

11209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA

CURSO DE ESPECIALIDAD MÉDICA EN CIRUGÍA GENERAL

***COMPLICACIONES DE LA LITIASIS VESICULAR AGUDIZADA EN EL
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2003***

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO GENERAL

PRESENTA:

DR. JUAN ROBERTO ALDAMA HERNÁNDEZ

DIRECTOR DE TESIS
DR. JUAN GIRÓN MÁRQUEZ

ASESOR DE TESIS
DR. PABLO MIRANDA FRAGA

MÉXICO, D.F., SEPTIEMBRE 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México





UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

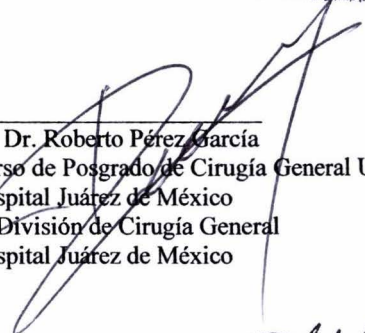
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

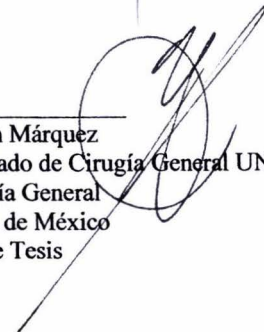
COMPLICACIONES DE LA LITIASIS VESICULAR AGUDIZADA EN EL
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2003





Dr. Jorge Alberto Del Castillo Medina
Jefe de la División de ~~SECRETARÍA~~ DE SALUD
Hospital Juárez de México
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
DIVISION DE ENSEÑANZA



Acad. Dr. Roberto Pérez García
Profesor Titular del Curso de Posgrado de Cirugía General UNAM
Hospital Juárez de México
Jefe de División de Cirugía General
Hospital Juárez de México



Dr. Juan Girón Márquez
Profesor Adjunto al Curso de Posgrado de Cirugía General UNAM
Servicio Cirugía General
Hospital Juárez de México
Director de Tesis



Dr. Pablo Miranda Fraga
Profesor invitado al Curso de Posgrado Cirugía General UNAM
Adscrito Cirugía General
Hospital Juárez de México

*Al Dr. Roberto Pérez García
Por la invaluable enseñanza que
Día a día nos brinda.*

*Al Dr. Juan Girón Márquez
Por la paciencia, y orientación
Que siempre nos brinda.*

*Al Dr. Pablo Miranda Fraga
Por los consejos que
Nos proporciona.*

*A mi madre +
Por habernos inculcado siempre
El estudio y la superación*

*A mi esposa
Triana por estar siempre
A mi lado.*

*A mis hermanos:
Flor, Concepción y Ricardo
Por la responsabilidad que
Les toco afrontar.*

*A mi hijo:
Juanito, por la felicidad y los
Ratos de juego robados.*

*Lety, Rosa, Oscar y Renato:
Porque continuemos unidos
Siempre.*

*A mi suegra y Delia
Por el apoyo que siempre nos
Han brindado*

*A mis cuñadas (os)
Por que se mantenga
Unida la familia*

*A mis sobrinas (os)
Porque siempre convivan
Con alegría.*

Título

Complicaciones de la Litiasis Vesicular Agudizada en el Hospital Juárez de México de Enero a Diciembre 2003.

Índice

	Página
1.- INTRODUCCIÓN	5
1.1 Epidemiología	5
1.2 Patogénesis	6
1.3 Presentación y Diagnóstico	8
1.4 Complicaciones	9
1.5 Tratamiento	19
1.6 Manejo Médico	19
1.7 Manejo Quirúrgico	19
1.8 Colectomía	20
1.9 Colectostomía percutánea	20
1.10 Tratamientos alternativos	21
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
3. HIPÓTESIS	23
4. OBJETIVOS	24
5. METODOLOGÍA	25
6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	26
7. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	27
8. RESULTADOS	28
9. DISCUSIÓN	34
10. CONCLUSIONES	38
11. BIBLIOGRAFÍA	40

Introducción

La enfermedad vesicular representa el mayor problema de costos en salud en los Estados Unidos. Aproximadamente 12% de la población, de 30,000,000 de Americanos tienen cálculos biliares. Más de 750,000 colecistectomías son realizadas cada año y los costos de cuidados para esos pacientes es entre 8 y 10 billones de dólares anualmente.¹⁶

Se han identificado los siguientes factores de riesgo: edad, género, raza, obesidad, diabetes y embarazo; muchos de esos pacientes tienen historia familiar de litiasis vesicular pero sorprendentemente es poco conocido acerca de la relación entre genética y enfermedad vesicular en humanos.¹⁶

La colecistitis aguda es una de las causas más frecuentes de admisión a las áreas quirúrgicas en los países occidentales.⁴

Epidemiología

El incremento de la incidencia de la litiasis biliar se incrementa con la edad, (13-50% cerca de la edad de los 70 años, y 38-53% por arriba de los 80 años), y la elevación del promedio individual de vida es la principal razón del porque el 50-70% de los casos de colecistitis aguda ocurren en el paciente anciano.⁴

En pacientes que no se operan de urgencia el riesgo de perforación de la vesícula biliar (3-18% de los casos en pacientes de todas las edades, con una incidencia de aproximadamente 40-77% en el paciente anciano con colecistitis severa) lo que conlleva a un incremento en el índice de mortalidad lo cual está relacionado directamente al proceso séptico biliar, e indirectamente a las enfermedades asociadas (IAM). El índice de mortalidad después de cirugía de emergencia (realizada dentro de las 48 hrs. Del ataque agudo) es reportado desde 2.3 a 19% en el paciente anciano con muy alto riesgo.⁴

La colecistitis aguda es más frecuentemente causada por cálculos biliares, y son uno de los más comunes trastornos del tracto gastrointestinal, afectando al 10% de la población occidental. 1,2. Y el tratamiento de las complicaciones contribuye sustancialmente a elevar los costos de salud y puede ser una amenaza para la vida; la identificación de individuos con probabilidades de desarrollar complicaciones puede beneficiar la práctica clínica con una colecistectomía electiva que puede entonces ser realizada. 1.

La ascariasis es la principal causa de enfermedad biliar en países desarrollados en Asia, Sudáfrica y América Latina, la obstrucción del conducto cístico causa un proceso inflamatorio al inicio. Esto resulta en colecistitis aguda, y si la inflamación persiste puede causar perforación o gangrena de la vesícula biliar. 2

En previos estudios que intentaron relacionar los síntomas abdominales a la presencia de cálculos biliares, cerca de dos tercios de los litos fueron encontrados asintomáticos. En otros estudios epidemiológicos la litiasis vesicular se ha encontrado asintomático en un 80-90% de los pacientes. 1,2

El riesgo anual de desarrollar dolor en los pacientes asintomático es de 1-4%. Pacientes con litiasis asintomática es raro que desarrollen complicaciones. Y el índice anual de que desarrollen complicaciones es de 1-2%, y un 50% de oportunidad desde un episodio de cólico biliar. 7

La colecistectomía electiva previene más complicaciones relacionadas a litiasis vesicular, pero como la operación puede ser asociada con complicaciones a corto y largo plazo, es un acuerdo general que la colecistectomía no esta indicada para pacientes con cálculos asintomáticos. 1.

