

**COLECISTITIS AGUDA Y CRONICA
MOMENTO QUIRURGICO
HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN
SEPTIEMBRE 1 DE 1990 - ABRIL 15 DE 1991**

*J.C. Díaz R., R.E. Hoyos M.**

PALABRAS CLAVES: *Colecistitis aguda, Colecistitis crónica - Momento quirúrgico - Morbimortalidad.*

RESUMEN

En el Hospital General de Medellín (Colombia) se realizó un estudio descriptivo prospectivo en 129 pacientes con enfermedad inflamatoria vesicular a quienes se les practicó Colecistectomía en un período de 8 meses, de las cuales 66 fueron realizadas en pacientes con Colecistitis aguda y 63 electivamente. El 89.9% de los pacientes fueron de sexo femenino, 52.7% de ellas eran menores de 40 años y 61.6% tuvieron menos de 3 partos. No hubo diferencias de edad, sexo, paridad, antecedentes personales y técnica quirúrgica entre los dos grupos. La morbilidad en los pacientes agudos fue: infección de herida 9%, dehiscencia y colección intraabdominal 1.5% c/u y iatrogenia en 0% y, en pacientes electivos: infección de herida 3.1%, iatrogenia 1.6%, y no se presentaron casos de dehiscencia ni colección intraabdominal. No hubo mortalidad en los pacientes electivos, y en agudos fue 1.5 x 100. Las colecistectomías urgentes fueron un procedimiento seguro con una morbilidad similar a las colecistectomías programadas, lo cual sugiere que pueden surgir siendo de elección de Colecistitis Aguda y se deben realizar en pacientes con Colecistitis aguda, con lo cual se podría disminuir sufrimiento, costo hospitalario e incapacidad a los pacientes.

ABSTRACT

KEY WORDS

Acute Cholecystitis - Chronic Cholecystitis - Surgical timing - morbimortality.

In The General Hospital of Medellín - Colombia, a prospective study of 129 Cholecystectomies in patients with gallbladder inflammatory disease over 8 month was realized, 66 with acute illness and 63 with elective procedures. 89.9% of the patients were females, 52.7% of which were under 40 year old and 61.6% have had less than three labors. There were not age-sex-parity-pathological records or Surgical procedures differences between two groups.

Morbidity for acute patients was: infected wound 9% dehiscence wound and abdominal sepsis 1.5% each one; for elective procedures: infected wound 3.1% and common duct lesion 1.6%. Mortality for urgent patients was 1.5%. We conclude that emergency Cholecystectomy is a safe procedure and should be realized in acute illness.

It could decrease suffering, hospitalary cost and disease duration.

INTRODUCCION

La colecistectomía es el tratamiento de elección de la enfermedad inflamatoria vesicular (1,2), pero a algunos pacientes con Colecistitis aguda y alto riesgo quirúrgico anestésico se les puede practicar colecistostomía como tratamiento definitivo (3,4,5,6); sin embargo, el tiempo ideal para realizar este procedimiento en pacientes con Colecistitis Aguda sigue siendo controvertido (1).

* Dr. Juan Carlos Díaz R.
Residente Cirugía General
Dr. Raúl Eduardo Hoyos M.
Residente Cirugía General
Facultad de Medicina
Instituto de Ciencias de la Salud CES
Medellín - Colombia

El tratamiento de estos pacientes ha sido tradicionalmente médico (7,8), y dependiendo de la evolución y algunos factores de riesgo se decide la realización o no de la cirugía. Cuando la respuesta al tratamiento médico es satisfactorio, o sea, cede la enfermedad aguda, se esperan 6-8 semanas para realizar la colecistectomía electivamente.

Sin embargo, entre el episodio agudo y el momento de la intervención definitiva pueden ocurrir complicaciones o molestias de la enfermedad, necesitando algunas veces nuevas hospitalizaciones y tratamientos adicionales.

La cirugía efectuada tempranamente en pacientes con Colecistitis Aguda, podría disminuir las complicaciones de la enfermedad, el tiempo de la misma, el número de hospitalizaciones por ella, con morbimortalidad quirúrgica comparable a las efectuadas tardíamente.

