

Def. 27 / 11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

I. S. S. S. T. E.

Hospital General "Dr. Dario Fernández Fierro"

Departamento de Cirugía General

1992

**"COLECISTECTOMIA COMO TRATAMIENTO
DEFINITIVO DE COLECISTITIS CRONICA
ALITIASICA"**

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO GENERAL

P R E S E N T A :

DR. SERGIO REY FERNANDEZ FLORES

265327



ISSSTE

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México, D.F. 1998



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



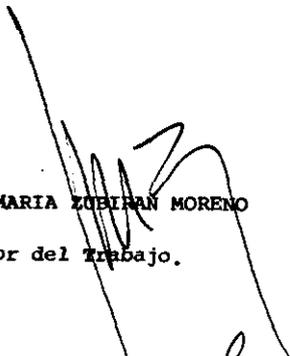
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

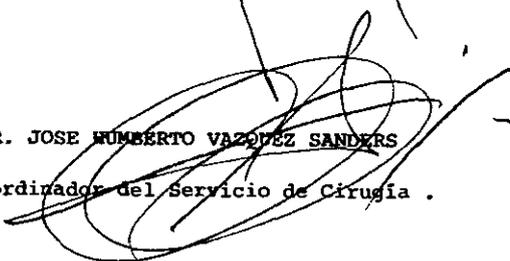
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

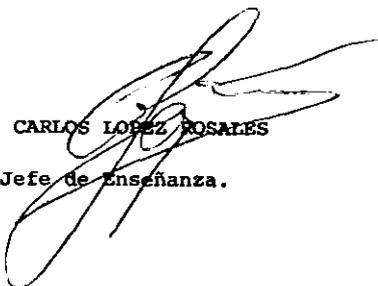
Carta de aceptación de terminación de trabajo de investigación.



DR. JOSE MARIA ZUBIRAN MORENO
Asesor del Trabajo.



DR. JOSE HUMBERTO VAZQUEZ SANDERS
Coordinador del Servicio de Cirugía .



DR. CARLOS LOPEZ ROSALES
Jefe de Enseñanza.



02 DIC. 1991

Subdirección General Médica

de los Servicios de Enseñanza e Investigación

Centro de Investigación

A MIS PADRES

SR. SERGIO A. FERNANDEZ SALGADO

Por tu ejemplo de trabajo

SRA. LOURDES FLORES MORALES DE FERNANDEZ

Por tu amor que ha trascendido
la muerte.

A MIS HERMANOS

Por su cariño y apoyo.

A MIS MAESTROS

Por su paciencia.

C O N T E N I D O

	Página
Resumen	I
Introducción	1
I. Generalidades	3
I.1 - Consideraciones anatómicas	3
I.2 - Variantes anatómicas	4
I.3 - Consideraciones fisiológicas	5
I.4 - Factores etiológicos	7
I.5 - Evolución clínica	8
I.6 - Métodos diagnósticos	9
II. Material y Método	11
III. Resultados	12
IV. Conclusiones	14
Bibliografía	15

R E S U M E N

Este, es un estudio prospectivo de treinta casos de colecistitis crónica alitiásica que fueron intervenidos quirúrgicamente (colecistectomía simple) en el Hospital General "Dr. Dario Fernández Fierro" durante un período de doce meses de Septiembre 1990 a Agosto de - - 1991.

El criterio de inclusión único fué la presencia en los pacientes de colecistitis alitiásica independientemente de cualquier otra variante resultando como criterio de exclusión la presencia en el -- transoperatorio de litos en la vesícula biliar recién excidida, relacionando los hallazgos transoperatorios con el reporte histopatológico de la pieza y la evolución postoperatoria de el paciente sometido a colecistectomía simple por colecistitis alitiásica.

De los treinta casos, doce refirieron parestesias periféricas a la cicatriz quirúrgica y dolor en el reborde costal derecho, transitorios ambos, además de una total remisión en la sintomatología gastrointestinal referida como motivo de la consulta.

Se realizó seguimiento en el cien por ciento de los pacientes hasta la quinta semana postoperatoria posterior a lo cual se canalizaron hacia su clínica de procedencia.