Patogénesis

La bilis normal consiste de 70% de sales biliares (principalmente ácidos cólico y quenodesoxicólico), 22% fosfolípidos (lecitina), 4% colesterol, 3% proteínas, y 0.3% bilirrubina. Los cálculos de, o predominantemente de colesterol (mixtos) ocurren en el 80% de todos los cálculos en el Reino Unido y se forman cuando la bilis se sobresatura de colesterol. La formación de litos favorecido por la disminución de la motilidad de la vesícula biliar. Los litos de pigmento negro consisten de 70% de bilirrubinato de calcio y son más comunes en pacientes con enfermedades hemolíticas (anemia de células falciformes, esferocitosis hereditaria, talasemia) y cirrosis. 7

Los cálculos de pigmento marrón no son comunes en los Ingleses (ocurren en menos del 5% de los litos) y son formados dentro de los conductos intra y extrahepáticos, también en la vesícula biliar. Ellos se forman como resultado de la estasis e infección dentro del sistema biliar, generalmente ante la presencia de *Escherichia coli* y *Klebsiella* spp. Los cuales producen beta glucuronidasa la bilirrubina soluble o conjugada en insoluble o no conjugada, lo que lleva a la formación de litos blandos, terrosos marrón.⁷

Cerca del 90% de los casos de colecistitis aguda resulta de la obstrucción del conducto cístico por litos vesiculares, o por lodo biliar que ha sido impactado en el cuello de la vesícula biliar. La obstrucción del conducto cístico origina que la presión intraluminal de la vesícula biliar se incremente y, junto con la bilis sobresaturada de colesterol, provocan una respuesta inflamatoria aguda. El trauma causado por los litos vesiculares estimula la síntesis de prostaglandina I₂ y E₂, las cuales son mediadores de la respuesta inflamatoria. La infección bacteriana secundaria con organismos entéricos (principalmente *Escherichia coli*, *Klebsiella*, y *Streptococcus faecalis*) ocurre en cerca del 20% de los casos.²

El lodo biliar es una mezcla de partículas de materia y bilis, y esto puede estimular microlitiasis. Si el lodo biliar persiste, por ejemplo, si la paciente ha tenido varios embarazos o esta recibiendo nutrición parenteral total los litos pueden formarse. La mayoría de los pacientes con lodo biliar no tienen síntomas, pero el lodo puede causar colecistitis aguda.^{2,8}

Obesidad

Una fisiopatología bien establecida relaciona la obesidad y la formación de cálculos biliares con bilis sobresaturada de colesterol. La gente obesa tiene hipersecreción biliar de colesterol, sales biliares, y fosfolípidos, pero el ritmo de secreción de colesterol reemplaza a los otros lípidos biliares, llevando a la bilis a sobresaturarse de colesterol. La disminución de peso agrava este fenómeno, como los depósitos hepáticos de colesterol son movilizados, la síntesis de sales biliares disminuyen, y el vaciamiento normal de la vesícula biliar es interrumpido, llevando más allá la sobresaturación de la bilis y la rápida formación de litos. En teoría el incremento del flujo de colesterol dentro de la vesícula biliar endurece la célula muscular en la membrana del sarcolema, interrumpe las señales de transducción, e inhibe la función muscular.^{16,9,17}

Presentación y Diagnóstico

La colecistitis aguda se diagnostica en base a los síntomas y signos de inflamación en pacientes con peritonitis localizada en el cuadrante superior derecho. La colecistitis aguda debe ser diferenciada del cólico biliar por el constante dolor en el cuadrante superior derecho y el signo de Murphy. Los pacientes con colecistitis aguda pueden tener una historia de ataques de cólico biliar o pueden haber estado asintomático hasta la presentación del cuadro.²

En pacientes con sobreinfección bacteriana, desarrollan septicemia y esta asociado con incremento de la morbilidad y mortalidad. Pacientes con colecistitis aguda severa pueden tener ictericia, causado por inflamación o edema alrededor del tracto biliar, o presión directa sobre la vía biliar por la vesícula biliar distendida. Concentraciones de bilirrubina por arriba de 60 micromol/l sugieren un diagnóstico de Síndrome de Mirizzi (obstrucción por un cálculo impactado en la bolsa de Hartmann y que comprime el conducto hepático común).²

La exploración con ultrasonido es la investigación para pacientes en quienes se sospecha tienen colecistitis aguda, y típicamente se demuestra líquido perivesicular, vesícula biliar distendida, edema de pared vesicular, y cálculos vesiculares, y el signo de Murphy puede provocarse en el estudio ultrasonográfico. La radiografía simple de abdomen demuestra litos radiopacos en cerca del 10% de los casos de colecistitis aguda y gas dentro de la vesícula biliar en colecistitis enfisematosa.²

El ultrasonido tiene una sensibilidad y especificidad del 95% para litos mayores de 4 mm de diámetro.⁷

La escintigrafía biliar (ácido hidroximinodiacético (HIDA) scan), es el estándar de oro en la investigación cuando el diagnóstico permanece en duda después de la exploración con ultrasonido). Se inyecta al paciente HIDA y entonces el abdomen es explorado; en un paciente con colecistitis aguda, la luz de la vesícula biliar no absorbe nada de isótopo radioactivo una a dos horas después de la inyección y la vesícula biliar no es visible en la exploración.²

Complicaciones

A continuación presentamos las complicaciones de la colecistitis crónica litiasica agudizada cuyo tratamiento definitivo es el quirúrgico.

Complicaciones:

- a) Colecistitis Aguda.
- b) Colecistitis Crónica Litiasica.
- c) Pancreatitis Aguda Biliar Leve o Grave.
- d) Hidrocolecisto.
- e) Picolecisto.
- f) Gangrena Vesicular.
- g) Perforación Vesicular.
- h) Colasco.
- i) Fístula Colecistoentérica.
- j) Íleo Biliar.
- k) Síndrome de Mirizzi.
- l) Coledocolitiasis.
- m) Colangitis Aguda.
- n) Absceso Hepático Piógeno.
- o) Asociación con Cáncer Vesicular.
- p) Colecistitis y embarazo.

Colecistitis Aguda

Cuando la obstrucción del conducto cístico persiste, la respuesta inflamatoria aguda puede desarrollarse con leucocitosis y fiebre ligera. La irritación del peritoneo parietal adyacente causa dolor localizado en el cuadrante superior derecho.⁷

El progreso es detectado por la resolución de la taquicardia, fiebre y dolor, e idealmente la colecistectomía debe realizarse durante el mismo internamiento, pero el retraso de colecistectomía tiene un 15% de índice de falla (empiema, gangrena o perforación) y un 15% índice de readmisión acompañado de dolor.⁷

Después de un episodio de colecistitis aguda o pancreatitis biliar, una persona no tratada de colecistectomía tiene un 30% de un episodio recurrente en 3 meses o menos. Por esta razón quienes han tenido una complicación de litiasis vesicular son considerados para tratamiento necesario temprano, el cual no se discute.

Colecistitis crónica litiasica

La colecistitis crónica se produce como resultado de episodios repetidos de colecistitis aguda o irritación crónica de la pared vesicular por cálculos y se caracteriza patológicamente por grados variables de inflamación crónica de la vesícula biliar. El cólico biliar es el síntoma de presentación más común de la colelitiasis. Este dolor es estable, más que intermitente, como lo sugiere la palabra cólico. El dolor aumenta gradualmente durante un periodo de 15 minutos a 1 hora y luego permanece en una meseta durante una hora o más antes de desaparecer lentamente. En una tercera parte de los pacientes el dolor tiene un comienzo más súbito y en raras ocasiones puede cesar en forma brusca. El dolor que dura más de 6 horas sugiere una colecistitis aguda más que un simple cólico biliar.

Pancreatitis Aguda Leve y Grave

La pancreatitis aguda se desarrolla en 5% de todos los pacientes con cálculos biliares, y es más común en pacientes con múltiples litos y pequeños, un conducto cístico ancho, un canal común entre el conducto (biliar común) colédoco y el conducto pancreático. Los litos pequeños migran hacia el conducto colédoco y por medio de la papila puede obstruir temporalmente el conducto pancreático, o permitir reflujo de líquido duodenal o biliar dentro del conducto pancreático resultando en pancreatitis aguda. Se debe dar al paciente líquidos intravenosos, analgesia, y ser monitoreado cuidadosamente por el desarrollo de falla orgánica.⁷

Varios estudios describen a la pancreatitis aguda severa, con las 2 principales causas, ingesta crónica de alcohol (40% de los pacientes) y litiasis vesicular (aproximadamente 35% de los pacientes), las otras causas pueden ser, hipercalcemia, hipertrigliceridemia, pos CPE, o cirugía, y en cerca del 20% la causa no es identificada. En la pancreatitis biliar es más común entre las mujeres.¹⁴

El paciente con pancreatitis grave típicamente se queja de bastante dolor de inicio súbito desde la región superior del abdomen y se irradia hacia la espalda, frecuentemente asociado a náuseas y vómito, el diagnóstico diferencial incluye colecistitis aguda, úlcera péptica perforada, isquemia mesentérica, y oclusión intestinal o perforación. (14)

Elevaciones notables séricas de amilasa y/o lipasa (más de 3 veces el límite superior normal) soportan el diagnóstico en un paciente con severo dolor abdominal.

