

Valoración de la patología esofagogastroduodenal en pacientes portadores de colecistopatía litiásica

Dres. Carmen Aguiar Blanchard¹, Escandor El Ters²,
Daniel Calleri³, Enrique Sojo⁴

Resumen

Se realiza una investigación prospectiva desde mayo de 1991 a octubre de 1992 en 40 pacientes portadores de colecistopatía litiásica, con el fin de determinar los posibles cambios acaecidos en el sector esofagogastroduodenal, posteriores a la colecistectomía.

Se realizaron en todos los pacientes: historia clínica tipo, ecografía, colecistograma, fibroesofagogastroduodenoscopia con biopsia esofágica y antral en el preoperatorio.

El seguimiento se llevó a cabo con control clínico y endoscópico con biopsia esofágica y antral, 6 meses después de la colecistectomía. En los resultados se ve un notorio aumento de la gastritis crónica superficial, esofagitis, gastritis erosiva, gastritis atrófica y metaplasia intestinal, tanto endoscópica como histológicamente, a pesar de que los pacientes mejoraron sus hábitos dietéticos y disminuyeron la ingesta de AINE en el posoperatorio.

Se llega a la conclusión de que un alto número de pacientes portadores de colecistopatía litiásica tienen asociadas patologías de la esfera esofagogastroduodenal y que éstas se acentuaron luego de la colecistectomía. Esto nos induce a plantear que se deben agotar los recursos para su diagnóstico en el preoperatorio y su seguimiento en el posoperatorio.

Palabras clave: Colelitiasis
Colecistectomía
Esófago
Estómago
Duodeno

Summary

A prospective study was undertaken from may 1991 to october 1992 in 40 patients with gallbladder stones, with the aim of determining possible changes that could have taken place in the oesophagogastroduodenal tract, after cholecistectomy.

In all patients the following were carried out: clinical history (type model), echography, cholecistography, fibroendoscopic study of oesophagus–stomach–duodenum with oesophageal and antral biopsies in the pre–operator time.

The follow–up was made 6 months after the cholecistectomy, including a clinical control and an endoscopic study with oesophageal and antral biopsies. The studies revealed an increase of superficial chronic gastritis, oesophagitis, erosive gastritis, atrophic gastritis and intestinal metaplasia, endoscopic and histologic as well.

We concluded that a large number of patients with gallbladder stones have also other associated pathologies of the oesophagogastroduodenal tract, and these have increased after a cholecistectomy.

This takes us to state that the resources for its preoperative diagnosis and postoperative follow–up should be carried to an extreme.

The classic criteria to prescribe cholecistectomy for all patients with gallstones should be reviewed, because the loss of the bile reserve organ favours the enterogastric reflux, and this is an important cause of increase of oesophagogastric pathology.

Introducción

La consulta frecuente de pacientes colecistectomizados en la práctica clínica, con sintomatología esofagogastroduodenal, nos indujo a la realización de una investigación prospectiva, cuya

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 4 de marzo de 1994.

1. Asist. Clínica de Nutrición y Digestivo

2. Asist. Clínica Quirúrgica F

3. Endoscopista MSP – Hospital Pasteur

4. Ex Prof. Adj. Clínica Quirúrgica

Correspondencia: Walcalde 2638 apto. 106. Montevideo.