Concluí así que la colecistectomía simple es el tratamiento más - conveniente para el paciente con colecistitis alitiásica.

S U M M A R Y

This a prospective trial of thirty patient with the diagnostic of acalculous cholecystitis and treated all of them in a surgical manner, (cholecystectomy) at "Dr. Darío Fernández General Hospital in a long term of twelve months from September 1990 to August 1991.

The only inclusion criteria was the presence of evidences enough to make the diagnosis of acalculus cholecystitis independently on -- any other point and as an excluding criteria the presence of stones in the gallbladder at surgical moment, trying to relate the surgical findings, with the report of anatomathology and the postoperative -- evolution of the patient surgically trated thereby acalculous - - cholecystitis.

Twelve of the referred thirty cases presented sensitivity deficit arround the surgical scare and pain on the rib line, both symptoms -- where transient.

All of them referred a complete absent of the sytoms previous to surgery.

We made a follow up of the all patients just at the fifth week after the surgical procedure, then they where sent to their hospital units of origin.

My conclusion was that cholecystectomy is the most advisable treatment for the patient with acalculous cholecystitis.

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

La colecistitis es la inflamación de la vesícula biliar la cual puede ser: aguda o crónica, litiásica o alitiásica.

El síntoma preponderante es el dolor, que generalmente se presenta después de la ingesta de alimentos colecistoquinéticos; siéndo -- los signos exploratorios más frecuentes los datos de irritación peritoneal localizados al hipocóndrio derecho, signo de Murphy positivo, a veces vesícula biliar palpable, dolorosa, con mucha fiebre resultante del proceso infeccioso.

Las complicaciones más frecuentes y severas son la peritonitis secundaria a la perforación por necrosis de la pared vesicular o el choque séptico.

La colecistitis crónica alitiásica se ha atribuido a diversos factores que propician la infección y que son fundamentalmente aquellos que obstruyen al conducto cístico y-o que afectan su vaciamiento. -- Provocando con esto estasis biliar, estos factores pueden actuar solos o asociados.

Se mencionan además las variantes anatómicas de el árbol biliar, -- el ayuno prolongado que acompaña a los procedimientos quirúrgicos, -- como factores que influyen en el flujo normal de la bilis, predisponiendo a estasis biliar y con ello al desarrollo bacteriano, al proceso infeccioso e inflamatorio de la vesícula biliar.

En este trabajo se trata de determinar si la colecistectomía simple brinda resolución, y en que magnitud se obtiene la remisión del cuadro clínico en el paciente con colecistitis alitiásica.

La casuística que se maneja es con relación directa al hallazgo transoperatorio o a la ausencia de litos; diferente al número de casos reportados por el Departamento de Patología de este Hospital, ya que frecuentemente se omite el envío de los litos obtenidos junto con la pieza anatómica (vesícula biliar).

GENERALIDADES

I.1.- La vesícula biliar se encuentra en el lóbulo cuadrado en la línea que corresponde a la división anatómica del hígado en dos lóbulos; tiene forma periforme con una capacidad promedio de 30 a 60 cc. Se le reconocen cuatro porciones anatómicas: fondo, cuerpo, - infundíbulo o bolsa de Hartman y cuello. En el fondo se encuentra casi todo el tejido muscular liso y en el cuerpo el tejido elástico por ser el área principal de almacenamiento. El cuello se estrecha para unirse con el conducto cístico (22).

La pared vesicular esta constituida por serosa, músculo liso, tejido fibroelástico y mucosa en la cual se encuentra un epitelio cilíndrico alto que forma criptas y glándulas de Luschka, elaboradoras de grasa y colestiramina, y glándulas tubuloalveolares que secretan moco, además de senos de Rokitansky-Aschoff, los cuales tienen relación con los cuadros de colecistitis. La vesícula biliar recibe irrigación a través de la arteria cística que normalmente se origina de la arteria hepática derecha y en la mayoría de los casos es posterior al conducto cístico. El retorno venoso se lleva a cabo a través de pequeñas venas que penetran directamente hacia el hígado y una vena cística que drena a la porta. La linfa drena a la cisterna de Pecquet y por medio de pequeños conductos, directamente al hígado. La inervación de la vesícula corresponde a través de fibras sensitivas del plexo celiaco, al simpático preganglionar D8-D9; y del parasimpático a --

tráves del neumogástrico. (8).

