

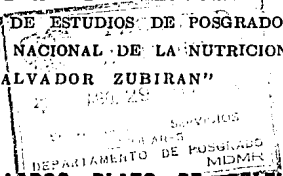
11209

90  
20j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION  
"SALVADOR ZUBIRAN"



**EVOLUCION A LARGO PLAZO DE COLELITIASIS  
ASINTOMATICA EN PACIENTES CIRROTICOS  
CON HIPERTENSION PORTAL HEMORRAGICA  
TRATADA QUIRURGICAMENTE**

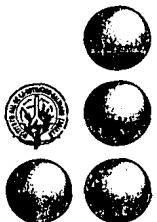
**TESIS DE POSGRADO**

PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN  
CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A:

**DR. EDUARDO PRADO OROZCO**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



**INNSZ** México, D.F.

Febrero de 1994



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.

EVOLUCION A LARGO PLAZO DE COLELITIASIS  
ASINTOMATICA EN PACIENTES CIRROTICOS CON  
HIPERTENSION PORTAL HEMORRAGICA TRATADA QUIRURGICAMENTE

TESIS DE POSTGRADO, QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A

DR. EDUARDO PRADO OROZCO

MEXICO, D.F.

FEBRERO 1994

## AGRADECIMIENTOS

### A CONSUELO:

Su amor, su compañía y su apoyo total e incondicional le han dado a mi vida el impulso vital que le faltaba, convirtiéndose en el complemento ideal.

### A SANTIAGO:

Su llegada ha modificado mi forma de ver la vida. Mi futuro está comprometido con el suyo.

### A MI MADRE:

El esfuerzo de toda su vida ha cristalizado en grandes frutos. Mi éxito es solo una pequeña muestra de lo que puede lograr una gran mujer. Mamá te quiero.

### A MI PADRE:

Gracias porque siempre se esforzó por nosotros. Su lucha por salir adelante es un ejemplo a seguir.

### A MIS HERMANOS:

Favio, Jorge y Liliana. Su presencia y ayuda siempre han sido muy importantes. Estoy seguro que el futuro será mejor para todos.

### A HECTOR:

Jefe, tutor, maestro, pero sobre todo un gran amigo, al que le debo mi gusto por la cirugía académica. Pariente mientras sigas como ahora, la cirugía en México tiene futuro.

### A MIGUEL A. MERCADO:

Muchas gracias por tu ejemplo y ayuda en todos mis trabajos

### A TAKESHI:

Un gran amigo y compañero

### A MI FAMILIA POLITICA:

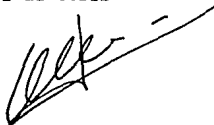
Por su ayuda y comprensión

### AL CUERPO DE CIRUJANOS DEL INNSZ:

Sus enseñanzas y consejos han sido básicos para mi formación. Espero no defraudarlos nunca.

DR. MIGUEL A MERCADO DIAZ

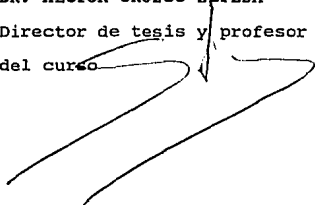
Asesor de tesis



Subdirector general de Cirugía:

DR. HECTOR OROZCO ZEPEDA

Director de tesis y profesor  
del curso



Subdirector general de enseñanza

DR. EFRAIN DIAZ JOUANEN



INSTITUTE NACIONAL DE LA NUTRICION  
SALVADOR ZUBIRAN  
SUB-DIRECCION DE ENSEÑANZA  
MEXICO, D. F.

