

11209
1
201



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
The American British Cowdray Hospital

COLECISTITIS ALITIASICA

TESIS DE POSGRADO

Para obtener el titulo en la Especialidad de

CIRUGIA GENERAL

p r e s e n t a

DR. ARTURO ACEVEDO MUNDO

Director: Dr. Jorge Solís Manjarrez



México, D. F.

1992

TESIS CON
FALTA DE PAGOS



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.

C O N T E N I D O

	pag.
Indice.....	3
Introducción.....	4
Justificación.....	6
Objetivos.....	7
Historia.....	8
Anatomía y Fisiología Biliar:	
-Anatomía.....	12
-Fisiología.....	14
Generalidades.....	16
-Anatomía Patológica.....	17
-Presentación clínica.....	17
-Diagnóstico.....	18
Material y Método.....	21
Resultados y Análisis.....	23
Conclusiones.....	28
Bibliografía.....	30

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

En la literatura mundial se destaca que de todas las colecistopatías, solamente en el 2 al 10% de los casos se presenta la colecistitis alitiásica.

Se han definido dos corrientes para tratar de resolver el problema que plantea el paciente que cursa con una colecistitis alitiásica: la primera es el tratamiento médico conservador a base de dietas y medicamentos, y la segunda es el tratamiento quirúrgico, el cual va encaminado a practicar colecistectomía para el tratamiento definitivo de los síntomas agudos.

Los defensores del tratamiento conservador aducen que — cuando se sospecha de una colecistopatía crónica, en la mayoría de los casos la sintomatología procede de otros aparatos, v.gr. gastrointestinales (estreñimiento crónico, colon irritable, úlcera péptica), psicógenos, nefrolitiasis, etc.; y si se agregan las fallas de colecistografía, ultrasonido, etc., se practicará en el paciente una cirugía innecesaria, riesgosa e inútil, ya que la sintomatología persistirá en caso de falso diagnóstico.

Por otra parte, la corriente quirúrgica se fundamenta en un correcto diagnóstico preoperatorio basado en una historia clínica cuidadosa y completa y apoyada con estudios de gabinete como la colecistografía oral, el ultrasonido y la centellografía con HIDA, así como en el diagnóstico histopatológico, donde se identifica el patrón infiltrativo linfocítico en las paredes vesiculares, de tal modo que una vez realizada la operación, se tendrá éxito en la resolución del problema vesicular.

La corriente quirúrgica menciona además el riesgo que existe en estos pacientes, de que la colecistitis aguda prosi-

ga su curso sin resolución hasta hacerse crónica, pudiendo -- entonces agudizarse y presentar complicaciones como el pío-- colecisto o la gangrena de la pared vesicular, lo que aumen-- taría considerablemente la morbi-mortalidad en estos pacien-- tes no operados; con base en esto, propone no solo la cirugía como tratamiento, sino la intervención en un lapso breve desde el momento en que se diagnostique el problema.

En el presente estudio abordaremos el tema desde el pun-- to de vista quirúrgico, analizando los resultados en los pa-- cientes colecistectomizados debido a colecistitis alitiásica en el Hospital A.B.C. (American British Cowdray) en los últi-- mos cinco años, tratando de demostrar que el tratamiento qui-- rúrgico es la mejor opción para que concluyan los síntomas -- de los pacientes con esta patología, lo que se traduciría en menor tiempo de incapacidad y una mayor productividad del in-- dividuo en la sociedad.

J U S T I F I C A C I O N

La demanda de los pacientes que asisten a la consulta en busca de curación de su enfermedad, particularmente aquellos en los que se detecta que cursan con una colecistopatía de -- tipo alitiásico, justifica plenamente el desarrollo de cual-- quier esfuerzo que intente definir un tratamiento que resuelva su problema.

Además --como se mencionó anteriormente--, la temprana detección de esta patología, así como el establecimiento de un protocolo de diagnóstico y manejo del paciente, con el tiempo deberá impedir la presencia de complicaciones tales como el -- piocolecisto, la perforación vesicular y la peritonitis con-- secuente.

Por todo lo anterior, es posible ayudar al paciente con una intervención quirúrgica que redundará en el beneficio de su salud y en el ahorro del tiempo en el manejo intrahospitalario, ya que actualmente se encuentra en auge el procedimiento de colecistectomía laparoscópica, que reduce notablemente el tiempo de internamiento y el dolor postoperatorio.

En 1948 se celebró el Primer Congreso Panamericano de -- Gastroenterología, donde se estableció que el tratamiento de la colecistitis alitiásica es el quirúrgico. Desde entonces -- nadie ha podido comprobar lo contrario.

Finalmente, pero no por ello menos importante, se destaca el hecho social de que dentro de la Medicina Institucional (SSA, IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc.), se ha establecido que al -- país le proporciona una disminución de los días de incapaci-- dad de los trabajadores, debido a que se reintegran más pronto a la actividad productiva, lo que le significa un aumento de la producción Nacional.

O B J E T I V O S

- I. Demostrar que el tratamiento quirúrgico para la colecistitis alitiásica es superior al tratamiento médico conservador.
- II. Comparar los resultados obtenidos en el Hospital A.B.C. con los resultados obtenidos en otras series.
- III. Valorar los resultados obtenidos con una intervención quirúrgica temprana.
- IV. Demostrar que histopatológicamente se puede tener un porcentaje diagnóstico de colecistitis aguda alitiásica significativo.
- V. Concluir que la colecistitis alitiásica aguda y crónica debe ser tratada siempre con colecistectomía.

