

11209

51



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

CENTRO MEDICO NACIONAL "SIGLO XXI"

FACTORES MAS FRECUENTEMENTE ASOCIADOS  
A LA COLECISTITIS ALITIASICA EN EL HOSPITAL  
DE ESPECIALIDADES DEL C.M.N. "SIGLO XXI"

**T E S I S**

PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

P R E S E N T A

DR. VICTOR JUÁREZ HERNÁNDEZ



**IMSS**

MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2000

11209-51



Universidad Nacional  
Autónoma de México

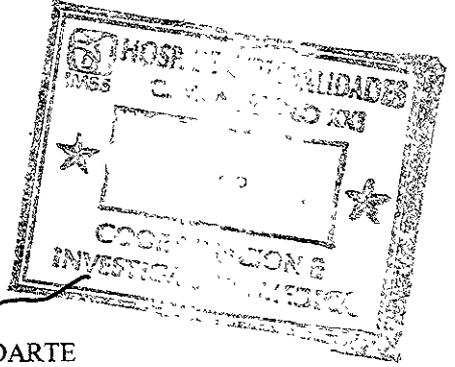


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**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**

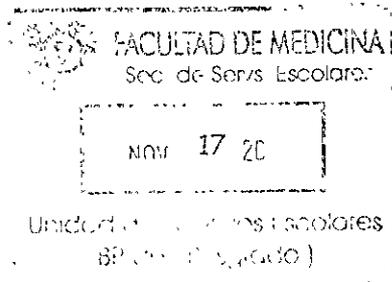
Jefe del Departamento de Educación e investigación Médica  
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI  
Instituto Mexicano del seguro Social

**DR ROBERTO BLANCO BENAVIDES**

Profesor titular en el curso de Especialización en Cirugía General  
Universidad Nacional Autónoma de México  
Jefe del Departamento de Cirugía General y Gastrointestinal  
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional siglo XXI  
Instituto Mexicano del Seguro Social

**DR. TEODORO ROMERO HERNÁNDEZ**

Médico Adscrito al Departamento de Cirugía general y Gastrointestinal  
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI  
Instituto Mexicano del Seguro Social



## **INDICE**

	<b>PAGINA</b>
RESUMEN ESTRUCTURADO	1
ANTECEDENTES	2
MATERIAL Y METODOS	6
RESULTADOS	7
CONCLUSIONES	10
GRAFICOS	11
BIBLIOGRAFÍA	19

## RESUMEN ESTRUCTURADO

**Título:** Factores más frecuentemente asociados a la colecistitis alitiásica en el Hospital de Especialidades del C.M.N. "Siglo XXI".

**Objetivos:** Determinar los factores más frecuentemente asociados a la colecistitis alitiásica en pacientes intervenidos por dicha causa en el H.E. del C.M.N. "Siglo XXI".

**Diseño:** Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo.

**Material y Métodos:** Se revisaron los expedientes de los pacientes posoperados de colecistectomía por colecistitis alitiásica en los últimos 5 años, en el servicio de Gastrocirugía del H.E. del C.M.N. "Siglo XXI". Se excluyeron aquellos en quienes se realizó colecistectomía profiláctica, y se eliminó a los pacientes que no contaron con expediente clínico.

**Resultados:** Se revisaron los expedientes de 41 pacientes intervenidos en el periodo antes mencionado, el promedio de edad fue de 40.6 años. Treinta y uno(75.6%) fueron mujeres y 10(24.4%) fueron hombres. A 24(58.5%)se les realizó colecistectomía abierta y a 17(41.5%) colecistectomía laparoscópica. Las enfermedades concomitantes más frecuentes fueron: hipertensión arterial en 9(21%), diabetes mellitus en 5(12.2%), nefropatías en 3(7.3%), hepatopatías en 2(4.9%).Otras patologías concomitantes fueron: Pancreatitis aguda, artritis reumatoide, lupus eritematoso, enfermedad de Berger, hiperuricemia, hipertiroidismo, hepatitis, tromboflebitis, mielomeningocele, preeclampsia y tuberculosis. El estudio de gabinete más utilizado en el diagnóstico fue el ultrasonido.

**Conclusiones:** Más del 60% de los pacientes presentaron patologías concomitantes lo cual incrementa la morbi-mortalidad. Cerca del 50% de los pacientes se interviene de manera urgente, siendo la colecistectomía abierta el método preferido. El ultrasonido sigue siendo el estudio de elección en el diagnóstico.