Un diagnóstico temprano de pancreatitis biliar aguda severa es importante para instituir un tratamiento agresivo. El tratamiento establecido para la pancreatitis incluye agresiva restauración de líquidos, oxígeno suplementario, y Unidad de Cuidados intensivos por falla orgánica o sistémica.11,14

El ultrasonido tiene una pobre visualización en un 25-30% para la detección de pancreatitis, sin embargo su utilidad radica en la posibilidad de diagnosticar coledocolitiasis y líquido libre peritoneal, y es el estudio de inicio en todo paciente con pancreatitis, sobre todo cuando se sospecha litiasis.

Endoultrasonografía es una combinación de endoscopia y ultrasonografía de alta frecuencia, este es menos invasivo que el CPE y ha sido reportado para ser usado en el diagnóstico de pancreatitis aguda y coledocolitiasis. El endoultrasonografía es recomendado cuando la tomografía y el ultrasonido transabdominal fallan para detectar coledocolitiasis.

Tomografía computada, es considerada el estándar de oro para el diagnóstico de necrosis pancreática y colecciones peripancreáticas, tan bueno como para etapificar la pancreatitis aguda (clasificación de Balthazar para pancreatitis aguda):

Clasificación Tomográfica de Balthazar Para pancreatitis Aguda.

- Grado A Páncreas de aspecto normal.
- Grado B Crecimiento del páncreas sin cambios peripancreáticos.
- Grado C inflamación peripancreática manifestada por cambios inflamatorios en la grasa circundante.
- Grado D Páncreas aumentado en tamaño con líquido limitado al espacio pararenal anterior.
- Grado E líquido coleccionado al menos en dos compartimentos peripancreáticos.

APACHE II

Debe ser realizado en los pacientes con diagnóstico de Pancreatitis aguda el día de la admisión, ya que nos permite identificar aquellos pacientes con Pancreatitis Grave. Se recomienda utilizar el APACHE II con clasificación de Ranson después de las 48 hrs.

Estudios clínicos reportan que la puntuación de APACHE II el día de la admisión tiene alta sensibilidad y especificidad en distinguir la Pancreatitis Leve de la Grave, y se considera superior a otros Sistemas de Clasificación.

Cuando la puntuación de APACHE es menor o igual a 8 puntos, durante las 24 a 48 hrs. El paciente generalmente sobrevive. Cuando existe un aumento en este mismo intervalo, la morbilidad y mortalidad llegan a aumentar. La medición de APACHE II tiene una característica en particular que la hace diferente a otros sistemas de Medición; es que la valoración puede realizarse diariamente.

A las 48 hrs. Los signos de Ranson y APACHE II, son comparables en distinguir una pancreatitis leve de una severa. Igualmente en base a un registro alto de APACHE II y/o evidencia de falla orgánica.

Criterios de Ranson

Al ingreso:

- a) Edad superior a los 55 años.
- b) Leucocitosis mayor de 16,000 mm³.
- c) Glucosa mayor de 200 mg/dl.
- d) Deshidrogenasa láctica mayor de 350 UI/l.
- e) Transaminasa glutámico oxalacética mayor de 250 U/dl

A las 48 horas:

- a) Caída del hematocrito mayor de 10 puntos.
- b) Elevación de nitrógeno ureico mayor de 5 mg/dl.
- c) Caída del calcio serico menor a 8 mg/dl.
- d) PO₂ menor de 60 mm Hg.
- e) Déficit de base mayor de 4 meq/l.
- f) Secuestro de líquidos estimado mayor de 6 litros.

Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica

La Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPE) esta firmemente establecido como el método más valioso en el diagnóstico y tratamiento de coledocolitiasis. Sin embargo el rol en la pancreatitis aguda es discutible. Estamos de acuerdo que la CPE temprana no esta indicada en pancreatitis leve, o en pancreatitis no biliar. No existe controversia en el rol benéfico en pancreatitis con obstrucción biliar o colangitis.11,19

Colangiopancreatografía Resonancia Magnética

Es uno de los más recientes métodos diagnósticos desarrollados para la imagen del árbol pancreatobiliar. Es simple, no invasivo, no es penoso para el paciente, y no requiere de medio de contraste, es igualmente eficaz a el mas caro CPE, para el diagnóstico de conductos biliares anormales como cálculos y colangiocarcinoma. La colangiorensonancia ha sido de gran ayuda cuando la CPE ha fallado o no puede ser realizada. Para propósitos diagnósticos varios autores han sugerido que la colangiorensonancia podría remplazar a la CPE como paso inicial en el diagnóstico. 11,22

Hidrocolecisto

Cuando después de un cuadro de un cólico hepático el cálculo queda enclavado a nivel del conducto cístico, la vesícula resulta excluida de la circulación biliar y sufre un proceso inflamatorio, con hiperemia de sus paredes. Esta hiperemia da lugar a una mayor producción de moco, como en los catarros nasales, a un edema y exudación y una mayor reabsorción de sales biliares. Por todas estas causas, la vesícula aparece aumentada de tamaño, distendida y su contenido es un líquido blanco (bilis blanca), debido a la exudación plasmática y a la reabsorción de las sales biliares. Esta etapa también recibe el nombre de Hidrops vesicular (porque su contenido parece más agua lechosa que bilis propiamente dicha).En esta situación, el cuadro clínico se agrava, el dolor se mantiene localizado en hipogastrio y aparece cierta defensa abdominal.

Piocolicisto

El empiema de la vesícula biliar representa un estadio avanzado de la colecistitis con invasión bacteriana de la bilis vesicular y la presencia de un proceso de tipo supurativo. Se caracteriza por dolor intenso ubicado en el hipocondrio derecho, acompañado de escalofríos, fiebre (39 grados) y leucocitosis (15,000). Su tratamiento consiste en antibióticos y colecistectomía o colecistostomía urgentes.⁷

Colecistitis Gangrenosa

La Colecistitis gangrenosa ocurre en 2-30% de los casos de colecistitis aguda, los hombres mayores de 50 años de edad y con antecedente de enfermedades cardiovasculares y leucocitosis (mas de 17,000 leucocitos/ml.) tienen el riesgo más alto de gangrena de la vesícula biliar. La gangrena ocurre comúnmente en el fondo porque el aporte vascular se encuentra frecuentemente comprometido. La colecistectomía laparoscópica urgente debe ser considerada en pacientes con alto riesgo de gangrena, y el cirujano debe tener un bajo índice de conversión a colecistectomía abierta durante el procedimiento. ^{2,10}

Perforación Vesicular

La Vesícula Biliar se perfora en el 10% de los casos de colecistitis aguda generalmente en pacientes quienes buscan atención médica con demora, o en quienes no respondió el manejo conservador. La perforación ocurre con más frecuencia en el fondo. Después que la vesícula biliar se ha perforado, el paciente puede experimentar alivio transitorio de sus síntomas porque la vesícula biliar se descomprime, pero entonces se desarrolla la peritonitis.²

La perforación libre se presenta con peritonitis biliar generalizada, y esta se asocia con una mortalidad del 30%. La perforación localizada, con la formación de absceso pericolecístico es más común porque las adherencias de la víscera adyacente a la perforación tiende a localizar el contenido derramado por la vesícula biliar. Una masa puede ser palpable en pacientes con perforación localizada, y la tomografía computada es la más útil en el diagnóstico.²

Fístula Colecistoentérica

La inflamación aguda de la vesícula biliar puede originar una fístula colecistoentérica por adherirse y causar perforación en otra parte del tracto gastrointestinal. Los sitios más comunes para fístulas son el duodeno y la flexión hepática del colon. Se descomprime la vesícula biliar porque una fístula puede causar resolución de colecistitis aguda. El aire en el árbol biliar (pneumobilia) puede ser visto en la radiografía de abdomen, y la imagen se refuerza con medio de contraste que puede demostrar la fístula. 2

Íleo biliar

La colecistitis aguda puede causar que la vesícula biliar se adhiera al duodeno o yeyuno. La inflamación subsecuente puede originar una fístula entre las 2 estructuras y el paso de un lito vesicular dentro del intestino. Los litos pueden llegar a impactarse y obstruir el intestino delgado. 7

La Radiografía simple de abdomen demuestra obstrucción del intestino delgado y aire en el árbol biliar. 7

