

11209
2 ej 51



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

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

H. G. DOCTOR DARIO FERNANDEZ



**"COMPLICACIONES EN LA
COLECISTECTOMIA"
(ESTUDIO RETROSPECTIVO)**

**T E S I S D E P O S T G R A D O
P A R A O B T E N E R E L T I T U L D E
E S P E C I A L I D A D C I R U G I A G E N E R A L**

**P R E S E N T A:
D R . V A L E N T E J O E L M A N C E R A C A M P O S**

**D I R E C C I O N :
D R A . M A R T H A E L E N A C O R T I N A Q U E Z A D A
D R . J O S E A . A T H I E Y G U T I E R R E Z**

MEXICO, D. F.

1985

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES HISTORICOS	3
ANATOMIA	6
FISIOLOGIA	9
FISIOPATOLOGIA	12
ANATOMIA PATOLOGICA	17
MATERIAL Y METODO	20
RESULTADOS	22
DISCUSION	27
RESUMEN	30
CONCLUSIONES	32
BIBLIOGRAFIA	33

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

La colecistectomía, es la operación que se realiza, con mayor frecuencia en el Aparato Digestivo. Cada año se extirpan unas 450,000 vesículas en los EEUU. (No existen estadísticas de México, sin embargo encontramos que en sólo 3 Hospitales del ISSSTE, (Hospital 20 de Noviembre, Hospital Adolfo López Mateos y Hospital Dr. Darío Fernández) se realizan --- anualmente cerca de 1,000 colecistectomías).

Todos los cirujanos generales adquieren una extensa experiencia en operaciones sobre vesícula biliar y en general la operación es extraordinariamente segura. En cirugía electiva, la mortalidad es menor del 1% (11). y casi siempre -- esta relacionada con acontecimientos imprevisibles, cómo infarto al miocardio o embolismo pulmonar. De hecho, la colecistectomía en menores de 50 años y por colecistitis crónica tiene una mortalidad del 0.1 %, las cifras superiores son directamente relacionadas con mayor edad, enfermedad aguda, -- procedimientos mas extensos y enfermedades asociadas. La -- mortalidad en adultos viejos es del 5 al 10 % (11). Las complicaciones se presentan en el 10 % de los casos, y la mayoría son complicaciones menores como atelectasia, infecciones leves de la herida y fiebre transitoria, generalmente -- sin causa demostrable (Probablemente reabsorción de proteínas)

Las complicaciones mayores de la colecistectomía, pueden dividirse en tempranas y tardías.

Un hecho notable y de carácter peligroso en especial para el médico cirujano, es la variabilidad en la disposición anatómica del sistema biliar extrahepático es muy frecuente observar variaciones en la anatomía de los conductos, arteria cística y arteria hepática, por tal motivo las intervenciones de esta zona requieren de gran cuidado técnico y experiencia en su realización.

Por esta razón, el presente estudio va encaminado, a efectuar un análisis de los antecedentes, método diagnóstico, aspectos más relevantes de técnica quirúrgica, evolución postoperatoria y complicaciones en 50 pacientes sometidos a operación colecistectomía, durante el período comprendido de 1983 a 1984, el Hospital General "Dr. Darío Fernández" del ISSSTE., analizando estadísticamente los resultados obtenidos y comparándolos con las publicaciones mundiales.

ANTECEDENTES HISTORICOS

La moderna cirugía de los conductos biliares ha evolucionado a raíz de la investigación científica y avances en las técnicas de cirugía. Datos históricos muestran que se tuvo un temprano conocimiento del hígado y del sistema biliar, aunque no se llegó a entender la correlación entre su estructura y su función. Las primeras deducciones de GALENO fueron incorrectas y constituyeron la Base de muchas equivocaciones futuras. La mayor parte de los investigadores de la historia de la medicina asignan a DONATO y GENTILE DA FOLLIGNO el mérito de haber sido los primeros en dar la descripción correcta de los cálculos biliares. Se acepta generalmente que SIDENHAM y GLISSON, fueron en parte quienes describieron los síntomas asociados con los cálculos biliares. VESALIO, BONET y SCHENK añadieron información precisa sobre los cálculos biliares y sus consecuencias.

Los intentos de intervención quirúrgica para esta enfermedad fueron mínimos hasta poco antes del siglo XX. La primera colicistolitotomía fue realizada de manera satisfactoria por JOENISIO en 1676, al remover 3 cálculos de una fístula biliar espontánea. PETIT en 1734, demostró que los cálculos podían ser removidos de la vesícula con seguridad, siempre que ésta estuviera adherida a la pared abdominal.

La primera colecistectomía opcional fue llevada a cabo por BOBBS en 1867. Posteriormente varios eminentes cirujanos como SIMS, TAIT y KOCHERT, publicaron artículos acerca de una colecistostomía definitiva.

Un gran avance tuvo lugar en 1882 con el primer informe de una colecistectomía efectiva publicada por KARL LANGENBUCH. Algunos historiadores opinan que COURVOISIER, había realizado ya una colecistectomía antes del informe de LANGENBUCH. Para 1890 COURVOISIER informó acerca de una serie de 47 pacientes que habían sido sometidos a colecistectomía. En 1882 -- VON WINIWARTER realizó una colecistoyeyunostomía por obstrucción del conducto común. COURVOISIER en 1890 realizó con éxito la primera coledocotomía. En 1891 SPRENGEL llevó a cabo la primera coledocoyeyunostomía. W.J. MAYO, dió a conocer la primera hepaticoduodenostomía satisfactoria en 1905. Este notable interés sobre la cirugía de vías biliares, dió por resultado un notable incremento de las intervenciones sobre la vesícula biliar.

Dos grandes contribuciones, posteriores a la evolución de la cirugía del tracto biliar, fueron los Rayos X, y la vitamina K. GRAHAM Y COLS. desarrollaron la colangiografía -- que fué seguida de la endovenosa y posteriormente la percutánea. La vitamina K fue usada en el tratamiento de --

problemas hemorrágicos asociados con la ictericia, como resultados de los estudios de QUICK y DAM. Con este y otros adelantos, tales como las transfusiones, anestesia superior han llevado a realizar con éxito intervenciones importantes sobre el tracto biliar.

A N A T O M I A

El sistema biliar y el hígado se forman juntos a partir de un divertículo en el embrión, el cual se origina en el piso ventral del intestino anterior, la porción caudal de éste divertículo se transforma en vesícula biliar, el conducto cístico y el colédoco, en tanto que la porción superior o craneal se transforma en el hígado y los conductos hepáticos.