En nuestro medio en el Hospital General de Medellín se intervinieron 534 pacientes con patología de Vías Biliares en el año de 1989, muchos de los cuales presentaron una exacerbación aguda de su enfermedad. Sin embargo, no ha habido estudios que evalúen factores de riesgo, momento quirúrgico o índices de morbimortalidad.

El presente estudio comparó diferentes factores de riesgo, así como las complicaciones derivadas de colecistectomías efectuadas tempranamente (durante el episodio agudo), y las realizadas tardíamente (después de 6 semanas), con el fin de poder determinar el momento quirúrgico ideal.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio, observacional descriptivo, prospectivo, en el Hospital General de Medellín entre el 1 de Septiembre de 1990 y Abril 15 de 1991. Durante este tiempo se realizaron 220 colecistectomías de las cuales se excluyeron 72 por presentar coledocolitiasis, 2 por pancreatitis y 2 a quienes además de la colecistectomía se les realizó otro procedimiento. Otros 15 pacientes fueron excluidos debido a que se operaron como urgentes pero no tenían criterios clínicos de colecistitis aguda.

Del grupo total quedaron entonces 129 pacientes para el estudio. Se seleccionaron 2 grupos: el primero incluyó 66 pacientes con Colecistitis Aguda a quienes se les realizó colecistectomía en el episodio agudo.

El segundo grupo se conformó por 63 pacientes con Colecistitis Crónica, a quienes se les efectuó colecis-

tectomía electiva. Este grupo incluyó además a aquellos pacientes con antecedentes de un episodio agudo, los cuales fueron manejados con sonda nasogástrica, suspensión de la vía oral, líquidos venosos y analgésicos, aplazando el procedimiento quirúrgico por 6-8 semanas después de este episodio.

Ambos grupos se distribuyeron según la edad, sexo, paridad, momento quirúrgico, antecedentes personales, hallazgos ecográficos o de colecistografía oral y valores de hemograma y sedimentación, bilirrubinas (si había ictericia clínica), glicemia y creatinina (si fueron necesarios como prequirúrgicos) y algún otro examen que se consideró pertinente de acuerdo con cada paciente; estos valores fueron tabulados en un formulario precodificado.

La técnica quirúrgica fue determinada por cada cirujano de acuerdo con los hallazgos operatorios, los cuales también estuvieron incluidos en el formulario previamente mencionado.

En el Hospital General de Medellín se utiliza preferencialmente la técnica combinada (disección inicial del triángulo hepato-cístico con reparo del conducto cístico y ligadura de la arteria cística, y posterior disección fundocística de la vesícula); en pocas ocasiones se recurre a la utilización de drenes (6.3%) y a la peritonización del lecho vesicular (15.6%).

La morbimortalidad post-operatoria fue recopilada de la historia clínica, junto con el resultado de anatomía patológica, y el seguimiento fue de 1 a 7 meses.

Se evaluaron los índices de morbimortalidad de cada paciente y los factores de riesgo de acuerdo con el cruce de variables categóricas o continuas, a la aplicación de promedios, desviación estándar, máximos y mínimos, intervalos de confianza del 95%, a la tabulación con o sin cruce y a la prueba de X^2 .

Se empleó un computador IBM compatible con paquete estadístico PC STATS, especializado en manejo de variables categóricas.

RESULTADOS

Los dos grupos fueron comparables en edad, sexo, paridad, antecedentes personales y valores de glicemia, bilirrubinas y creatinina.

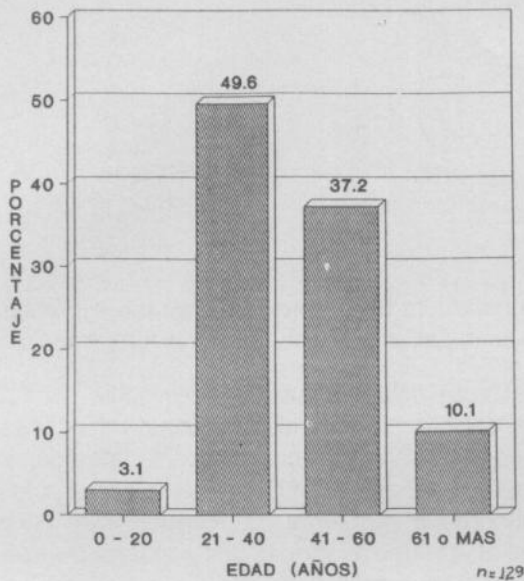
El 52.7% de los pacientes presentó enfermedad vesicular antes de los cuarenta años (Gráfica 1). 13

pacientes (10.1%) fueron del sexo masculino, lo cual muestra la mayor frecuencia de colecistitis en mujeres; 2/3 de éstas presentaron menos de tres partos.