## ANTECEDENTES

La colecistitis alitiásica es una complicación inusual, pero potencialmente letal de la enfermedad vesicular. Aunque la etiología de este desorden no está relacionado a la enfermedad litiásica. La causa precisa y patogénesis de este desorden todavía no han sido determinadas. La incidencia estimada de colecistitis alitiásica aguda es cerca del 3% de los casos tratados quirúrgicamente en los grandes centros<sup>(1)</sup>. Se considera que acontece en el 5 al 10% de los pacientes con el cuadro clínico<sup>(2)</sup>. La colecistitis alitiásica ha sido reportada en pacientes críticamente enfermos en las unidades de cuidados intensivos, particularmente en pacientes con falla orgánica multisistémica, posterior a trauma o quemaduras y como una complicación postoperatoria de cualquier intervención mayor<sup>(1)</sup>. Aunque en informes recientes se ha reportado una variante benigna de este síndrome en el cual el paciente puede tener una salud por otra parte excelente, la denominada colecistitis crónica alitiásica. Este último término representa una multitud de desordenes con presentación similar, tales como síndrome del conducto cístico, disquinesia biliar y disfunción del esfínter de Oddi<sup>(4)</sup>.

En este subgrupo de enfermos se han propuesto anomalías anatómicas y fisiológicas. La estasis biliar se ha considerado como un factor importante en la patogénesis, la cual se puede presentar en caso de vaciamiento vesicular disminuido, periodos largos de ayuno u oclusión del conducto cístico. La estasis y presencia de otros factores (tales como la isquemia) predisponen al proceso inflamatorio, desencadenando una cascada de liberación de mediadores bioquímicos, tales como los asociados con el factor XII que afectan la pared vesicular. Por otra parte se ha dicho que factores activadores de las plaquetas inducen colecistitis alitiásica aguda asociado a estrés sistémico<sup>(11)</sup>.

La bacteriología de la colecistitis alitiásica incluye gram negativos. Entero bacterias y entero cocos. En pacientes en riesgo de infección oportunista se ha aislado *Candida albicans*, los factores de riesgo para la colonización en este último caso se sabe que son la antibiótico terapia, depresión inmunológica por drogas, enfermedades, tumores, hospitalización prolongada, aclorhidria gástrica, fistulas, radiación y acceso vascular<sup>(9)</sup>.

Considerando la complejidad de la situación en muchos de estos enfermos, no sorprende que el diagnóstico preoperatorio se dificulte y que con frecuencia se retrase su tratamiento<sup>(3)</sup>. Este retraso en el diagnóstico resulta de una alta incidencia de gangrena, perforación, absceso y muerte<sup>(11)</sup>. El cirujano debe ser cauteloso cuando un paciente se presenta con fiebre, dolor en el cuadrante superior derecho y un ultrasonido que no demuestra cálculos, sobre todo cuando tenga antecedentes de SIDA, trauma, quemaduras, inestabilidad hemodinámica, ventilación mecánica prolongada, nutrición parenteral total o reciente episodio de sépsis<sup>(2)</sup>, transfusiones sanguíneas masivas, heridas abiertas, inanición, abscesos, falla renal crónica<sup>(10)</sup> y altas dosis de analgesia opioide. Varios estudios sugieren que la morbi-mortalidad de la colecistitis alitiásica cuando ocurre en pacientes en UCI es de 40 a 60%<sup>(1)</sup>. La mortalidad en general, esto es, tanto en forma aguda como la crónica es del 6%<sup>(8)</sup>. Los problemas médicos asociados se presentan hasta en un 52%, éstos incluyen enfermedad cardiovascular aterosclerosa. Diabetes mellitus, pancreatitis, nefrolitiasis y ureterolitiasis, artritis reumatoide, hepatitis viral, asma bronquial<sup>(6)</sup>, hipertensión arterial, alteraciones hematológicas, neumopatía obstructiva crónica, neoplasias<sup>(7)</sup>.