La vesícula biliar es un órgano piriforme de paredes delgadas, cubierto por el peritoneo y unido a la cara inferior de los lóbulos derecho y cuadrado del hígado, con longitud variable de 7 a 10 cms. de diámetro y capacidad de 30 a 60 ml. desde el punto de vista anatómico, está dividida en un fondo redondeado que sobresale del borde anterior del hígado, un cuerpo y un cuello estrecho, el cuello presenta una dilatación posterointerna llamada bolsa de Hartman. Desde el punto de vista topográfico el fondo de la vesícula biliar está localizado por debajo del noveno cartilago costal derecho, en la unión del borde costal con el borde derecho del músculo recto abdominal.

El conducto cístico mide de 2 a 4 cms. de longitud y contiene pliegues musculosos prominentes, llamados válvulas de Heister. El cístico se une a la superficie lateral derecha del conducto hepático común para formar el conducto colé-

doco.

El sistema biliar extrahepático se origina en el hígado, como conductos hepáticos derecho e izquierdo; cada uno drena el lóbulo respectivo y miden de 1 a 2 cms. de longitud, los dos conductos se unen para formar el conducto hepático común que al unirse al cístico origina el conducto colédoco, que mide de 8 a 15 c.s. de longitud y de 5 a 10 mm. de diámetro, el colédoco desciende por el ligamento hepatoduodenal a la derecha de la arteria hepática y por delante de la vena porta, pasa por detrás de la primera porción del duodeno y a través del páncreas, penetrando en la segunda porción del duodeno en su cara posteromedial en el 90 % de los casos, aproximadamente a 10 cms. del píloro, a nivel del ampolla de Vater, la desembocadura del colédoco al duodeno es oblicua; en ese sitio se aproxima al conducto de Wirsung; los dos conductos se unen y forman la ampolla de Vater, pequeña dilatación llena casi en su totalidad de pliegues que ocupa la carúncula duodenal, prominencia cónica en cuya parte más alta desembocan los dos conductos en el duodeno, los dos conductos pueden unirse para desembocar en el duodeno (80 % de los casos) o pueden desembocar por separado. El músculo de la unión coledocoduodenal llamada esfínter de Oddi, regula el flujo de la bilis y está constituido de varios componentes, los -

dos componentes principales incluyen las fibras musculares - del extremo inferior del colédoco que rodea a dicho conducto de la pared duodenal en sentido proximal a su unión con el - conducto pancreático y los pliegues valvulares del ampulla de Vater, continuación de las bandas longitudinales nacidas de las fibras musculares ya señaladas, que rodean dicha ampolla.

La irrigación del colédoco proviene de una rama de la arteria gastroduodenal, la vesícula biliar está irrigada por la arteria cística, generalmente la rama de la arteria hepática derecha, se divide en dos ramas, anterior y posterior. En la colecistectomía se encuentra la arteria cística frecuentemente en el triángulo de Calot , espacio limitado por el borde del hígado, conducto hepático y conducto cístico, el - triángulo contiene la arteria hepática derecha, la arteria - cística, un gran ganglio linfático y en la profundidad la rama derecha de la vena porta, el drenaje venoso de la vesícula biliar se realiza a la vena porta por medio de un amplio plexo venoso, los vasos linfáticos de la vesícula se unen a los del hígado para desembocar en la cisterna de Pequet y al conducto toraxico.

Desde el punto de vista histológico, la vesícula tiene mucosa de epitelio cilíndrico simple, muscular, subserosa y - serosa, observándose glándulas solo en el cuello.

F I S I O L O G I A

Las funciones de la vesícula biliar son: concentración, acidificación, almacenamiento y vaciamiento, la vesícula tiene una capacidad de 40 a 50 ml., la diferencia entre la bilis hepática y la vesicular es la reabsorción del 90 % de -- agua llevada a cabo por la vesícula. Así la vesícula biliar puede almacenar al rededor de 3 grs. de ácido cólico, el cual es el equivalente al total de la reserva de ácidos biliares. El transporte de la vesícula es un movimiento de agua y electrolitos, se ha observado en el conejo que una solución isotónica de cloruro de sodio, fue transportada de la mucosa a la serosa, en presencia de potencial eléctrico mínimo (). siendo el mecanismo de transporte la difusión pasiva. Los fosfolípidos también se absorben en vesícula, en un período de 5 Hrs., se absorbió del 12 al 20 % de lecitina, en estudios realizados en el cerdo de Nueva Guinea; así mismo una gran cantidad de lysolecitina fue absorbida, pero al rededor del 70% fué recuperada como lecitina en la pared de la vesícula, la absorción de colesterol ocurrió en cantidad mínima.

El vaciamiento de la vesícula dentro del duodeno, ocurre por contracción de la vesícula y relajación del Esfínter de Oddi, en el humano el hígado puede secretar bilis contra una presión de 29 a 39 cms. de agua, el Esfínter de Oddi, cede --

ante una presión de vaciamiento de 20 a 30 cms. de agua además de la inhibición del esfínter por la colesistocinina, en términos generales las presiones por arriba de 35 cms. de agua inhiben la secreción de bilis hepática.

La presión de la vía biliar después de la colecistectomía es de 4 a 16 cms. de agua, la presión del cístico es de 1 a 8 cms. de agua, la presión de la vesícula al cístico se encontró de 11 a 20 cms. de agua, la resistencia de la unión colédocoduodenal se encontró de 6 a 22 cms. de agua.

El control del vaciamiento de la vesícula biliar se lleva a cabo por acción de una hormona llamada COLECISTOCININA-PANCREATOZIMINA (cck-pz), la cual se encuentra formada por 33 aminoácidos y al parecer actúa sobre las fibras musculares de la vesícula y del Esfínter de Oddi y sobre el páncreas, provocando la secreción de enzimas pancreáticas, la cck-pz es secretada por las células mucosas del duodeno, siendo el principal estímulo para su secreción la presencia en el duodeno de ácidos grasos de más de 10 átomos de carbono. Su secreción también se ha visto incrementada por el triptófano, fenilalanina, calcio e hidrógeno. Otras funciones de la cck-pz es aumentar la acción de la secretina para producir un jugo pancreático alcalino, también inhibe el vaciamiento gástrico, ejerce un efecto trófico sobre el páncreas, --

aumenta la acción de la enterocinasa y puede reforzar la motilidad del intestino delgado y cólon

La acción de la acetil colina sobre la contracción de la vesícula ha sido ampliamente discutida, por ejemplo: cuando se estimula eléctricamente el tronco vagal derecho en el gato, durante un lapso de 10 minutos, se encontró que aumentó la presión dentro de la vesícula biliar y hubo un incremento de la cck-pz por lo que se concluye, que existe una interacción nerviosa-hormonal; así mismo se ha observado que aumenta el tamaño de la vesícula después de la vagotomía truncal y disminuye en un 80 % la contracción de la vesícula después de inyectar cck-pz, así mismo es conocida la formación de litos en la vesícula post vaguectomía.