La vía biliar extrahepática empieza en los conductos hepáticos y termina en la desembocadura del colédoco en el duodeno. La unión del conducto hepático derecho con el conducto hepático izquierdo forma un conducto hepático común que mide de 3 a 4 cm. de longitud y aproximadamente 6 mm. de diámetro, éste a su vez, se une con el conducto cístico para formar el colédoco que mide de 8 a 11.5 cm. de longitud y de 6 a 9 mm. de diámetro, habitualmente se encuentra a la derecha de la arteria hepática y por delante de la porta, se le distinguen cuatro porciones: supraduodenal, retroduodenal, pancreática e intramural. La irrigación la recibe a través de las arterias de Wilky. En su tercio inferior se une con el conducto pancreático de Wirsung, formando un conducto común en la porción distal en el 33 % de los adultos; encontrando desde el punto de vista radiográfico, reflujo del colédoco hacia el conducto pancreático en el 16 %. (11).

El conducto cístico mide aproximadamente cm. de longitud y 3 a 5 mm. de diámetro, en su interior por medio de pliegues forma las válvulas de Heister; une a la vesícula con el sistema de conductos viliares extrahepáticos, constituyendo con el borde inferior del hígado el conducto hepático al triángulo de Calot. (7).

I.2.- La descripción anterior es la clásica y se encuentra en aproximadamente 33% de los adultos, encontrándose alteraciones anatómicas en número, forma y posición, siendo las más frecuentes: vesícula; ausencia

congénita (0.03 %) intrahepática, en el lóbulo izquierdo del hígado, duplicación en 1 ó 2 císticos, vesícula accesoria y vesícula flotante 5% .

Conducto cístico: paralelo al colédoco, muy largo, muy corto, de unión alta con el colédoco, en tirabuzón que cruce el colédoco por - atrás o por delante, hipertrofia de las válvulas de Heister. Conductos hepáticos; accesorios (15%), de los cuales; los pequeños (de luschka). Arteria cística anterior al conducto cístico (15%), cística -- doble (25%).

Las funciones principales de la vesícula son: de almacenamiento, transporte, concentración y alcalinización de la bilis así como de secreción y alcalinización de la misma, y la secreción de electrolitos y bicarbonato. (21).

I.3.- La bilis es un líquido isotónico, alcalino, con un PH de 7.8, - una mezcla de la secreción de los hepatocitos y de las células epiteliales de los conductores; el volumen varía de 500 a 1000 ml. al día, con una densidad de 1011, constituida en el 97% de agua y el 2 a 3 restante de sustancia sólida.

Las sales biliares son sintetizadas por los hepatocitos a partir - del colesterol, siendo las principales el colato y el quenodesoxicolato, que se conjuga con la glicina y la taurina para mejorar su solubilidad. (21).

La composición real de la bilis incluye 40% de colato, 40% de quenodesoxicolato, 18% de desoxicolato, y 2% de litocolato, además de colesterol y de los dosdolípidos (lecitina) principalmente. La secreción de --

las células de los conductos, estimulada por secretina, colecistoquinina y gastrina, mediante un mecanismo vagal secretando sodio y bicarbonato para mantener la alcalinidad de la bilis; la colecistocinina - estimula la contracción de la vesícula y la relajación simultánea del esfínter del colédoco, excretando finalmente la bilis vesicular con una densidad de 1040.

La presión basal existente en la vesícula es aproximadamente 10 - cm. de agua, elevándose hasta 25 cm. de agua durante la contracción - para vencer la presión del esfínter de Oddi, y así vaciar su contenido al duodeno, de tal manera que durante los períodos digestivos existe de manera simultánea un descenso en la presión del esfínter de Oddi y un aumento en la presión del colédoco, por la contracción vesicular; ambas acciones se ponen en marcha bajo la influencia de la colecistocinina, secretada a la sangre por la mucosa duodenal en presencia de alimentos grasos o que contengan peptonas. (7).

