

## ***Colecistectomías en agudo. Indicaciones y técnica***

### **A propósito de 100 casos de colecistitis aguda**

*Dres. MUZIO S. MARELLA, JOSE TROSTCHANSKY  
y ALBERTO OLAZABAL \**

#### **CONCEPTO**

La conducta terapéutica en la colecistitis aguda está estrechamente relacionada al conocimiento del proceso patológico de la enfermedad.

Los conceptos patológicos y la terapéutica sostenida en este trabajo están fundamentados en lo señalado en nuestro medio desde hace treinta años por el Prof. J. C. del Campo al lado de quien lo aprendimos. Entre nosotros hay una amplia experiencia sobre el tema, pese a lo cual muy pocos trabajos se le han dedicado, entre ellos los de Castiglioni (8, 9, 10). En la Argentina, Francia y Estados Unidos hay autores que se refieren concretamente al tema, coincidiendo en la patología y en líneas generales con la terapéutica que sostenemos aquí.

La colecistitis aguda es causada en más del 95 % de las veces por una obstrucción mecánica del conducto excretor del órgano. Esa obstrucción es provocada por un cálculo que se enclava en el cístico o en el bacinete. Solamente en un 5 % la colecistitis aguda tiene como causa factores inflamatorios, cicatrizales, tumorales, torsiones o por reflujo del jugo pancreático.

La complicación más frecuente de la litiasis vesicular es la obstrucción de la vía excretora. El cálculo obstructor transforma la vesícula en una cavidad cerrada. Esa obstrucción puede ser pasajera, por retroceso del cálculo a la cavidad vesicular o por progresión y pasaje de éste al hepatocolédoco. Pero si la obstrucción vesicular persiste, al cabo de pocas horas comienzan fenómenos de distensión, por acumulación de las secreciones normales a lo cual se agrega el resultado del proceso inflamatorio que comienza a desarrollarse en la cavidad vesicular cerrada. La pared al distenderse, determina trastornos vasculares parietales linfáticos, venosos y arteriales, que llevan en una última etapa a la necrosis de la pared vesicular y a su perforación. Las lesiones se presentan más precozmente en el fondo vesicular.

A este proceso que en su comienzo fue de origen mecánico, en forma secundaria puede agregarse un factor infeccioso que le imprime mayor agudeza, acentuando las lesiones.

De acuerdo a este concepto dinámico del fenómeno obstructivo, las distintas formas anatómicas de la colecistitis obstructiva aguda (C.O.A.); la catarral, la supurada (piocolecistitis), la flemonosa, la necrótica, o la peritonitis biliar no son más que etapas de un mismo proceso evolutivo.

Estas formas anatómicas tienen su traducción en el cuadro clínico. El dolor de hipocondrio derecho, persistente, acentuado a través de las horas con sus irradiaciones típicas. La vesícula palpable, signo fundamental, a veces encubierto por la defensa del recto derecho. Los pigmentos biliares en la orina. Y en la radiografía simple de H.D.; la hepatomegalia, a veces la vesícula visible espontáneamente o con imágenes de cálculos. En algunas oportunidades, se puede reconocer la imagen del cálculo obstructor.

El criterio terapéutico está fundamentado en esta base patológica y tiene como objetivo operar las colecistitis obstructivas en el período más conveniente. Clínicamente consideramos que el período óptimo para realizarla es antes del quinto día de evolución del cuadro. En esos cinco primeros días la colecistectomía, en general no tiene dificultades, los planos de decolamiento están facilitados por el edema inflamatorio y la exploración del cístico, su cateterismo y la colangiografía, se pueden hacer la mayor parte de las veces. Después de los cinco días de evolución de la C.O.A. las adherencias al colon y al duodeno son más firmes, se presenta la necrosis del fondo vesicular y aun la perforación. Los procesos inflamatorios son mayores, más difíciles y sangrantes los decolamientos del órgano y por lo tanto la colecistectomía más dificultosa y riesgosa. El cirujano tendrá que recurrir en estas circunstancias con mayor frecuencia a la colecistectomía simple o la colecistostomía cuando aquélla no es posible.

Frente a un cuadro etiquetado como una colecistitis aguda, nosotros calmamos al enfermo por vía intramuscular con una asociación de un pirazolónico y fosfato de codeína o usamos un sucedáneo morfínico. Antibioticoterapia e hidratación parenteral.

#### **CRITERIOS DE OPERABILIDAD**

Responden a dos conceptos: de tiempo y de forma evolutiva, los cuales consideramos como fundamentales y nos atenemos a ellos en forma estricta.

\* Profesor Adjunto de Cirugía, Docente Adscripto de Cirugía. Fac. Med. Montevideo. Cirujano del M.S.P.

CUADRO 1

Edad		
20 a 40 años		30 casos
40 a 50 años		26
50 a 60 años		11
60 a 70 años		20
Más de 70 años		13
		100
20 a 50 años ..	56 casos	56%
50 a 80 años .....	44	44%
Sexo		
Femenino		78 casos
Masculino		22

### Concepto de tiempo.

Consideramos que la intervención antes del quinto día (período precoz u óptimo) de iniciado el cuadro, es el adecuado para obtener el mejor resultado con el más bajo índice de mortalidad y morbilidad. Este criterio no quiere decir intervención inmediata. El cirujano se tomará el tiempo mínimo necesario para conocer su enfermo, valorar su resistencia, equilibrar sus déficits, iniciar la terapéutica antibiótica y la medicación parenteral.

En general la intervención no es difícil, como algunos autores han sostenido. El edema en las primeras etapas facilita los planos de clivaje, las adherencias son laxas y fáciles de eliminar y la individualización de las estructuras anatómicas es posible pudiéndose elegir el procedimiento quirúrgico adecuado, además de explorar la vía biliar principal manual, instrumental y colangiográficamente.