H I S T O R I A

La cirugía vesicular parece haberse iniciado en Gotinga en el año de 1802 con la intervención de F. Köning, en dos -- tiempos para el establecimiento de una fístula vesicular.

En el mismo año (1802), C. Langenbuch escindió por primera vez una vesícula en el Lazarus Krankenhaus Hospital de -- Berlín.

En 1844, Duncan describió el reporte de un caso fatal de colecistitis alitiásica perforada consecutiva a una cirugía -- de hernia femoral.

En 1868, el Dr. J.C. Bobbs en Indiana, E.U. practicó por primera vez en América una colecistectomía en forma inciden-- tal en una cirugía de resección de un quiste de ovario.

La primera resección vesicular deliberada se realizó en Estados Unidos en el año de 1886 en el St. Joseph Hospital -- por el Dr. J. Chage.

Bardelben jr. y H. Kole realizaron extensos estudios sobre cirugía de vías biliares (1896-1903).

William Mayo en Washington en 1903 publicó una estadística sobre la cirugía biliar, con una mortalidad del 2%.

Kocher (1905) realizó la técnica del despegamiento duodenopancreático (maniobra de Kocher).

Kehr (1912) diseñó la sonda en "T" para el drenaje coledociano.

Penrose (1919) ideó la sonda de caucho con fines de drenaje en el lecho subhepático.

Elalock (1921) recomendó la colecistectomía en forma sistemática para el tratamiento de la colecistopatía, cobrando -- un gran auge.

Graham (1924) introdujo la colecistografía oral.

En Julio de 1948 se llevó a cabo el Primer Congreso Panamericano de Gastroenterología en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, donde se revisó el tema de la Colecistitis No Calculosa. Uno de los expositores, el Dr. Crohn, afirmó que la colecistitis alitiásica no era muy frecuente, y que se había exagerado su importancia. El Dr. Bockus manifestó a su vez — que existían cálculos en más del 90% de los pacientes colecistectomizados por él. El Dr. Broders, después de subrayar la importancia del cuadro histopatológico de infiltración linfocitaria, de células plasmáticas, o de ambos elementos, estableció que en la Clínica Mayo se habían operado 11,078 vesículas biliares desde 1938 hasta 1947, y que de éstas, solamente el 7.5% fueron alitiásicas.

En 1960, Glenn introdujo la colangiografía endovenosa. Dos años después, en 1962, la modificó, desarrollando la técnica para la colangiografía percutánea transhepática.

Por otra parte, El Dr. Mirizzi reportó una serie donde encontró solo 60 casos de colecistitis alitiásica en 2000 colecistectomías practicadas, lo que representaba solamente el 3%.

Alessandri, que estudió sistemáticamente sus casos por necropsia, y poseía un criterio anatomopatológico bien definido, resumió sus experiencias de la siguiente forma: de 1386 exámenes de autopsia (1025 hombres y 361 mujeres), descubrió que 212 (15%) habían sufrido de enfermedad vesicular. Menos del 10% de estas fueron clasificadas como colecistitis alitiásica. Estableció además que la frecuencia de colecistitis acalculosa en una serie de pacientes vivos que constó de 721 co—

lecistectomías fue del 4.7%.

Amosti, Mena y Garay recopilaron los siguientes datos -- basados en sus dos últimos años de trabajo; de 367 operaciones sobre las vías biliares, solo en 28 se trataba de colecisto-- patías alitiásicas y solo 4 de estas podrían ser consideradas como ejemplos de colecistitis crónica no litiásica. Además en 3 de los 4 casos existían serios fundamentos para sospechar -- antecedentes de litiasis.

Todo lo anterior condujo a pensar a dichos autores que -- la colecistitis crónica acalculosa era en realidad la conse-- cuencia de la acción de los cálculos biliares que habían sido eliminados algún tiempo antes de practicar la colecistecto-- mía.

En 1950 en el Segundo Congreso Europeo de Asociaciones -- Nacionales de Gastroenterología celebrado en Madrid, uno de -- los temas a discutir era la patología no calculosa biliar. -- Mogená, que presidía la reunión dijo: " Es interesante ver -- con que frecuencia ha disminuído la colecistitis crónica ali-- tiásica con la adquisición de métodos más modernos de diagnós-- tico y mejores métodos de exploración. Tras de seguir a los -- enfermos que habían sido sometidos a la colecistectomía sin -- que se encontraran cálculos, hemos llegado a la conclusión de que, en la mayoría de los casos, el diagnóstico clínico era -- infundado y que la causa de la sintomatología se encontraba -- en otras partes, a veces lejos de la vesícula biliar".

Gallart-Monés, en su exposición acerca de la colecisti-- tis crónica acalculosa, subrayó que ésta era rara; en una se-- rie de 320 pacientes en los que se estableció un diagnóstico probable de colecistitis alitiásica, a 49 de ellos se les so-- metió a cirugía de colecistectomía, encontrando cálculos en -- 47 de ellos. De dichos hallazgos este autor catalán dedujo --

que el verdadero porcentaje de colecistitis crónica alitiásica no era superior al 4%. Según las estadísticas de varios cirujanos de Barcelona publicadas posteriormente, esta frecuencia fluctuaba entre el 2 y el 6%.

Es evidente, según se desprende de la experiencia de estos autores de América y Europa, que la colecistitis no calcúlosa explicaría un porcentaje relativamente pequeño (del 2 al 10% de los casos) de vesículas biliares enfermas que se en encuentran en el material quirúrgico en las autopsias.