COMPOSICION MEDIA DE LA BILIS VESICULAR HUMANA

gr / 100 ml.

	Acidos biliares	..	12.0	sólidos
Lípidos	Lecitina	..	3.00	91 %
	Colesterol	..	0.50	
	Bilirrubina	..	0.15	
	Proteína	..	0.10	
	Potasio	..	0.05	9 %
	Calcio - Magnesio	..	0.06	
	Cloruros	..	0.08	
	Bicarbonato y			
	Fosfato	..	0.04	

Colecistitis, es la inflamación de la vesícula biliar, la cual en el 85 a 95% se acompaña de litiásis, sin embargo no se ha determinado aún si éstos son la causa ó el efecto de la enfermedad vesicular.

Colecistitis alitiásica, se presenta en el 5 al 15% de los casos de colecistitis, de acuerdo con la literatura mundial, observándose más frecuentemente en personas de sexo masculino, asociándose a ayunos prolongados, trauma ó intervenciones quirúrgicas mayores; así mismo se ha atribuido a la asociación de varios factores como alteraciones motrices de la vesícula, infecciosos, tóxicos, metabólicos y la estasis biliar que debido al contacto prolongado de la bilis con la pared vesicular constituye un factor irritativo que predispone al proceso inflamatorio.

La colecistitis alitiásica se clasifica en aguda y crónica. La forma aguda, a menudo se encuentra secundaria a quemaduras; sepsis; insuficiencia orgánica múltiples; enfermedad cardiovascular; diabétes mellitus; enfermedad prolongada; posterior a una cirugía importante, a lo cual existen varios reportes de ictericia y datos abdominales en un 66% de pacientes postoperados, sin embargo, la patogenia aún se encuentra en discusión. Secundario a infecciones por vía ascendente, del duodeno, ó desdentes del hígado, linfática, por contiguidad o hematógena.

1.4.- Dentro de los factores etiológicos relacionados a colecistitis alitiásica, los más frecuentes son trastornos estructurales, trombosis de los vasos sanguíneos importantes que puede producir isquemia y gangrena;

espasmo del esfínter de Oddi, disquinesias del Oddi o lesiones escleróticas del Oddi o en personas con "conducto común" que favorecen el reflujó pancreático hacia la vía biliar; enfermedades sistémicas como diabé--tes, de la colágena, etec. infecciones primarias, principalmente por --salmonella typhosa; enfermedades febriles en los niños (vr. gr. escarla--tina); vaciamiento vesicular lento, lo que coincide con la hipótesis de disquinesia vesicular, que predispone a una mayor concentración de coles--terol y enuncia a éste como un enlace para para la colecistitis alitiási--ca, aparentemente comprobado por el Dr. Brugge en 1986.

Las prostaglandinas también han sido postuladas en la formación de - inflamación y dolor, sin embargo, estudios recientes han demostrado la - elevación de niveles de postaglandinas E y F en procesos de colecis--titis alitiásica, sobre todo en la forma aguda.

I.5.- En el estudio del curso de la enfermedad, se ha encontrado que -- los pacientes con colecistitis alitiásica aproximadamente al 65% se les interviene quirúrgicamente, aliviando sus síntomas en el 90% de los -- casos demostrandose en todos los casos el diagnóstico mediante el estu--dio anatomopatológico, encontrando desde edema de la subserosa hasta -- gangrena en la pared vesicular y abscesos intramurales.

Siendo, precisamente, la importancia de realizar un diagnóstico -- temprano, la rápida evolución hacia las complicaciones. (5).

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

espasmo del esfínter de Oddi, disquinesias del Oddi o lesiones escleróticas del Oddi o en personas con "conducto común" que favorecen el reflujó pancreático hacia la vía biliar; enfermedades sistémicas como diabé--tes, de la colágena, etec. infecciones primarias, principalmente por --salmonella typhosa; enfermedades febriles en los niños (vr. gr. escarla--tina); vaciamiento vesicular lento, lo que coincide con la hipótesis de disquinesia vesicular, que predispone a una mayor concentración de coles--terol y enuncia a éste como un enlace para para la colecistitis alitiási--ca, aparentemente comprobado por el Dr. Brugge en 1986.