La Ultrasonografía es el estudio de elección en esta situación, pudiendo mostrar edema de la pared o líquido pericolecístico, recordando que pacientes con falla cardiaca congestiva, ascitis o hipoalbuminemia pueden mostrar edema vesicular sin infección aguda. La TAC ofrece información adicional<sup>(2)</sup>, la centelleo grafía con administración de morfina se ha utilizado recientemente reportándose una sensibilidad y especificidad de 99% y 91% respectivamente<sup>(11)</sup>. Los exámenes de laboratorio no son de utilidad para establecer el diagnóstico<sup>(6)</sup>. En el caso de la colecistitis crónica alitiásica, se ha utilizado una variedad de modalidades diagnósticas para evaluar la función vesicular, para determinar los pacientes que se pueden beneficiar de la cirugía, incluyendo la colecistografía oral con colecistoquinina(CCK)<sup>(5)</sup>, la fracción de eyección vesicular con CCK medido por USG<sup>(4)</sup> y la centelleografía hepatobiliar con CCK. La endoscopia es de utilidad para descartar enfermedad ulcerosa péptica, así como la disfunción del esfínter de Oddi en el cual es de utilidad además para su manejo mediante esfínterotomía<sup>(5)</sup>.

En el caso de la colecistitis alitiásica aguda la colecistectomía debe realizarse cuanto antes debido a la mortalidad tan alta en estos pacientes<sup>(2)</sup>. La mortalidad operatoria se ha considerado de 6.5%<sup>(4)</sup>. Cuando existe inestabilidad hemodinámica la colecistostomía debe ser considerada. Esta se puede realizar bajo anestesia local así como en forma percutánea guiada por radiología<sup>(11)</sup>. En la colecistitis alitiásica crónica la colecistectomía por laparoscopia ha ganado aceptación por los pacientes<sup>(5)</sup>.

Se han reportado vesícula biliar gangrenosa, conducto cístico largo, conducto cístico tortuoso y conducto cístico fibrótico como hallazgos transoperatorios, así como infiltrado linfocitario y neutrofilico, además de senos de Rokitansky-Aschoff y úlceras focales en los hallazgos histopatológicos<sup>(6)</sup>.

## **MATERIAL Y METODOS**

Se revisaron los expedientes de los pacientes posoperados de colecistectomía del 1º de Enero de 1994 al 31 de Diciembre de 1998, en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del C.M.N. Siglo XXI. Los criterios de inclusión fueron pacientes con cuadro de colecistitis aguda, o crónica agudizada alitiásica intervenidos en el periodo antes mencionado. Se excluyeron aquellos en quienes se realizó colecistectomía profiláctica, así como pacientes en los que no se realizó el formato 1 de Blanco. Fueron eliminados del estudio aquellos pacientes que no contaban con expediente clínico.

El objetivo principal fue determinar los factores más frecuentemente asociados a la colecistitis alitiásica en pacientes intervenidos por dicha causa en el Hospital de Especialidades del C.M.N. Siglo XXI, se determinó además el grupo de edad y sexo más afectado, la técnica utilizada, tiempo y tipo de anestesia, hallazgos intra operatorios, los días de estancia intra hospitalaria, y métodos de diagnóstico utilizados.

## RESULTADOS

Se revisaron los expedientes de 41 pacientes operados de colecistectomía por colecistitis alitiásica, en el periodo del 1° de Enero de 1994 al 31 de Diciembre de 1998. El promedio de edad fue de 40.6 años, con un rango de 18 a 89 años. Treinta y uno (75.6%) fueron mujeres y 10 (24.4%) fueron hombres.(Gráfica 1)

A 24(58.5%) se les realizó colecistectomía abierta y a 17 (41.5%) colecistectomía laparoscópica (gráfica 2). En todos se utilizó anestesia general, con un tiempo anestésico promedio de 2.3 horas, con un rango de 1 a 4 horas. Los hallazgos transoperatorios fueron: Vesícula biliar alitiásica en 23(58.9%), vesícula biliar con paredes engrosadas en 6(15.3%), vesícula biliar con pared necrosada en 2(5.1), vesícula con pared delgada en 2(5.1%), vesícula con pólipo en 2(5.1%), vesícula con lodo biliar en 2(5.1%), vesícula biliar normal 1(2.5%)y con peri colecistitis en 1(2.5%).(gráfica 3)

Las enfermedades concomitantes más frecuentes fueron: diabetes Mellitus en 5(12.2%), hipertensión arterial en 9 (2%), nefropatías en 3 (7.3%), hepatopatías en 2 (4.9%)(gráfica 4). Veintisiete pacientes tuvieron antecedentes quirúrgicos, entre los más frecuentes estuvieron: Apendicectomía (6), amigdalectomía(4), histerectomía(4), cesárea (3), mastectomía(2), plastia inguinal(2), craneotomía (2. Otras patologías concomitantes fueron: Pancreatitis, artritis reumatoide, lupus eritematoso, enfermedad de Berger, hiperuricemia, hipertiroidismo, hepatitis, tromboflebitis, mielomeningocele, preeclampsia y tuberculosis.