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LAS VIAS BILIARES

ANATOMIA .

El tracto biliar comienza como una serie de delgados -- canaliculos formados por estructuras especializadas en la membrana celular de las células parenquimatosas hepáticas (hepatocitos). Continúan hacia los conductillos a través de una -- fila de células epiteliales cuboidales y se extienden a lo -- largo de los lobulillos hepáticos. Al unirse entre sí forman conductos interlobulillares, que drenan hacia los conductos -- hepáticos, situados uno en cada lóbulo hepático. Estos conduc -- tos, al fusionarse, forman el llamado conducto hepático común. La vesícula biliar es un apéndice del conducto hepático común con funciones de reservorio. La vesícula drena su contenido -- biliar a través del conducto cístico hacia la continuación -- del conducto hepático común llamado conducto colédoco, que -- finaliza su trayecto en la cara posterior de la segunda por -- ción del duodeno, en la región denominada ampula de Vater.

El conducto cístico usualmente mide de dos a cuatro cen -- tímetros, pero puede llegar a medir hasta seis centímetros. -- El conducto hepático común normalmente comienza desde 0.75 a 1.5 cm del hígado y mide de 2.0 a 3.5 cm de longitud. El co -- lédoco, en casi el 85% de los casos está recubierto parcial o totalmente de tejido pancreático en su cara posterior y en su porción más proximal al duodeno (es decir, más distal a su -- origen), éste es debido a que comparte su situación con el -- conducto pancreático en su desembocadura en el ampula de Va -- ter.

La vesícula biliar, que funciona como reservorio, tiene una capacidad de almacenaje de aprox. 50 cc. Las válvulas es -- pirales de Heister, situadas en la luz del conducto cístico ,

parecen actuar como una barrera que impide el reflujo hacia la vesícula y limita el flujo biliar en una sola dirección.

IRRIGACION.

Del tronco celiaco emerge la arteria hepática que va a dar origen a la arteria gástrica derecha y a la cística, que va a ser la que suministre principalmente la irrigación primordial al árbol biliar, junto con las hepáticas der. e izq.

Existen variaciones anatómicas considerables; en el caso de la arteria cística, solo el 50 a 60% de los pacientes presentan un trayecto normal. En el 20% de los casos existen vasos concomitantes paralelos, y en otro 20% existen vasos accesorios. En cuanto a la arteria hepática izquierda, ésta es reemplazada por un vaso anómalo en el 15% de los sujetos, mientras que la arteria hepática derecha corre paralela al conducto cístico en un 20% de los pacientes, y presenta una arteria accesoria en cerca del 10% de los casos.

INSERVACION.

La vesícula y las vías biliares poseen fibras parasimpáticas y simpáticas. Las fibras parasimpáticas vagales viajan junto al árbol hepático del tronco anterior vagal.

Las fibras simpáticas parten del plexo celiaco.

Es conveniente hacer notar que tanto el sistema nervioso simpático como el parasimpático poseen fibras aferentes y eferentes. Las fibras aferentes simpáticas son las responsables de las sensaciones dolorosas (cólico vesicular); en su trayecto se dirigen al ganglio celiaco, donde realizan relevo sináptico y entonces continúan su camino hacia la médula espinal.

P I S I O L O G I A .

El control de la secreción biliar comienza primeramente por el control de la síntesis y el transporte celular de los lípidos biliares, con la influencia de factores que determinan el grado de recirculación a través del sistema portal. - Por otra parte, además de este mecanismo, existe el control de la secreción a través de los canalículos ácido-independientes y también por medio de la secreción de los conductos biliares.

Los ácidos biliares son sintetizados a partir del colesterol. Los grupos hidroxilo deben ser añadidos a los carbonos 7 y 12 en la cadena modificada; el paso de la 7 alfa-hidroxilación es limitado; la síntesis de ácidos biliares es secundaria al control de la síntesis de colesterol, que ocurre a partir de acetyl-CoA. La síntesis de ambos, colesterol y ácidos biliares está sujeto a control por un mecanismo de retroalimentación negativa: el acúmulo de colesterol alcanza al hígado desde el intestino, y el llenado de los ácidos biliares regresa al hígado por la circulación enterohepática. El metabolismo de los ácidos biliares se modifica entonces por el ejercicio, alimentación, sueño, modificaciones dietéticas, colecistectomía y vagotomía.

FUNCION DE LA VESICULA BILIAR.

La vesícula biliar cumple dos funciones principales: 1) concentrar la bilis, y 2) vaciar la bilis hacia el duodeno en el momento apropiado después de la ingestión de los alimentos.

Como se mencionó anteriormente, la vesícula biliar tiene una capacidad de almacenamiento de 40 a 50 ml. Las diferencias en la composición de la bilis hepática y vesicular -

indican que cerca del 90% del agua de la bilis hepática se absorbe en la vesícula. La vesícula biliar puede retener más de 3g de ácido cólico, cantidad equivalente a todo el contenido en los ácidos biliares. Se ha estimado que con 3 o 4 hs la vesícula biliar puede concentrar la bilis suficiente como para mantener un nivel adecuado para funcionar normalmente.

VACIAMIENTO DE LA VESICULA BILIAR.

La vesícula biliar vacía normalmente solo en respuesta a la alimentación. Durante el vaciamiento existe un reflujo cercano al 50% de la bilis secretada por el hígado hacia el duodeno.