Las prostaglandinas también han sido postuladas en la formación de - inflamación y dolor, sin embargo, estudios recientes han demostrado la - elevación de niveles de postaglandinas E y F en procesos de colecis--titis alitiásica, sobre todo en la forma aguda.

I.5.- En el estudio del curso de la enfermedad, se ha encontrado que -- los pacientes con colecistitis alitiásica aproximadamente al 65% se les interviene quirúrgicamente, aliviando sus síntomas en el 90% de los -- casos demostrándose en todos los casos el diagnóstico mediante el estu--dio anatomopatológico, encontrando desde edema de la subserosa hasta -- gangrena en la pared vesicular y abscesos intramurales.

Siendo, precisamente, la importancia de realizar un diagnóstico -- temprano, la rápida evolución hacia las complicaciones. (5).

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

I.6.- El reporte de un estudio coelctivo informa que el 40% de los pacientes con colecistitis alitiásica aguda evolucionan a gangrena, empiema o perforación vesicular en las primeras 8 horas posteriores al inicio de los síntomas agudos, relacionandose a una alta morbimortalidad. Se han utilizado comparativamente métodos diagnósticos -- preoperatorios, demostrando mediante ultrasonido tres datos sugestivos de colecistitis alitiásica: vesícula con pared engrosada, vesícula con tendencia a enrollarse y pericolecistitis, siendo el diagnóstico positivo cuando se encontraba cuando menos uno de ellos -- además de la ausencia de litos, con una sensibilidad del 90%. (14).

Las centelleografía con Tc 99m e IDA, demuestra una sensibilidad del 92.5% en obstrucción del cístico, 48.8% en colecistitis gangrenosa o perforada y 35% en actividad pericolecística, indicando enfermedad avanzada en la mayoría de los casos. Mediante la tomografía -- axial computada, se analizaron 16 pacientes con sospecha clínica de colecistitis alitiásica, siendo el diagnóstico postivo en siete pacientes de los cuales, se les confirmó el diagnóstico anatomopatológicamente a seis; reportando una sensibilidad del 40 %. (22).

A pesar de todo, en cuanto al tratamiento de la enfermedad en su forma aguda, no hay discusión que requiere ser quirúrgico, inclusive -- en pacientes de alto riesgo en quienes se puede realizar únicamente una colecistostomía. Sin embargo, en cuanto a la forma crónica, los gastroenterólogos clínicos aún insisten que debe ser médico a base de espasmo líticos, coleréticos, o colagogos, según sea el caso, aludiendo con poca respuesta al tratamiento quirúrgico en pacientes con poca respuesta al tratamiento médico, tiene un alto índice de fracasos.

MATERIAL Y METODOS

Se llevó a cabo un análisis del cuadro clínico, del diagnóstico y de los métodos mediante los cuales se llegó al mismo, en un período de doce meses; comprendido de Septiembre de 1990 a Agosto de 1991. Se seleccionaron sólo aquellos casos en que la colecistitis no se asoció a litiasis vesicular. Se relacionó el diagnóstico anatomopatológico con la descripción macroscópica de la pieza obtenida por colecistectomía simple con el cuadro clínico y sintomatológico que refirió el paciente en el postoperatorio inmediato y mediato, hasta el momento de su alta como pacientes de la unidad.

Se incluyeron pacientes de ambos sexos sin límite de edad, con cuadro clínico de colecistitis, tanto los que ingresaron en forma programada como los que fueron ingresados a través de urgencias.

Dentro de los datos más importantes para nuestro estudio se encuentra la cirugía elegida como tratamiento, el hallazgo o no de litos en vesícula y la evolución postoperatoria del paciente de manera definitiva para confirmar la hipótesis que se manejó.