Los días de estancia intra hospitalaria fueron en promedio de 4.7 días, con un rango de 1 a 12 días. Veintidós pacientes (53.7%) fueron intervenidos en forma programada, y 19 (46.3%) fueron intervenidos de urgencia(gráfica 5). Los diagnósticos postoperatorios fueron: Colecistitis crónica alitiásica en 20 (48.8%), Colecistitis crónica alitiásica agudizada en 11(21.8%), Disquinésia vesicular en 6 (14.6%) y pólipo vesicular en 4 (9.8%). Los reportes histopatológicos incluyeron: Colecistitis crónica, colecistitis crónica agudizada con colesterosis, y pólipo vesicular.(gráfica 6)

El estudio de gabinete más utilizado fue el ultrasonido que reportó: Colecistitis crónica alitiásica en 9 (21.9%), Colecistitis alitiásica aguda en 8 (19.5%), Lodo biliar en 7 (17%), Litiasis vesicular en 5(12.1%), pólipo vesicular en 4 (9.7%), Vesícula biliar normal en 3(7.3%), pancreatitis, colecciones peri pancreáticas y vesícula biliar acodada en uno respectivamente (gráfica 7). Se realizó TAC en 4 pacientes reportándose: Colecistitis aguda alitiásica, colecciones peri pancreáticas, tumoración hepática, y pseudo quiste pancreático. Se realizó endoscopia en 5 pacientes reportándose hernia hiatal en 2, gastritis crónica en 2 y normal en uno. Se realizó gamagrafía en 6 reportándose disquinésia vesicular en 5 y tumoración hepática en uno. Se realizó colangiografía oral en 4 reportándose vesícula biliar excluida en 2 y normal en 2.( Gráfica 8)

Los estudios de laboratorio no fueron de utilidad en el diagnóstico, encontrándose elevación de leucocitos sólo en 17%, elevación de bilirrubinas en 17.1%, elevación de TGO y TGP en 19.5 y 14.6% respectivamente. La amilasa y lipasa se encontraron elevados en pacientes con pancreatitis aguda asociada. El nivel de albúmina en el preoperatorio se encontró bajo en el 8.9% de los pacientes en quienes se realizó dicha prueba. Posterior a la intervención solo se encontró leucocitosis en 4.9%.

<b>PATOLOGÍAS ASOCIADAS</b>	
Hipertensión Arterial	9
Diabetes Mellitus	5
Nefropatías	3
Hepatopatías	2
Pancreatitis	2
Enfermedades de la colágena	3
Enfermedades neuroquirúrgicas	2
Otras endocrinopatías	2
Otras patologías	2

## CONCLUSIONES

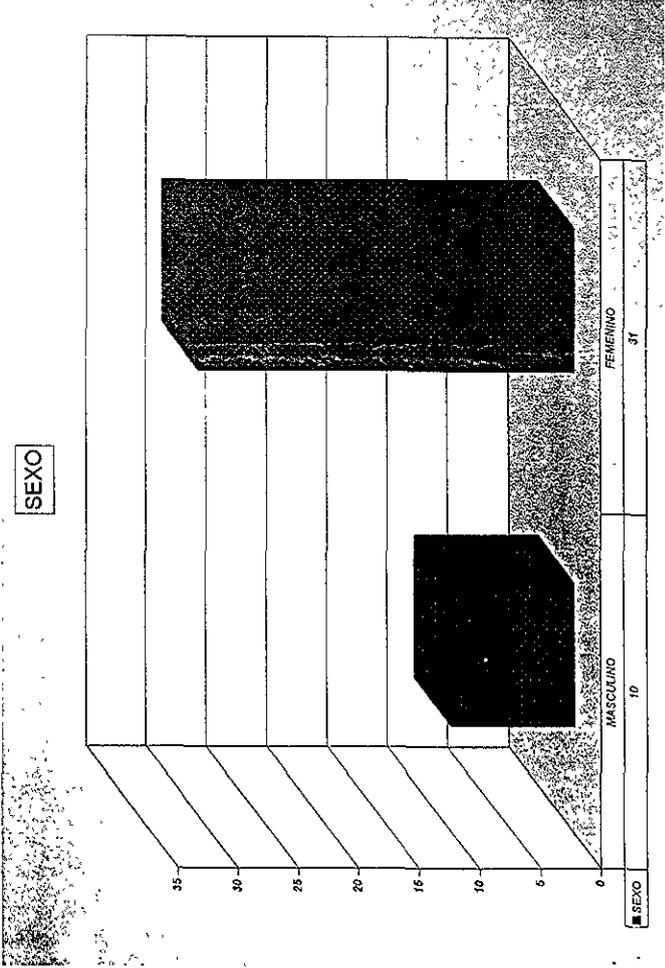
En el presente estudio se encontró que la colecistitis alitiásica afecta predominantemente al sexo femenino (75.6%), en un promedio de edad de 40.6 años. Lo anterior concuerda con otras series reportadas. La colecistectomía abierta sigue siendo la técnica preferida en este tipo de pacientes, así como la anestesia general.