El tratamiento es la laparotomía y ordeñar la obstrucción del lito dentro del colon o por enterotomía. 7

Coledocolitiasis

Cerca del 10% de los pacientes con cálculos biliares tienen litos en el conducto colédoco. El paciente se puede presentar con ictericia o pancreatitis aguda; el resultado de las pruebas de funcionamiento hepático son característicos de colestasis y la dilatación del conducto biliar común es visible por ultrasonido.7,6,16

El tratamiento adecuado es remover los litos del colédoco y la vesícula biliar esto puede realizarse en 2 etapas, Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica, seguido por colecistectomía laparoscópica, o en una sola etapa con colecistectomía con exploración de vías biliares por laparoscopia o cirugía abierta. La morbilidad y mortalidad para cirugía abierta es más alta que la opción laparoscópica.7,12,6

En pacientes ancianos o debilitados, la Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica con división del esfínter de Oddi (esfínterotomía) y extracción de litos únicamente (sin colecistectomía) puede ser apropiado con el riesgo de desarrollar síntomas en el 10% de la población.⁷

Cuando se sospecha cálculos en el colédoco, en pacientes operados de colecistectomía, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica se utiliza para diagnóstico y remover los litos. Estos son removidos con la ayuda de la canastilla de Dormia o el balón. Para múltiples litos se puede insertar un stent para drenaje de la bilis; esto frecuentemente ayuda al paso de los litos. Litos grandes o largos pueden ser destruidos con un litotriptor mecánico. Cuando la CPE no es satisfactoria los litos tienen que ser removidos quirúrgicamente.^{7,6,13}

Colangitis Aguda

Es una seria complicación de la litiasis vesicular, ocurre en 6 a 9% de los pacientes admitidos al hospital con cálculos biliares. Previo a la introducción y aceptación de el manejo endoscópico, la cirugía abierta con exploración de vías biliares era el tratamiento estándar, con un índice de mortalidad de 10 a 40%. El advenimiento de la Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPE) y esfínterotomía endoscópica ha disminuido notablemente el índice de mortalidad para colangitis aguda de entre 0.4 a 7%. El manejo endoscópico seguido de cirugía electiva ha sido aceptada en los 80s. ⁵

En los 90s la colecistectomía laparoscópica ha remplazado la cirugía abierta como el tratamiento estándar para enfermedad vesicular sintomática. Y el uso de CPE y esfínterotomía para el manejo y de coledocolitiasis ha sido ampliamente popularizado. ⁵

Cuando la obstrucción del conducto colédoco se contamina con bacterias, generalmente de el duodeno. La colangitis puede desarrollarse. Esto requiere tratamiento urgente con antibióticos de amplio espectro, junto con descompresión temprana de la vía biliar por drenaje endoscópico, radiológico o quirúrgico si el stent no es posible, la demora puede resultar en el desarrollo de absceso hepático, lo cual es asociado con alta mortalidad.^{5,7}

Se recomienda actualmente la descompresión de la vía biliar con Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, seguida de colecistectomía laparoscópica, ya que cuando únicamente se realiza el primer procedimiento es alto el riesgo de nuevos eventos de colangitis aguda, y si el procedimiento endoscópico falla, la solución es cirugía abierta con exploración de vías biliares y colocación de sonda en T en colédoco.⁵

Además hay que mencionar el cuadro clínico que puede estar caracterizado por la triada de Charcot con dolor, fiebre e ictericia, y se llega a presentar en el 60% de los pacientes. Si se agrega depresión del Sistema Nervioso y Shock se complementa la pentada de Reynolds, y son patognomónicos de colangitis aguda toxica.

Litiasis Vesicular Asociado a Cáncer

El cáncer de la vesícula biliar es raro y generalmente asintomático hasta etapas avanzadas. Generalmente esta asociado con litiasis vesicular y puede ser descubierto incidentalmente en la operación. La sospecha clínica en pacientes con síntomas biliares incluyen: pérdida de peso, anemia, vómito persistente, y una masa palpable en el cuadrante superior derecho. Por lo que los pacientes requieren de investigación urgente. El pronóstico es bueno si se diagnostica en una etapa temprana, pero la resección completa frecuentemente no es posible por una presentación en etapa avanzada.¹²

Aunque la litiasis vesicular es asociada con Cáncer de la vesícula biliar, el riesgo de desarrollar Cáncer en pacientes con litiasis vesicular asintomático es menor de 0.01% menos que la mortalidad asociada a colecistectomía.

Colecistitis y Embarazo

La enfermedad vesicular durante el embarazo es rara y el manejo de colecistitis es controversial. La colecistectomía en la paciente embarazada ha sido evitada porque se ha reportado una alta incidencia asociada a pérdida fetal.

Después de la apendicitis, la colecistitis es la más común de las condiciones de cirugía general encontrada durante el embarazo. La colecistectomía se requiere de 1 a 8 de cada 10,000 embarazos; esto puede resultar en prematuridad, aborto espontáneo, mortalidad perinatal y morbimortalidad materna. La controversia continua en cual es el mejor manejo de colelitiasis sintomática durante el embarazo. El tratamiento medico se puede prolongar y resultar en hospitalizaciones frecuentes, mientras el manejo quirúrgico expone a la madre y al feto al riesgo inherente de la cirugía y anestesia general. 23

Varios estudios han demostrado que la multiparidad esta asociado con un incremento en el riesgo de desarrollar litiasis vesicular. El incremento en la incidencia de cálculos biliares, el cual empieza en la pubertad y disminuye después de la menopausia, sugiere que la formación de litos puede estar mediado por los cambios en los niveles de estrógenos o progesterona.23

Numerosos estudios han demostrado que el uso de anticonceptivos orales se asocia con un incremento en la incidencia de enfermedad vesicular. Varias investigaciones han demostrado que después de la ingesta nocturna la bilis es significativamente mas saturada con colesterol en mujeres que toman anticonceptivos orales en relación a quienes no las toman.23,9

La incidencia de enfermedad vesicular durante el embarazo fluctúa de 0.02 a 0.03%. Este índice no se excede en mujeres no embarazadas del mismo grupo de edad. El cuadro clínico no es diferente a la mujer no embarazada. El dolor ocurre en el cuadrante superior derecho o epigastrio irradiado a la espalda y se mantiene un pico de 12-24 hrs. En más del 50% de los pacientes con litiasis, una historia previa de intolerancia a comida grasa puede provocarlo. en casos severos puede resultar empiema de la vesícula biliar, y una masa puede ser palpable. La ictericia ocurre en asociación con coledocolitiasis en 7%, hepatitis en 42%, y colestasis en 20% de los pacientes. La incidencia de pancreatitis durante el embarazo varía de 1 en 2000 en 10,000 embarazos. Con la colelitiasis como el principal factor etiológico. Diferentes colecistitis y pancreatitis, han sido asociados con un significante índice de mortalidad (15-60%) y un índice de mortalidad fetal aproximado al 60%.23

El tiempo para colecistectomía durante el embarazo permanece controversial. Se encontró que el riesgo de aborto espontáneo disminuye con la edad gestacional. El riesgo fue de 12% durante el primer trimestre, 5.6% durante el segundo y 0% durante el tercero. Y se recomienda la cirugía en el segundo trimestre del embarazo, cuando la organogénesis está completa (a las 12 semanas), el tamaño uterino no es tan grande e interfiera en el campo operatorio. La colecistectomía durante el embarazo parece ser efectiva.²³

Tratamiento

Manejo Médico

La mayoría de los pacientes con colecistitis aguda responden al manejo conservador, es la primera línea de manejo: el lito vesicular se desimpacta y regresa dentro de la vesícula biliar, lo cual permite al conducto cístico vaciarse. Si el lito no se desimpacta se presentan las complicaciones avanzadas de la colecistitis (colecistitis gangrenosa, o empiema de la vesícula biliar) o la perforación puede resultar.²

Inmediatamente se toman medidas de reposo para la vesícula biliar, esto puede aliviar el proceso inflamatorio en la mayoría de los pacientes, se mantiene ayuno, rehidratación con líquidos intravenosos, y oxigenoterapia y analgesia adecuada. Indometacina (25 mg 3 veces al día por una semana) Puede revertir la inflamación de la vesícula biliar y la disfunción contráctil que se presenta en las primeras etapas (primeras 24 hrs.) De la colecistitis. Por el riesgo de sobreinfección bacteriana pueden usarse antibióticos intravenosos empíricamente si el paciente presenta signos sistémicos o si no mejora después de 12 a 24 hrs. Una cefalosporina de segunda generación puede ser utilizada (cefuroxima 1.5g c/6-8 hrs.) con metronidazol (500 mg c/8 hrs.).²