FISIOPATOLOGIA

TIPOS DE CALCULOS

Hasta hace poco tiempo la clasificación de los cálculos biliares se basó en aspectos morfológicas, los estudios analíticos, utilizando procedimientos químicos y cromatográficos son de valor muy limitado, por la incapacidad de solubilizar los componentes. Un avance definitivo se ha logrado con técnicas de espectroscopía con rayos infrarojos y difracción de Rayos X. (1,2,3,4).

Los cálculos varían en su composición dependiendo del área geográfica; en Suecia, Alemania y Australia, son muy paucos; en Sudáfrica contienen mucho menos colesterol y más carbonato; En Kuwait los cálculos tienen gran cantidad de palmitato y en la India un exceso de fosfato de calcio. No existen diferencias en relación con la edad, pero el sexo femenino tiene más colesterol, y el masculino mucho más palmitato de calcio y algo más de carbonato de calcio. La clasificación visual de los cálculos permite diferenciar cálculos pigmentarios de colesterol o mixtos, este procedimiento parece ser valioso según lo confirman estudios químicos (4); los cálculos llamados mixtos llegan a contener hasta un 70 % de colesterol; el colesterol se puede encontrar en cualquiera de sus tres formas: monohidratado, anhidro y

como colesterol 11; el carbonato de calcio (valerita, argonita, calcita), constituye el 15 % del peso seco del cálculo, mientras que el palmitato de calcio el 6 %, otros compuestos pueden encontrarse en proporciones menores: Apatita, cloruro de sodio y ácido palmítico.

Los cálculos pigmentarios pueden dividirse de acuerdo con la presencia o ausencia de carbonato de calcio, contienen además metales pesados, proteínas, fosfato de calcio y magnesio, carbonatos y sulfatos, jabones de ácidos grasos. Su contenido de bilirrubina (7 %), sales biliares (3 %) y colesterol (90 %) (4). Más de la mitad del peso del cálculo es de compuestos insolubles en compuestos orgánicos; ésto es particularmente cierto en las piedras amorfas negras el pigmento en su mayoría es bilirrubinato de calcio, pero también en otros pigmentos pueden ser importantes, destacando los polimeros de polipirrólicos (6,7), complejos de bilirrubina, metáles, derivados del grupo Heme, excretados por la bilis en estados hemolíticos (7), y los pigmentos que se acumulan en el hígado durante la esquistosomiasis. Los cálculos de colesterol, probablemente no existen; estudios recientes han demostrado que contienen cantidades variables de calcio, magnesio, fósforo, aluminio, cobre, sodio y titanio (5), el origen de éstos compuestos y la forma de como alcanzan la bilis se desconoce.

En términos generales y con fines de simplificar podemos dividir los cálculos en: Puros de colesterol, pigmentarios y mixtos; los mixtos de colesterol constituyen el 80 % de los cálculos biliares, son rara vez mayores de 2 cms., pueden ser múltiples, redondos o fascetados como resultado de la presión ejercida por cálculos adyacentes, su superficie puede ser lisa o rugosa y si contienen calcio pueden ser radiopacos.

Los cálculos puros de colesterol representan el 15 % de todos ellos, su tamaño puede llegar hasta 4 cms. son redondeados, con superficie nodular o lisa, generalmente son solitarios y como no contienen calcio (pequeñas proporciones) no suelen observarse en las placas simples de abdomen.

Los cálculos pigmentarios, constituyen el 5 % restante de todos los cálculos, suelen ser múltiples, de color oscuro, pequeños de menos de 0.5 cms., generalmente de superficie irregular y de consistencia firme.

FORMACION Y COMPOSICION DE LA BILIS

La formación de la bilis se lleva a cabo en el hepatocito, célula cuyo funcionamiento aún no se encuentra del todo comprendido, tiene la forma de un dodecahedro y mide al rededor de 25 micras como diámetro promedio. Las modificaciones estructurales básicas comparadas con el animal primitivo, son pocas, a pesar de la capacidad y sofisticación del funcionamiento. La secreción diaria de bilis es al rededor de 800 a 1,000 c.c. en 24 Hrs., se almacena en la vesícula y se concentra mediante la absorción de agua hasta en 10 veces, la bilis se compone de cuatro substancias: agua, colesterol, pigmentos biliares y sales biliares; el agua comprende el 97 %, las sales biliares del 1 al 2 %, el resto se encuentra constituido por pequeñas cantidades de pigmento biliar, colesterol, ácido glucorónico, grasas, jabones, ácidos grasos, lecitina, sulfatos solubles e insolubles, fosfatos, mucina, albumina, gama globulina y otras proteínas plasmáticas.

Las sales biliares excretadas se componen principalmente de sales sódicas ácido cólico, éste último puede encontrarse como ácido taurocólico o glicocólico en su forma ya conjugada, los ácidos biliares son importantes ya que son los que mantienen al colesterol en estado micelar.

En la bilis hepática además de observar muchas otras--
substancias las cuales tambien se encuentran presentes en la
sangre tales como: estrógenos, andrógenos, vitaminas A B C,-
algunos elementos del complejo B y vitamina K, en la vesícu
la normal durante la concentración, se observan ciertos ele-
mentos como: agua, cloruros, bicarbonato; estando relativa--
mente aumentados las sales y los pigmentos biliares, ésto --
produce una bilis ácida, éste proceso se halla invertido en
la colecistitis y la bilis tiende a ser alcalina por aumen
to de agua, cloro y bicarbonato, con disminución de los áci-
dos biliares y pigmentos, alterándose la proporción de sales
biliares y colesterol, situación que favorece la formación -
de cálculos.