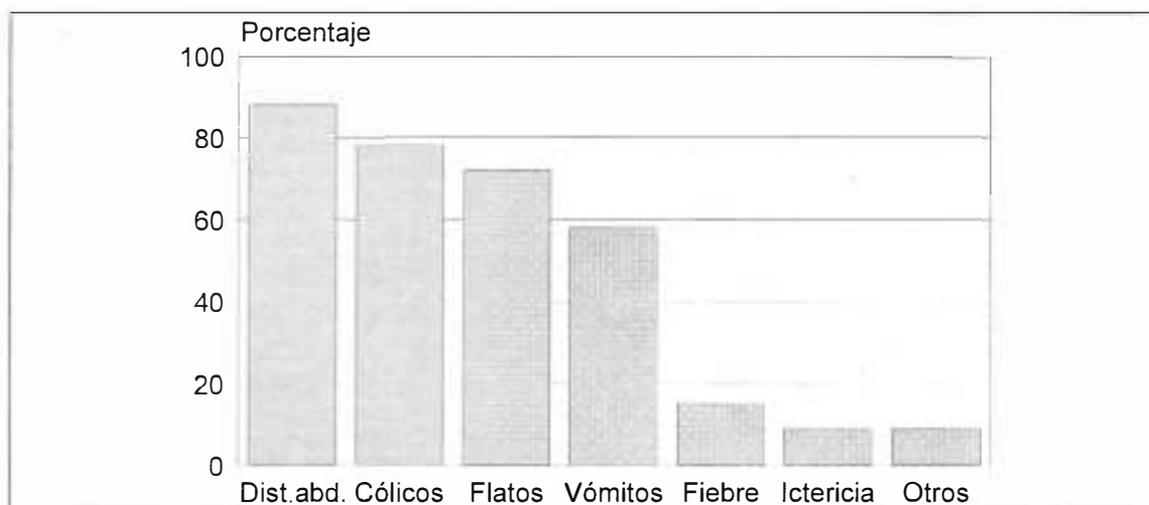


Figura 1. Motivo de consulta en 40 pacientes

finalidad fue investigar los posibles cambios acaecidos en el sector esofagogastroduodenal, posteriores a la colecistectomía.

Para esto fue necesario valorar clínica y paraclínicamente a los pacientes en el pre y posoperatorio.

Material y métodos

Esta investigación fue llevada a cabo en el Hospital Pasteur en el Servicio de Cirugía y Gastroenterología para Posgraduados y el Departamento de Endoscopia Digestiva, en 40 pacientes.

Se realizó prospectivamente en el período comprendido entre mayo de 1991 y octubre de 1992. Los pacientes objeto de este estudio eran todos portadores de colecistopatía litiásica.

Se realizaron: historia clínica tipo, ecografía, colecistograma y fibroesofagogastroduodenoscopia con biopsia esofágica y gástrica antral en el preoperatorio. El seguimiento se llevó a cabo con control clínico y endoscópico con biopsia esofágica y gástrica antral, 6 meses después de la colecistectomía.

Con el fin de evitar variaciones subjetivas en la interpretación de las imágenes endoscópicas y del lugar de las tomas biopsicas, esta técnica fue realizada en los 40 pacientes por el mismo técnico. Igual criterio se utilizó en las demás técnicas diagnósticas y en la cirugía que fue realizada por el mismo equipo quirúrgico en todos los casos.

Resultados

Las edades estuvieron comprendidas entre los 17 y los 73 años, con un promedio de 51 años.

En cuanto al sexo, 87% era del sexo femenino y 13% del sexo masculino con una relación 7/1.

Valoración clínica preoperatorio

Con respecto al motivo de consulta, los síntomas más frecuentes fueron: distensión abdominal 87,5%; cólico hepático 77,5%; flatulencias 70%; vómitos 57,5%; fiebre 15% e ictericia 10% (figura 1).

Los antecedentes personales fueron dispepsia 80%; dolor o ardor en epigastrio 70% que en 64% calmaba con alcalinos, presentando ritmo y periodicidad en 18,5% de los casos.

El tercer síntoma en frecuencia, fueron los cólicos hepáticos a repetición 67,5%. Las regurgitaciones y pirosis se vieron en 57,5%; disfagia en 10%; ictericia en 5% y hemorragia digestiva alta en 2,5% (figura 2).

Valoración paraclínica preoperatorio

Ecografía

100% de los pacientes presentaba litiasis de vía biliar accesoria (V.B.A.). En 70% de los casos, la litiasis fue múltiple y en 30% litiasis única.

La pared vesicular se observó normal en 52% y engrosada en 48% de los casos.

La vía biliar principal (V.B.P.) fue informada como normal en todos los casos.