Manejo quirúrgico

Cerca del 20% de los pacientes con colecistitis aguda necesitan cirugía de urgencia, la cual está indicada si las condiciones del paciente se deterioran o cuando presenta peritonitis o colecistitis enfisematosa, esos signos sugieren gangrena o perforación de la vesícula biliar.²

Colecistectomía

El tiempo de cirugía para el 80% de los pacientes sin evidencia de gangrena o perforación esta en debate. Tradicionalmente la colecistectomía abierta ha sido realizada 6-12 semanas después del episodio agudo para permitir que el proceso inflamatorio se resuelva antes del procedimiento (intervalo de cirugía). Pacientes con colecistitis aguda quienes experimentan colecistectomía laparoscópica temprana (antes que los síntomas tengan una duración de 72-96 hrs.) tienen bajos índices de complicaciones y bajos índices de conversión a colecistectomía abierta y corta estancia hospitalaria. La cirugía temprana para colecistitis aguda también tiene un índice bajo de conversión como la cirugía diferida. La cirugía temprana también evita complicaciones cuando el manejo conservador falla. Un tiempo largo desde la presentación de los síntomas es asociado con enfermedad avanzada. 2,21,10,18

El uso de la colangiografía transoperatoria, es de gran utilidad en pacientes con coledocolitiasis, además cuando no se utiliza el daño a el conducto biliar común (colédoco) es significativamente mas alto, y aunque la colangiografía transoperatoria no puede prevenir todas las lesiones de la vía biliar, los estudios sugieren que el uso rutinario disminuye el índice de lesión de la vía biliar.20

Colecistostomía percutanea

La colecistostomia percutanea es un procedimiento minimamente invasivo, que puede beneficiar a pacientes con seria comorbilidad quienes tienen un riesgo alto para cirugía mayor, esta puede realizarse a la cama del paciente bajo anestesia local y es adecuado para los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos y aquellos con quemaduras. Es el tratamiento definitivo para colecistitis alitiasica, o también puede usarse como medida temporal para drenar la bilis infectada para un posterior tratamiento definitivo.2,4

La colecistomia percutanea aporta una mejoría clinica en ¾ partes de los pacientes. La mortalidad después de este procedimiento esta relacionada a la comorbilidad (por ejemplo: neumonía o infarto agudo al miocardio) o la pre-existencia de sepsis. Una pobre respuesta a la colecistostomia dentro de las primeras 48 hrs. Puede indicar sepsis de otro origen a la colecistitis, inadecuada cobertura antibiótica, o posibles complicaciones (como salida del tubo de drenaje), o necrosis de la pared de la vesícula biliar.2,4

Tratamientos alternativos

Varias técnicas no quirúrgicas han sido utilizadas para el tratamiento de la litiasis vesicular incluyendo la terapia de oral de disolución (ácidos quenodesoxicólico y ursodesoxicólico); disolución de contacto (instilación directa de methyltetrabutyl ether o mono-octanoín), y disolución de cálculos con litotripsia extracorporea con ondas de choque. 7

Menos del 10% de la litiasis vesicular son apropiados para tratamiento no quirúrgico, y los índices de éxito varían ampliamente, los cálculos son eliminados cerca de la mitad de selecto grupo de pacientes. En suma los pacientes requieren de tratamientos largos, caros para neutralizar los ácidos biliares un método para prevenir los litos desde su formación. Esos tratamientos podrían ser usados en los pacientes que rechazan la cirugía. 7

Planteamiento del Problema

La Litiasis vesicular origina una serie de complicaciones que incrementan la morbimortalidad de los pacientes, y costos de salud.

Cuando presenta una agudización, y no se interviene quirúrgicamente en forma oportuna, aparecen las siguientes complicaciones:

- a) Colecistitis Aguda.
- b) Colecistitis Crónica Litiasica.
- c) Pancreatitis Aguda Biliar Leve o Grave.
- d) Hidrocolecisto.
- e) Picocolecisto.
- f) Gangrena Vesicular.
- g) Perforación Vesicular.
- h) Colasco.
- i) Fístula Colecistoentérica.
- j) Íleo Biliar.
- k) Síndrome de Mirizzi.
- l) Coledocolitiasis.
- m) Colangitis.
- n) Absceso Hepático Piógeno.
- o) Asociación con Cáncer de la Vesícula.
- p) Colecistitis y Embarazo.

Hipótesis

La Colectomía electiva y de urgencia, efectuadas a tiempo previenen las complicaciones a este padecimiento, se evita la morbimortalidad con un mayor número de días de estancia Hospitalaria, con la consiguiente elevación de costos.

Objetivos

- a) Conocer las complicaciones y su frecuencia de la litiasis vesicular en el servicio de Cirugía General del Hospital Juárez de México.
- b) Demostrar que una intervención quirúrgica electiva conlleva a menos complicaciones, al igual que una cirugía de urgencia efectuada en el menor tiempo con lo que disminuye también la estancia hospitalaria.
- c) Determinar el tiempo que se demora en realizar la intervención quirúrgica desde el momento que cumple criterios quirúrgicos.

Metodología

Es un estudio longitudinal, retrospectivo, transversal, no experimental, clínico y original.

Se basa en la revisión de expedientes de 1 año en el servicio de Cirugía General del Hospital Juárez de México, de pacientes intervenidos quirúrgicamente de colecistectomía, en forma electiva y de urgencia, tanto cirugía abierta como laparoscópica; y los pacientes internados por complicación pancreática.

Las variables a utilizar son:

- a) Edad.
- b) Sexo.
- c) Tiempo de estancia Hospitalaria en cirugía programada y de urgencia.
- d) Numero de ingresos a hospitalización.
- e) Enfermedades asociadas.
- f) Numero de gestas en mujeres.
- g) Pacientes intervenidos y no quirúrgicamente.
- h) Tipo de cirugía electiva o de urgencia.
- i) Tipo de colecistitis litiasica o alitiásica.
- j) Tipo de cirugía abierta o laparoscópica.
- k) Tiempo en realizarse la intervención quirúrgica.
- l) Número y tipo de complicaciones que presentaron los pacientes.
- m) Requirió o no de Colagiopancreatografía Retrógrada Endoscópica.
- n) Pacientes referidos de otra institución.

Criterios de inclusión

- 1) Se incluyeron en el estudio a los pacientes intervenidos de colecistectomía por litiasis vesicular, tanto cirugías programadas como de urgencia.
- 2) Pacientes referidos de otra institución por complicaciones de la litiasis vesicular intervenidos quirúrgicamente o no.
- 3) A los pacientes ingresados a hospitalización por pancreatitis aguda biliar.

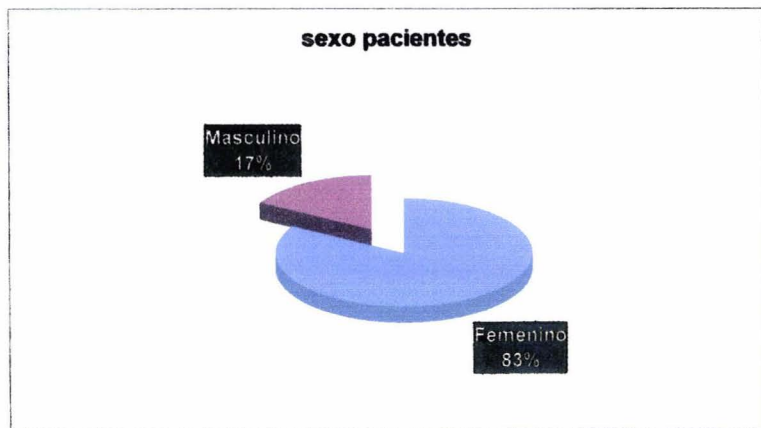
Criterios de exclusión

- a) Se excluyeron aquellos pacientes con expedientes incompletos.
- b) **Menores de edad.**
- c) **Pacientes con pancreatitis aguda de otra etiología, como alcohólica, dislipidemias, etc.**
- d) **Pacientes que se egresaron por alta voluntaria.**