ANATOMIA PATOLOGICA

La inflamación de la vesícula biliar (colecistitis), - puede ser aguda o crónica, a menudo la reacción aguda se subdivide, fundándose en la gravedad de la reacción inflamatoria, en colecistitis aguda supurada y gangresosa. En ocasiones la colecistitis aguda se añade a la colecistitis crónica. Estos cuadros son en esencia, períodos variables de una enfermedad inflamatoria única, son muy frecuentes; y sólo ceden el lugar a la apendicitis, como causa de intervenciones quirúrgicas.

En la colecistitis aguda, la vesícula biliar suele estar aumentada de volumen, a menudo presenta color rojo vivo, o con manchas violáceas y verdinegras, por hemorragias subserosas y o necrosis. El revestimiento seroso a menudo está cubierto de fibrina; en las reacciones muy intensas, de exudado coagulado purulento neto. Al abrir la vesícula está llena y a presión de bilis turbia y opaca, que puede contener - fibrina, pus y sangre en abundancia, cuando el exudado es - pus, le llama empiema o piocolecisto, existe colelitiasis - hasta en 80 % de estos casos y a menudo el contenido de la - vesícula presenta arenilla, la pared vesicular está engrosada hasta duplicar el espesor normal, y tiene consistencia de presible como caucho, de la superficie de corte fluye líqui-

do de edema, exudado y sangre, la mucosa puede presentar hiperemia dispersa o completa en los casos benignos o en los casos más graves la superficie es recrótica y de color verde negra, también puede existir grandes úlceras que en ocasiones perforan la pared y pueden producir abscesos pericolecísticos o peritonitis generalizada.

Histologicamente las reacciones inflamatorias no son -- distintivas y presentan caracteres corrientes: Edema, infiltración de leucocitos, congestión vascular, formación de abscesos o necrosis; cuando la reacción inflamatoria complica se agrega insuficiencia circulatoria.

La reacción inflamatoria puede ceder y los neutrófilos son substituidos por eosinófilos, carácter patognomónico de la colesistitis subaguda, en otros casos se deposita calcio en pared vesicular que produce una vesícula calcificada o en porcelana.

Los caracteres morfológicos de la colecistitis crónica son muy variables. Puede tener un tamaño normal, aumentado o disminuido, el volumen del órgano depende del equilibrio -- entre la aparición de fibrosis parietal y el elemento de la obstrucción, la serosa suele ser lisa y brillante, pero a menudo está opacada por fibrosis subyacente y adherencias, al corte hay engrosamiento de la pared que rara vez excede 5 ve

ces lo normal, la superficie del corte es opaca y de color blanco grisáceo, en el caso no complicado de colecistitis la vesícula puede tener bilis mucuoide, el 90 % de los casos existen cálculos, la mucuosa suele estar conservada sin pérdida de pliegues, en otros casos cuando existe un factor que incremente la presión intravesicular los pliegues suelen estar aplanados con atrofia de la mucuosa.

En cuanto al grado de reacción inflamatoria es variable, en los casos más benignos solo se aprecian esparcidos linfocitos, células plasmáticas y macrófagos por debajo del epitelio cilíndrico de revestimiento, en los casos más desarrollados, suele existir aumento del tejido fibroso subepitelial y subseroso, acompañado de infiltración de mononucleares, en casos más avanzados la pared puede contener cicatrices fibrosas que borra la capa de músculo liso, hasta en un 90 % de los casos con inflamación crónica se descubren senos de Rokitsky Aschoff por herniación del epitelio de revestimiento.

MATERIAL Y METODO

En el Servicio de Cirugía General del Hospital General "Dr. Darío Fernández", del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), de la Ciudad de México, D.F., se llevó a cabo un estudio retrospectivo lineal, no experimental, de 50 pacientes sometidos a colecistectomía de Enero de 1983 a Noviembre de 1984, con los siguientes diagnósticos:

- a).- Colecistitis crónica litiásica
- b).- Colecistitis crónica alitiásica
- c).- Colecistitis Aguda
- d).- Hidrocolecisto, Picolecisto

Con la finalidad de indicarnos, los factores que contribuyen en la genesis de las complicaciones postoperatorias se recolectaron las siguientes variables, edad, sexo, tiempo de evolución del padecimiento (agudo, crónico), estudios de Laboratorio (Biometría Hemática, Química sanguínea, Tiempo de protombina), Estudios de Gabinete (placa simple colecistografía, Ultrasonografía), padecimientos concomitantes, Diagnósticos preoperatorios postoperatorio y Diagnóstico histopatológico, técnica quirúrgica (tipo de operación -- realizada, colangiografía transoperatoria, puntos de retención, sutura de lecho vesicular), evolución clínica (días de

inicio de vía oral, días de estancia hospitalaria), y complicaciones.

Todos los pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda, fueron intervenidos de urgencia dentro de las primeras - 24 Hrs. despues de haberse elaborado el diagnóstico.

R E S U L T A D O S

Se estudiaron 50 pacientes intervenidos quirúrgicamente de colecistectomía, la distribución por sexo mostró: 44 pacientes femeninos (88 %) y 6 pacientes masculinos (12 %), la edad varió de 17 a 64 años de la misma, con un promedio de edad de 41.2 años, siendo el mayor número de pacientes de la 4a. y la 6a. década de la vida, 20 pacientes (40 %) y 9 pacientes (18 %) respectivamente. TABLA No. 1

El estudio fué subdividido en dos grupos, dependiendo del tipo de presentación del padecimiento, agudo y crónico.- agudo 18 pacientes (36 %) y crónico 32 pacientes (64 %) TABLA No. 2 . La distribución por edad de cada subgrupo - fué más frecuente durante la 4a. década con 9 pacientes con 9 pacientes (49.95 %) y 4 pacientes (22.20 %) respectivamente, siendo la edad mínima de 17 años (masculino), y la edad máxima de 57 años, TABLA No. 3 y 4 . En la crónica -- fue más frecuente durante la 4a. y 5a. década de la vida, - (la 3a. década de la vida mostró igual número de pacientes que la 5a.), siendo esto de 12 pacientes (37.44 %) y de 7 pacientes (21.84 %) respectivamente; la edad mínima de presentación fue de 22 años y la máxima de 64 años TABLA No. 3- y 4.