R E S U L T A D O S

De el total de colecistectomías realizadas en el Hospital "Dr. Darío Fernández Fierro" en el período comprendido entre Septiembre de 1990 a Agosto de 1991, se seleccionaron treinta casos de pacientes con colecistitis alitiásica; siendo más frecuente en el sexo --femenino con una relación de 3:1 y un rango de edad de 20 a 80 años con media de 50 años de edad.

La vía de ingreso fué mayormente programada 70% y el resto 30% por urgencias lo cual es de importancia clínica ya que en los casos de urgencias se encontraron procesos infecciosos agudos ya complicados con piocolecisto en doce casos (todos ellos masculinos) con una evolución mayor a las cuarenta y ocho horas de evolución del episodio agudo el cual no era el primero.

Los síntomas más frecuentes encontrados fueron: dolor epigástrico de tipo cólico, en el hipocóndrio derecho irradiado hacia la región escapular derecha, acompañado de náuseas, vómito de contenido gastrobiliar todo esto desencadenado por la ingesta de alimentos colecistoquinéticos, la fiebre se presentó unicamente en los casos de complicación notando en todos ellos que ya existían antecedentes de dichos cuadros dolorosos.

En veinticinco casos contamos con ultrasonido diagnóstico previo que reporto colecistitis alitiásica (83%) y en 15, (50%) con colecistografía oral que reportó disquinesia vesicular o vesícula en "gorro frígido".

En los treinta pacientes se realizó colecistectomía simple como tratamiento definitivo de la colecistitis alitiásica corroborando el diagnóstico de no litiasis por observación directa de la pieza y -- dando una descripción macroscópica al abrirla en el transoperatorio,

encontrando aspecto despulido de la mucosa con datos de hemorragia con trabeculaciones de la misma mucosa y presencia de moco oscuro.

En los treinta pacientes (100%) se realizó estudio anatomopatológico que reportó colecistitis crónica alitiásica.

De los treinta pacientes postoperados veintiuno, (70%) se -- refirió asintomático con referencia al cuadro clínico que se relacionó con la colecistitis; nueve (30%) se refirieron con parestesias periféricas a la herida quirúrgica y con dolor en el reborde costal derecho que se atribuyeron a la sección de nervios de la piel y a la manipulación con el instrumental respectivamente, -- ambos síntomas fueron pasajeros y se resolvieron espontáneamente, en cuanto a los signos y síntomas de colecistitis se refirieron -- asintomáticos hasta el momento de su alta.

CONCLUSIONES

- 1.- En el Hospital General "Dr. Dario Fernández Fierro" la colecistitis alitiásica se encuentra con una frecuencia de 18% con relación al número de colecistectomías realizadas en un año; ligeramente mayor a lo reportado en la literatura mundial .
- 2.- El rango de edad, fué de 20 a 80 años con predominio en la quinta - década de la vida de ambos sexos.
- 3.- Es mayor el número de casos encontrados en pacientes de sexo -- femenino.
- 4.- En el 100% de los casos analizados se encontró como síntoma principal el dolor epigástrico y del hipócondrio derecho a la ingesta de colecistoquinéticos.
- 5.- La ultrasonografía es un método diagnóstico confiable para el estudio del paciente con colecistitis alitiásica.
- 6.- En el 100% de los casos estudiados, la colecistectomía simple -- realizada resolvió definitivamente el cuadro doloroso que llevó al paciente a buscar ayuda del médico.

Puedo así concluir lo siguiente; que la colecistectomía simple, es - el tratamiento que resuelve el problema de colecistitis alitiásica definitivamente con un mínimo de sintomatología residual no relacionada con el cuadro de colecistitis y sí con problemas de origen técnico.