Más del 60% de los pacientes intervenidas por dicho motivo, presentan patologías concomitantes, como son: hipertensión arterial, diabetes mellitus, nefropatías, hepatopatías, enfermedades de la colágena, enfermedades neuroquirúrgicas, tuberculosis, así como pancreatitis lo cual aumenta la morbi-mortalidad.

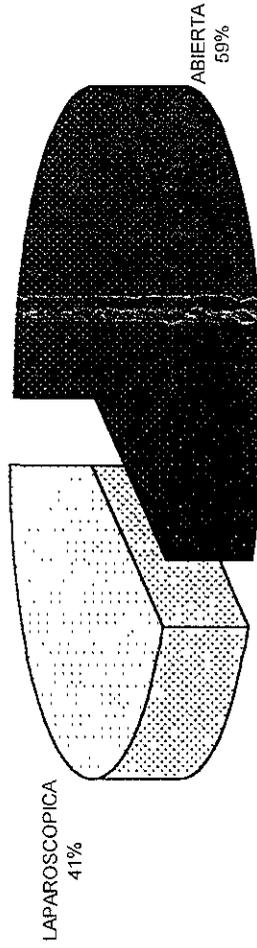
Se encontró un incremento importante en los días de estancia intra hospitalaria debido a la asociación con pancreatitis aguda. Cerca del 50% de los pacientes se intervino de urgencia por colecistitis alitiásica aguda y crónica, mientras que los pacientes intervenidos en forma programada presentaron disquinésia vesicular y pólipos vesiculares.

El ultrasonido sigue siendo el método de elección para el diagnóstico de la colecistitis alitiásica, a pesar de que en el presente estudio no se correlacionaron los diagnósticos en 8 pacientes: 5 de ellos reportados con litos vesiculares y 3 con vesícula normal. La tomografía axial computarizada sólo se realizó en 4 pacientes, detectando únicamente un paciente con colecistitis alitiásica. El diagnóstico de disquinésia vesicular se realizó en 5 pacientes en base a la colangiogramagrafía, la colangiografía oral no fue específica de la enfermedad.

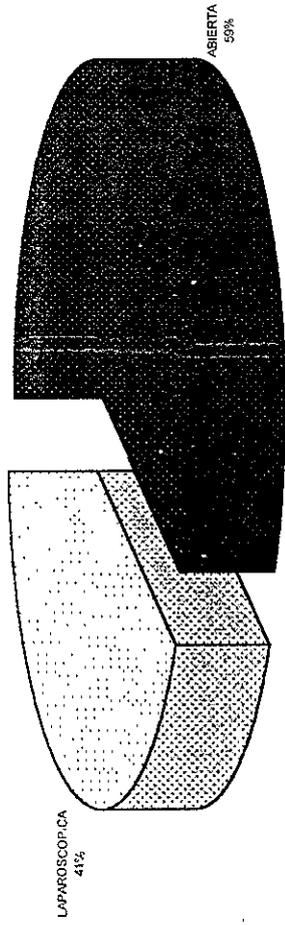
Los estudios de laboratorio no fueron útiles en el diagnóstico a excepción de la amilasa y lipasa que determinaron pancreatitis asociada.