La vesícula biliar se vacía como resultado de una contracción vagal tardía, debido al efecto contráctil de la --- CCK-PZ, que es una enzima (33 polipéptido aminoácido) que -- tiene un doble efecto: produce contracción de la vesícula y relajación del esfínter de Oddi, del mismo modo que la acetilcolina, pero en forma mucho más lenta.

En colecistogramas realizados en sujetos con vesícula y vías biliares normales se ha demostrado que la mujer posee una vesícula de mayor tamaño y que su vaciamiento es más lento con respecto al hombre; esto explica porqué en la mujer es mayor la frecuencia de litiasis vesicular en una proporción de 4:1.

GENERALIDADES

El término colecistopatía alitiásica es empleado por el clínico para incluir todas las afecciones vesiculares no consecutivas a la colelitiasis. Se define como una inflamación aguda o crónica de la vesícula biliar en ausencia de cálculos o cualquier otra patología obstructiva del tracto de salida vesicular.

El diagnóstico de esta enfermedad es importante porque está asociado a una morbilidad y mortalidad muy alta si no se detecta tempranamente (Cornwell), dos veces más que en la colecistitis litiásica (Glenn); con porcentajes que varían del 7 al 30% (Frazee, Cornwell, Fabian) con manejo quirúrgico, y hasta el 85% de mortalidad con manejo conservador (Sauer).

La frecuencia de la misma depende tanto de la diligencia y de la experiencia del clínico como de su capacidad, así como de sus conocimientos básicos acerca del origen de los síntomas. Teniendo en cuenta este concepto, el campo de la colecistitis alitiásica puede extenderse hasta incluir estados irritativos de la vesícula biliar, reacciones alérgicas de la misma, disquinesia biliar, colecistitis glandular proliferante, colesterosis y síndrome del cístico.

La colecistitis alitiásica frecuentemente está asociada a otras condiciones clínicas que incluyen politraumatizados, postoperados de cirugía no biliar, sepsis, grandes quemados, alimentación parenteral, choque, reacciones de hipersensibilidad, parasitosis y una amplia variedad de enfermedades febriles de la infancia (Glenn, Ullman, Fernández, Schwartz). Existe una mayor proporción de esta enfermedad en la edad pediátrica (Fernández, Howard).

ANATOMIA PATOLOGICA.

La colecistitis crónica está asociada con destrucción total o parcial de la mucosa, con fibrosis e infiltración leucocitaria de la pared, así como daño en los vasos de la muscularis y de la serosa (Glenn). Estos hallazgos pueden inducirse experimentalmente por activación del factor XII de Hageman (Dillon). También puede presentarse infiltración por eosinófilos (Parry). También la colecistitis alitiásica puede presentarse bajo la forma de inflamación catarral, la cual se caracteriza por presentar una mucosa congestionada con exfoliación epitelial e infiltración leucocitaria de la pared. Todos estos estados producen hipoperfusión vesicular, lo que va a provocar isquemia de la mucosa, necrosis, colonización bacteriana y eventual perforación (Orlando, Parry, Howard).

Los procesos infiltrativos crónicos de la colecistopatía alitiásica han sido atribuidos a varios factores que actúan unas veces aisladamente y otras en forma combinada. Entre los más significativos destacan:

- Trastornos motores.
- Factor infeccioso.
- Estasis biliar vesicular.
- Obstrucción del conducto cístico.
- Factores químicos tóxicos.
- Factores alérgicos.
- Factores vasculares.

PRESENTACION CLINICA.

Los síntomas y signos que pueden atribuirse a una colecistopatía alitiásica son los que se hallan comúnmente asociados con trastornos funcionales de la vesícula aguda li-

litiásica, aunque ocasionalmente pueden encontrarse enmascarados (Ullman). Pueden presentarse: dolor y aumento de la -- sensibilidad en hipocondrio derecho o en epigastrio, distensión abdominal, náusea y/o vómito, fiebre, ictericia, leucocitosis e hiperamilasemia (Moody, Howard). Todas estas molestias pueden ser de variable intensidad o presentarse en forma aislada, v. gr. el dolor pueda presentarse por debajo de la escápula derecha o en la espalda, puede ser transitorio, de tipo cólico, ardoroso o punzante. También pueden existir, aunque menos frecuentemente, flatulencias, acedías y síntomas vagos dispépticos en forma postprandial. Es posible descubrir en ocasiones dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho durante la inspiración (signo de Murphy).

DIAGNOSTICO.

Además de la sospecha clínica, el médico debe apoyarse con los estudios de laboratorio (que pueden ser normales), y sobre todo en los estudios de gabinete (Lalitha, McDorsett, Fox) como la colecistografía oral, que cada vez se utiliza -- menos (Lalitha), el ultrasonido, la tomografía computarizada y la centelleografía nuclear (HIDA).

De los tres últimos mencionados, el ultrasonido es el -- más utilizado debido a que tiene varias ventajas: su bajo -- costo, su versatilidad al poder realizarse en la cama del -- enfermo grave (Deitch) y su alta especificidad para demostrar engrosamiento de las paredes vesiculares por arriba de 3.5mm y litos de un tamaño mayor a 4 mm. Una desventaja es precisamente el hecho de que los litos pequeños y la colecistitis incipiente no son demostrables, además de que se trata de un método diagnóstico interpretativo y por ende, con la posibilidad de error humano.

