

11209
3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE POSTGRADO E
INVESTIGACION

HOSPITAL "DR. GONZALO CASTAÑEDA"
I S. S. T. E.

ASPECTOS QUIRURGICOS DE LA LITIASIS
VESICULAR Y SU RELACION CON LOS
GRUPOS SANGUINEOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO GENERAL

P R E S E N T A

DR. JESUS AGUILAR GUTIERREZ



MEXICO, D. F.

298717

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ASESOR DE TESIS:

DR. FRANCISCO DIAZ DE LEON FERNANDEZ DE CASTRO.

CIRUJANO GENERAL.

ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

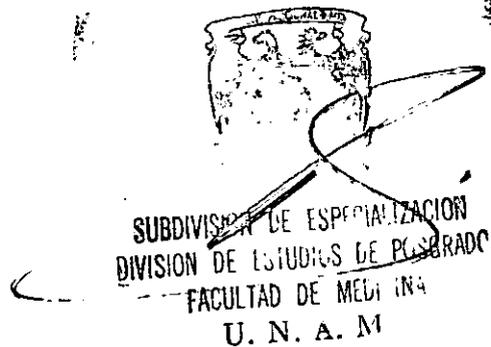
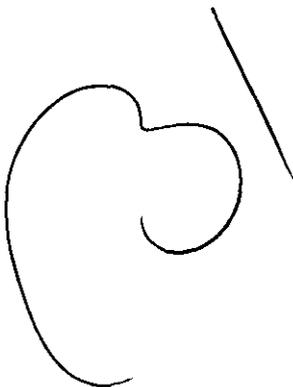
HOSPITAL GENERAL "DR. GONZALO CASTAÑEDA".



DR. JOSE ENRIQUE GONZALEZ BLANCO

COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

HOSPITAL GENERAL "DR. GONZALO CASTAÑEDA"



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M

DR. MARCO A. GONZALEZ ACOSTA.
CIRUJANO GENERAL.
COORDINADOR DE CIRUGIA GENERAL
HOSPITAL GENERAL "DR. GONZALO CASTAÑEDA".

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke at the bottom.

DR. HIPOLITO SANTIAGO CRUZ
CIRUJANO GENERAL
HOSPITAL GENERAL "DR. GONZALO CASTAÑEDA"

A handwritten signature in black ink, featuring a large circular loop on the left and several smaller loops and strokes on the right.

Dedicó:

Con todo mi amor, respeto, cariño, y agradecimiento; a mis seres ausentes, por lo que me dieron en vida, la vida, nunca más un minuto de silencio, siempre y para siempre toda una vida de lucha:

A la gloria del dios que vive, no importa como lo coinciba cada uno.

M aestros que me enseñaron a realizarme y desarrollar mis capacidades.

I nquietudes que nacieron en mi interior para forjarme como lo que soy.

S aber que la vida es más que un sueño, una ilusión y un paraíso.

Q ueriendo comprender la naturaleza como los demás, sin llegar a ser como ellos.

U tilizar mis capacidades para el alivio de quien lo necesite y este en mi mano hacerlo.

E nriquecer mi vida de conocimientos para evitar los errores a que todos estamos expuestos.

R ecordar siempre con gran amor, respeto y admiración a mis héroes (mis hermanos).

I ntuir siempre lo que conviene a mi vida no importa cuan lejos este el camino.

D errotar mis vicios personales, egoísmo, orgullo y altanería que todo ser humano posee.

O rientar mi vida siempre hacia la felicidad que no es todo, **ES LO UNICO.**

S aber encontrar el equilibrio perfecto entre lo que no entiendo y lo que se.

P oder mostrar lo valioso de mi ser a todo ser humano, que se sienta menos que yo.

A l amor de mi vida que aunque nunca puede estar cerca de mi, **SIEMPRE ESTARA EN MI CORAZON.**

D ejar el odio, de las cosas que no entiendo y de las que puedo comprender olvidarlo.

R ecordar lo pobre que fui, que soy, para apreciar todo lo que llegue a tener.

E scuchar siempre el mensaje oculto de las cosas ya que en el se encuentra el secreto de la vida.

