

Colecistitis aguda

Revisión de 500 observaciones

Dres. Dante Parma, César Armand Ugón, Carlos Antúnez,
Heber Otazu, Antonio Farcic y Bolívar Delgado

Los autores revisan 500 historias clínicas de Colecistitis agudas y su tratamiento, comparándose sus resultados estadísticos con un trabajo similar presentado al 2º Congreso Uruguayo de Cirugía.

Se establecen las pautas de su servicio frente a esta patología y destacan que en ninguno de los casos revisados se trató de una colecistitis del postoperatorio.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Biliary / Tract / Diseases.

INTRODUCCION

El propósito de este análisis, sobre un tema de tan amplia difusión y frecuencia en nuestro medio, tiene como objetivos:

a) Ser un aporte estadístico más sobre la evolución de una patología que en su gran mayoría es litiasica (95 %);

b) Comparar esta serie con la similar presentada al 2º Congreso Uruguayo de Cirugía (1951) para demostrar si la conducta actual es mejor o no;

c) Señalar la importancia y/o frecuencia que puede o no tener la colecistitis aguda en el postoperatorio de otras operaciones abdominales, y

d) En base a los puntos anteriores, fijar las pautas terapéuticas con las cuales encaramos estos pacientes.

MATERIAL Y METODO

Fueron revisadas y tabuladas 500 historias de Colecistitis Agudas, de la Clínica Quirúrgica "1", que fueron seleccionadas al azar.

De los datos extraídos, se constató que en relación al sexo, 396 fueron mujeres (78,80 %).

En lo relativo a la edad, el promedio fue de 51 años, con un máximo de 108 años y un mínimo de 16 años.

*Clínica Quirúrgica "1" (Prof. A. R. Aguiar).
Hospital Pasteur. Facultad de Medicina. Montevideo.*

Como se puede observar en la Gráfica General, por edades (fig. 1), existen dos picos de incidencia entre los 35 y 45 años y entre los 55 y 65 años.

La Gráfica de edades del sexo femenino es prácticamente superponible a la Gráfica General de edades (fig. 1).

El promedio de internación fue de 10 días, con un máximo de 60 días y un mínimo de 3.

La alta incidencia de la patología y el dato del promedio de internación, habla que son de los pacientes quirúrgicos de mayor frecuencia y permanencia hospitalaria, con su doble aspecto, importantísimo, social y económico.

El promedio de días previos de evolución clínica, fue de 5,5 días con un mínimo de 1 día y un máximo de 28 días.

La mortalidad fue en su totalidad de 1 % (5 casos).

Las causas de muerte, se desglosaron así:

Peritonitis biliar	2 casos
Evisceración	1 caso
Muerte súbita	1 caso
A.V.E.	1 caso

La evolución que llevaban estos 5 casos, antes de la consulta, fue de un promedio de 13 días.

Se operaron 342 pacientes (68,4 %) mientras que se instituyó tratamiento médico en 158 casos (31,6 %).

De urgencia se operaron 253 pacientes (73,98 %) mientras que de coordinación (dentro de un plazo no superior a 4 días) se operaron 89 (26,02 %).

Se efectuaron 181 colecistectomías (71,58 %) y 72 colecistostomías (28,48 %).

Dentro de las colecistectomías, sólo hubo 3 casos en que se efectuó de necesidad mientras que el resto fue de elección.

Dentro de los operados de urgencia, en ningún caso se hizo colangiografía y/o debitomanometría intraoperatoria, por no contar con Servicio de Radiología de urgencia en sala de operaciones y por dificultades en centro de materiales, respectivamente.

En los operados de coordinación se hizo debitocolangiomanometría en el 96 % de los operados en los 3 últimos años.

En las 500 historias analizadas, se constataron 8 litiasis residuales (1,6 %) que se pudieron diagnosticar, ya que en los 8 casos, que fueron todos operados de urgencia, se dejaron drenajes de la vía biliar: 6 transtóxicos y 2 sondas de colecistostomías.