En contrapartida, el estudio nuclear con HIDA puede — mostrar ausencia de la vesícula, exclusión de ésta por litos y la morfología del árbol biliar (Weissman), aumentándose su sensibilidad al agregar morfina a la prueba (Plancbaum), lo — que la convierte en un método diagnóstico mucho más sensible, pero con la desventaja de su costo y su inaccesibilidad, ya — que es un estudio que requiere de un centro especializado que no está al alcance de todas las Unidades Hospitalarias.

Otro estudio confiable cuando existe duda diagnóstica es el Sondeo Duodenal con magnesio, que puede demostrar microlitiasis o descartarla.

El diagnóstico final solo puede establecerse a través de los hallazgos transoperatorios y por el estudio anatomopatológico.

A pesar de todo, el retraso en el diagnóstico y tratamiento de los cuadros agudos es común, por lo que la presencia de gangrena y perforación es hallazgo frecuente en el — transoperatorio (Deitch), casi en la mitad de los casos según algunas series (Fox), por lo que puede haber una elevada morbimortalidad (Ullman, Bauer).

Una alternativa en el manejo quirúrgico puede ser la — colecistostomía percutánea, ya sea como manejo temporal o definitivo en el paciente grave o anoso (Werbel, Mogahan).

Otro aspecto de la colecistitis alitiásica es el de la — diferenciación precisa entre el cuadro de presentación aguda y la colecistitis crónica alitiásica (Schwartz). Hasta la — fecha existe controversia en cuanto a la existencia de la — presentación crónica. Cuando se presenta el caso de una mujer joven, con clásico dolor vesicular, colecistografía oral y — ultrasonido hepatovesicular normales, el diagnóstico preciso es difícil (Rajagolapan); en muchas ocasiones, estudios repe-

tidos o el uso de otras técnicas como la centelleografía hepática con HIDA o el sondéo duodenal pueden demostrar la presencia de litos que habían sido pasados por alto inicialmente. Además, como ya se mencionó, deben descartarse otros desórdenes del aparato digestivo, urinario, musculoesquelético, etc. (Lee).

En suma, para justificar la colecistectomía en pacientes sin cálculos deben exigirse indicaciones precisas:

- Cuadro clínico con brotes agudos de repetición, sobre todo aquellos pacientes que han llegado a presentar ictericia.
- Alteraciones en la colecistografía:
 - . Retardo del vaciamiento vesicular.
 - . Colecistografía negativa para litos pero con imágenes sugestivas de deformidad vesicular (vesícula escleroatrófica).
- Ultrasonografía que pueda sugerir engrosamiento de la pared por arriba de 2,5mm.
- Sondéo duodenal positivo con detección de cristales de ácidos biliares.

El uso indiscriminado de la cirugía puede dar como resultado una tasa baja de remisión de la sintomatología, sobre todo del dolor.

Aún con lo anterior, un alto porcentaje de pacientes puede resultar beneficiado con la cirugía, estando ésta bien justificada. En algunos casos este porcentaje es superior al 80% (Raptopoulos).

M A T E R I A L Y M E T O D O

En el Hospital A.B.C. (American British Cowdray) se -- realizaron 1390 colecistectomías en el lapso del 1o. de Oc-- tubre de 1986 al 30 de Septiembre de 1991.

Se analizaron todas las piezas quirúrgicas (vesículas - biliares) en el Servicio de Patología Médica del Hospital.

Se encontraron 138 piezas (9.9%) habían cursado con una colecistitis alitiásica.

Se descartaron aquellos casos que fueron reportados en Patología como "no se recibieron cálculos" y que, después - de revisar los expedientes, se encontraron con que se habían entregado a los familiares de los pacientes (141).

Se descartaron asimismo todos los casos que fueron re-- portados en Patología como "vesícula biliar sin alteraciones histopatológicas" que, obviamente, se encontraron sin cálcu-- los (47).

La frecuencia por años es mostrada en la tabla 1.

T A B L A 1

	1987	1988	1989	1990	1991
Colecistectomías	231-100%	199-100%	295-100%	318-100%	347-100%
Litiásicas	214-94%	178-89.5	267-90.6	288-90.6	305-87.9
Alitiásicas	17-6%	21-10.5	28-9.4%	30-9.4%	42-12.1

En ella se observa cierta tendencia a aumentar la fre-- cuencia en el último año. Uno de los factores que probable-- mente ha provocado ésto ha sido la creciente resolución de - las colecistectomías por laparoscopia, método novedoso en -- cirugía general que permite extraer la vesícula biliar con - solo 4 punciones: 2 de 5mm y 2 de 10mm.

Este método ha aumentado el número de colecistectomías — debido a que los pacientes son menos reacios a la intervención ya que la cicatrización de las punciones prácticamente no es visible, existe mucho menor dolor en el postoperatorio, la — recuperación completa es mucho más rápida y por consecuencia, la reintegración del individuo a sus actividades normales ocurre en un lapso más corto.

En nuestro estudio no se hizo diferenciación en cuanto a que la colecistectomía fuese realizada en forma convencional (abierta) o por procedimiento laparoscópico.

En todos los pacientes que reportamos aquí se comprobó — que cursaban con colecistectomía de tipo alitiásico, tanto — por los hallazgos transoperatorios descritos en el expediente clínico como por la descripción del estudio anatomopatológico realizado en el Departamento de Patología Quirúrgica.

En los 138 pacientes que presentaron colecistitis alitiásica en los cinco años que comprende nuestro estudio, se evaluaron los siguientes parámetros:

- Sexo.
- Edad.
- Tiempo de inicio de la sintomatología.
- Hallazgos transoperatorios.
- Hallazgos postoperatorios (histopatológicos).
- Evolución postoperatoria.