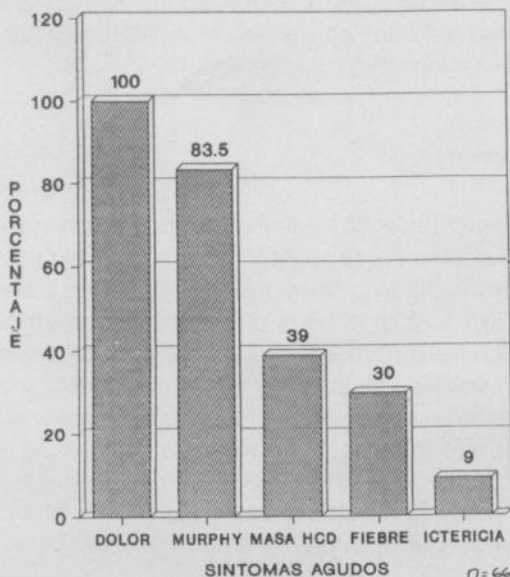
Los hallazgos clínicos más frecuentemente encontrados en pacientes con Colecistitis aguda fueron dolor tipo cólico y signo de Murphy (Gráfica 2).

El 94.6% de los pacientes tuvieron cálculos, siendo la ecografía de hígado y vías biliares el examen más solicitado; los hallazgos ecográficos más frecuentes en Colecistitis aguda fueron además de cálculos: distensión y edema 53.4% (Gráfica 3).

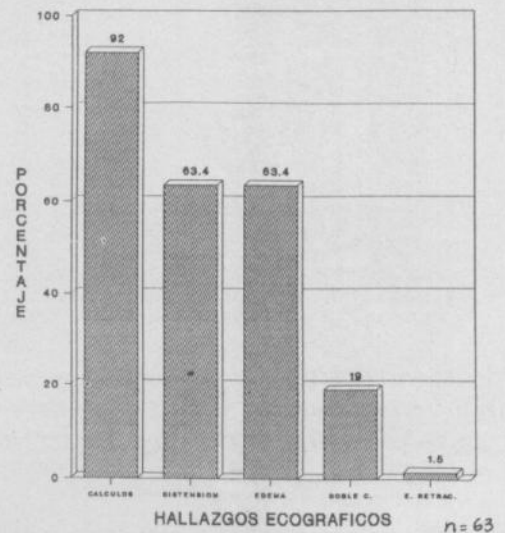
GRAFICA 1
DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS
COLECISTITIS AGUDA Y CRONICA
HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN 1990 - 1991



GRAFICA 2
COLECISTITIS AGUDA - SINTOMAS
COLECISTITIS AGUDA Y CRONICA
HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN 1990 - 1991



GRAFICA 3
ECOGRAFIA EN COLECISTITIS AGUDA
COLECISTITIS AGUDA Y CRONICA
HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN 1990 - 1991



Sólo 7 pacientes tuvieron Colecistografía oral como método diagnóstico, 5 de los cuales presentaron episodio agudo.

Los hallazgos operatorios más frecuentes encontrados en pacientes con colecistitis aguda fueron cálculos y edema (Gráfica 4).

Las adherencias epiploicovesiculares se encontraron en el 43.8% de los casos, de los cuales 35 pacientes tuvieron episodio agudo y 21 fueron operados electivamente, lo cual podría sugerir que éstos presentaron previamente inflamación vesicular.