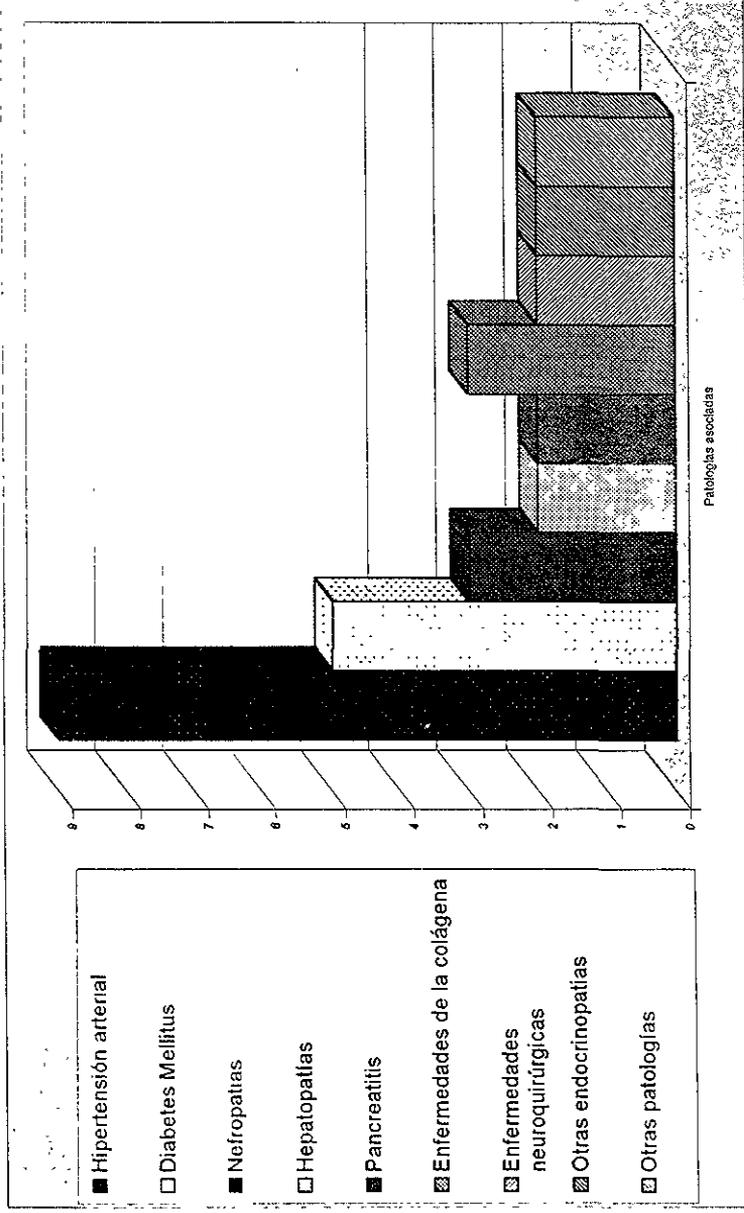


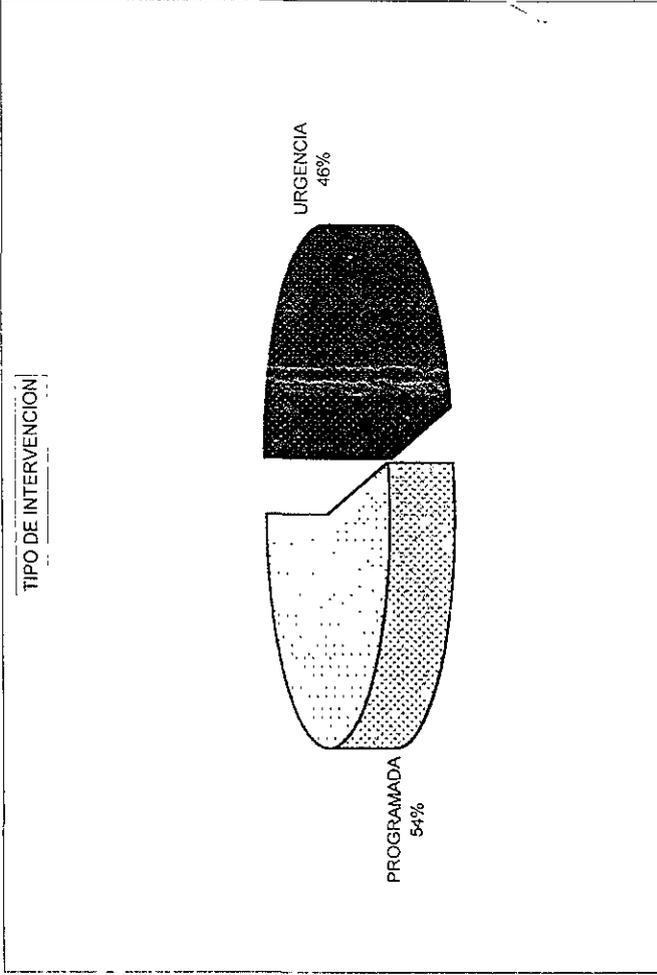
TIPO DE CIRUGIA



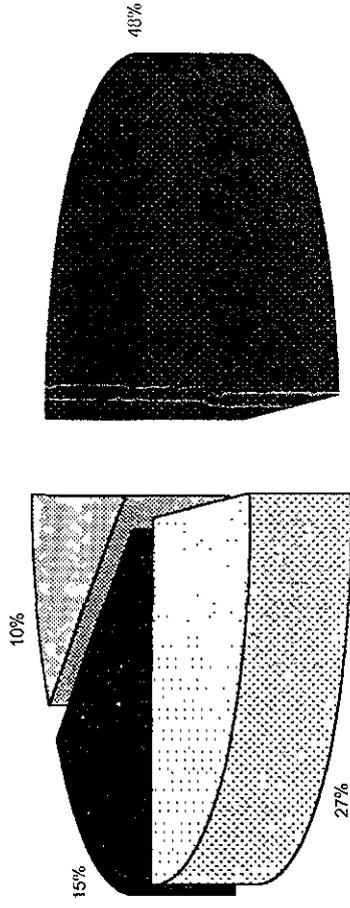
TIPO DE CIRUGIA





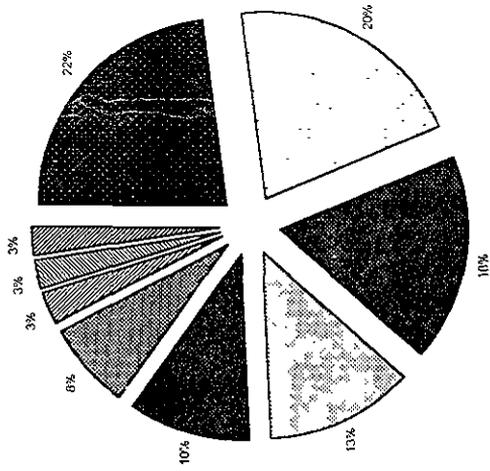


DIAGNOSTICOS

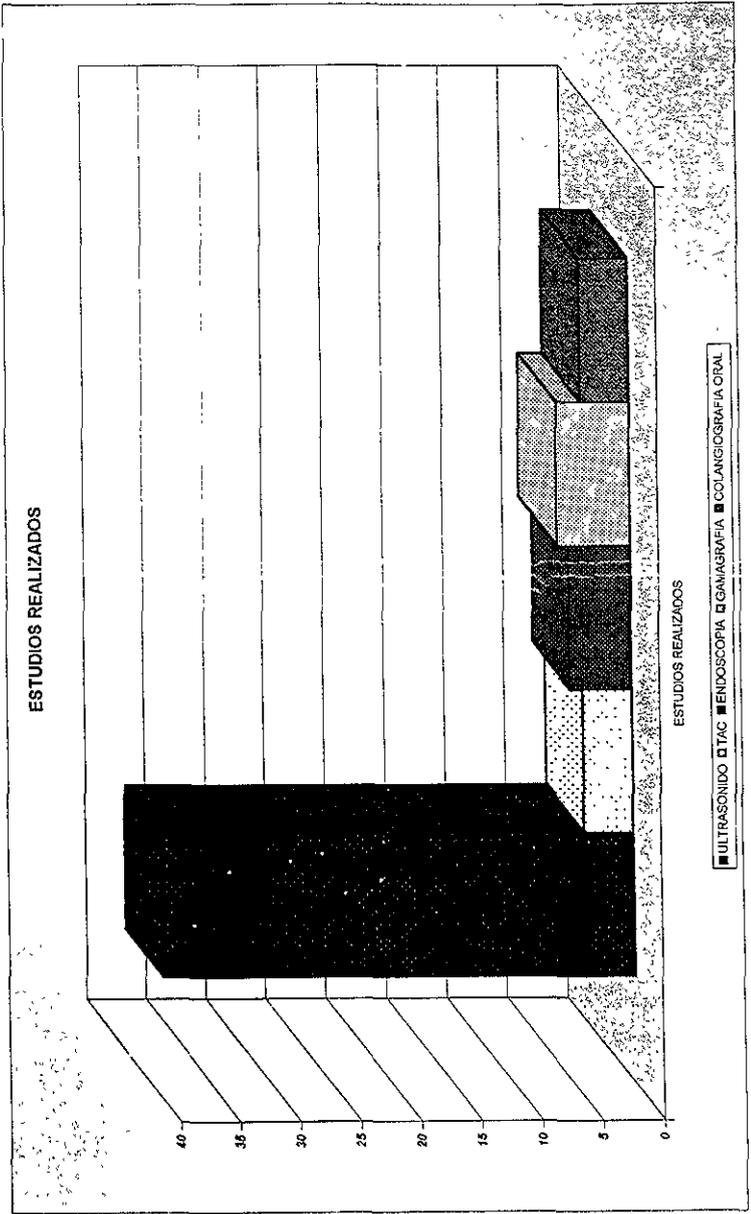


■ Colecistitis crónica atípica □ C.C.A. Agudizada ▨ Disquinésia vesicular □ Pólipo vesicular

REPORTE DE USG



- Colecistitis Crónica Alitiásica
- Colecistitis Alitiásica Aguda
- Lodo biliar
- Litiasis vesicular
- Fólipos vesiculares
- ▨ Vesícula biliar normal
- ▨ Pancreatitis
- ▨ Colecciones peripancreáticas
- ▨ Vesícula biliar acodada



## BIBLIOGRAFÍA

## ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

1. Michael J.Zinner, Seymour I. Schwartz, Harold Ellis, Cols. Abdominal Operations, 10ª edición, Boston, Massachussets, Estados Unidos de Norteamerica. Ed. Appleton & Lange, 1997, Vol. 1 pags. 1735-1736.