S uperarme siempre y prepararme, ya que el futuro es incierto, **PERO ES MIO.**

INDICE

PAGINA

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES.....	3
OBJETIVO.....	5
MATERIAL Y METODOS.....	6
RESULTADOS.....	7
PORCENTAJE DE PACIENTES POR SEXO.....	8
PACIENTES CON CIRUGIA SIMPLE O LAPAROSCOPICA.....	9
PACIENTES EN LOS QUE SE REALIZO E.V.B.....	10
PACIENTES CON DRENAJE VS. SIN DRENAJE.....	11
PACIENTES CON ADMON. DE ANTIBIOTICO Y SIN EL.....	12
PACIENTES CON CIRUGIA DE URGENCIA VS ELECTIVA.....	13
REPORTE HISTOPATOLOGICO.....	14
ANALISIS DE RESULTADOS.....	15
CONCLUSION.....	16
BIBLIOGRAFIA.....	17

INTRODUCCION.

La colecistitis es un problema de salud que por su importancia merece ser mencionada como una de las patologías a las cuales se les deben establecer con claridad los factores que contribuyen a la formación, desarrollo, presentación y complicaciones que dicho problema puede condicionar. (8)

En el presente documento pretendemos mostrar de una manera precisa los aspectos quirúrgicos que conlleva la patología, así como el reporte histopatológico, de la misma forma tratar de vincular una relación con los grupos sanguíneos ya que hasta el momento no existe en la literatura un trabajo donde se encuentre dicha asociación y precisar de la misma forma si es o no significativo, y establecer las bases para trabajos, que en un futuro cuando se cuente con los recursos humanos, técnicos y tecnológicos para revivir la idea original pueda ser posible realizarse sin sesgos ni tropiezos (siendo necesaria una adecuada unidad de bancos de sangre donde se cuente con reactivos para grupos especiales, subgrupos; y poder realizar estudios prospectivos multicéntricos para de esta manera obtener resultados más fidedignos en dicha relación).(6)(14)

La litiasis vesicular de forma general puede presentarse como entidad clínica aguda o crónica, la forma aguda de la patología es asociada a una exacerbación del cuadro desencadenada por infecciones, por colecistoquinéticos (alimentos que producen la contracción de la pared de la vesícula) (9) (10) y otras patologías como las metabólicas entre ellas la diabetes mellitus que puede condicionar una vesícula enfisematosa y con más frecuencia que en pacientes previamente sanos, piocolecisto, hidrocolecisto, o llegar al colasco vesicular (ruptura de la vesícula).(12) En su forma crónica podemos dividirla en litiasicas y alitiasicas, colecistosis (colesterosis y colecistolastosis), y vesícula disquinética. Aunque se encuentra una relación de menos del 1 por 100 del cáncer de vesícula asociada con litos es preciso mencionar su inversa ya que se encuentran en el 98 por 100 de los casos de cáncer litos y esto depende del tamaño del cálculo. Algunos autores reportan de más de 3cm.(3) (11)

En relación a los grupos sanguíneos en la población mexicana se encuentra publicado en artículo de 1984 de la revista de Salud Pública de México un estudio realizado en la región lagunera estudiándose 9351 personas encontrándose que al grupo A correspondieron 26.37%, al B 9.70%, al AB 1.87% al O 62.06% y para el RH positivo en el 95.86% y negativo en el 4.14%; observándose que en la población mexicana el grupo y RH que con el que contamos con más frecuencia es el O+. (7) (15)

Otro estudio realizado en Monterrey donde se estudia por otras causas el grupo y RH en su población, se obtuvieron los siguientes resultados: en 3818 hombres y mujeres, el más frecuente siguió siendo el O+, siguiendo el orden de frecuencia A+, B+, AB+, para reducir a un mínimo los pacientes con RH-, no se precisan cifras ya que fueron estudios llevados a cabo por separado. Nuevamente nos damos cuenta de la presencia del grupo y factor que dominan en nuestro país de tal forma que por el momento es difícil establecer una relación precisa entre la litiasis vesicular y los grupos sanguíneos, quedando como un estudio a futuro y como base para posteriores trabajos, despertando la inquietud en aquellos que deseen continuarlo. (7)