Los estudios de Laboratorio mostraron en colecistitis-

crónica, hemoglobina por arriba de 10 grs. en el 100 % de los pacientes, Glucosa por arriba de 100 grs. por 100 ml. en 7 pacientes (21.84 %) y tiempo de Protombina porcentaje menor de 75 % en 3 pacientes (9.36 % TABLA No. 5

Los estudios de Laboratorio mostraron en la colecistitis aguda; leucocitos por arriba de 10,00 pr mm cúbico en 10 pacientes. (55.55 %), Glucosa pr arriba de 100 mgrs. por 100 ml. en 4 pacientes (22.20 %) y tiempo de protombina menor del 50 % en 1 paciente (5.55 %). TABLA No. 6

Los estudios de gabinete empleados en colecistitis crónica fueron: colecistografía en 23 pacientes (71.76%), ultrasonografía en 5 pacientes (15.60 %) y ambos en 4 pacientes (12.48 %). TABLA No. 7

Los estudios de gabinete empleados en colecistitis crónica fueron: Placa simple de abdomen en 10 pacientes (55.50 %), y ultrasonografía en 8 pacientes (44.00 %). TABLA No. 7

Dentro de los padecimientos concomitantes a la intervención quirúrgica de mayor relevancia por su gravedad encontramos los siguientes en colecistitis crónica; Insuficiencia coronaria en 1 paciente (3,12%), Trastornos del ritmo portando marcapaso 1 paciente (3.12%), Diabetes Mellitus, más epilepsia tipo gran mal en 1 paciente (3.12%) ; en total 8 pacien-

tes con padecimientos concomitantes (24.96%), con 24 pacientes sanos (74.88%). En colecistitis aguda, los padecimientos de mayor relevancia fueron: Cáncer epidermoide de útero en 1 paciente (5.55 %), en total 7 padecimientos concomitantes en 7 pacientes (38.85%), pacientes sanos 11 (61.05%)

TABLA No. 8

En la correlación diagnóstica, encontramos: En diagnóstico clínico preoperatorio, colecistitis crónica en 29 pacientes (90.48 %). Colecistitis crónica más coledocolitiasis en 3 pacientes. (9.36%), diagnóstico Postoperatorio fue el siguiente: Colecistitis crónica litiásica 19 pacientes - (59.28%), Colecistitis crónica alitiásica en 9 pacientes -- (28.08%) y Colecistitis crónica mas coledocolitiasis en 4-pacientes (12.48%). En los Diagnósticos Histopatológicos, como aspectos mas relevantes encontramos un caso de Colecistitis aguda y crónica litiásica. (3.12%), Adeniosis en 1 paciente (3.12%) y Colecistitis inespecífica en 1 paciente (masculino) (3.12%). TABLA No. 9

En colecistitis aguda el diagnóstico preoperatorio - fue: Colecistitis aguda en 12 pacientes (66.60%), piocolgisto en 6 pacientes. (33.30%); Diagnóstico Postoperatorio encontramos como padecimiento asociado, Hígado Cirrótico en 1 paciente (5.55%), Absceso del Lóbulo superior derg

cho en 1 paciente (5.55 %), metástasis de Ca. Epidermóide de útero en 1 paciente (5.55 %), Úlcera perforada y sellada de curvatura menor de estómago en 1 paciente (5.55 %). (paciente con diagnóstico Histopatológico de colecistitis crónica). Diagnósticos Histopatológicos, encontramos Colecistitis aguda y crónica en 12 pacientes. Colecistitis crónica en 4 pacientes (22.20 %) y colecistitis aguda ulcerada en 1 paciente (5.55 %), corroborándose los diagnósticos de Metástasis - de Ca. epidermóide primario de útero a hígado y cirrosis macro y micronodular. TABLA No. 9

Dentro de la técnica quirúrgica se realizaron: Colecistectomía simple en 28 pacientes de cirugía electiva (87.36%) y en 16 pacientes de cirugía de urgencia (88.90 %), 4 coledocotomías con exploración de vías biliares en cirugía electiva (12.48 %); en cirugía de urgencia en 1 paciente se realizó vagotomía, piloroplastia y colecistectomía (5.55 %), también se realizó colecistectomía, exploración de vías biliares y duodenotomía en 1 paciente (5.55 %) Se efectuó sutura de lecho vesicular en 24 pacientes en cirugía electiva (74.88%) y 7 pacientes en cirugía de urgencia (38.85%). Se colocaron puntos de retención en 7 pacientes en cirugía electiva (21.84%) y en 3 pacientes en cirugía de urgencia (16.65 %). TABLA No. 11. Se realizaron colangiografía transoperatoria en 29 pa--

cientes electivos (90.48 %) y en 14 pacientes en cirugía de urgencia (77.40 %) TABLA No. 12

Respecto a evolución clínica mayor tiempo de estancia en pacientes sometidos a colecistectomía de urgencia que en la -- electiva, así como el inicio de la vía oral más tardío en la de urgencia. TABLA No. 13

Las complicaciones postoperatorias fueron mayores en la cirugía de urgencia, 6 pacientes (33.30 %), en la electiva -- se presentaron 3 complicaciones (9.33 %), siendo más significativas las electivas por presentarse de 4 coledocolitiasis, 2 pacientes con cálculos residuales (50 %). TABLA No. 14

TABLA No. 1

COMPLICACIONES DE LA OPERACION COLECISTECTOMIA

Distribución por Sexo

	No. de Pacientes	Porcentaje
Masculino	6	12 %
Femenino	44	88 %
T o t a l	50	100 %
Edad Mínima	17 años	
Edad Máxima	64 años	

Hospital General
"Dr. Darío Fernández"
I.S.S.S.T.E.
1983 - 1984

TABLA No. 2

COMPLICACIONES DE LA OPERACION COLECISTECTOMIA

Tipo de Presentación del Paciente

Diagnóstico	No. Pacientes	Porcentaje
Aguda	18	36 %
Crónica	32	64 %
T o t a l	50	100 %

Hospital General

" Dr. Darío Fernández "

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

1983 - 1984

TABLA No. 3

COMPLICACIONES DE LA OPERACION COLECISTECTOMIA

Distribución por Sexo y Edad de Presentación

	No. de Pacientes		Porcentaje	
	Aguda	Crónica	Aguda	Crónica
Masculino	5	1	27.75 %	3.12 %
Femenino	13	31	72.25 %	96.72 %
T o t a l	18	32	100.00 %	100.00 %
Edad Mínima	17 años	22 años		
Edad Máxima	57 años	64 años		

Hospital General " Dr. Darío Fernández "