Este plan de intervención precoz se ve torpedeado frecuentemente por la consulta tardía al cirujano. A veces porque el paciente cree que el episodio actual retrocederá como otros anteriores y otras, porque el médico tratante, frente a la más típica colecistitis aguda con vesícula palpable, ensayará la terapéutica médica de modo reiterado y solicitará la consulta quirúrgica frente a la no mejoría o a la agravación del cuadro clínico, pasados varios días.

Consideramos que el período entre el 5º y el 12º día (período intermedio) es menos favorable para la intervención por la acentuación del proceso de pericolecistitis y la dificultad que crea ello para la individualización de los elementos anatómicos del pedículo hepático. Las dificultades inherentes de esta situación no nos hacen contraindicar el acto quirúrgico, porque nuestra experiencia demuestra que las dificultades anteriormente citadas muchas veces no responden a la realidad y nos permiten hacer el tratamiento quirúrgico completo aun en este período intermedio entre el 5º y el 12º día. Otras veces tuvimos que recurrir para solucionar el problema agudo a la colecistostomía.

La C.O.A. después del 12º día (período tardío) ha entrado en una etapa subaguda o de

complicaciones, la intervención más indicada es la colecistostomía y por excepción la colecistectomía.

CUADRO 2

Tiempo de evolución preoperatoria	
Menos de 5 días	50 casos
5 a 12 días ...	41
Más de 12 días	9

### Concepto evolutivo.

Es importante, para valorarlo, considerar aquellos pacientes en los que no se haya realizado tratamiento médico previo, que pueda enmascarar seriamente los cuadros. La indicación quirúrgica surge cuando en la evolución del enfermo se presentan algunos de los signos siguientes:

- Incontrolabilidad del dolor; que traducirá la acentuación progresiva del sufrimiento vesicular o compromiso de regiones vecinas.
- La aparición de contractura o defensa del H.D., o el aumento de los mismos si ya estaban presentes; que traduce la importancia de la irritación peritoneal.
- Aparición de sintomatología pancreática.
- Mantenimiento o elevación de la leucocitosis. Cuando la numeración está por encima de 12 a 15 mil leucocitos se debe pensar en la supuración y si es aún más elevada, en la posibilidad de lesiones necróticas y gangrenosas.
- La persistencia del cuadro clínico funcional, físico, de laboratorio y radiológico, luego de 24 horas de tratamiento médico correcto.
- El desmejoramiento del estado general.
- Subictericia, la cual indica un compromiso coledociano asociado.
- La persistencia de la vesícula palpable aun con mejoría del estado general.
- La reaparición de la sintomatología en el H.D., luego de un retroceso franco, índice de un nuevo enclavamiento del cálculo obstructor.

Todos estos signos son elementos que deben decidir en cualquier momento de su evolución, la intervención de la colecistitis obstructiva y que nos llevan a operar antes del 5º día. Esa urgencia es mayor, cuanto más nos acercamos al límite crítico.

Hay otra forma de colecistitis aguda, aquellas que no retroceden francamente, cuyos signos físicos persisten, aunque pueda mejorar o estacionarse el estado general. Para ellas empleamos el mismo criterio de operabilidad, que para las francamente agudas, pues estas colecistitis van a la perforación de modo solapado.

Fundamentándose en este criterio clinicopatológico los autores han operado los 100 pacientes que sirven de base a este trabajo.

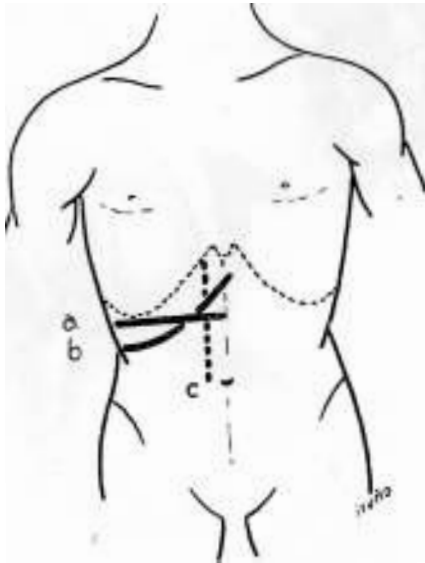
**CONDUCTA OPERATORIA**

Hacemos un balance del enfermo: edad, estado general, tiempo de evolución.

La colecistectomía de fondo a cuello, el drenaje transcístico de colédoco, la colangiografía operatoria y el drenaje aspirativo con tubo subhepático es la operación completa que preferimos.

Cuando las condiciones generales, el prolongado tiempo de evolución o las condiciones operatorias no permiten esta operación, preferimos la colecistectomía simple o la colecistostomía con desenclavamiento y extracción del cálculo obstructor.

**Anestesia.**—La anestesia general con intubación, es la indicada, salvo en casos muy graves en los que recurrimos a la anestesia local.



a INCISION TRANSVERSA  
b INCISION SUBCOSTAL  
c INCISION PARAMEDIANA

FIG. 1.

**Incisión.**—Consideramos que la oblicua subcostal derecha o la transversa son las más adecuadas. La paramediana pararectal interna o transrectal derecha la usamos también. Ella aborda más rápidamente el foco lesional aun siendo más eviscerante y más eventrante. Esta incisión siempre la cerramos con puntos totales extraperitoneales (fig. 1).

CUADRO 3

*Incisiones parietales*

Paramediana . . . . .	41 casos
Subcostal o transversa	57
Mediana	2

**Balance lesional.**—En estos cuadros agudos evitamos inicialmente hacer exploración amplia del vientre para evitar la diseminación, será realizada al final de la intervención. La colecistectomía o colecistostomía será en última instancia por el balance de las lesiones vesiculares, perivesiculares, de la vía biliar principal o pancreática.

**TECNICA DE LA COLECISTECTOMIA EN AGUDO**

Hecha la incisión que expone el foco vesicular, se protege todo el campo con compresas y se introduce una mecha en el hiato de Winslow.

Si la vesícula tiene lesiones parietales o está muy tensa, es riesgoso maniobrar con ella; entonces se punciona y se evacúa su contenido líquido y cuando ha perdido tensión, se incinde el fondo y se evacúan los cálculos. Se introducen en su luz dos o tres gasas con un desinfectante, cerrando el fondo vesicular y se procede a la colecistectomía (figs. 2, 3 y 4).