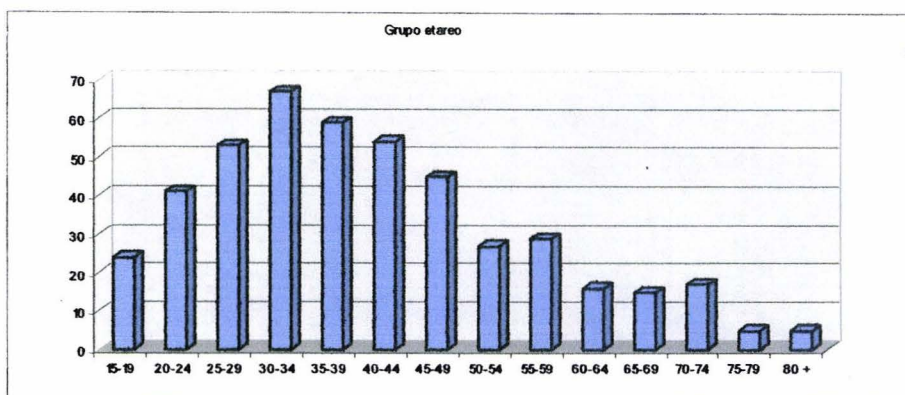
Resultados

Se estudiaron 457 pacientes ingresados en el servicio de Cirugía General durante el período comprendido de Enero a Diciembre de 2003, por cirugía de colecistectomía, tanto abierta como laparoscópica, así como por complicaciones de la litiasis vesicular, incluyendo la pancreatitis aguda biliar, se hayan o no operado, y pacientes referidos de otra institución con alguna complicación relacionada a la litiasis vesicular.

De los 457 pacientes presentaron un edad media de 40 años (16-91 años), 381 (83.3%) son del sexo femenino, con una proporción de 0.833, y 76 (16.6%) del sexo masculino, con una proporción de 0.166; con una razón o proporción de pacientes del sexo femenino respecto del masculino de por cada 50 mujeres hay 10 hombres.



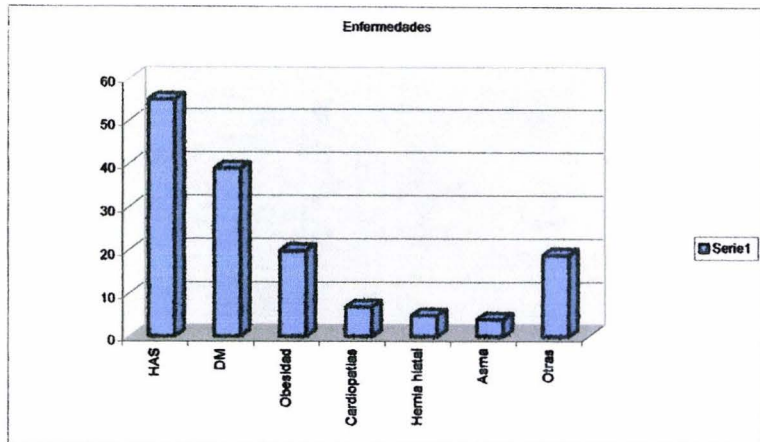
El grupo etareo en el que se presento más frecuencia de litiasis vesicular fue de los 30-34 años con 67 (14.6%) pacientes, seguido de los 35-39 años con 59 (12.9%) pacientes, 40-44 años con 54 (11.8%) pacientes, y 25-29 años con 53 (11.5%) pacientes, 45-49 años con 45 (9.8%) pacientes, 20-24 años con 41 (8.9%) pacientes.



El tiempo promedio de estancia para cada paciente es de 4.6 días para cirugía programada, considerando todos los ingresos que haya tenido el paciente, tanto por agudización o reprogramación, y el tiempo de estancia promedio para cirugía de urgencia fue de 9.0 días.

Se documentaron 576 ingresos en los 457 pacientes con un promedio de 1.26 ingresos por paciente.

De los pacientes estudiados tuvieron 149 enfermedades asociadas, las más frecuentes son, Hipertensión arterial con 55 (36.9%) pacientes, Diabetes Mellitus con 39 (26.1%) pacientes, obesidad con 20 (13.4%) pacientes, cardiopatas con 7 (4.6%) pacientes.



En los 381 pacientes del sexo femenino (16-91 años), se documentaron 1190 gestas (0-17 gestas), con un promedio de 3.1 gestas por paciente.

Se realizaron 445 cirugías, de las cuales, 289 (64.9%) fueron programadas, y 156 (35%) fueron de urgencia. Y de estas 296 (66.5%) fueron abiertas y 149 (33.4%) laparoscópica; considerando que hubo 14 pacientes que no se operaron, otros se operaron hasta 2 veces por alguna complicación, y 7 pacientes ya habían sido operados en forma externa.

De los pacientes estudiados, operados o no por patología vesicular 436 fueron de etiología litiasica correspondiendo al 95.1%, y únicamente 21 alitiasica corresponde al 4.5%.

Hubo 14 pacientes que ingresaron por alguna complicación de la colecistitis, incluso con más de un internamiento y no se operaron. Un paciente presento 2 episodios de pancreatitis y no se opero.

De los pacientes operados se estimó un tiempo promedio de 99.5 días para su intervención quirúrgica, considerando que los que se intervinieron de urgencia se operaron desde los primeros días y los programados, varía desde 20 hasta 420 días.

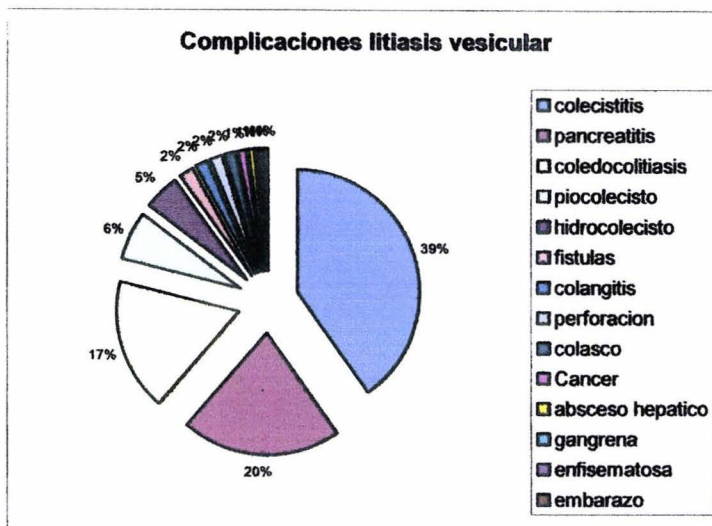
Hubo 84 pacientes que ingresaron por alguna complicación de la colecistitis, o bien para cirugía programada, y quienes no se pudieron operar por diversas circunstancias, desde falta de tiempo quirúrgico, descompensación de alguna de sus patologías de base, embarazo y otras, por lo que se dieron de alta para reprogramación, y el tiempo promedio que tardó para realizarse la intervención quirúrgica desde el la fecha del alta fue de 87 días, con un periodo entre 7 y 330 días.

Se reportaron 408 complicaciones de la litiasis vesicular en 241 pacientes, con un mínimo de 1 y hasta 5 complicaciones por paciente, con un promedio de 1.6 complicaciones por paciente.

En 70 pacientes programados se reportaron 100 complicaciones, lo que nos indica que hubo algunos pacientes que presentaron más de una complicación y que aun así se dieron de alta en más de una ocasión.

La más frecuente de las complicaciones fue la Colecistitis aguda con 159 (38.9%) casos, seguido de la Pancreatitis Aguda leve con 80 (19.6%) casos, después la Coledocolitiasis con 58 casos incluyendo la Litiasis residual con 11 (total 69 con 16.9%), y después el Pícolecisto con 25 (6.12%) casos, Hidrocolecisto con 19 (4.6%) casos, Colangitis Aguda 7 (1.7%) casos, se presentaron 4 pancreatitis graves (0.9%), de las cuales una de ellas falleció (mortalidad 25%).