ANTECEDENTES

La historia de la litiasis se remonta al tiempo de Alejandro de Tralles (525-605 de nuestra era), médico del Imperio Bizantino, describiendo un calculo en un hígado humano, la evidencia física de 30 piedras intactas dentro del a vesicula se encontraron en una momia egipcia de 1550 años antes de nuestra era, esta se perdió cuando el Museo del Real Colegio de Cirujanos en Londres fue bombardeado durante la Segunda Guerra Mundial. (1)

Sin embargo, se han encontrado calculos vesiculares observados a través de la pared abdominal en momias de mas de 300 años procedentes de Micenas y Egipto, además de cálculos en radiografías tomadas por Gray en momias egipcias. (2)

Los griegos tuvieron un lugar prominente en el estudio y tratamiento de enfermedades biliares. Hipocrates hace una descripción de ictericias dividiéndolas en frías y febriles.

Galeno en el siglo II de nuestra era indicaba ya dietas a los enfermos de las vías biliares, así mismo, menciona que la bilis amarilla se forma en la vesícula y describe la teoría sobre los humores.

Ya en la Edad Media, médicos Arabes (850-923), Avicena describe la formación de fístulas después de drenar abscesos de la pared abdominal.

El renacimiento abre las puertas a la s disecciones anatómicas, donde Benivieni(1440-1502) realiza la descripción de una necropsia en la cual encontró cálculos vesiculares e intrahepaticos. Andrés Vesalio (1514-1564) describe hallazgos similares, Gabriel Fallopio (1523'1562) describe la litiasis vesicular y de coledoco e intenta correlacionar la función hepática y del sistema biliar, Jean Fernel otro contemporáneo, señala que litiasis se debe a la precipitación de la bilis y reconoció la coluria, la acolia, y la migración de cálculos al tubo digestivo, también realiza una descripción entre las ictericias litiasicas y neoplasicas (3), poco después, Johan Schenk escribe las complicaciones de la litiasis. Fabricius, al parecer extrajo cálculos de un absceso de pared en 1620. Francis Glisson (1597-1677) escribe anatomía hepatis, relata el síndrome coledociano que el mismo padeció. Liebreger en Holanda, extrajo un calculo de un absceso parietal.

El 15 de julio de 1867 inicia la verdadera cirugía biliar donde John Stough Bobbs (1809-1870) de Indiana, E.U.A., opera una enferma con una tumoración abdominal considerándose quiste de ovario, al explorar la cavidad encuentra una gran vesícula biliar llena de cálculos, la abre, extrae los cálculos y la sutura cuidadosamente.

Theodore Kocher realizó una colecistostomía en dos tiempos, en la primera operación introdujo una gasa hasta el fondo de la vesícula para provocar adherencias, y la segunda, ocho días después evacuó la vesícula y su enfermo sobrevivió.

El 15 de julio de 1882 Carl Langenbuch, profesor de cirugía de la Universidad de Berlín, conocedor de la enfermedad biliar firmemente convencido de la falta de efectividad del tratamiento médico, realiza la primera colecistectomía en el hombre con éxito, en el hospital de San Lázaro.

Von Winiwarter, realiza coledocostomía en 1882 por obstrucción del coledoco. La primera coledocotomía la realiza Kummell en 1884. El 21 de enero de 1890 Ludwig Courvoisier realiza la primera coledocotomía exitosa. Kehr ideó en 1912 un tubo en T cortado en media caña, que llamó "Rummirohr drainage".

Evarts Graham junto con Cole, idearon la colecistografía oral, utilizada por Pablo Mirizzi en 1931 (5), cirujano argentino. En 1935 Whipple publicó la pancreatoduodenectomía en dos tiempos por cáncer del ampulla de Vater, y en 1940 la realiza en uno solo.

No cabe duda, que el avance científico y tecnológico en los últimos 30 años ha hecho posible abordar con más facilidad las vías biliares, se abre el campo de la colecistectomía laparoscópica en 1987 por Mouret en Lions, Francia, posteriormente en 1989, se realiza la primera colecistectomía laparoscópica en México por el Dr. Leopoldo Gutiérrez, y hasta nuestros días se cuenta con la última novedad en cirugía, con alta tecnología, como es la robótica, la telepresencia quirúrgica aún en investigación, sin embargo, con un futuro prometedor. (1)

OBJETIVO. El presente estudio esta encaminado a realizar un análisis a cerca de los aspectos quirúrgicos que envuelven a la patología vesicular y su relación con los grupos sanguíneos en pacientes mexicanos.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizó estudio retrospectivo, transversal y descriptivo, analizándose porcentajes como medida de las variables para el presente resumen, llevándose a cabo de enero de 1996 a diciembre de 1997. Se estudiaron 335 pacientes sometidos a colecistectomía en sus variantes quirúrgicas, de forma electiva o de urgencia; siendo sometidas a estudio histopatológico todas las piezas, todos los pacientes con expediente en el archivo clínico del Hospital General Gonzalo Castañeda.