Ya sea que se haya evacuado antes, o se vaya directamente a la extirpación, se hace infiltración novocaínica de la pared vesicular sobre la línea a incidir. Esto además de realizar una anestesia en zona muy reflexógena y shockante, facilita la disección, evita la perforación del órgano, etc. (fig. 5).

Incisión de la serosa vesicular desde el cuello al fondo en raqueta a un lado y otro en

CUADRO 4

*Conducta*

	Menos de 5 días	Entre 5 y 12 días	Más de 12 días
Colecistectomía	5 casos	7 casos	2 casos
Colecistectomía y dren. transc.	17	13	2
Colecistect. más dren. transc. y colangiogr. i/op.	19	10	
Colecistectomía más coledocotomías . . . . .	9	5	1
Colecistostomía		6	4

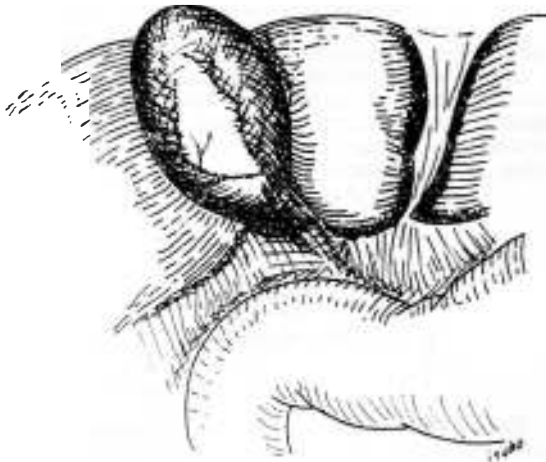


FIG. 2.— Aspecto de la C.O.A. en los primeros 5 días.



**PROTECCION DEL FONDO  
VESICULAR CON COMPRESAS  
PUNCION Y EVACUACION**

FIG. 3.

una línea paralela al surco colecistohepático y a 1 ½ a 2 cm. de él (fig. 6).

Diseción subserosa de fondo a cuello, a tijera, haciendo ligaduras escalonadas. Esta maniobra permite hacer una cuidadosa disección a nivel del cuello vesicular. La ligadura del pedículo cístico queda facilitada al traccionar el órgano y abrir el ángulo cisticohepático.

Esto disminuye mucho el riesgo de lesión de los elementos del pedículo hepático o de sus ramas derechas (fig. 7).

Con frecuencia con esta técnica no se liga el tronco de la cística sino sus ramas, luego de atravesar el peritoneo vesicular.

Diseción del cístico y sección parcial de él a 1 ½ cm. de su desembocadura, cateteris-

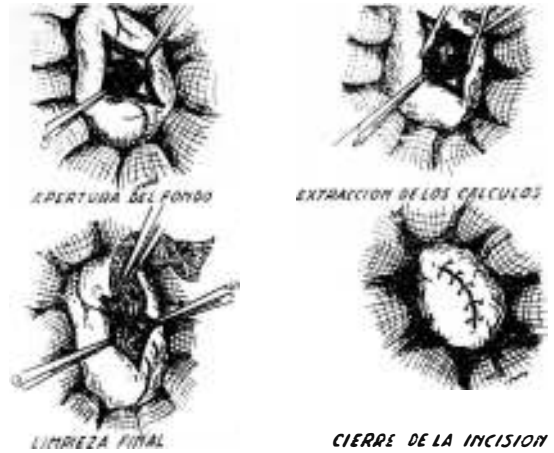


FIG. 4.



**INFILTRACION DEL  
PERITONEO VESICULAR**

FIG. 5.

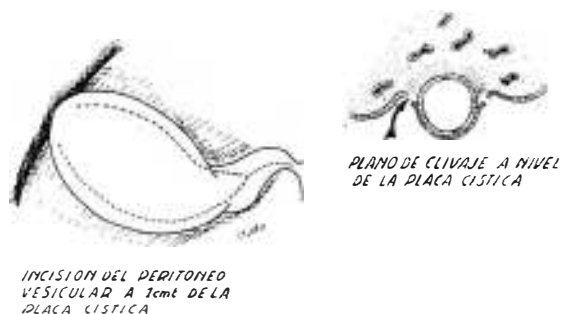


FIG. 6.

mo con exploradores y luego introducción de sonda Nelaton con un nudo marcador de Karlen, fijado con catgut crómico, nunca con hilos no reabsorbibles. Enfatizamos la importancia de este nudo marcador en todo drenaje transcístico, pues asegura que la sonda penetre en el colédoco a la distancia deseada (figs. 8, 9 y 10).

Se completa la sección del cístico y se extrae la vesícula.

Manometría sencilla. Se pasan a través de una jeringa sin émbolo, novocaína o suero fisiológico y se comprueba el grado de pasaje del líquido por la vía biliar principal. La experiencia muestra que esta simple maniobra provee datos de particular valor en cuanto a la permeabilidad del hepatocolédoco. Datos de mayor precisión se obtienen midiendo las presiones con el aparato de presión venosa [Cendán (fig. 10)].

Colangiografía operatoria. A continuación se pasa la sustancia de contraste con la misma técnica de la jeringa sin émbolo o con un mínimo de presión obteniendo dos o tres radiografías.



FIG. 7.



FIG. 8.

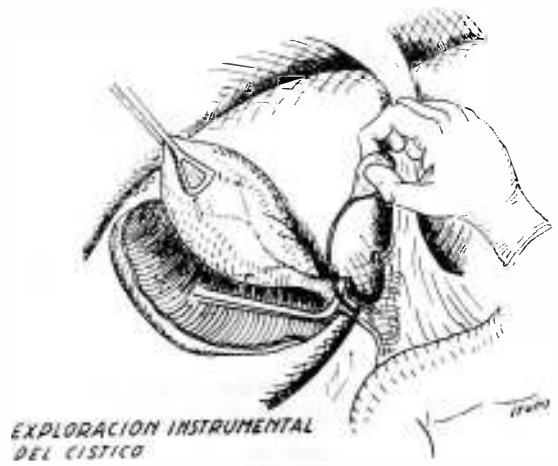


FIG. 9.