Complicación	No. De casos
Colecistitis	159
Pancreatitis	84
Coledocolitiasis	69
Pícolecisto	25
Hidrocolecisto	19
Fístulas	7
Colangitis	7
Perforación	6
Colasco	6
Cáncer	4
Absceso hepático	3
Gangrena	2
Enfisematosa	2
Embarazo	2



De los 80 casos de pancreatitis leve, hubo 9 pacientes que presentaron 2 o más de estos episodios (21 casos en 9 pacientes, 26%); además 36 (45%) pacientes con pancreatitis fueron dados de alta en cuanto remitió el cuadro, de los cuales 26 (32.5%) se operaron de colecistectomía en otro ingreso, y 10 (12.5%) pacientes no se operaron, y 23 pacientes (28%) se operaron en cuanto cedió la pancreatitis.

De 23 pacientes en trámites preoperatorios con programación lejana, presentaron alguna complicación en relación a la litiasis vesicular; y de los cuales 8 (34%) pacientes se dieron de alta y se reprogramaron, y 15 (65.2%) pacientes se operaron de colecistectomía en el mismo ingreso.

Se presentaron 8 (1.79%) complicaciones postoperatorias: Absceso residual 4, Lesión de la vía biliar 2, Absceso de pared 1, Sangrado postoperatorio 1.

De los 69 pacientes con coledocolitiasis se realizaron 61 Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, considerando que quienes se operaron de urgencia no se les realizo, se practico exploración de vías biliares con colocación de Sonda en T; al contrario de otros que se realizaron mas de 1 CPE, como el de 1 paciente que se le realizaron 4 CPE. Se presentaron 5 pancreatitis leve post CPE.

De los pacientes estudiados 440 (96%) fueron del Hospital Juárez de México y solo 17 (3.7%) referidos de otra institución con alguna complicación.

Discusión

De los 457 paciente estudiados durante el año 2003 en el Servicio de Cirugía General del Hospital Juárez de México se reporto un 83% para el sexo femenino y un 16% para el sexo masculino, con una proporción mujer/hombre de 5/1, lo cual no tiene un ligera variación de lo reportado por la literatura ya que en ella se reporta una relación de 4/1 la cual se llega a igualar por arriba de los 50 años en cuanto ha pasado la menopausia la mujer.

Del grupo etareo en donde se presento con más frecuencia la litiasis vesicular es en población económicamente activa que va de los 20 a los 49 años con predominio de los 30-34 años, por lo que hay que considerar al tratar estos pacientes de las horas trabajo que se pierden cuando un paciente ingresa en varias oportunidades al Hospital, o bien cuando requiera periodos largos de internamiento por alguna complicación.

Se observó como la estancia Hospitalaria se duplica de 4.6 día en cirugía programada, a 9.0 días en cirugía de urgencia, además si consideramos al paciente que se opera sin haber tenido complicaciones, tenemos que para cirugía laparoscópica el tiempo promedio de estancia es de 2 días, y para cirugía abierta es de 3 días. Por lo que cuando se presenta una agudización, si no se interviene oportunamente al paciente y es dado de alta con esto se permite que pueda seguir teniendo complicaciones, con la probabilidad de aumentar la morbimortalidad y los costos.

De las enfermedades asociadas se presentaron al terminó del estudio fue la Hipertensión Arterial, seguido de Diabetes Mellitus, obesidad y cardiopatías; y como se pudo observar en algunos pacientes con estas enfermedades aumentan los riesgos para la intervención quirúrgica, ya que se pueden descontrolar sobre todo DM y HAS, lo que esto puede ocasionar que se difiera una cirugía, además quedo comprobado como la obesidad interviene en la patogénesis de la colecistitis.

En lo que corresponde a las cirugías realizadas el 66% fue cirugía abierta y el 33% laparoscópica, y se hizo manifiesto también la buena evolución que se presentó con cirugía laparoscópica de urgencia, por lo que se coincide con el manejo actual aceptado en el mundo, pero en nuestro Hospital se puede realizar únicamente en el turno matutino, ya que en los otros turnos no se tiene acceso al equipo; una situación similar se presenta con el servicio de rayos X portátil, igualmente no se cuenta con el recurso en todos los turnos, por lo que no se pudo realizar en todas las cirugías una colangiografía transoperatoria, lo cual es indispensable en una exploración de vías biliares, por lo que se puede presentar coledocolitiasis residual, con las complicaciones inherentes a esta entidad clínica.

En lo referente a colecistitis tenemos que la litiasica se presento en un 95% y la alitiasica en 4.5%, con ligera variación a lo reportado en la literatura con colecistitis litiasica con 90%, y colecistitis alitiasica con 10%.

Para pacientes operados en forma programada el tiempo promedio que tarda el paciente en tramites es de 99.5 días, considerando que la programación va desde 20 a 420 días, y durante este tiempo tiene altas posibilidades de presentar complicaciones en varias oportunidades, lo cual se observo en esta investigación, y el tiempo que tarda en reprogramarse un paciente cuando es dado de alta se iguala a los pacientes programados en 87 días.

Dentro de las complicaciones de la litiasis vesicular la principal fue la colecistitis aguda, la cual como se observo cuando se atiende oportunamente se evitan otras complicaciones como en los pacientes que se operaron de urgencia y su tiempo de estancia es similar al de una cirugía programada.

La otra complicación fue la pancreatitis leve, de los 80 casos el 28% se pudo operar en cuanto remitió el cuadro, lo cual deber ser lo ideal, sin embargo un porcentaje mayor es dado de alta al remitir el cuadro, de los cuales un 10% ya no se opera, y el 25% restante tiene riesgo de un nuevo evento de pancreatitis hasta del 30% en 3 meses, por lo que se debe insistir en la cirugía temprana en estos pacientes; además un diagnóstico incorrecto puede cambiar el pronostico de una pancreatitis leve a grave, cuando se opera en cuadro agudo.

Otra complicación la coledocolitiasis en tercer lugar de frecuencia que de igual manera amerita un diagnóstico y tratamiento oportuno, por las posibles complicaciones de colangitis, sepsis, y que cuando no se estudia adecuadamente al paciente puede presentarse coledocolitiasis residual, lo cual nos trae más complicaciones; además en caso de realizarse CPE ya hemos visto que no es un procedimiento inocuo y que también tiene sus complicaciones, como las pancreatitis pos CPE (5) que se presentaron en este estudio, de las cuales 3 fueron por coledocolitiasis residual, y 2 por fístula biliocutanea posquirúrgica por cirugía de urgencia.

El pirocolecisto es una entidad también con alta morbimortalidad y que se incrementa sobre todo en pacientes ancianos, y es una causa importante de ingreso a Unidades de Cuidados Intensivos.

Hidrocolecisto esta complicación se debe diagnosticar y operar a tiempo, ya que se observo que cuando se presento se dio manejo medico por algunos

días y con esto puede tener mas complicaciones como perforación, piocolecisto etc.

Pancreatitis Grave, en el estudio se presentaron 4 casos, uno de ellos se le realizo en medio privado 4 intervenciones quirúrgicas por un diagnóstico incorrecto, otro presento el cuadro en el extranjero remitió el cuadro en esta institución y se opero de colecistectomía, una mujer de 84 años remitió la pancreatitis y se opero de colecistectomía, pero una mujer de 20 años de edad que previamente había presentado 2 cuadros de pancreatitis leve, y se dio de alta las 2 ocasiones al remitir ambos cuadros, presenta después pancreatitis grave, ingresa a UCI y fallece.

Fístula colecistoentérica, de estas se presentaron 7 de las cuales 5 fueron colecistocutaneas que se presentaron posterior al evento quirúrgico; una colecistohepática, durante la cirugía se encontró perforada la vesícula biliar, con una fístula hacia cara diafragmática del hígado; y la otra en cirugía programada se encuentra fístula colecistocolonica.

Colangitis se presentaron 7 casos los cuales todos se asociaron a coledocolitiasis, de los cuales 3 se operaron de urgencia con Exploración de vías biliares, y los 4 restantes hubo oportunidad de realizarles Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

Perforación vesicular y colasco se presentaron en 6 casos ambos, y en estas entidades patológicas en el estudio se observo que en su mayoría se intervinieron de urgencia, menos una paciente que se le dio manejo medico 7 días y luego se opero, además cuando se presenta esta entidad y ya se presentan signos de irritación peritoneal el diagnóstico puede ser complicado, como sucedió con un paciente que se ingreso a quirófano con diagnóstico de apendicitis complicada.