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

1983 - 1984

TABLA No. 4

COMPLICACIONES DE LA OPERACION COLECISTECTOMIA

Distribución por Edad y Tipo de Presentación del Padecimiento

Década	No. de Pacientes		Porcentaje	
	Aguda	Crónica	Aguda	Crónica
10 - 19	1	0	5.55 %	0.00 %
20 - 29	1	7	5.55 %	21.84 %
30 - 39	9	12	49.95 %	37.44 %
40 - 49	3	7	16.65 %	21.84 %
50 - 59	4	3	22.20 %	9.36 %
60 - 69	0	3	0.00 %	9.36 %
T o t a l	18	32	100.00 %	100.00 %

Hospital General " Dr. Darío Fernández "

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

1983 - 1984

TABLA No. 5

COMPLICACIONES DE LA OPERACION COLECISTECTOMIA

Estudios de Laboratorio

Hemoglobina por 100 ml.	No. de Pacientes	Porcentaje
10.1 a 12 grs.	3	9.36 %
12.1 a 15 grs.	22	68.64 %
15.1 a más grs.	7	21.84 %
T o t a l	32	100.00 %

Glucosa mgrs. por 100 ml.

0 a 50 mgrs.	3	9.36 %
51 a 100 mgrs.	22	68.64 %
101 a 150 mgrs.	5	15.60 %
151 a 200 mgrs.	1	3.12 %
201 a más mgrs.	1	3.12 %
T o t a l	32	100.00 %

Tiempo de Protombina %

50 a 75 %	3	9.36 %
76 a 100 %	25	78.00 %
No Determinado	4	12.48 %
T o t a l	32	100.00 %

Colecistitis Crónica

Hospital General
 "Dr. Darío Fernández"
 I.S.S.S.T.E.
 1983 - 1984

TABLA No. 6

COMPLICACIONES DE LA OPERACION COLECISTECTOMIA

Estudios de Laboratorio

Leucocios por mm Cúbico	No. de pacientes	Porcentaje
5,000 a 10,000	7	38.85 %
10,001 a 12,500	3	16.65 %
12,501 a 15,000	4	22.20 %
15,001 a 17,500	2	11.10 %
17,501 a 20,000	1	5.55 %
No Determinado	1	5.55 %
T o t a l	18	100.00 %

Glucosa mgrs. por 100 ml.

51 a 100 mgrs.	11	61.05 %
101 a 150 mgrs.	4	22.20 %
No Determinado	3	16.65 %
T o t a l	18	100.00 %

Tiempo de Protombina %

0 a 50 %	1	5.55 %
51 a 75 %	4	22.20 %
76 a 100 %	7	38.85 %
No Determinado	6	33.30 %
T o t a l	18	100.00 %

Colecistitis Aguda

Hospital General
 "Dr. Darío Fernández"
 I.S.S.S.T.E.
 1983 - 1984

TABLA No. 7

COMPLICACIONES DE LA OPERACION COLECISTECTOMIA

Estudios de Gabinete

	No. de Pacientes		Porcentaje	
	Aguda	Crónica	Aguda	Crónica
Placa Simple de Abdomen	10		55.50 %	
Ultrasonografía	8	5	44.00 %	15.60 %
Colecistografía		23		71.76 %
Colecistografía más Ultrasonografía		4		12.48 %
T o t a l	18	32	100.00 %	100.00 %

Método Diagnóstico Elaborado

Hospital General
 "Dr. Darío Fernández"
 I.S.S.S.T.E.
 1983 - 1984

TABLA No. 8

COMPLICACIONES DE LA OPERACION COLECISTECTOMIA

Padecimientos Concomitantes

	No. de Pacientes		Porcentaje	
	Aguda	Crónica	Aguda	Crónica
Hipertensión Arterial Sistémica	1	1	5.55 %	3.12 %
Insuficiencia Coronaria		1		3.12 %
Trastornos del Ritmo (con Marcapaso)		1		3.12 %
Diabetes Mellitus mas Epilepsia Gran Mal		1		3.12 %
Hipertensión Arterial mas Alcoholismo Crónico		1		3.12 %
Insuficiencia Vnosa Grado II		1		3.12 %
Diabetes Mellitus	1	1	5.55 %	3.12 %
Diabetes Mellitus mas Hipertensión Arterial		1		3.12 %
Artritis Reumatoide	1		5.55 %	
Alcoholismo Crónico	1		5.55 %	
Ca Cu Epidermoide de Utero	1		5.55 %	
Ulcera Duodenal	1		5.55 %	
Infección de Vías Urinarias	1		5.55 %	
Sanos	11	24	61.05 %	74.88 %
T o t a l	18	32	100.00	100.00 %

Hospital General "Dr. Darío Fernández"

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

1983 - 1984

TABLA No. 9

COMPLICACIONES DE LA OPERACION COLECISTECTOMIA

Diagnóstico Clínico Preoperatorio

	No. de Pacientes	Porcentaje
Colecistitis Crónica	29	90.48 %
Colecistitis Crónica más Coledq colitiasis	3	9.36 %
T o t a l	32	100.00 %

Diagnóstico Postoperatorio

Colecistitis Crónica Litiasica	19	59.28 %
Colecistitis Crónica Alitiasica	9	28.08 %
Colecistitis Crónica más Coledq colitiasis	4	12.48 %
T o t a l	32	100.00 %

Diagnóstico Histopatológico

Colecistitis Crónica Litiasica	15	46.80 %
Colesterosis más Litiasis	5	15.60 %
Colecistitis Aguda y Crónica Litiasica	1	3.12 %
Colecistitis Crónica Alitiasica	6	18.72 %
Colecistitis Crónica Inespecifica	1	3.12 %
Adenomiosis	1	3.12 %
No Reportada	3	9.36 %
T o t a l	32	100.00 %

Hospital General
"Dr. Darío Fernandez"
I.S.S.S.T.E.
1983 - 1984

TABLA No. 10

COMPLICACIONES DE LA OPERACION COLECISTECTOMIA

Diagnóstico Clínico Preoperatorio

	No. de Pacientes	Porcentaje
Colecistitis Aguda	12	66.60 %
Piocollecisto	6	33.30 %
T o t a l	18	100.00 %

Diagnóstico Postoperatorio

Piocollecisto	3	16.65 %
Vesícula Necrosada y Perforada	1	5.55 %
Hidrocolecisto	8	44.40 %
Hígado Cirrótico y Macronodular	1	
Absceso Hepático Lóbulo Sup. Der.	1	
Mets. Hepáticas de Ca Epidermóide	1	
Vesícula con Paredes Edematosas y Adherencias Múltiples	5	27.85 %
Úlcera Péptica de Curvatura Menor Perforada y Sellada	1	
Sin Hallazgos	1	5.55 %
T o t a l	18	100.00 %