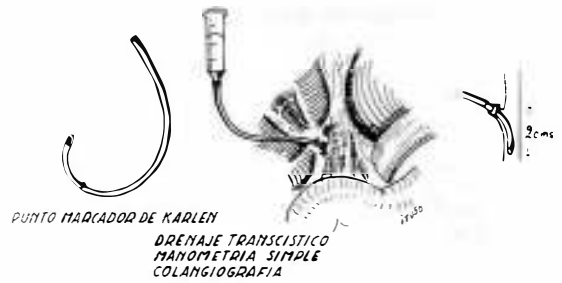


FIG. 10.

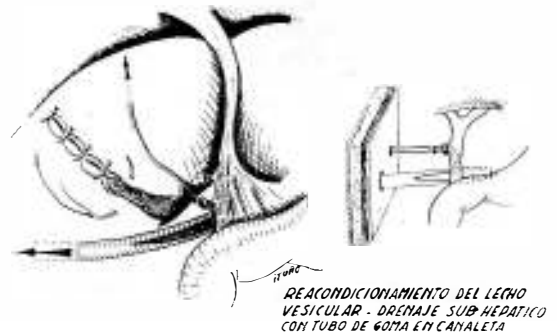
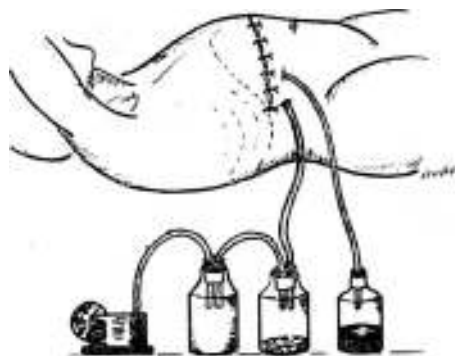


FIG. 11.

La colangioscopía operatoria ha agregado un valioso elemento en la visualización de la vía biliar. Lamentablemente en nuestro país, este elemento técnico no está a nuestro alcance por razones económicas.

Mientras se revelan las radiografías se peritoniza el lecho vesicular con catgut y se hace revisión del campo operatorio.

Drenaje subhepático con tubo de latex abierto en su extremo en canaleta. El drenaje subhepático y transcístico se exteriorizan por contrabertura y se fijan a la piel (figs. 11 y 12). Cierre de la incisión.



**INCISION CERRADA - AMBOS DRENAJES  
SALEN POR CONTRABERTURA**

FIG. 12.

Se sintetizan las lesiones anatomopatológicas y macroscópicas quirúrgicas en el cuadro siguiente.

**CUADRO 5**

*Lesiones vesiculares*

A) Contenido	
Líquido turbio	42 casos
Pus .....	28
Claro .....	10
No se anotó .....	20
B) Pared vesicular	
Proceso inflam. agudo	45
Proceso necrótico .....	17
Proceso exfoliativo	5
No se anotó .....	33

**POSOPERATORIO**

El drenaje subhepático se conecta a un aspirador durante 24 a 48 horas. De este modo se extraen de 100 a 200 c.c. o más de sangre, exudado y bilis que en la mayor parte de los casos se colecta. La ventaja del drenaje aspirativo por tubo subhepático es evidente. Se extrae al tercer día.

El drenaje transcístico se pone abierto a bocal durante 24 a 48 horas. Ello evita hipertensiones en la vía biliar principal. Se pinza al cabo de este tiempo y en casos de dolor se despinza; se retira entre el octavo y el décimo día. Si la tracción suave no lo quita, se debe esperar hasta que salga con maniobras delicadas. A veces esto lleva hasta veinte días, lo cual no tiene ningún inconveniente.

Se calma al paciente con un pirazolónico asociado a fosfato de codeína en las primeras 24 a 48 horas.

Se levanta a las 24 horas, se hace enema evacuador salado hipertónico a las 48 horas.

El alta hospitalaria se sitúa promedialmente entre el 6º y el 8º día.

**RESULTADOS**

—Se han operado 100 casos de colecistitis aguda, 98 de los cuales tenían litiasis y dos eran alitiásicas.

—Se hicieron 90 colecistectomías simples o con técnicas agregadas y 10 colecistostomías.

—Las 90 colecistectomías tuvieron una mortalidad de 1.2 %. La causa de la única muerte fue una peritonitis biliar por falla de ligadura del cístico.

—Las 10 colecistostomías tuvieron una mortalidad de 30 %. Estas tres muertes no son imputables a la conducta, sino a que llevaban más de 7 días de evolución y se tuvo esa técnica conservadora porque eran peritonitis biliares con grave estado general de los pacientes.

—El cuadro 6 es ilustrativo en cuanto a la importancia que tiene el tiempo de evolución en el resultado de la colecistitis aguda.

**CUADRO 6**

*Evolución posoperatoria*

1. Buena .....	92%
2. Complicaciones:	
Supurac. pared	3 casos
Evisceración ...	1
3. Muertes .....	4
(corresp. a las peritonitis biliares)	
<i>Mortalidad operatoria:</i>	
Antes del 5º día .....	0 %
Entre el 5º y 12º días .....	2.5%
Luego del 12º día ...	33 %

**RESUMEN**

—Los autores presentan 100 casos operados de colecistitis obstructivas agudas (C.O.A.).

—Se desarrolla el concepto patológico de la C.O.A. que es causado en la gran mayoría de las veces por un cálculo obstructor en el bacinete o en el cístico.

—Se establecen los criterios de operabilidad de acuerdo a dos conceptos:

- Concepto de tiempo*, que permite distinguir tres periodos quirúrgicos: 1º antes del 5 día, periodo precoz u óptimo; 2º entre el 5º y 12º días, periodo intermedio; 3º después de los 12 días, periodo tardío.
- Concepto de evolutividad*, se enumeran nueve índices clínicos y paraclínicos que guían hacia la indicación quirúrgica.