## INDICE

	Página
RESUMEN .....	4
INTRODUCCION .....	5
OBJETIVOS .....	5
PACIENTES Y METODOS .....	6
RESULTADOS .....	7
COMENTARIOS .....	8
CONCLUSIONES .....	10
BIBLIOGRAGIA .....	12
TABLA I .....	14

## RESUMEN

Se decidió analizar en forma retrospectiva, una cohorte de pacientes cirróticos que tenían colelitiasis asintomática, y que fueron llevados a cirugía abdominal por hipertensión portal hemorrágica en la cual no se practicó colecistectomía, para definir la evolución a largo plazo de dicha litiasis, la aparición de posibles complicaciones, y el posible beneficio de la colecistectomía incidental durante este tipo de operaciones. Durante los últimos 15 años, se operaron 338 pacientes, y en 34 se encontró colelitiasis asintomática. Se contó en todos ellos con seguimiento a largo plazo, con una media de  $70.5 \pm 8.6$  meses (DS). 28 pacientes continuaron asintomáticos (82%), y 6 desarrollaron síntomas (18%). Cuatro de estos presentaron colecistitis aguda. Tres de estos pacientes (8.8%) murieron por complicaciones atribuibles a la colecistitis aguda.

Estos resultados sugieren que el riesgo de desarrollar complicaciones es bajo, pero la mortalidad asociada a los episodios agudos de colecistitis aguda es alta. La colecistectomía incidental no está justificada en los pacientes cirróticos con colelitiasis asintomática, pero se recomienda un seguimiento estrecho, con colecistectomía electiva en cuanto se presenten síntomas.

**INTRODUCCION:**

Es probable encontrar litiasis vesicular como hallazgo intraoperatorio durante cirugías intrabdominales en pacientes cirróticos, sin síntomas atribuibles a estas, debido a la alta incidencia de colelitiasis en cirróticos <sup>1,2</sup>. Aunque en general no se recomienda la colecistectomía "incidental" como procedimiento concomitante <sup>3</sup>, existe duda acerca de cual es la mejor opción en pacientes con colelitiasis asintomática (CA) y cirrosis concomitante, ya que podría presentarse en el futuro alguna complicación aguda de la litiasis y la morbi-mortalidad asociada a un nuevo procedimiento quirúrgico pudiera ser muy elevada, debido a la hepatopatía crónica de estos pacientes.

En este trabajo, analizamos en retrospectiva la evolución a largo plazo de una cohorte de pacientes cirróticos, sometidos a cirugía intrabdominal por hipertensión portal (HP) hemorrágica, y que fueron diagnosticados como portadores de litiasis vesicular asintomática, en el momento de la cirugía. La colecistectomía en el paciente cirrótico es una intervención que puede cursar con morbi-mortalidad considerable. En la mayoría de los centros hospitalarios es considerada como una operación de riesgo alto.

**OBJETIVOS:**

Definir el riesgo de complicaciones futuras, secundarias a la



litiasis vesicular, e inferir el posible beneficio de la colecistectomía "incidental", durante cirugía intrabdominal en este tipo de pacientes.

#### **PACIENTES Y METODOS:**

Se revisaron retrospectivamente los expedientes clínicos de todos los pacientes sometidos a cirugía intrabdominal, para HP hemorrágica, en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", entre 1973 y 1989. Se incluyeron aquellos pacientes con cirrosis hepática y litiasis vesicular diagnosticada por radiología, ultrasonido o exploración transoperatoria. Se analizaron y tabularon los datos clínicos pertinentes y el seguimiento a largo plazo de estos pacientes.

Se encontraron 338 pacientes cirróticos operados por HP hemorrágica, durante el período mencionado (Tabla I); 39 tenían antecedente de colecistectomía; de los 299 restantes, 37 tenían colelitiasis asintomática (12.4%). De estos 37, a cinco se les realizó colecistectomía "incidental" sin ninguna complicación relacionada (En tres casos por facilidad técnica durante una derivación con arterialización del muñón portal, y dos casos por desgarros en la pared vesicular producidos por los separadores); 12 pacientes tuvieron mortalidad operatoria secundaria a falla hepática (en relación a la cirugía de HP); y los 20 restantes que tienen seguimiento a largo plazo fueron incluidos en el estudio. Además la presencia de litiasis vesicular había sido documentada

en esos pacientes por placas simples del abdomen en ocho, y por ultrasonido en los restantes en el preoperatorio. A este grupo se agregaron otros 14 pacientes en los cuales se documentó litiasis vesicular asintomática durante el seguimiento postoperatorio de su cirugía de HP, con un promedio de seis meses después de la operación. Debido a este período tan corto de tiempo, lo más probable es que los pacientes ya hubieran sido portadores de la litiasis vesicular al momento de la operación, por lo que fueron incluidos este estudio.