Diagnóstico Histopatológico

Colecistitis Aguda y Crónica	12	66.60 %
Cirrosis Hepática Micro y Macro nodular Activa	1	
Ca Epidermóide Primario de Utero	1	
Colecistitis Crónica	4	22.20 %
Colecistitis Aguda Ulcerada	1	5.55 %
No Reportada	1	5.55 %
t o t a l	18	100.00 %

Hospital General
 "Dr. Darío Fernández"
 I.S.S.S.T.E.
 1983 - 1984

TABLA No. 11

COMPLICACIONES DE LA OPERACION COLECISTECTOMIA

	Operación Realizada		Porcentaje	
	No. de Pacientes			
	Urgencia	Electiva	Urgencia	Electiva
Colecistectomía Simple	16	28	88.90 %	87.36 %
Colecistectomía más Exploración de Vías Biliares Coledocotomía		4		12.48 %
Colecistectomía más Exploración de Vías Biliares Coledocotomía y Duodenotomía	1		5.55 %	
Colecistectomía más Vagotomía y Piloroplastía	1		5.55 %	
Con Sutura del Lecho Vesicular	7	24	38.85 %	74.88 %
Sin Sutura del Lecho	9	7	49.85 %	21.84 %
No Determinado	2	1	11.10	3.12 %
Con Puntos de Retención	3	7	16.65 %	21.84 %
Sin Puntos de Retención	9		49.95 %	
No Especificado	6	25	33.40 %	78.00 %
T o t a l	18	32	100.00 %	100.00 %

Hospital General "Dr. Darío Fernández"
I.S.S.S.T.E. 1983-1984

TABLA No. 12

COMPLICACIONES DE LA OPERACION COLECISTECTOMIA

Colangiografía Transoperatoria

	No. de Pacientes		Porcentaje	
	Urgencia	Electiva	Urgencia	Electiva
Normal	14	25	77.40 %	78.00 %
Anormal		4		12.48 %
No se Realizó	3	3	16.65 %	9.36 %
No Determinada	1		5.55 %	
T o t a l	18	32	100.00 %	100.00 %

No se realizó Colangiografía por encontrar Vía Biliar macroscópicamente normal.

Hospital General
 "Dr. Darío Fernández"
 I.S.S.S.T.E.
 1983 - 1984

TABLA No. 13

COMPLICACIONES DE LA OPERACION COLECISTECTOMIA

Evolución Clínica

Inicio de la vía Oral

Electiva 1.4 días promedio

Urgencia 2.3 días promedio

Estancia Hospitalaria

Electiva 5.7 días promedio

Urgencias 8.4 días promedio

	Días Máximos	Días Mínimos	No. de Pacientes
Electiva	12	4	32
Urgencias	26	4	18
T o t a l			50

Hospital General

"Dr. Darío Fernández"

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

1983 - 1984

TABLA No. 14

COMPLICACIONES DE LA OPERACION COLECISTECTOMIA

Cirugía de Urgencia

	No. de Pacientes	Porcentaje
Fístula Biliar Externa	1	5.55 %
Infección de Herida Quirúrgica	1	5.55 %
Eventración	2	11.10 %
Dehiscencia de Piel y Tejido Celular	1	5.55 %
Hernia Postinsiccional	1	5.55 %
Sin Complicaciones	12	66.60 %
T o t a l	18	100.00 %

Cirugía Electiva

Cálculos Residuales	2	6.22 %
Granuloma de Pared	1	3.11 %
Sin Complicaciones	29	91.77 %
T o t a l	32	100.00 %

Hospital General
 "Dr. Darío Fernández"
 I.S.S.S.T.E.
 1983 - 1984

D I S C U S I O N

Los cirujanos solemos pensar que la cirugía del árbol Biliar extrahepático ha progresado netamente, desde que se efectuó la primera intervención planeada en la vesícula biliar, una colecistectomía realizada por J. Marion Sims en 1878, el paciente falleció de Hemorragia postoperatoria. Sin embargo a pesar de que la mayor parte de Cirujanos tiene amplia experiencia en estos tipos de intervenciones la morbilidad y mortalidad continúan siendo elevadas. Gran parte de la morbilidad depende de factores como la edad avanzada y padecimientos concomitantes, sin embargo hay un gran número de complicaciones inherentes a errores técnicos o de juicio.

En el estudio que nosotros realizamos, encontramos que las complicaciones presentadas fueron diferentes y de acuerdo al tipo de manejo establecido, pudiendose dividir en dos secciones, la primera: secundarias a colecistectomía de urgencia y la segunda: a colecistectomía electiva

De la cirugía de urgencia, observamos sobre todo complicaciones menores relacionadas con el estadio de la enfermedad y padecimientos concomitantes, las cuales son mencionadas por diferentes autores y varía del 10 al 15 % en pacientes sometidos a colecistectomía (23). Existió una re

lación clara entre la cirrosis hepática y colecistectomía - con los trastornos de la cicatrización y postoperatorio torpido siendo un indicador confiable de la insuficiencia hepática el tiempo de protombina como lo han mencionado algunos autores (19-22).

Así mismo es conocida la alta precuencia de colonización bacteriana sobre todo aerobios de la vesícula biliar en el padecimiento agudo y la probabilidad de infección de la herida quirúrgica. (18).

Otro factor a considerar y que a la vez es un argumento para algunos autores que se oponen al manejo de urgencia de la colecistitis aguda es el error diagnóstico, lo cual fué - observado en nuestro estudio, sin embargo, en pacientes sometidos a tratamiento conservador, es frecuente la interrupción del mismo, factor que incrementa el riesgo quirúrgico. (20 - 23).

Respecto a la cirugía electiva, las complicaciones observadas correspondieron sobre todo a errores técnicos y de juicio, presentándose el 50 % de cálculos residuales en pacientes sometidos a colecistectomía con exploración de vías biliares, siendo reportada en la literatura mundial tal situación hasta en el 4.6 % (24).

Sin embargo éste estudio no es significativo, debido al número de pacientes sometidos a dicha técnica, y sí es alentador la ausencia de otro tipo de complicaciones inherentes a edad avanzada y padecimientos concomitantes aceptada por la literatura mundial hasta en un 10 % (21).