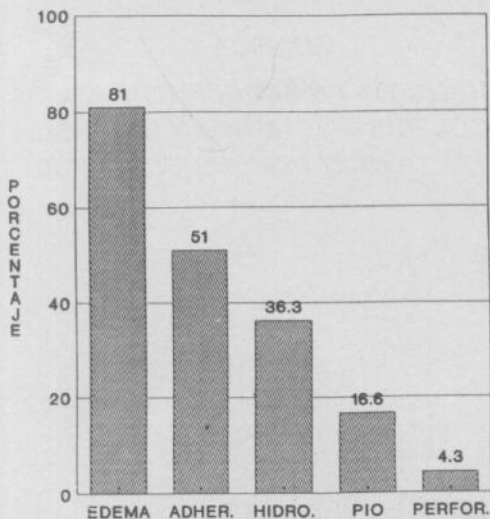
La frecuencia de presentación de fístula y perforación vesicular localizada o libre fue mínima (0.8, 0.8 y 1.6 respectivamente).

Al clasificar las heridas según Altmeier se encontró: heridas limpias 39.8%, limpia-contaminada 46.9%, contaminada 10.9% y sucia 2.4% y la frecuencia de infección de la herida en el postoperatorio fue 3.9%, 3.3%, 14% y 33.3% respectivamente.

Las heridas clasificadas como sucias correspondían a 3 pacientes distribuidos en grupos etáreos diferentes y

GRAFICA 4

HALLAZGOS OPERATORIOS EN C.A. COLECISTITIS AGUDA Y CRONICA HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN



sin antecedentes personales patológicos, a quienes en cirugía se les encontró perforación vesicular; a dichos enfermos se les dejó herida abierta y se manejaron con curaciones.

La morbilidad postoperatoria fue principalmente debida a infección de herida quirúrgica que se presentó en 6.2% del grupo general, 80% de ellos en edades entre 40 y 60 años; cuando se midió en los dos grupos fue 3.1% en pacientes a quienes se les realizó cirugía electiva y 9% en quienes la cirugía fue efectuada de manera urgente; esta diferencia no fue estadísticamente significativa (gráfica 5).

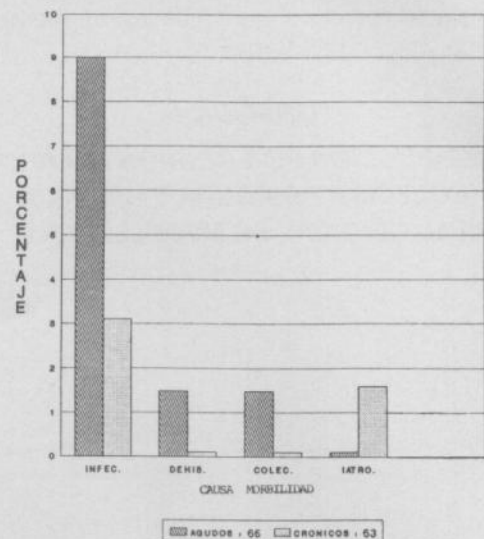
Se utilizó dren de lecho vesicular en 8 pacientes - 5 urgentes y 3 electivos - de acuerdo con los hallazgos operatorios y el criterio del cirujano; uno de estos pacientes presentó en el postoperatorio evidencia de infección de la herida, enfermo éste que como hallazgo operatorio tuvo una perforación vesicular libre y peritonitis purulenta difusa.

Debido a datos perdidos ocasionados por omisión en la solicitud de exámenes de laboratorio al ingreso, no es posible relacionar la infección de la herida quirúrgica con el recuento de leucocitos preoperatorio, como tampoco los valores de glicemia, creatinina y bilirrubina con la morbilidad.

Se presentó iatrogenia de vía biliar en un paciente electivo, la cual fue una lesión longitudinal de 2 mm que se manejó conservadoramente con rafia lateral prima-

GRAFICA 5

MORBILIDAD COLECISTITIS AGUDA Y CRONICA HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN 1990 - 1991



ria de conducto biliar común y drenaje, sin ocasionar consecuencias en el postoperatorio temprano.

Un paciente de 57 años con colecistitis destructiva aguda, perforación vesicular libre y peritonitis presentó una cadena de complicaciones que se inició con infección de herida, dehiscencia, evisceración y colección intraabdominal purulenta, causándole finalmente la muerte al enfermo, siendo la única muerte del estudio, para una letalidad del 0.8%.