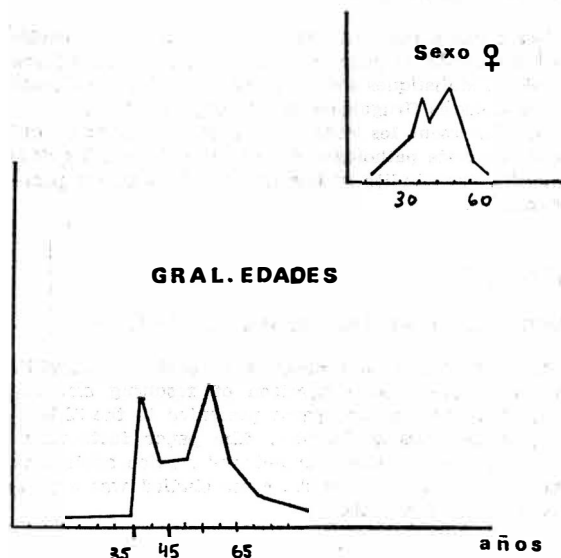
Presentado como Tema libre al 29º Congreso Uruguayo de Cirugía. Piriápolis, diciembre de 1978.

Residente de Cirugía, Asistente de Clínica Quirúrgica, Médico Auxiliar, Profesor Adjunto y Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Chaná 2343, Montevideo (Dr. D. Parma).

TABLA 1

CURVA DE DISTRIBUCION POR SEXO Y EDAD



Este aparente bajo porcentaje, opinamos que es más virtual que real porque:

- 1) Se hizo en forma incorrecta, o no se hizo, exploración de la Vía Biliar Principal en el Acto Quirúrgico.
- 2) Los drenajes biliares fueron sólo de 19 transcutáneos (5,55 %) y de esos pacientes, en 6 (31,5 %) se constató litiasis residual del colédoco, lo cual hace pensar que su frecuencia real es mayor.

Clinicamente, relataron cuadros de ictericia en el preoperatorio 56 pacientes (11,2 %) constatándose litiasis coledociana en el Acto Quirúrgico sólo en 15 casos, de los cuales 10 presentaban ictericia en el momento de la operación.

Por último, de las 500 historias analizadas, ninguna correspondía a postoperatorio de ningún tipo.

CONCLUSIONES

En base a los datos estadísticos presentados, de su comparación con otros trabajos similares y de nuestra experiencia, podemos concluir:

- 1) Los datos relativos a edad, sexo y promedio de internación coinciden con las cifras que habitualmente se han manejado en nuestro medio (3, 5).
- 2) Como señalamos, el 31,6 % evolucionó favorablemente con tratamiento médico.
- 3) Existen diferencias conceptuales en cuanto a la oportunidad, táctica operatoria y resultados, con respecto a una estadística de esta misma clínica presentada hace 27 años al 2º Congreso Uruguayo de Cirugía, donde los resultados eran exactamente a la inversa, es decir, que la cirugía diferida predominaba sobre la de urgencia y dentro de ella la técnica de colecistostomía.

En nuestra revisión las operaciones de urgencia predominaron sobre las de coordinación en una relación aproximada de 3 a 1, y dentro de ellas, las colecistectomías sobre las colecistostomías (fig. 2).

TABLA 2

ESTUDIO COMPARATIVO

	1951 %	1978 %
Colecistectomía	48	71,6
Colecistostomía	52	28,4
Operados de urgencia	50	74
Colangiodebitomanometría intraoperatoria	0	96 (desde 1975)
Mortalidad	5,7	1

Nuestra mortalidad global fue del 1 %, mientras que para la serie mencionada fue de 5,7 %.