—Se destaca la importancia del balance y tratamiento preoperatorio del paciente.

—Se señalan los lineamientos principales de la operación completa a realizar en la C.O.A.:

Colecistectomía de fondo a cuello, subserosa, ceterismo del cístico, drenaje transcístico de colédoco, manometría sencilla, colangiografía, y drenaje subhepático aspirativo. Es ésta la operación a efectuar, cuando las condiciones generales y locales lo permiten, lo que casi siempre es posible antes del 5º día de evolución de la C.O.A.

—Se indican las circunstancias en que el plan operatorio máximo debe restringirse para evitar riesgos al paciente.

—El análisis de los resultados permite extraer como consecuencia que la C.O.A. no tuvo mortalidad antes del 5º día de evolución y que la colecistectomía es la operación indicada en ese período.

## RÉSUMÉ

—Les auteurs présentent une série de cent opérés de cholécystites obstructives aiguës (C.O.A.).

—Est développé l'idée pathologique de la C.O.A. et ce sont établies les critères d'opportunité opératoire d'accord deux concepts:

- a) *Concept de temps*, permet se différencier trois périodes chirurgicales:
  - I. Période précoce (avant 5ème jour)
  - II. Période intermédiaire (entre le 5ème. et 12ème jour) et
  - III. Période tardive (après des douzième jour).
- b) *Concept d'évolution*, nous énumérons neuf index cliniques et paracliniques. Ils conduisent vers l'indication chirurgicale.

—Est remarqué l'importance du balance et traitement pré opératoire du patient.

—Sont remarqués les ligneaments principaux de l'opération complète à réaliser dans la C.O.A.

—Cholécystectomies de fond à cou, sub-séreux, cathétérisme du cystique, drainage trans-cystique de cholédoque, manométrie simple, cholangiographie et drainage sub-hépatique aspiratif. Est cela l'opération à réaliser, quand les conditions généraux et locaux permettent. Generalment est possible avant le 5ème jour d'évolution de la C.O.A.

—Ce sont signalés les circonstances au le plan opératoire doit se limiter pour éviter risque au patient.

—L'analyse des résultats permettre déduire qui la C.O.A. n'avait pas tenue mortalité avant du 5ème jour d'évolution et la cholécystectomie est l'opération nécessaire dans ce période.

## SUMMARY

—The authors present a hundred cases of acute cholecystitis. They develop the pathological concept about the C.O.A. and establish the judgments of convenient operation according to two concepts:

- a) *Concept of time* which allows us to distinguish three surgical periods:
  - 1st. Early or opportune period; before the 5th. day;
  - 2nd. intermediate period, between the 5th. and 12th day;
  - 3rd. late period, after the 12 days.
- b) *Concept of evolution*, time clinics and paraclinics indexes are enumerated, which lead to the surgical suggestion.

—The importance of the balance and treatment pre-operative of the patient is remarked.

—The principal lineaments of the complete operation to make in the C.O.A. are noted.

—Cholecystectomy from fundus to neck, subserous, cystic catheterism, drainage transcystic of choledochus simple manometry, cholangiography and aspirated subhepatic drainage. This is the operation to perform, when the general and local conditions are allowed, which is almost always possible before the 5th day of evolution of the C.O.A.

—It is noted the circumstances in which the complete operative plan must be limited to avoid risks to the patient.

—The analysis of the results let us take as consequences that the C.O.A. has not mortality before the 5th. day of evolution and the cholecystectomy is the correct operation in that period.

## AGRADECIMIENTO

Quedamos reconocidos al Dr. C. Ituño por las demostrativas ilustraciones de este trabajo.

## BIBLIOGRAFIA

1. ALLENDE, C. I. Tratamiento quirúrgico de la colecistitis aguda. *Col. Soc. Arg. Cir. Bs. As.*, 25: 703, 1960
2. ARDAO, H. Colecistectomía subserosa. Indicaciones y Técnica. *II Cong. Urug. de Cir.*, 179, 1951.
3. BECKER, W. F., POWELL, S. L. and TURNER, R. J. Clinical Study of 1060 Patients with Acute Cholecystitis. *Surg. Gyn. Obs.*, 491, 1957.
4. BOSCH DEL MARCO, L., CARDEZA, H. y BONAVITA, E. Datos estadísticos sobre el Tratamiento de Colecistopatías agudas en la Clínica del Prof. P. Larghero Ybarz. *II Cong. Urug. de Cir.*, 144, 1951.
5. BRAASCH, J. W., WHEELER, W. M. and COLCOCK, B. P. Acute Cholecystitis. *Surg. Clin. of Amer.*, 44: 707, 1964.
6. CAFFERATA, H. T., STALLONE, R. J. and MATHEWSON Jr., C. W. Acute Cholecystitis in a Municipal Hospital. The role and results of Cholecystostomy. *Arch. Surg.*, 98-4: 435, 1969.
7. CAMAÑO, M. y SILVA, C. Colecistitis aguda enfisematosa. *Día Méd. Urug.*, 420: 317, 1968.
8. CASTIGLIONI, D. Colecistitis aguda. Tesos (inédito), 1957.
9. CASTIGLIONI, D. La vía biliar principal en la colecistitis aguda. *33º Congr. Arg. de Cir.*, 970, 1962.
10. CASTIGLIONI, D. Infección en la colecistitis obstructiva aguda. *Prensa Méd. Arg.* 55: 792, 1968.
11. CENDAN, J. E. La colangio manometría per y postoperatoria como control de la vía biliar principal. *Cir. del Urug.* (En prensa).
12. CERRUTI, N. Colecistopatías agudas. Tratamiento. *II Cong. Urug. de Cir.*, 109, 1951.
13. COLCOCK, B. P. and Mc. MANUS, J. Experiences with 1356 cases of cholecystitis and cholelithiasis. *Surg. Gyn. Obs.*, 101: 161, 1955.
14. COSCO MONTALDO, H. Colecistopatía aguda. Tratamiento. *II Cong. Urug. de Cir.*, 124, 1951.
15. COTTINI, G. F. A propósito de colecistopatías agudas. Criterio quirúrgico y experiencia. *Bol. Soc. Cir. Bs. As.*, 8: 268, 1959.
16. CHIFFLET, A. La indicación operatoria en procesos hepatobiliares agudos. *Bol. Soc. Cir. del Urug.*, 16: 277, 1945.
17. CHIFFLET, A. y PRADERI, L. Consideraciones sobre cirugía biliar. Análisis de 470 observaciones. *Bol. Soc. Cir. del Urug.*, 28: 424, 1957.
18. DE CAMP, P. T., OCHSNER, A., BARRES, T. G., BANCROFT, H. and BENDEL, N. Timing in the treatment of acute cholecystitis. *Ann. Surg.*, 135: 374, 1952.