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

- 1.- Reiss R; Nudelman I. et als.
Changing trends in surgery for acute cholecystitis.
World Journal of Surgery; 1990 sept, oct 14; p 567-70.
- 2.- Begley V.J.
Chronic acalculous cholecystitis: difficulties in
diagnosis.
Milit. Med. 1989 Nov.; 154 (11); p 567-71.
- 3.- Ianuzzi C. et. als.
Cholangitis associated with cholecystitis in patients
with AIDS.
Arch. Surg.; 1990 Sep; 125 (9); 1211-3.
- 4.- Westlake P.J.; Hersifield NB Kelly J.K. Kloibar R.
Chronic righth upper quadrant pain without gallstones:
does HIDA scan predicts outcome after cholecystectomy ?
.Jr. Gastroenterol. ; 1990 Aug.; 85 (8); p 986-90.
- 5.- Krawczykowsky D. ;De Keuleneer R. et als.
Acute acalculous cholecystitis an approach od six cases.
act.Chir Belg; 1990 May. - Jun; 90 (3) p 89-86.
- 6.- Schirren J. Dietz W.; Rothmund M.
Acute acalculous cholecystitis. A Stress Induced
complication.
Chirurg.1990 May. 61 (5) p 382-6

- 7.- Hebebrand D; Hermann G; Stuttman R. Spikler G.
The significance of acalculous cholecystitis in
prolonged respiratory failure in severely burned
patients.
Aktuel. Traumatol.; 1990 Dec; 20 (6); p 314-7.
- 8.- Biggio Eh; Haque AK.
Diseminated cytomegalovirus infection presenting with
acalculous cholecystitis and acute pancreatitis.
Arch-Pathol-Lab-Med; 1989 Nov.;113 (11): p 1287-9.
- 9.- Koudelka j; Bedrna J; Preiss J.
Acalculous gangrenous cholecystitis in a toddler.
Rozhl-Chir; 1989 Sep; 68 (8-9); p 612-5.
- 10.- Cornwell EE 3d; Rodriguez A. et als.
Acute acalculous cholecystitis in critically injured
patients. preoperative diagnostic imaging.
Ann-Surg; 1989 Jul.;210 (1); p 52-5.
- 11.- Fernández ET; Hollenbaug RS;Boulden TF;Angel C.
Gangrenous acalculous cholecystitis in a premature
infant.
J-Pediatr-Surg; 1989 Jun; 24 (6); p 608-9.
- 12.- Frazze RC; Nagorney DM; Mucha P Jr.
Acute acalculous cholecystitis.
Mayo-Clinics-Proc. 1989 Feb; 64 (2); 163-7.

- 13.- Ung EL; Ellis ME; et. als.
Cytomegalovirus cholecystitis and colitis associated
with the acquired immunodeficiency syndrome.
J-Infectology; 1989 Jan; 18 (1) p 73-5.
- 14.- Frykberg er; Doug TC; La Rosa JJ.
Chronic acalculous gallbladder disease; a clinical
variant.
South-Med-J; 1988 Nov; 81 (11) p 1353-7.
- 15.- Inoue T; Mishima Y.
Postoperative acute cholecystitis: a colletive review
of 494 cases in Japan.
Jpn-J-Surg. 1988 Jan; 18 (1) p 35-42
- 16.- Guttman H.;Kott I;Haddad M; Reiss R.
Changing trends in surgery for benign gallbladder
disease.
Am-Jr-Gastroenterol; 1988 May; 83 (5); p 545-8
- 17.- Sharp KW.
Acute cholecystitis,
Surg-Clin-North-Am.; 1988 Apr.;68 (2); p 269-79.
- 18.- Bauer T;Steven K.
Acute acalculous cholecystitis after radical cystectomy
J-Urology 1988 Jan; 139 (1); p 128-9:
- 19.- Gribkov Iui; Urbanovich AS; Glan MiU.
Remote results of the surgical treatment of chronic
acalculous cholecystitis.
Vestn-Kirth; 1987 Dec.; 139 (12); p 27-31.

20.- Van Marie J; Franz RC.

Acute acalculous cholecystitis in critically ill patients, case reports.

S-Afr-MedJ.; 1987 Jul 4: 72 (1): p 58-60.

21.- Brugge WR; Brand DL; Atkins HL; Lane.

Gallbladder dyskinesia in chronic acalculous cholecystitis.

Dig-Dis-Sci 1986. May 31 (5); p 461-7.

22.- Mirvis SE; Withney NO; Miller JW.

Computerized tomography diagnosis of acalculous cholecystitis.

J-Comput-Assit-Tomography. 1987 Jan-Feb;11 (1); 83-87