Las razones de estas diferencias, creemos que radican en:

- a) Cambio conceptual en cuanto a las directivas que evidentemente es más quirúrgica de urgencia con buenos resultados.
- b) Difusión de la técnica que en su evolución se ha hecho más accesible a todos los niveles de cirujanos.
- c) Adelantos de técnica anestesiológica y de reanimación.
- 4) Las litiasis coledocianas encontradas en el Acto Quirúrgico fueron 15 (4,38 %). Pensamos que esta cifra está falseada por varios factores:

- a) Bajo porcentaje de colangiodebitomanometría intraoperatoria.
- b) Bajo porcentaje de drenajes biliares cuando no se realizó colangiodebitomanometría intraoperatoria.
- c) En la mayoría de las estadísticas este porcentaje no baja del 15 % (Hess) cuando se efectúan en buenas condiciones de exploración.

5) En relación a las conclusiones anteriores, vamos a señalar claramente cual es nuestra conducta quirúrgica frente a un paciente con una colecistitis aguda, dejando constancia que la misma no está expresada, en la serie analizada, ya que participamos en ella desde 1975:

- a) La operación de elección es la colecistectomía con exploración colangio - débito - manométrica de Vía Biliar Principal.
- b) En el caso de no contar con los medios adecuados para la exploración colangio - débito -

to - manométrica realizamos una colecistectomía dejando siempre un drenaje transístico para poder efectuar este estudio en el postoperatorio.

c) Con el mismo concepto anteriormente enunciado justificamos en algunos casos de difícil abordaje de la Vía Biliar Principal, la realización de una colecistostomía que cumpliría la doble finalidad de: 1º) respeto de la vía biliar, y 2º) adecuado estudio postoperatorio de la Vía Biliar Principal.

6) Consignamos que de los 500 casos revisados ninguno se trataba de colecistitis agudas ocurridas en el postoperatorio de otra intervención quirúrgica lo que, unido a la falta de referencias bibliográficas al tema y a la nula experiencia personal del mismo, creemos que es un hecho que debe ser revisado en cuanto a su frecuencia. Por lo mismo, en el decurso de una operación abdominal si encontramos una litiasis vesicular concomitante, somos partidarios de su tratamiento simultáneo siempre y cuando no haya contraindicaciones desde el punto de vista anestesiológico, y contemos con las máximas garantías de exploración colangio - débito - manométrica intraoperatoria.

En el caso de que no se cumplan estos requisitos, diferimos su tratamiento.

Otros autores frente a la situación mencionada, plantean el drenaje de la Vía Biliar por colecistostomía, lo que pensamos equivale a un doble error:

a) pretende hacer profilaxis de una patología excepcional: la colecistitis aguda postoperatoria, y

b) no respeta, ni trata correctamente la patología litiasica.

RESUME

Cholecystite aigue. Révision de 500 observations

Les auteurs revoient 500 histoire cliniques de cholécystites aigües et leur traitement, et comparent leurs résultats statistiques avec un travail similaire présenté au 2^e Congrès Uruguayen de Chirurgie en 1958.

Ils établissent les normes de leur service en ce qui concerne cette pathologie et font ressortir le fait qu'aucun des cas étudiés n'était une cholécystite du post-opératoire.

SUMMARY

Acute Cholecystitis. Review of 500 Cases

Review of 500 case histories of acute cholecystitis and treatment and comparison of resulting statistics with those of a similar paper presented to the II Uruguayan Congress of Surgery. The paper furthermore refers to the guidelines in authors' service applied to this pathology. None of the cases studied was a post-operative cholecystitis.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARMAND UGON C, CORREA C, ZIMMER W, LUVIZIO JL. Litiasis Residual y recidivada del coledoco. En: Litiasis Coledociana. Montevideo, Of. del Libro, 1978.
2. BOSCH DEL MARCO L, CARDEZA H, BONAVITA E. Datos estadísticos sobre tratamiento de colecistopatías agudas en la Clínica del Prof. P. Larghero Ybarz. Congreso Uruguayo de Cirugía, 2º, 1958.
4. DEL CAMPO JC. Colecistitis aguda. Congreso Uruguayo de Cirugía, 2º, 1951.
5. MARELLA M, TROTCHANSKY J, OLAZABAL A. Indicaciones y técnica de la colecistectomía de la colecistitis aguda. Prensa Méd Argent, 60 : 661, 1973.