#### **RESULTADOS:**

El grupo completo de 34 pacientes fue constituido por 18 mujeres y 16 hombres. La edad promedio fue de  $50.5 \pm 1.9$  años (DS). Todos tenían cirrosis hepática comprobada por biopsia.

SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO: Se contó con un seguimiento promedio de  $70.5 \pm 8.6$  meses. 28 pacientes continuaron asintomáticos (82%), sin ninguna queja atribuible a la presencia de la colelitiasis; Seis pacientes desarrollaron síntomas atribuibles a la colelitiasis (18%), de los cuales en cuatro se presentaron como colecistitis aguda y dos con cuadros dolorosos periódicos.

#### MANEJO Y RESULTADOS:

**Pacientes con colecistitis aguda:** Un paciente fue sometido a colecistecomía subtotal urgente y murió en el postoperatorio inmediato por falla hepática. Un paciente fue sometido a colecistostomía urgente con anestesia local, con resultados

satisfactorios, pero con recurrencia de los síntomas a los dos años, siendo sometido entonces a una colecistectomía subtotal electiva con buenos resultados. Los dos pacientes restantes desarrollaron un cuadro de colecistitis aguda severa y falla hepática grave, muriendo antes de que el tratamiento quirúrgico pudiera ser considerado.

**Pacientes con litiasis vesicular y cuadros dolorosos periódicos:**  
Ambos pacientes fueron sometidos a colecistectomía subtotal sin ninguna complicación relacionada.

**MORTALIDAD RELACIONADA A LA COLELITIASIS:** De los 34 pacientes, tres fallecieron por complicaciones relacionadas a la colelitiasis (8.8%). Cuando se revisaron los casos de los pacientes que murieron, o que se presentaron con colecistitis aguda, fue evidente que todos habían tenido síntomas relacionados a la litiasis previo al evento agudo, pero no fueron enviados para valoración quirúrgica.

**COMENTARIOS:**

La conveniencia de la colecistectomía "incidental" durante otros procedimientos intrabdominales debe definirse tomando en consideración por una parte, el posible incremento en la morbilidad relacionada al agregar un procedimiento quirúrgico adicional no programado, y por otra parte, por el posible riesgo del desarrollo subsecuente de complicaciones relacionadas a la

colecistitis. En general es discutible practicar colecistectomía incidental por la posibilidad de incrementar la incidencia de infecciones de la herida quirúrgica y otras complicaciones, por que se ha estimado que solo un pequeño porcentaje de los pacientes portadores de litiasis vesicular desarrollaran síntomas relacionados a la enfermedad litiásica, y porque si se llegaran a presentar síntomas, usualmente se pueden operar con riesgo muy bajo. Sin embargo parecería apropiado llevar a cabo la colecistectomía incidental en los pacientes con cirrosis hepática y litiasis asintomática, ya que: 1) es de esperarse que con el tiempo la función hepática se deteriore aún más; 2) la dificultad técnica que implica una reoperación en un paciente con cirrosis e HP; 3) la situación clínica tan crítica con que se presenta una complicación aguda de la litiasis vesicular; y 4) la alta mortalidad asociada a cirugía biliar en este tipo de pacientes, incluso en situación electiva 5,7.

Por otro lado, los procedimientos derivativos son de las cirugías más comunes para HP hemorrágica en pacientes con cirrosis hepática, y teóricamente una colecistectomía concomitante no sería apropiada durante una cirugía limpia. Esto no tendría mucha importancia si la cirugía para la HP, no fuera una cirugía derivativa vascular, sino una intervención como la devascularización esofago-gástrica extensa (Procedimiento de Sugiura-Futawaga) 8,9.