37% de las colecistectomías electivas y 27.2% de las urgentes requirieron al menos una hospitalización previa por su enfermedad vesicular.

El promedio de días postoperatorios fue 2.1 para el grupo de pacientes operados electivamente y 2.2 para los intervenidos de manera urgente.

DISCUSION

Tradicionalmente se ha dicho que la enfermedad litiasica vesicular se presenta más frecuentemente en mujeres multíparas, mayores de 40 años y obesas (1,2). En los últimos años se ha observado empíricamente en nuestro medio que este patrón de presentación ha venido variando sin que hasta la fecha exista algún estudio que confirme o refute esta observación. La presente investigación demostró frecuencia de la enfermedad en mujeres menores de 40 años y paridad menor de 3. En cuanto al sexo, continúa habiendo un predominio por las mujeres en una relación de 9:1.

La historia clínica de la Colecistitis aguda se manifiesta inicialmente como dolor tipo cólico en hipocondrio derecho y/o epigastrio acompañado de vómito y algunas veces fiebre; al examen físico se encuentra el signo de Murphy, masa palpable y dolorosa en hipocondrio derecho (20%) y algunas ocasiones ictericia (10-20%) (1,39).

En el presente estudio el hallazgo de masa fue superior a lo esperado. (39%).

Aunque esta investigación mostró incremento de morbimortalidad en pacientes diabéticos o hipertensos operados por Colecistitis aguda debido posiblemente al escaso número de casos, informes recientes recomiendan tratamientos quirúrgicos temprano en ellos a causa de una alta incidencia de perforación, a pesar de tener mayor índice de infección de la herida quirúrgica en el postoperatorio (9).

Hay trabajos que demuestran que la morbimortalidad postoperatoria de la colecistectomía en pacientes mayores de 70 años es mayor (10-11); este estudio no mostró diferencias en cuanto a grupo etáreo, aunque fue un número reducido de pacientes.

El hallazgo operatorio más importante para el diagnóstico de Colecistitis aguda es el edema vesicular, el cual puede desaparecer cuando el espécimen microscópico es fijado en formol (1,12), lo cual se ratificó en este estudio al encontrar que a 42 de las muestras no se les encontró edema a pesar de ser evidente en el acto quirúrgico.

La presencia de perforación vesicular en Colecistitis aguda, más frecuente en pacientes mayores de 60 años, es del 10%, distribuyéndose así: perforación absceso perivesicular 50%, perforación libre 30% y fístula 20% (1,13,14); curiosamente el 66.6% de las 3 perforaciones encontradas por el grupo investigador fueron libres, una de ellas en un paciente mayor de 60 años.

La infección de la herida quirúrgica no estuvo asociada con la edad o la utilización de drenes, además no hubo diferencia estadística significativa entre las infecciones del grupo de pacientes con Colecistitis aguda y crónica. Se observó un alto índice de infección en heridas limpias (3.9%) cuando mundialmente lo aceptado es por debajo del 2% (15).

La letalidad postoperatoria fue baja (0.8%), la cual correspondió a un paciente que llegó en muy malas condiciones, con colecistitis destructiva y presentó en el postoperatorio complicaciones severas directamente relacionadas con su enfermedad.

No hubo diferencias en cuanto a la estancia hospitalaria postoperatoria entre los dos grupos de pacientes. Sin embargo, a algunos de los pacientes, 37% de los crónicos y 27% de los agudos, se les pudo haber disminuido el tiempo de la enfermedad y los costos hospitalarios si se hubieran operado durante el episodio agudo previo.

CONCLUSION

Las colecistectomías urgentes son un procedimiento seguro, con una morbilidad similar a las colecistectomías electivas, lo cual sugiere que pueden seguir siendo tratamiento de elección en Colecistitis aguda, disminuyendo posiblemente el sufrimiento e incapacidad al paciente, tiempo y costo de la enfermedad.