19. DEL CAMPO, J. C. Sobre colecistitis disecantes y pancreatitis aguda. *Bol. Soc. Cir. del Urug.*, 8: 78, 1937.
20. DEL CAMPO, J. C. La obstrucción del cístico. Su papel en la patología vesicular. *Patología digestiva*. B. Varela Fuentes y A. Munilla. T. II: 594. Ed. Espasa-Calpe, 1947.
21. DEL CAMPO, J. C. Colecistitis aguda. Tratamiento II *Cong. Urug. de Cir.* Discusión: 184, 1951.
22. DEL CAMPO, J. C. La obstrucción del cístico. Su papel en la patología vesicular. *Rev. Patol. Digest.*, 2: 604, 1947.
23. DEL CAMPO, J. C. Cirugía de la colecistitis aguda entre el 1º y el 5º día. Mesa Redonda. 33 *Cong. Arg. de Cir.*, 963, 1962.
24. EDBUND, Y. A. and OLSSON, O. J. Acute Cholecystitis. Timing of Cholecystectomy: Study on Postoperative Course in 895 cases. *Acta. Chir. Scand.*, 115: 284, 1958.
25. FINOCHIETTO, R. y BILESIO, E. A. Colecistitis Ag. Oper. de Urg. *Prensa Méd. Arg.*, 43: 2882, 1953.
26. GINGRICH, R. A., AWE, W. C., BOYDEN, A. M. and PETERSON, C. G. Cholecystitis. Factors influencing morbidity and mortality. *Amer. J. Surg.*, 116: 310, 1968.
27. GLENN, F. and JOHNSON, G. Common Duct Exploration in acute cholecystitis. *Surg. Gyn. Obs.*, 104: 190, 1957.
28. GLENN, F. and THORBJARNARSON, B. Surgical Treatment of Acute Cholecystitis. *Surg. Gyn. Obs.*, 116: 61-70, 1963.
29. GLENN, F. Colecistectomía. *Clin. Quir. de N. Amer.*, 46: 1129, 1966.
30. HESS, W. Enfermedades de las vías biliares y del páncreas. *Edit. Cient. Méd.* Barcelona, 1963.
31. HILTON, H. D. and GRIFFIN, W. T. When to Operate for Acute Cholecystitis. *Postgrad. Med.*, 47: 120, 1970.
32. HINCHEY, E. J., ELIAS, L. L. and HAMPSON, L. G. Acute Cholecystitis. *Surg. Gyn. Obs.*, 120: 475, 1965.
33. IBACH, J. R. and COL. Cholecystectomy in Aged. *Surg. Gyn. Obs.*, 126: 523, 1968.
34. KLINGENSMITH, W., WATKINS, W. and OLES, P. Cholecystectomy in Acute Cholecystitis. *Arch. Surg.*, 92: 689, 1966.
35. LEE STROHL, E., DIFFENBAUCH, W. G., BAKER, J. H. and CHEEMA, M. H. Gangrene and Perforation of the Gallbladder. *Surg. Gyn. Obs.*, 114: 1, 1962.
36. LINDAHL, F. and CEDERQUIST, S. The Treatment of Acute Cholecystitis. *Acta Chir. Scand.*, 396: 9, 1969.
37. MEEROFF, M. Colecistitis agudas etiopatológicas. Anatomía patológica clínica y diagnóstica. *Sem. Med.*, 174: 1525, 1964.
38. PAYNE, R. A. Evaluación del tratamiento de la colecistitis aguda. *Brit. J. Surg.*, 56: 228, 1969.
39. PRAT, D. Sobre tratamiento de las colecistitis agudas. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 59, 1945.
40. PRAT, D. Sobre cirugía biliar. *Día Méd. Urug.*, 340: 3665, 1961.
41. PRAT, D. La colecistostomía. *Día Méd. Urug.*, 406: 1218, 1967.
42. RODRIGUEZ JUANOTENA, J. y TAIBO, W. Colecistitis aguda en el niño. *Bol. Soc. Cir. del Urug.*, 32: 523, 1961.
43. ROSI, P. y MIDELL, A. Colecistitis aguda. Análisis del tratamiento usual. *Clin. Quir. de N. Amer.*, 47: 147, 1967.
44. SCHEIN, C. J. Acute Cholecystitis in the Diabetic. *Amer. J. Gastroent.*, 51: 511, 1969.
45. SELTZER, M. H. and others. Mortality following cholecystectomy. *Surg. Gyn. Obs.*, 130: 64, 1970.
46. SHABANOV, A. N., MIKIRTUNOV, S. M. and TATEVOSYAN, R. S. Acute cholecystitis as a geriatric problem in surgery. *Khirurgiya (Mosk)*. 1960: 33, 1969.
47. STRODE, J. E. Colecistitis aguda. Complicación inesperada de la cirugía. *Clin. Quir. de N. Amer.*, 50: 357, 1970.
48. SUFFET, W. y MUSSO, R. Resultados del tratamiento de las colecistitis agudas. *Bol. Soc. Cir. del Urug.*, 44: 260, 1944.
49. TROSTCHANSKY, J. y BALBOA, O. Colecistopatías mecánicas. Temas del internado. *Of. del Libro*, 1969, Montevideo.
50. VALLS, A. Colecistitis agudas. Temas de urgencia. *Of. del Libro, A.E.M.*, Montevideo, 1969.
51. VUORI, F. E. Radical or expectant therapy of acute cholecystitis. *Am. J. Surg.*, 104: 597, 1962.
52. WALL, C. A. and WEISS, R. M. Early operation for acute cholecystitis. *Arch. Surg.*, 77: 433, 1958.
53. WALTERS, W. y SNELL, A. Enfermedades de la vejiga biliar y los conductos biliares. *Salvat*, Barcelona. Buenos Aires, 1944.
54. WRIGHT, H. K. and HOLDEN, W. D. The risks of emergency surgery for acute cholecystitis. *Arch. Surg.*, 81: 341, 1960.