2. Seymour I. Schwartz, G. Tom Shires, Frank C. Spencer, Cols. Principios de Cirugía, 6a edición. México D.F., ED. Nueva editorial Interamericana, S.A. de C.V., 1995, Vol. 2 Págs. 1423-1424.
3. Lloyd M. Nyhus, Robert J. Baker, Josef E. Fisher Cols. Mastery Of Surgery, Tercera edición, Estados Unidos de Norteamérica, Ed. Little Brown and Company, 1996, Vol. 1,pags. 1017-1018.
4. Barr R. G. Agnesi JN, Shaub CR. Acalculous Gallbladder Disease: A controversial entity and imaging dilemma Revisited. The American Journal of Gastroenterology, 1998, Vol. 93, 1181-1182.
5. David B. Adams, Paul R. tarnasky, Robert H. Hawes. Outcome after laparoscopic Cholecystectomy for Chronic Acalculous Cholecystitis. The American Surgeon. 1998, Vol.64,63-65.

6. Lee A. W. Proudfoft W.H. Griffen W. O. Acalculous Cholecystitis, Surgery, Gynecology & obstetrics, 159 (1):33-5,1984 Jul.
7. Ledesma ME, Esmer D.Mtnz, Epidemiología de la colecistitis aguda alitiásica, Reunión anual de Residentes del C.M.N. Siglo XXI, 1998, Págs. 44.
8. Savoca PE, Longo WE, Zucker KA, McMillen NM, The increasing prevalence of acalculous colecistitis in outpatients, results of a 7 year study, Annals of Surgery 211(4): 433-7.1990, Apr.
9. Jonathan R, Mark R. Kobayashy, Jeffrey E. Doty. Acalculous Candida Cholecystitis: A complication of critical illness, The American Surgeon, December 1991. Vol. 57, pags 825,829.
10. Marc J. Sapiro, William B. Luchtefeld, Steven Kurzweil, Acute Acalculous Cholecystitis in Critically Ill, the American Surgeon, Mayo 1994, Vol. 60, pags. 335-339.
11. Kalliafas S, Ziegler DW, Flancbaum L. Choban PS, Acute acalculous cholecystitis incidence, risk factors, diagnosis, and outcome. American Surgeon, 64(5): 471-5,1998 Mayo.