION OF COMPLICATIONS OF SURGERY WITH EXAMPLES OF UTILITY IN CHOLECISTECTOMY. SURGERY 1992, VOL. III, NO. 5, 518-526.
11. OROPEZA R, SCHUCHLEIB S., ANALISIS COMPARATIVO DE 150 COLECISTECTOMIAS CON EL METODO TRADICIONAL Y 150 POR LA PAROSCOPIA EN UN MISMO SERVICIO CIRUGIA GENERAL 1993, VOL. 14, NO. 4, 165-168.
12. FARCA A, FERNANDEZ JA.: MANEJO ENDOSCOPICO DE LA LITIASIS BILIAR. GASTROENTEROL. MEX. 1991; 56: 179-181.
13. HUGUIER M. BORNET P, CHARPAK Y., ET. AL.: SELECTIVE CONTRAINDICATIONS. BASES ON MULTIVARIATE ANALYSIS FOR OPERATIVE CHOLANGIOGRAPHY IN BILIARY LITTIASIS SURG. GYN. OBST. 1991; 172: 470-474.
14. GADACZ TR, TALAMINI MA.: TRADITIONAL VERSUS LAPAROSCOPIC, CHOLECYSTECTOMY AM, J. SURG. 1991, 161: 336-338.
15. HASSON HM, OPEN LAPAROSCOPY VS. CLOSED LAPAROSCOPY: A COMPARSION OF COMPLICATION RATES, ADVANCES IN PLANNED PARANTNOOD. 1978; 13: 41-50.
16. SACKMANN M. DELIUS M. SHOCK-WAVE LITHOTRIPSY OF GALL BLADER STONE, N. ENGL, J. MED. 1988; 318: 393-397.
17. SHERRY MC, GLEN F. THE INDICE AND CAUSES OF DEATH. FOLLOWING. WURGERY FOR NONMALIGNANT BILIARY TRACT. DISEASE ANN. SURG 1980, 191: 271-275.

18. GANEY JB. JHONSON PA. CHOLECYSTECTOMY CLINICAL EXPERIENCE WITH A LARGE SERIES AM, J. SURG. 1986, 151: 352-357.
19. KASHOLM TB.: SELECTIVE ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS IN BILIARY TRAC OPERATIONS. SURG. GYN. OBST. 1991, 172: 470-474.
20. MOSNIER H, ROULLET JC.; INTRAOPERATIVE SONOGRAPHY DURING CHOLECYSTECTOMY. COL. FOR GALLSTONES. SURG. GYN. OBS. 1992, 174: 469-473.
21. HENRY ML. CAREY LC: COMPLICATION OF CHOLECYSTECTOMY SURG. CLIN. NORTH. AM. 1993, 63: 1191-1204.