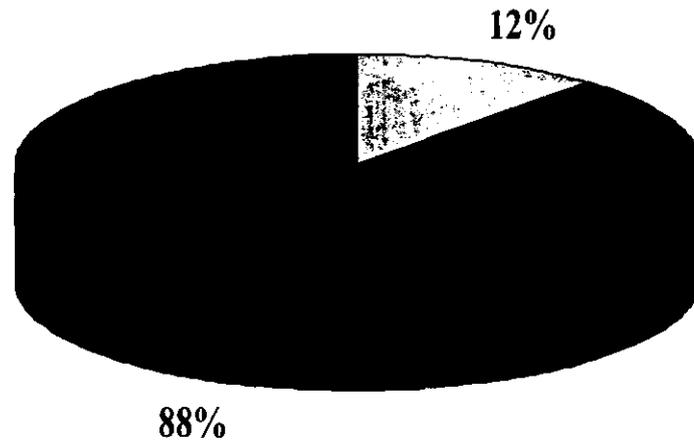
RESULTADOS. Se realizaron un total 335 intervenciones quirúrgicas, de las cuales 296 correspondieron al sexo femenino (88.3%) y 39 al sexo masculino (11.64%), con edad promedio de 45.3 años y rango de 17-82 años. Tomando en cuenta los días de estancia intrahospitalaria, siendo de 3.4 con rango de 1-51 días. De estas cirugías, 202 fueron abiertas (60.3%) y 133 laparoscópicas (39.7%); con exploración de vías biliares 20, de estas 5 correspondieron al sexo masculino ocupando un porcentaje de 1.49% y 15 al femenino correspondiendo 4.48%, a 34 masculinos no se les realizó exploración (10.15%) y femeninos 281 (83.88%), se considero necesario el uso de drenaje en 21 masculinos (6.27%) y 92 femeninos (27.46%), sin drenaje 18 masculinos (5.37%) y 204 femeninos (60.9 %).

Se administró antibiótico a 34 masculinos (10.15%) y 236 femeninos (70.45%), y en los cuales no se utilizó antibiótico en 5 masculinos (1.49 %) y 60 femeninos (17.9%). Las cirugías de urgencias llevadas a cabo en masculinos fueron 8 (2.39%), en femeninos 30 (8.9%) y las selectivas en masculinos 31 (9.2%) y en femeninos 266 (79.4%).

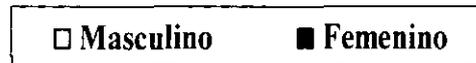
El reporte histopatológico fue: C.C.L. 33 masculinos (9.8%), 239 femeninos (71.3%), Colesterosis 2 masculinos (.6 %) y 30 femeninos (8.9%), Colecistitis aguda en 2 masculinos (.6%), 11 femeninos (3.2%), Senos de Rokitansky -Aschoff en 2 femeninos (0.6%), Quiste vesicular en 1 masculino (0.3%), Colecistitis alitiásica en 7 femeninos (2 %), Vesícula esteatósica 1 femenino (.3 %), Hidrocolecisto 1 femenino (.3%), Píocolecisto 1 masculino (.3%), Hiperplasia Linfocelular 1 femenino (.3%), Hemorrágica 1 femenino (.3%), Fibroma 1 femenino (.3%), Cirrosis 1 femenino (.3%) y Carcinoma 1 femenino (.3%).

La distribución de los grupos fue de la siguiente manera: O: 28 masculinos (8.3%), 218 femeninos (65%), A: 7 masculinos (2%), femeninos 49 (14.6%), B: 4 masculinos (1.1%), 27 femeninos (8%), AB: 2 femeninos (.6%), y respecto al Rh positivo 39 masculinos (11.6%), femeninos 294 (87.7%) y Rh negativo 2 femeninos (.6%).