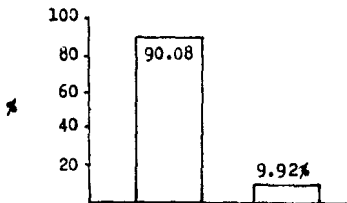
Para la exposición de los resultados se utilizaron métodos, tablas y gráficas de la estadística descriptiva. Se trata de un estudio retrospectivo, logitudinal, descriptivo y — analítico con revisión de casos y comprobación por medio de — estudio anatomopatológico.

RESULTADOS Y ANALISIS

En el Hospital A.B.C. se llevaron a cabo 1390 procedimientos de colecistectomía en el periodo de 5 años comprendido entre el 10. de Octubre de 1986 y el 30 de Septiembre de 1991.

Se encontraron 138 pacientes que se demostró que habían cursado con colecistitis alitiásica (9.92%). (Gráfica 1).

GRAFICA 1. FRECUENCIA DE C. ALITIASICA



El rango de edad fue de los 17 a los 92 años, con un promedio de 43.7 años para las mujeres y 45.1 años para los hombres (Tabla 2).

TABLA 2. GRUPOS DE EDAD Y SEXO

EDAD	No. PAC.(%)	HOMBRES(%)	MUJERES(%)
0 - 20 a.	16 - 11.6	3 - 2.2	13 - 9.4
21 - 40 a.	40 - 29.0	7 - 5.0	33 - 24.0
41 - 60 a.	58 - 42.0	9 - 6.5	49 - 35.5
61 - 80 a.	21 - 15.2	2 - 1.4	19 - 13.8
81 - +	3 - 2.2	0 - 0	3 - 2.2
T O T A L	138 - 100.0	21 - 15.1	117 - 84.9

Por lo que respecta al sexo, se encontraron 21 pacientes del sexo masculino, correspondiendo solo el 15.1%, mientras que del sexo femenino fueron 117, es decir el 84.9%. -- Esta prevalencia de mujeres sobre hombres en proporción mayor de 8 a 1 es un poco mayor que lo encontrado en la literatura mundial, donde existen reportes de 5 a 7 por 1 (Fox, -- Doruett, Howard). (Tabla 2).

Repasando la frecuencia registrada en nuestra población (Gráfica 1) del 9.92%, podemos mencionar que es similar a la encontrada en la mayoría de las series reportadas (Parry, -- Glenn, Schwartz), que oscilan entre el 4 y el 15%, aunque al analizar la Tabla 1 se encuentra cierta tendencia al aumento en el número de cirugías y el porcentaje de colecistitis -- alitiásica, aunque no en forma tal que pueda considerarse -- significativo.

En cuanto al tiempo de evolución de los síntomas se debe hacer una aclaración; en muchos casos los pacientes no -- fueron capaces de precisar tiempos de iniciación de la sintomatología ni la frecuencia de los signos dolorosos; esto -- fue debido a diversos factores, tales como enfermedades concomitantes, automedicación, fallas diagnósticas, descuido -- del paciente, etc., por lo que en los expedientes aparecen -- anotaciones como " desde hace más de X tiempo" o " No recuerda desde hace cuanto tiempo inició su sintomatología. El último ataque doloroso lo inició ...", por lo que en esos casos se clasificó automática y arbitrariamente en " 5 años o más". (Tabla 3).

TABLA 3. TIEMPO DE PRESENTACION DE LOS SINTOMAS

T I E M P O	No. PAC.	PORCENAJE
0 - 3 meses	27	19.6 %
3 - 6 meses	42	30.4 %
6 - 12 meses	32	32.1 %
12 - 60 meses	22	15.9 %
60 - + meses	15	11.0 %
T O T A L	138	100.0 %

Al analizar con detenimiento la Tabla anterior, observamos que exactamente la mitad de los pacientes (69 - 50%) -- presentaron cuadros que fueron tempranamente detectados como colecistopatías, que terminaron con tratamiento quirúrgico, y que finalmente fueron reportadas como colecistitis alitiásica.

Esto se debió sin lugar a dudas a una correcta interpretación del cuadro clínico, así como a la debida correlación -- con los hallazgos de laboratorio y gabinete.

En nuestro estudio no se registró ningún caso de mortalidad como consecuencia directa de la cirugía por colecistitis alitiásica.

Se analizaron también los hallazgos transoperatorios, es decir, los datos encontrados en el momento de la exploración quirúrgica. Estos datos fueron tomados de las Notas Operatorias de los expedientes clínicos. Cabe mencionar que varios pacientes presentaron más de uno de los hallazgos patológicos que se identificaron, por lo que fueron incluidos en varios -- de los parámetros anotados. (Tabla 4).

TABLA 4. HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS

TIPO DE HALLAZGO	No. PAC.	%
Paredes engrosadas	138	100
Adherencias a vesícula	87	63
Piocolocisto	72	52.2
Vesícula gangrenada	58	42
Hidrocoloecisto	16	11.6

Por lo que podemos observar, más de la mitad de los casos correspondieron a estadios agudos de la enfermedad, por lo que se operaron de Urgencia.

De acuerdo a los resultados obtenidos, anotados en las Tablas 4 y 5, podemos aseverar que la colecistitis alitiásica es una patología de difícil diagnóstico, y que no se detecta, la mayoría de las veces, sino hasta que presenta un estado -- morbos o agudizado.