Litiasis vesicular asociado a cáncer, se reportaron 4 casos, con una edad media de 68 años (56-88), 3 con litos y 1 alitiasica, uno con estadio in situ, un Nevin II, Un Nevin III y uno con Nevin IV.

Absceso hepático piógeno se presentaron 3 casos con una edad media de 62 años (35-77) uno de ellos el mayor se le realizó colecistostomia abierta en primera estancia, posteriormente CPE y después colecistectomía abierta, con lo que se demuestra que la colecistostomia es un recurso útil en procesos agudos importantes y además se utiliza menos tiempo quirúrgico lo cual beneficia sobre todo al paciente anciano.

Gangrena vesicular, se presentaron 2 pacientes con 75 y 76 años, uno de ellos se dio manejo medico 2 días, y ambos se operaron de urgencia.

Colecistitis enfisematosa, aquí se presentaron 2 casos con una edad de 74 y 75 años, no diabéticos, con 7 complicaciones entre ambos en el cuadro agudo, se operan de urgencia con buena evolución.

Colecistitis y embarazo, se presentaron 2 casos, los cuales no se operaron al termino del embarazo sino hasta que presentaron agudización, una de ellas con pancreatitis leve.

Conclusiones

Al termino del presente estudio se constato que la demora en llevar a un paciente con litiasis vesicular sintomático a quirófano nos ocasiona un aumento en el número de ingresos a Hospital, aumento de días de estancia y elevación de costos, tanto para el Hospital como para el paciente; además también se demostró que en tanto tenga mas complicaciones aumenta la morbimortalidad. Con lo que se comprueba nuestra hipótesis.

En la presente investigación hemos encontrado que existen diversas circunstancias que nos impiden poder brindar una atención adecuada al paciente que ingresa a nuestro servicio de Cirugía General por algún problema de salud relacionado a enfermedad vesicular, las cuales las mencionaremos a continuación.

Uno de ellos es el tiempo que tenemos al paciente en tramites preoperatorios ya que son periodos muy largos hasta de un año, y en este lapso de tiempo el paciente tiene un riesgo alto de presentar una agudización o una complicación, y que cuando esto pasa de igual manera estando el paciente internado no se puede operar por falta de tiempo quirúrgico, descontrol de alguna patología de base, etc.; por lo que nos vemos en la necesidad de dar de alta al paciente, y nuevamente nos encontramos con la situación de que en el turno matutino el tiempo de programación esta tan saturado que se acerca a los 6 meses aproximadamente.

Se tiene que buscar la manera de que el paciente con alguna complicación se deba operar en el mismo internamiento como lo establece la literatura, sobre todo en los casos de pancreatitis ya que como observamos hubo quienes presentaron 2 o más eventos.

Dentro de las complicaciones la más frecuente fue la colecistitis aguda, y hay que considerar que el paciente cuando acude a consulta ha tenido previamente ya varios años con sintomatología de cólicos biliares. Y en su gran mayoría se encuentran en tratamiento con Médicos particulares, y cuando recibimos al paciente generalmente tiene una complicación avanzada (Hidrocolecisto, Picolecisto, Colangitis, Pancreatitis biliar etc.)

Además cuando existe perforación vesicular el diagnóstico puede ser complicado y se puede ingresar al paciente con otro diagnóstico, como apendicitis complicada, oclusión intestinal, como ocurrió en 2 casos de este estudio.

De la frecuencia de mortalidad únicamente obtuvimos el de la Pancreatitis Aguda Biliar Grave con un 25%, por que fue el único expediente que se encontró, de las otras complicaciones no se encontraron los expedientes, por lo que entraron dentro de los criterios de exclusión.

Al termino de esta investigación nos da una idea más clara del comportamiento de la litiasis vesicular en nuestro Hospital, y los que participamos en el estudio esperamos que se pueda utilizar de referencia para poder brindar una mejor atención al paciente, y de alguna manera no permitir que un paciente sea dado de alta cuando tiene una complicación, o agudización, hasta que sea operado de colecistectomía, ya que como hemos visto la reprogramación es muy lejana en ocasiones, y en ese lapso de tiempo puede tener complicaciones, o se pierda el paciente y ya no se opere.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Bibliografía

1. Haldestam I, y cols: DEVELOPMENT OF SYMPTOMS AND COMPLICATIONS IN INDIVIDUAL WITH ASYMPTOMATIC GALLSTONES Br J Surg 2004,91(6):734-738.
2. Indar, A: ACUTE CHOLECYSTITIS BMJ 2002, 325(7365):639-643.
3. Ransohoff DF; Gracie WA: TREATMENT OF GALLSTONES Ann Intern Med 1993, 119(7):606-619.
4. Borzellino G y cols: EMERGENCY CHOLECYSTOSTOMY AND SUBSEQUENT CHOLECYSTECTOMY FOR ACUTE GALLSTONE CHOLECYSTITIS IN THE ELDERLY Br J Surg 1999, 86(12):1521-1525.
5. Poon RT y cols: MANAGEMENT OF GALLSTONE CHOLANGITIS IN THE ERA OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY Arch Surg 2001, 136(1):11-16.
6. Uchiyama K y cols: LONG -TERM PROGNOSIS AFTER OF PATIENTS WITH CHOLEDOCHOLITIASIS Ann Surg 2003, 238(1):97-102.
7. Beckingham IJ: GALLSTONE DISEASE BMJ 2001, 322(7278):91-94
8. Ko CW: BILIARY SLUDGE Ann Intern Med 1999, 130(4):301-311.
9. Bateson MC: FORTNIGHTLY REVIEW: GALLBLADDER DISEASE BMJ 1999, 318(7200):1745-1748.
10. Weber DM: LAPAROSCOPIC SURGERY: AN EXCELLENT APPROACH IN ELDELY PATIENTS Arch Surg 2003, 138(10):1083-1088.
11. Yousaf M; McCallion K; Diamond T: MANAGEMENT OF SEVERE ACUTE PANCREATITIS Br J Surg 2003, 90(4):407-420.
12. Johnson CD: UPPER ABDOMINAL PAIN: GALL BLADDER BMJ 2001, 323(7322):1170-1173.

13. Collins C: A PROSPECTIVE STUDY OF COMMON BILE DUCT CALCULI IN PATIENTS UNDERGOING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY: NATURAL HISTORY OF CHOLEDOCHOLITHIASIS REVISITED *Ann Surg* 2004, 239(1):28-33.
14. Swaroop VS: SEVERE ACUTE PANCREATITIS *JAMA* 2004, 291(23):2865-2868.
15. Prat F y cols: PREDICTION OF COMMON BILE DUCT STONES BY NONINVASIVE TEST *Ann Surg* 1999, 229(3):362-368.
16. Nakeeb A: GALLSTONES: GENETICS VS ENVIRONMENT *Ann Surg* 2002, 235(6):842-849.
17. Everhart JE: CONTRIBUTIONS OF OBESITY AND WEIGHT LOSS TO GALLSTONE DISEASE *Ann Intern Med* 1993, 119(10):1029-1035.
18. NIH Consensus Conference: GALLSTONES AND LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY *JAMA* 1993, 269(8):1018-1024.
19. Chang L: PREOPERATIVE VERSUS POSOPERATIVE ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY IN MILD TO MODERATE GALLSTONE PANCREATITIS: A PROSPECTIVE RANDOMIZED TRIAL *Ann Surg* 2000, 231(1):82.
20. Flum DR: INTRAOPERATIVE CHOLANGIOGRAPHY AND RISK OF COMMON BILE DUCT INJURY DURING CHOLECYSTECTOMY *JAMA* 2003, 289(13):1639-1644.
21. Mercer SJ y cols: IMPLEMENTATION OF SPECIALIST-LED SERVICE FOR THE MANAGEMENT OF ACUTE GALLSTONE DISEASE *Br J Surg* 2004:504-508.
22. Topal B: THE VALUE OF MAGNETIC RESONANCE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY IN PREDICTING COMMON BILE DUCT STONES IN PATIENTS WITH GALLSTONE DISEASE *Br J Surg* 2003, 90(1):42-47.
23. Ghumman E; Barry M; Grace PA: MANAGEMENT OF GALLSTONES IN PREGNANCY *Br J Surg* 1997, 84(12):1646-1650.