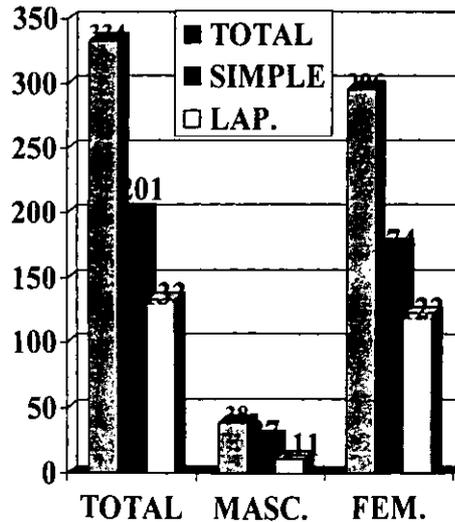
% de pacientes por sexo.



sexo	#	%
Masculino	39	12
Femenino	296	88
Total	335	100

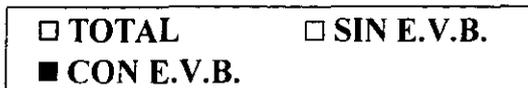
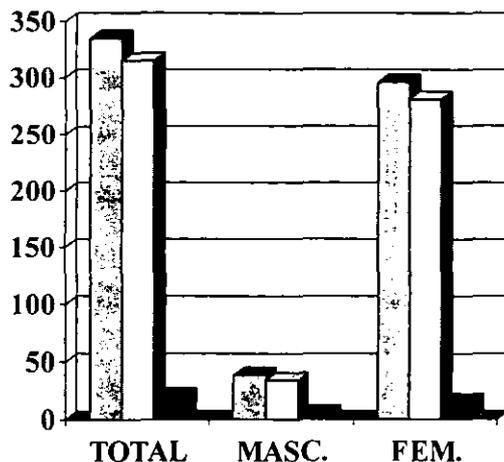


Pacientes con cirugía simple o laparoscópica



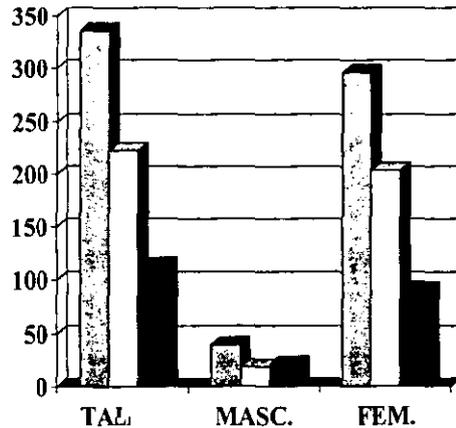
Sexo	Simple.	Laparoscópica
Masc.	28 8.3%	11 3%
Fem.	174 51.7%	122 37%
Total	201 60%	133 40%

NUMERO DE PACIENTES EN LOS CUALES SE REALIZO E.V.B.