Es evidente que la cirugía electiva, disminuye la estancia hospitalaria y permite al paciente una incorporación temprana a la vida activa.

R E S U M E N

Se llevó a cabo un estudio lineal retrospectivo no experimental, del 50 pacientes tomados al azar de 111 pacientes sometidos a colecistectomía durante el lapso comprendido de Enero de 1983 a Noviembre de 1984, en el servicio de Cirugía General del Hospital General "Dr. Darío Fernández" del ISSSTE, de la Ciudad de México., D.F.; con la finalidad de obtener información acerca de las complicaciones postoperatorias presentadas.

Los pacientes fueron subdivididos de acuerdo al tipo de intervención realizada, en pacientes sometidos a colecistectomía de urgencia y electiva.

Para la obtención de correlación de las complicaciones, se estudiaron las siguientes variables, edad, sexo, edad -- máxima y mínima de presentación del padecimiento, estudios de laboratorio significativos, métodos de gabinete empleados en su diagnóstico, padecimientos concomitantes, Diagnósticos preoperatorio, postoperatorio e Histopatológico, aspectos relevantes de la técnica quirúrgica (sutura del lechovesicular, puntos de retención, operación realizada y elaboración de colangiografía transoperatoria), evolución clínica (días promedio de inicio a la vía oral, días promedio de

estancia hospitalaria) y complicaciones postoperatorias presentadas

C O N C L U S I O N E S

- 1.- Es conveniente recordar que la cirugía sobre vías biliares, sólo ofrece una oportunidad, las intervenciones incrementan notablemente la morbiortalidad.
- 2.- La colecistectomía debe ser realizada en cuanto se establece el diagnóstico de su afección, si no existen contraindicaciones absolutas.
- 3.- La colangiografía transoperatoria debe ser realizada sistemáticamente, y de existir dudas emplear otro tipo de métodos como la coledoscopia.
- 4.- En la colecistectomía la sutura del lecho vesicular debe ser realizada, suprimiendo superficies cruentas las cuales pueden producir procesos adherenciales o escape de bilis, hechos que pueden motivar una nueva intervención.

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

- 1.- Spertein, M.D., Jayko M.E., Chaikoff I.L. and Dauben W.G.
Nature of Metabolic Products. of C 14 Cholesterol excreted in Bile and Feces.
Proc. Exper. Biol. E. Med. 81 720-24 1952.
- 2.- Ruiz L.J., Calva L.D., Hill J.J., Servin F.H., Cultivo y antibiograma de bilis en 59 pacientes con colecistitis - crónica litiasica.
Rev. Médica de Hospital General 42 (7) 286-89 Julio de - 1979.
- 3.- Lerdo T.A., Briones E., Guzman Ma. L., Lerdo T.E., Karchmer S., Comparación entre determinación de alfa tipo proteína por electroforesis y centrifugación.
Rev. Médica del Hospital General (42) (7) 290-91 Julio-de 1979.
- 4.- Pearlmon B.J., Marks J.W., Bonorris G.G. Schoenfield, --
Gallstone dissolution a Progress Report.
Clínica Gastroenterology 8 (1) 123-40 Jan 1980.
- 5.- Schaler A., Wris H.J., J. Tupais. A New Animal Model for Gallstone Research.
Res. Exp. Med. (Berl.) 176 157-74 1980
- 6.- Juan C.D., Zagagoya, Hugo Castañeda, Estudio de un caso

de Hiperbetalipoproteína familiar.

Actualidades de temas bioquímicos UNAM 15-29 1979.

- 7.- Fevery J., Van Damme, Michiels B., Croote R., Bilirri--
bun conjugates in bile man and rate in the normal state--
and liver disease.
J. Clin. Investigation 51- 2482-92 Sop. 1979.
- 8.- Maingot R.M.D. Abdominal Operations.
Appleton-Century-Crofts New York 1980.
- 9.- Sodeman y Sodeman. Fisiopatología Clínica.
Interamericana México 1976.
- 10.- Nathaniel M. Matolo, Wayne W. Lamorte, Dr. Bruce M. Wolfe
Clínicas quirúrgicas de Norteamérica.
Interamericana México 1981 vol. 4.
- 11.- Mitchell L., Henry M.D. y Larry C. Carey M.D.
Complicaciones de la colecistectomía
Clínicas Quirúrgicas de Norte américa Vol. 6 1189-200 1983.
- 12.- Dr. Favis Christopher Tratado de Patología Quirúrgica.
Interamericana México 1980.
- 13.- Dr. Howard M. Spiro Gastroenterology Clinic.
Interamericana 1980.

- 14.- L. Testut, O, Jacob, Anatomía Topográfica.
Salvat 1979.
- 15.- Najarian D. Cirugía de hígado Páncreas y Vias Biliares.
Editorial científica médica Barcelona 1978.
- 16.- Paul F. Nora Cirugía General Principios y Técnicas.
Salvat Editores S.A. Mallorca Barcelona España.
- 17.- Dr. Stanley L. Robbins. Patlogia Estructural y Funcional.
Interamericana México 1975.
- 18.- L.F. Martin, S.H. Zipper, J. Kagan Bacteriology of the -
Human Gallbladder in Cholelithiasis And Cholecystitis.
American Surgeon 49: 151- 154 1983.
- 19.- Seymour I. Schartz M.D. Biliary Tract Surgery And Cirrho
sis, A critical combinatio.
Surgery 577-86 October 1981.
- 20.- Robert E. Hermann M.D. A Plea for safer technique of cho
lecystectomy.'
Surgery Pag 609-11 June 1976 Vol. 79 No. 6.
- 21.- L. Boquist, L. Bergdahl, A. Andersson, Mortality follo--
wing Gallbladder Surgery A study of 3,257 Cholecystecto-
mies.
Surgery Vol 71 No. 4 Pags. 616-24 Abril 1972

22.- Gerard V., Aranka M.D., Stephen J. Sontag M.D., Herbert
B. GREENLEE M.D.

Cholecystectomy in Cirrhotic patients: A Formidable operation.

The American Journal of Surgery Vol 143 Pags. 55-60 -
January 1982.

23.- Heikky J. Jarvinen M.D., Junno Hastbacka M.D.

Early cholecystectomy for acute cholecystitis.

Ann. Surgery Vol 194 No. 4 Pags. 501-05 Abril 1983.

24.- Glenn F., Retained calculi within the biliary ductal
system.

Ann. Surgery 179: 528-539 1974.