## DISCUSION

DR. MÉROLA.— Me voy a referir a dos aspectos del trabajo. Uno, no es muy importante porque se refiere a la patología y, sobre todo, es un trabajo de conducta terapéutica y de resultado de tratamiento operatorio y clínico.

El aspecto patológico es la colecistitis obstructiva. Nosotros hace tiempo que creemos poco en el cálculo obstructor: nosotros admitimos que hay colecistitis por un cálculo que obstruye, pero creemos que muchas veces el cálculo obstruye después que se produce la colecistitis, es decir, el cálculo es captado por la inflamación del cístico o del bacinete.

Base de la argumentación: existen colecistitis obstructivas no litíasicas; yo por coincidencia he operado unas cuantas.

Segundo ejemplo o problemas: muchas colecistitis agudas, francas, tremendas, con cálculo único, grande, en plena luz de la vesícula y con colecistitis, con el cístico obstruido, en donde el cálculo no funciona como obstructor, sino que está en la luz de la vesícula. Lo que asegura esta argumentación mía sobre el cálculo grande, suelto, en la luz de la vesícula, es el íleo-biliar. El íleo-biliar, habitualmente es, subsigue a una colecistitis aguda; yo creo que no se puede negar que esa colecistitis se perforó en el duodeno, y que en general, pasa un cálculo solo, grande, ovalado. Yo he operado un íleo-biliar con 50 cálculos, pero es un caso excepcional, y he operado con 2 y 3 cálculos, pero también es un caso excepcional, y nunca cálculos obstructivos; esas enfermas hicieron, seguramente, colecistitis aguda, las cuales se perforaron en el duodeno y dieron la gran fistula que permitió el paso al duodeno.



De manera que yo creo que en esta afección, respetando mucho las ideas del Dr. Del Campo, no se puede ser tan mecanicista en explicar la colecistitis porque hay un cálculo que hace, como el tapón de la gaseosa, bolita que tapa. Yo creo que lo que hay es una colecistitis, una cisticitis, una bacinitis, si es que se puede decir la palabra, que no creo que exista en el diccionario, ni vaya a estar nunca; una inflamación del bacinete del cístico que captan el cálculo y lo dejan enclavado allí; eso es un aspecto.

Otro, es la coincidencia con la litiasis coledociana; yo he tenido muy mala suerte, he tenido mucha coincidencia, no podría hablar de números, porque no he hecho números, pero he visto gran coincidencia de la colecistitis aguda con la litiasis coledociana. Se habla en algunos trabajos americanos de un 15 %; la patología biliar americana o europea, evidentemente, es distinta a la nuestra, no podemos tomar los números de las series grandes de ellos como valederos para nosotros. Pero yo tengo una impresión de un 20, un 25 %, por lo menos de litiasis coledociana concomitantes con la colecistitis aguda, incluso hay autores que dicen, explican algunos mecanismos complicados, dicen que las colecistitis agudas se dan con más frecuencia en las litiasis coledocianas, que en los portadores de litiasis vesiculares puras.

Es pregunta a los autores, en cuantos casos coincidió la litiasis coledociana en esos 100 casos de colecistitis aguda, y si tuvieron problemas de litiasis residual. Nada más.

DR. VALLS.— Bueno, yo me veo obligado a hablar, porque este es un tema que hemos estudiado desde el comienzo. Somos de la misma clínica de formación del Dr. Marella, la clínica del Dr. Del Campo, y hemos presentado también un trabajo al respecto, sobre la colecistitis aguda y estudiado el tema en relación a la litiasis de colédoco.

Como somos cirujanos de guardia, hemos operado muchas colecistitis agudas y en la inmensa mayoría que hemos visto, existe un cálculo obstructor, es un hecho que siempre lo hemos demostrado. Alguna vez que otra uno ve una colecistitis que no es obstructiva y que no es litiásica, en el mismo trabajo que presentábamos nosotros había una colecistitis secundaria, a neumonias, sin litiasis; pero la inmensa mayoría de las veces hay un cálculo obstructor, a veces enclavado en el bacinete, en relación con el duodeno, lo ulcera y puede provocar la penetración en el duodeno.

Con respecto a la coincidencia con litiasis coledociana, cuando nosotros hicimos la tesis de anegación de litiasis del colédoco, estudiamos la relación que hay entre la litiasis coledociana y la litiasis biliar en general y la estudiamos por edades. La litiasis coledociana aparece en personas que tienen más de 65 años, cualquiera sea la forma que presenten, en el 75 % de los casos, y mucho más en la colecistitis aguda; de modo que depende de la edad de la persona las posibilidades de que tenga una litiasis coledociana. Además hay otro hecho, y es que a veces la distensión vesicular está provocada no por la obstrucción del cístico, y no es una colecistitis aguda clásica, sino por una obstrucción aguda de colédoco. Hay que pensar en eso cuando dentro de la vesícula no ocurre el hecho frecuente, que es que no hay bilis. Cuando hay bilis hay que pensar que el obstáculo agudo está en el colédoco, eso lo hemos visto y aprendido del Profesor Del Campo, cuando hay bilis en una colecistitis

aguda el obstáculo está en el colédoco y es sabio explorarlo o hacerle una colecistostomía porque seguramente tiene una litiasis coledociana.