TABLA 5. HALLAZGOS POSTOPERATORIOS (HISTOPATOLOGICOS).

T I P O D E H A L L A Z G O	No. PAC.	%
Grosor de pared + 1.7mm	76	55
Grosor de pared + 2.5mm	62	45
T o t a l	138	100

Colecistitis aguda	64	46.4
Colecistitis aguda sobrepuesta en colecistitis crónica	30	21.7
Colecistitis crónica	44	31.9
T o t a l	138	100.0

Al llegar al punto de análisis de los resultados de la Evolución Postoperatoria cabe hacer mención de un hecho: el Hospital A.B.C. es una Institución de Beneficencia Privada cuyo sistema de trabajo dificulta enormemente el seguimiento de los pacientes externos (no hospitalizados), ya que el médico tratante proporciona atención personal privada en su consultorio, y lógicamente no se pueden registrar las consultas subsiguientes en el expediente del paciente hospitalizado, tal y como se hace en las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud (SNS: SSA, IMSS, ISSSTE, etc.).

Por tal motivo, el seguimiento de los pacientes postoperados de colecistectomía por colecistitis alitiásica incluyó solo el postoperatorio temprano, es decir, los días de su internamiento (1 a 17 días). (Tabla 6).

TABLA 6. EVOLUCION POSTOPERATORIA

E V O L U C I O N	No. PACIENTES (%)	DIAS HOSP.	COMPLIC.
Buena	98 (71.0%)	4	-
Regular	28 (20.2%)	6	-
Mala	12 (8.6%)	11	+

El 91.2% de los pacientes operados presentaron una buena o por lo menos aceptable evolución postquirúrgica, prácticamente sin complicaciones.

De los 12 pacientes que presentaron complicaciones, tres fueron por causa ajena al procedimiento (descompensación diabética). Los otros 9 presentaron sepsis abdominal o extraperitoneal (pulmonar o de vías urinarias), y dos de ellos llegaron a presentar peritonitis, que finalmente fue controlada, ya que ningún paciente falleció después del procedimiento.

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

- La colecistitis alitiásica es una entidad poco frecuente, -- que en nuestro medio tiende a ser más común, por lo que debe ser considerada siempre como una posibilidad diagnóstica en presencia de sintomatología vesicular, aún con ausencia de cálculos demostrables.

- La forma más confiable para llegar al diagnóstico de una -- colecistopatía alitiásica es la sintomatología clínica debidamente apoyada en una buena historia clínica del paciente, debiendo establecer siempre una correlación clínica con los hallazgos de laboratorio y sobre todo de gabinete.

- La colecistografía oral, el ultrasonido, la centelleografía nuclear con HIDA y el sondeo duodenal, en manos confiables , tienen un margen de error cercano al 8%, por lo que los datos negativos no descartan por completo una colecistitis -- alitiásica.

- Una vez que se ha diagnosticado el problema, éste debe resolverse a la mayor brevedad posible, con el objeto de evitar complicaciones y, consecuentemente, disminuir el índice de morbilidad y mortalidad del padecimiento.

- El tratamiento médico conservador definitivamente debe ser descartado como una posibilidad terapéutica, ya que no corrige la patología y no existen reportes de que disminuya -- de una manera efectiva la sintomatología del paciente.

- El tratamiento quirúrgico es el de elección siempre y cuando se sea muy exigente con las indicaciones que permitan establecer correctamente un diagnóstico presuntivo de colecistitis alitiásica, ya que es curativo en más del 90% de los casos.

- Los únicos medios seguros para establecer un diagnóstico definitivo son los hallazgos transoperatorios y el estudio histopatológico.

- El paciente que sea llevado a cirugía debe estar en las mejores condiciones generales posibles, habiéndose corregido, cuando sea necesario, déficits hidroelectrolíticos, de vitamina K, administrado antibióticos y analgésicos, etc.

Por supuesto, la correcta aplicación técnica de los preceptos quirúrgicos es indispensable.

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

1. LAIN, E.P.: Historia Universal de la Medicina. Ed. Salvat Barcelona; 1972.
2. HOWARD, R.J.: Acute acalculous cholecystitis: Am J Surg - 1981; 141: 194-8.
3. DEITCH, E.A.; FREEMAN, L.M.: Acute acalculous cholecystitis: ultrasonic diagnosis. Am J Surg 1981; 142:290.
4. WEISMAN, H.S.; BADIA, J.; SUGARMAN, L.A.; ROSENOLAIT, R.: Spectrum of 99m-Tc-IDA cholescintigraphic patterns in acute - cholecystitis. Radiology 1981; 138:167-8.
5. GLENN, F.; BECKER, C.G.: Acute acalculous cholecystitis. An increasing entity. Ann Surg 1982;155(2):131-36.
6. DILLON, L.; GLENN, F.; BECKER, C.G.: Induction en acute acalculous cholecystitis and pneumonitis in dogs following -- inhalation of constituents of cigarette smoke condensate. Am J Pathol, 1982; 109: 253-9.
7. ORLANDO, R.; GLERSON, E.; DREZNER, A.: Acute acalculous cholecystitis in critically ill patient. Am J Surg 1983;45:472-6.
8. MICHAEL, M.F.: Adenomyomatosis of the Gallbladder. Am J - Surg; Feb 1984(147): 260-2.
9. FOX, M.S.; WILK, P.J.: Acute acalculous cholecystitis. S Gynecol S Obstet; Jul 1984(159): 13-6.
10. ULLMAN, M.; HASSELGREN, P.O.; TVEIT, E.: Posttraumatic and postoperative acute acalculous cholecystitis. Act Chir Scand, 1984; 150: 507-9.
11. SHUMAN, W.P.; ROGERS, J.V.: Low sensitivity of sonography -- and cholescintigraphic patterns in acute cholecystitis; - Am J Radiol; 1984; 142: 531-4.
12. LALITHA, R.; BRACHMAN, M.: Cholecystography in acute acalculous