SEXO	CON E.V.B.		SIN E.V.B.	
MASC.	5	1.5%	34	10.1%
FEM.	15	4.5%	281	83.9%
TOTAL	20	6%	315	94%

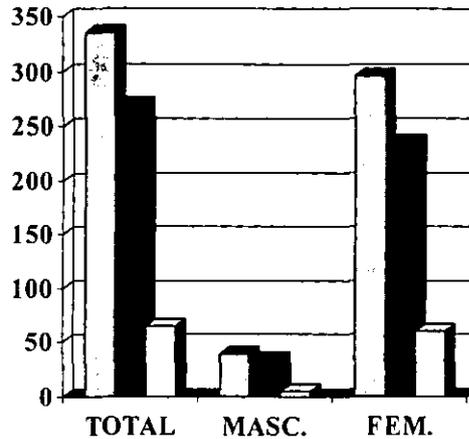
PACIENTES A LOS CUALES SE LES COLOCO DRENAJE VS AQUELLOS QUE NO SE DEJO DRENAJE



TOTAL
 SIN DRENAJE
 CON DRENAJE

SEXO	CON DRENJE	SIN DRENAJE
MASC.	21 6.3%	18 5.4%
FEM.	92 27.5%	204 60.8%
TOTA L.	113 33.8%	222 66.2%

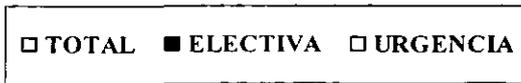
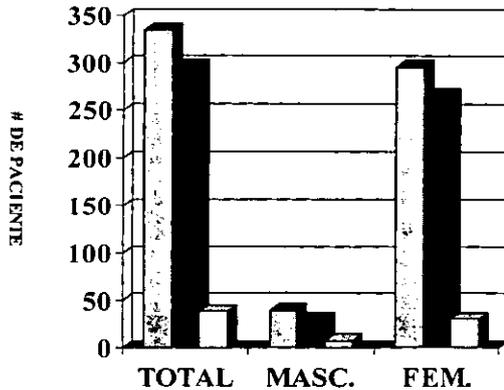
PACIENTES CON Y SIN ADMINISTRACION DE ANTIBIOTICO



TOTAL
 CON ANTIBIO.
 SIN ANTIBIO.

SEXO	CON ANTIBIO.	SIN ANTIBIO.
MASC.	34 10%	5 17.7%
FEM.	236 70.5%	60 1.8%
TOTAL	270 80.5%	65 19.5%

PACIENTES INTERVENIDOS DE URGENCIA Y ELECTIVAMENTE.



SEXO	URGENCIA		ELECTIVA	
MASC.	8	2.4%	31	9.3%
FEM.	30	8.9%	266	79.4%
TOTAL	38	11.3%	297	88.7%

REPORTE HISTOPATOLOGICO

DX HISTOPAT	MAS C.	FEM.	TOTAL.
CCL	33(9.8%)	239(71.3%)	272(81.2%)
COLEST.	2(0.6%)	30(8.9%)	32(9.5%)
AGUDIZA.	2(0.6%)	11(3.2%)	13(3.8%)
CCA.	0(0%)	7(2%)	7(2%)
SRA.	0(0%)	2(0.6%)	2(0.6%)
QUISTE	1(0.3%)	0(0%)	1(0.3%)
HIDRO.	0(0%)	1(0.3%)	1(0.3%)

DX HISTOPAT.	MASC.	FEM.	TOTAL.
PIO.	1(0.3%)	0(0%)	1(0.3%)
ESTEATOS	0(0%)	1(0.3%)	1(0.3%)
FIBROMA.	0(0%)	1(0.3%)	1(0.3%)
H.L.R.	0(0%)	1(0.3%)	1(0.3%)
HEMORR.	0(0%)	1(0.3%)	1(0.3%)
CIRROS	0(0%)	1(0.3%)	1(0.3%)
CARCIN.	0(0%)	1(0.3%)	1(0.3%)

ANALISIS DE RESULTADOS.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, podemos afirmar que la forma de resolver la afección vesicular es por medio de una colecistectomía simple, en la gran mayoría de los casos, sin embargo, con el advenimiento de la laparoscopia cada vez se practicará con más frecuencia este procedimiento que es igualmente seguro, si se cuenta con los recursos técnicos y humanos adecuados para realizarla. Son pocos los casos en los cuales se hace necesaria la exploración de vías biliares descritas en la literatura (como son la colangitis con ictericia, cálculo palpable durante el transquirúrgico, y comprobación radiológica pre o transoperatoria, como condiciones absolutas). La seguridad que ofrece el dejar drenaje en muchas ocasiones depende del cirujano que realice el procedimiento y los hallazgos transoperatorios que encuentre durante la intervención, algunas otras causas menos frecuentes son la hemorragia o ruptura incidental de la vesícula, o bien, cuando a consideración del cirujano así deha de ser, siendo cada vez menos frecuente el uso del mismo. El uso de los antibióticos depende del cuadro clínico, los hallazgos y a consideración del cirujano que en ese momento este realizando la intervención, siendo frecuente el uso de ellos.

En nuestro hospital, la cirugía que con mayor frecuencia efectuamos es la electiva, sin embargo, se ha incrementado notablemente en relación a otros años las urgencias de esta patología, debiéndose tomar en cuenta para el futuro. Dentro de los reportes de patología y por el tipo de cirugía que se practica se encuentra con mayor frecuencia la colecistitis crónica litiasica y la colesterolosis, y con menor frecuencia el carcinoma de la vesícula biliar.