En nuestra serie no se observaron complicaciones infecciosas en los pacientes que fueron sometidos a colecistectomía "incidental" concomitante, pero debido a lo pequeño de esta muestra (cinco pacientes), el riesgo de infección es imposible de definir.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

El conocimiento del riesgo de desarrollar complicaciones secundarias a la litiasis asintomática, en pacientes con cirrosis hepática podría definir la seguridad de practicar una colecistectomía concomitante con el procedimiento encaminado al tratamiento de la HP, y si el riesgo de desarrollar complicaciones, o la mortalidad durante el seguimiento a largo plazo son muy altas, entonces el beneficio de una colecistectomía concomitante podría sobrepasar los riesgos asociados ya mencionados. La mayoría de los pacientes de nuestro estudio permanecieron asintomáticos durante el seguimiento a largo plazo (82%). Tres de los pacientes que desarrollaron síntomas, murieron debido a las complicaciones de la litiasis vesicular.

Estos datos sugieren que el riesgo de desarrollar síntomas y complicaciones es muy bajo, pero que la mortalidad asociada a las complicaciones agudas es muy alta, y es bueno recordar que todos los pacientes que desarrollaron colecistitis aguda habían presentado síntomas sugestivos de cólico vesicular antes de desarrollar el evento agudo, y si no se trataron a tiempo fue porque no se refirieron a cirugía cuando solo presentaban cuadros dolorosos.

#### CONCLUSIONES:

Basados en nuestros datos, pensamos que la colecistectomía incidental concomitante no debe llevarse a cabo rutinariamente en estos pacientes con cirrosis hepática e HP, ya que la incidencia de complicaciones a largo plazo es baja, y la colecistectomía en cirróticos no está exenta de morbi-mortalidad.

Sin embargo, estos pacientes con litiasis vesicular asintomática, cirrosis hepática y operados previamente para la HP hemorrágica deben ser seguidos estrechamente en busca de síntomas de enfermedad vesicular, y si estos se presentan, se debe hacer el máximo esfuerzo para llevar al paciente a cirugía en forma electiva. Con respecto al tipo de operación a realizar, nosotros pensamos que la colecistectomía subtotal es la operación de elección para los pacientes cirróticos. En relación a la cirugía vesicular por vía laparoscópica, es importante recordar que después de una cirugía por HP hemorrágica, las dificultades técnicas pueden ser tales que es mejor la cirugía tradicional. Se debe tener en mente además a la colecistostomía bajo anestesia local en pacientes de muy alto riesgo 10.

## BIBLIOGRAFIA

1. Boucier JA: Postmortem study of the frequency of gallstones in patients with cirrhosis of the liver. Gut 1969;10:705-10
2. Nicholas P, Rinaudo PA, Conn HO. Increased incidence of cholelithiasis in Laennec's cirrhosis. Gastroenterology 1972;63:112-21
3. Green JD, Birkhead G, Hebert J, et al. Increased morbidity in surgical patients undergoing secondary (incidental) cholecystectomy. Ann Surg 1990;211:50-4
4. Gracie WA, Ransohoff DF. The natural history of silent gallstones: The innocent gallstone is not a myth. New Engl J Med 1982;307:798-800
5. Aranha GV, Sontag SJ, Greenlee HB. Cholecystectomy in cirrhotic patients: a formidable operation. Am J Surg 1982;143:55-60
6. Schwartz SI. Biliary tract surgery and cirrhosis: a critical combination. Surgery 1981;90:577-83
7. Kanglaski J: Cholecystectomy: hazardous in patients with cirrhosis. JAMA 1981;90:577-83

8. Sugiura M, Futagawa S. Esophageal transection with paraesophagogastric devascularization (The Sugiura procedure) in the treatment of esophageal varices. World J Surg 1984;8:673-80
  
9. Orozco H, Mercado MA, Takahashi T, et al. Elective treatment of bleeding varices with the Sugiura Operation over ten years. Am J Surg 1992;163:585-9
  
10. Kaufman M, Weissberg D, Schwartz I, Moses Y. Cholecystectomy as a definitive operation. Surg Gyn Obster 1990;170:533-7



TABLA I

## DISTRIBUCION DE PACIENTES.