Estamos de acuerdo con el Dr. Marella, en el tratamiento, somos absolutamente intervencionistas, intervencionistas rápidamente en las colecistitis agudas, quizá con el criterio de las apendicitis. Nosotros trabajamos en el Casmu y vemos enfermos que entran rápidamente, porque un enfermo que está sufriendo con un cuadro agudo de vientre, el médico de zona lo pasa rápidamente al cirujano, por el mismo motivo de que así no lo ve más, y entonces lo operamos muy rápidamente. Las colecistitis agudas las operamos en el primer o segundo día, le hacemos colangiografía operatoria, colecistectomía, y los enfermos evolucionan perfectamente bien. Tenemos una gran cantidad de enfermos operados dentro del Casmu de colecistitis aguda, operados de urgencia.

Hay un pequeño detalle de técnica. Muchas veces nosotros hemos tenido la felicidad, operando estos enfermos precozmente, de poder ver la arteria cística, disecándola, ligándola, y lo que nos ha ahorrado la hemorragia al extraer la vesícula.

Yo estoy en absoluto de acuerdo con lo que ha dicho el Dr. Marella, con todos los términos de su trabajo, que al fin y al cabo responde a la misma formación y a la misma experiencia que adquirimos en una clínica donde se hacía muy bien la cirugía de las vías biliares.

DR. RUBIO.— Deseo felicitar a los autores, al Dr. Marella especialmente, por esta serie que nos ha traído de 100 casos de operaciones biliares en agudo.

El ha traído la experiencia del viejo maestro, del Profesor Del Campo; que es prácticamente la misma técnica que nos enseñó a todos los discípulos. De las muchas cosas que tengo que agradecerle al Profesor Del Campo, precisamente, una de ellas, es el haber aprendido con él la cirugía biliar; todo lo que sé de cirugía biliar.

Estoy convencido que el Dr. Praderi tiene razón cuando dice que él, un cirujano de gran experiencia en cirugía biliar, o cualquier cirujano que aunque no tenga la experiencia tan elevada que tiene él en cirugía biliar, pero que sea un buen cirujano saca la vesícula como sea, del cuello al fondo o del fondo al cuello, de eso estoy absolutamente convencido. Pero estoy seguro de otras dos cosas también, que un cirujano que se está formando, que está aprendiendo la cirugía, o un cirujano que opera en urgencia, colecistitis aguda, le ofrece mucho más seguridad al enfermo si lo hace del fondo al cuello, que del cuello al fondo. De eso estoy convencido porque hice las dos técnicas. Antes de estar con el Prof. Del Campo, sistemáticamente, y había aprendido porque me lo habían enseñado, a hacerla del cuello al fondo; cuando fui con él, cuando vi la forma fácil en que resolvía ese problema de la vesícula en agudo, él y todos sus discípulos y empecé a hacerlo, me di cuenta y estoy absolutamente convencido que ofrece más seguridad el sacarla del fondo al cuello sobre todo en agudo.

La única diferencia en el procedimiento, con respecto a lo que ha dicho el Dr. Marella, es que voy siempre primero al pedículo y veo cómo está, si éste está infiltrado, en las vesículas en agudo, o si es un pedículo difícil en los crónicos, entonces hago la técnica que nos enseñaba el Prof. Del Campo y que dijo el Dr. Marella; pero si el pedículo no está infiltrado,

diseco la cística y el cístico y los cargo con doble pasada de hilo y lo dejo en una forma de clampeo temporario y luego sigo el procedimiento clásico del fondo al cuello.

Creo también que si es importante la colangiografía operatoria en cirugía en frío, es más importante aún cuando se hace en agudo.

DR. MARELLA.— Al Dr. Mérola: la obstrucción litiásica del cístico o del bacinete es la causa de la gran mayoría de las colecistitis agudas. Ese cálculo obstructor, se reconoce en la primera maniobra exploratoria si se va a buscarlo, y a veces con ella se produce el desenclavamiento o en otras situaciones en cálculos muy impactados al abrir la vesícula en el acto operatorio o al examinar la pieza extirpada. Respondiendo a la otra pregunta que nos hace, hemos encontrado 15 litiasis coledocianas en los 100 casos que presentamos.

Con el Dr. Valls compartimos los mismos conceptos, nos formamos en la misma escuela, tenemos criterios similares.

Al Dr. Priario: nosotros enfatizamos que la colecistectomía en agudo debe ser hecha cuando las condiciones generales y locales lo permitan. No se debe hacer colecistectomía cuando no se tiene el equipo quirúrgico adecuado, la anestesia es mala, pacientes en condiciones precarias o cuando el tiempo de evolución

haya creado adherencias y reacciones de pericolecistitis que hagan riesgosa la intervención. Esto último empieza a suceder en general a partir del 5º día de evolución del cuadro.

La Dra. Castiglioni manifiesta que no ha operado C.O.A. en las guardias. Nosotros decimos que la C.O.A. no es un problema de emergencia, pero que a medida que se aproxima el 5º día la urgencia va surgiendo.

El Dr. Rubio se refiere a la maniobra del aislamiento previo de la arteria cística en la colecistectomía de fondo a cuello. Es ventajosa y nosotros la hacemos cuando es posible.

El drenaje transcístico nosotros lo utilizamos siempre que podemos con un doble objetivo: hacer la colangiografía operatoria o postoperatoria y tener una válvula de seguridad para las posibles hipertensiones biliares que se producen en el postoperatorio inmediato. Retiramos este drenaje al 10º día aproximadamente. Discrepamos cuando manifiesta que cualquier tipo de colecistectomía se puede hacer en la C.O.A. Nosotros al preconizar la técnica de fondo a cuello tiene un objetivo, es el de dar una norma general que brinda a todos los cirujanos las mayores posibilidades de seguridad para los enfermos. Esa es nuestra experiencia y estamos respaldados en la de los maestros J. C. Del Campo y R. Finochietto.