Es definitivo, que el presente estudio no relaciona directamente a un grupo específico con la litiasis vesicular, sin embargo, encontramos al grupo O con mas frecuencia, en orden decreciente A, B, AB y el Rh que con mayor frecuencia encontramos es el positivo; desprendemos el analisis que en la población mexicana el grupo O es el más frecuente y el Rh positivo tambien.

CONCLUSIÓN

Después de haber realizado un análisis minucioso a cerca de los aspectos quirúrgicos que conlleva la patología vesicular, llegamos a la conclusión que el grupo mas afectado por sexos es el femenino con una relación de 9:1 en nuestra población estudiada, que es más fácil por recursos, la práctica de la colecistectomía simple, que no es frecuente la exploración de vías biliares y que el uso de drenajes y antibióticos depende de la presentación clínica, los hallazgos transoperatorios, los incidentes y el criterio del cirujano que en ese momento este efectuando el procedimiento, y por ultimo por ser un hospital de captación de unidades de primer nivel, la cirugía que con mayor frecuencia se practica es la electiva.

No encontramos una relación entre los aspectos quirúrgicos de la litiasis vesicular y su asociación con los grupos sanguíneos en nuestra población estudiada, ya que, sabemos que el grupo que con mayor frecuencia se registra en pruebas hematológicas en los mexicanos es el grupo O y el Rh positivo, siendo infrecuentes el resto, no llegando a ser significativos.

Yo pienso que la educación de la población en general es indispensable para en algunas ocasiones prevenir la enfermedad, en otras las crisis, y en otras las complicaciones, haciendose necesario un diagnostico preciso, temprano y oportuno para poder ofrecerles un mejor tratamiento con una evolución satisfactoria que traería consigo un menor tiempo de estancia intrahospitalaria, una mejor evolución, menos consumo de materiales, menos costos para la unidad y obviamente, reeditaría a largo plazo una mejor economía para el país.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Andrade, H., "Historia de la cirugía de vías biliares", C y C; (Mex)1997, 36-39.
2. Tait, N., et al., "The treatment of Gall Stones", BMJ; (Aust), 1995, 99-105.
3. Thomas, W., et al., "Carcinoma of the Gallbladder", SGO; (EUA) 1983, 641-645.
4. Atila C., et al., "Clasificación y tratamiento de las lesiones de la vía biliar durante la colecistectomía laparoscópica", RCC; (Chile) 1995, 473-481.
5. Myriam J., et al., "Mirizzi Syndrome in a Native American population", AJS; (EUA) 1994, 616-621.
6. Garza C., et al., "Los grupos sanguíneos ABO y Rh (D) en poblaciones de la región lagunera de México", SPM; (Mex)1984, 130-137.
7. Raul G., et al., "Risk estimation of ABO and Rh (D) incompatibility in persons with mono and polyphyletic surnames in Monterrey, Mexico" AMR; (Mex)1996, 243-251.
8. Gispert Carlos., et al., "Diccionario Mosby", 1ª. Edición, edit. Oceano,1995, pags. 275-276, 626.
9. Maingot "Operaciones abdominales", 8ª. Edición, Tomo II, Edit Panamericana , 1992, pags. 1776-1816.
10. Nyhus /Baker, "El dominio de la cirugía", 5ª. Reimpresión, Tomo I, Edit. Panamericana, 1992, pags. 824-833.
11. Quiroz Gutierrez, " Tratado Anatomía Humana", 32ª. Edición, Tomo III, Edit. Porrúa, 1992, pags. 197-203.
12. Schwartz, et al., " Principios de cirugía", 5ª edición, Tomo II, Edit. Interamericana, 1992, pags. 1233-1261.
13. Shackelford, "Cirugía del Aparato Digestivo", 3ª edición, Tomo III, Edit. Panamericana, 1993, pags. 161-262.
14. William J. Et al., "Hematology", 4ª edición, Edit. Mc Graw Hill, 1990, pags. 1595-1606.
15. Archivo clínico del Hospital General Gonzalo Castañeda. México, D.F. Manuel Gonzalez y Lerdo 200, 1995-1997.