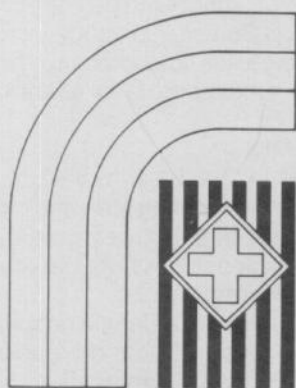
AGRADECIMIENTOS

Al Departamento de Cirugía del Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez.

Al Dr. Carlos H. Morales por su asesoría.
A nuestras Esposas.

BIBLIOGRAFIA

1. WAY, L.W. PELLEGRINI, C.A. Surgery of Gallbladder and Bileducts. Cholelithiasis and Chronic Cholecystitis. Saunders, 231-264, 1987.
2. SCHWARTZ, S.I. Principles of Surgery. Gallbladder and extrahepatic Biliar System. 4 Ed. Mc Graw Hill, 1308-1343, 1983.
3. VAN-STEENBERGEN, W. et al. Percutaneous Transhepatic Cholecystostomy for Acute Complicated Cholecystitis in Elderly Patients. Am-J-Gastroenterol. 1990 Oct; 85(10): 1363-9.
4. KAUFMAN, M. et al. Cholecystostomy as a Definitive Operation. Surg-Gynecol-Obstet. 1990 Jun; 170(6): 533-7.
5. AUGUSTE, L.J. Laparoscopy-Guileded percutaneous Cholecystostomy. Gastrointest-Endosc. 1990 Jan-Feb; 36(1): 58-60.
6. WINKLER, E. et al. Role of Cholecystostomy in the Management of Critically Ill Patients Suffering from Acute Cholecystitis. Br-J-Surg. 1989 Jul; 76(7): 693-5.
7. PECKLEMAN, J. Controversies in Biliary Tract Surgery. Con J. Surg. 1986, 29: (6): 429-33.
8. FOWKES, F.G.R., GUNN, A. the Management of Acute Cholecystitis and its Hospital Cost. Br. J. Surg. 1980, 67: 613.
9. HICKMAN, M.S. SCHWESSINGER? W.H: PAGE, C.P. Acute Cholecystitis in the Diabetic. Arch-Sur. 1988 Apr; 123 (4): 409-11.
10. HOUGHTON, P.W.J., JERKINSON, L.R., DONALDSON, L.A. Cholecystectomy in the Elderly. A Prospective Study. Br. J. Surg. 1985, 72: 220-2.
11. EDLUN, G.; LJUNGDAHAL, M. Acute Cholecystitis in the Elderly Am-Surg. 1990 Apr; 159 (4): 414-6; Discussion 416.
12. ROBBINS, STANLEY L.; Sistema Biliar. Patología Estructural y Funcional. 1 Ed. Interamericana 1975; 1003-19.
13. GADOCZ? T.R. Cholelithiasis and Cholecystitis. Surgery of the Alimentary Tract. 2 Ed. Saunders, Vol. 4; 208-224, 1983.
14. BERK, J.E. Colecistitis Aguda. Gastroenterología Bockus. 4 Ed. Salvat, Vol. 5; 3919: 3982 1987.
15. KUNE, G.A., GELL, G.D. Colecistitis. Operaciones Abdominales, Maingot. 8 Ed. Panamericana, Vol. 2; 1776-1785 1986.



Fesalud Medellín

FESALUD MEDELLIN, el servicio de medicina integral prepagada de la Clínica Medellín, le ofrece la atención que usted se merece y el cuidado responsable, que sólo puede brindar el médico de la familia.

Tratamiento médico especializado
24 horas al día, 365 días al año.

CONSULTENOS:

TELEFONOS: 241 15 72 - 241 74 44

agua caliente gratis.

Más de 100.000 Lts. instalados de agua caliente solar

entre ellos:

- HOSPITAL PABLO TOBON URIBE 22.000 Lts.
- CLINICA CARDIOVASCULAR (STA. MARIA) 10.000 Lts.
- CLINICA DEL CES 5.000 Lts.

**ENERGIA
SOLAR**

DESDE 1978

SOLICITE YA ESTE SERVICIO PARA SU INDUSTRIA O ENTIDAD.
Apartado 95619. Teléfonos 235 15 11 - 235 10 02. Medellín - Colombia.