- lous cholecystitis. *Am J Gastroenterol*; Aug 1984, 79(8): 650-2.
13. RAJAGOLAPAN, A.R.; PICKLEMAN, J.: Biliari colic and functional gallbladder disease. *Arch Surg*, 1982; 117: 1005-8.
 14. LEE, A.W.; PROUDFOOT, W.H.; GRIPPEN, W.D.: Acalculous --- cholecystitis. *Surg Gynecol Obst*, 1984; 159: 33-4.
 15. FINK-BENNETT, D.; PRIMITAS, J.F.; RIPLEY, S.D.: The sensitivity of hepatobiliary imaging and real time ultrasonography in the detection of acute cholecystitis. *Arch Surg*, - 1985 Aug; 120(8): 904-6.
 16. GOLDMAN, G.; RAPAPL, A.J.; HANOCH, K.: Acute acalculous - cholecystitis due to an incarcerated epigastric hernia. - *Postgrad Med J*, 1985 Nov; 61(72): 1017-8.
 17. BECKMAN, I.; DASH, N.: Ultrasonographic findings in acute acalculous cholecystitis. *Gastroint Radiol*, 1986; 11(1): - 47-50.
 18. McDORUETT, M.W.; SCUDEMOR, C.H.: Acalculous cholecysti--- tis. *Gan J Surg*, 1985 Nov; 28(6): 529-33.
 19. TRAYNELIS, V.C.; HRABOVSKY, E.R.: Acalculous cholecysti--- tis in the neonate. *Am J Dis Child*, 1985 Sep; 139(9): -- 893-5.
 20. PROUDFOOT, R.; MATTINGLY, S.S.: Cholecystokinin cholecys--- tography: Is it a useful test?. *Scuth Med J*, 1985 Dec; 78 (12): 1443-6.
 21. PABIAN, T.C.; HICKERSON, W.L.; MANGIANTE, E.C.: Posttrau--- matic and postoperative acute cholecystitis. *Am Surg*, 1986 Apr; 52(4): 188-92.
 22. BRUGGE, W.R.; BRAND, D.L.; ATKINS, R.L.: Gallbladder dys--- kinesis in chronic acalculous cholecystitis. *Dis Sci*, 1986 May; 31(5): 461-7.
 23. SEAL, M.L.: Cholecystitis occurryng without stones. *Post*

- grad Med, 1986 Mar; 79(4): 158, 161-4.
24. NOSKEVITZ, M.; MIN, T.C.; GAVALER, J.S.: The microscopy - examination of bile in patients with biliary pain and negative imaging tests. Am J Gastroenterol; 1986 May; 81(5): 329-33.
 25. BECKER, C.D.; BURCHARD, B.; TERRIER, F.: Ultrasound in - postoperative acalculous cholecystitis. Gastroint Radiol, 1986; 11(1): 47-50.
 26. RAPTOPOULOS, V.; COMPTON, C.C.; DOHERTY, P.: Chronic acalculous gallbladder disease: Multiimaging avaluation with clinical pathologic correlation. Am J Radiol, 1986; 147: 721-4.
 27. RIRVIS, S.E.; VAINRIGHT, J.R.; NELSON, A.W.: The diagnosis of acute acalculous cholecystitis: A comparison of - sonographic, scintigraphy and C.T.. Am J Radiol, 1986; -- 147: 1171-5.
 28. BERK, J.E.: Bockus Gastroenterology; Volume 6: Biliary - tract; ch. 177, 190, 1987: 3449-85, 3657-61.
 29. BAUER, T.; STEVEN, K.: Acute acalculous cholecystitis -- after radical cystectomy. J Urol, 1988; 139: 128-9.
 30. PARRY, S.; PELIAS, M.E.; BROWDER, W.: Acalculous hyper--- sensitivity cholecystitis: Hipotesis of a new clinicopa-- thologic entity. Surgery 1988; 104: 911-6.
 31. SCHWARTZ, S.I.; SHIRES, G.T.; SPENCER, F.C.; STORER, E.H. Colecistitis alitiásica. Principios de cirugía. McGraw -- Hill. 4a. ed, tomo II, 1988: 1324-5.
 32. FERNANDEZ, E.T.; HOLLABOUGH, R.S.; BOUL, T.F.: Gangrenous acalculous cholecystitis in a premature infant. J Ped -- Surg, 1989; 26(6): 608-9.
 33. MOODY, P.C.: Acute acalculous cholecystitis. Mayo Clin -- Proc, 1989; 64: 255.

34. FRAZEE, R.C.; NAGORNEY, D.M.; NUCHA, P.: Acute acalculous cholecystitis. *Mayo Clin Proc.* 1990; 66: 163-7.
35. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Cirugía de vías biliares. Cirugía Laparoscópica. Vol. 6, 1990: 1277-89.
36. CORNWELL, E.E.; RODRIGUEZ, A.; MIRVIS, S.E.; SHORR, R.M.: Acute acalculous cholecystitis in critically injured patients. *Ann Surg*, 1991; 210(1): 52-5.