Colecistograma

Se observó litiasis en 45% de los casos; 33%

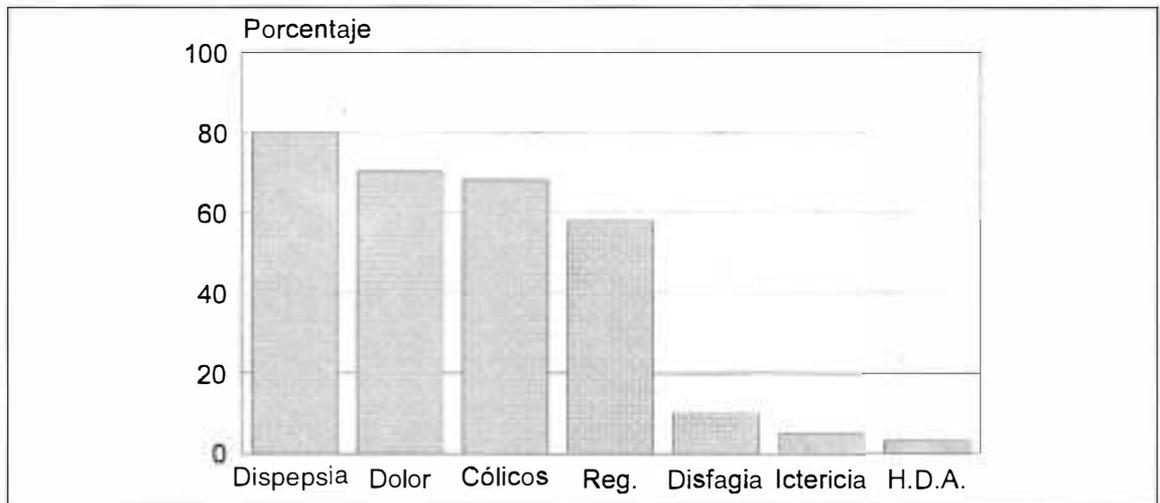


Figura 2. Antecedentes en 40 pacientes

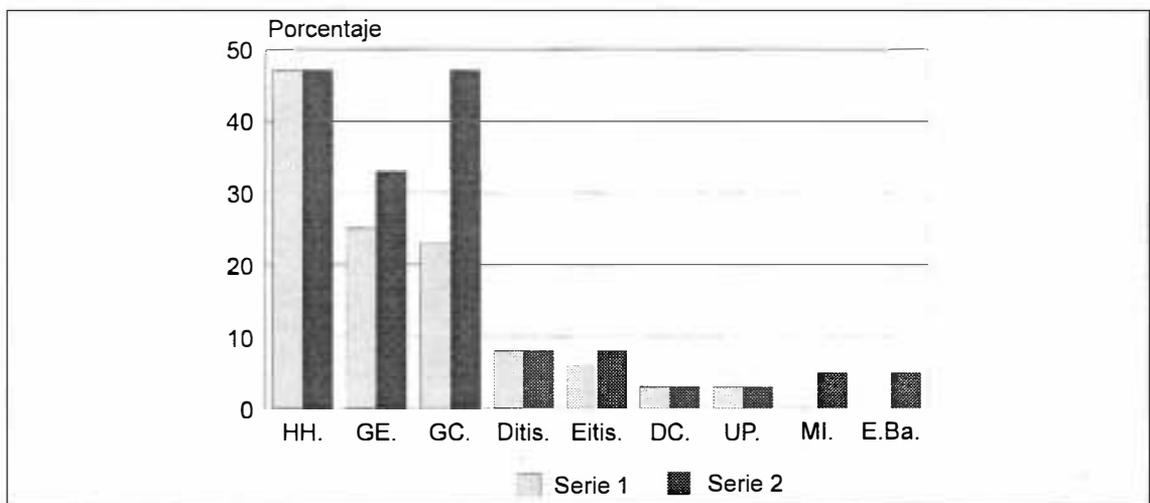


Figura 3. Fibroesofagogastroduodenoscopia pre y posoperatoria en 40 pacientes

HH: hernia hiatal; GE: gastritis erosiva; GC: gastritis crónica; Ditis: duodenitis; Eitis: esofagitis; DC: bulbo cicatricial; UP: ulcus gástrico; MI: metaplasia intestinal; E.Ba.: esófago de Barret.

litiasis múltiples y 12% litiasis única. Se informó colecistograma normal en 15% y negativo en 40% de los casos.

Fibroesofagogastroduodenoscopia

La patología observada endoscópicamente en orden de frecuencia fue: hernia hiatal 47,5%; gastritis erosiva 25%; gastritis crónica 22,5%; duodenitis 7,5%; esofagitis 5%; ulcus gástrico y bulbo cicatricial ambas en 2,5% (figura 3).

Estudio histológico de la biopsia endoscópica esofágica y antral

Se observó gastritis crónica superficial en 52,5%; gastritis erosiva en 25%; gastritis atrófica en 17,5%; esofagitis erosiva en 15%; metaplasia intestinal en 7,5% y ulcus gástrico en 2,5% de los casos (figura 4).

Cirugía

Todos los pacientes fueron intervenidos de coordinación. En el acto operatorio se encontró litiasis

Actualización de valores

Convenio con el Plenario de Instituciones de Asistencia Médica y Círculo Católico

| | |
|--------------|---------------|
| IPC 31/12/95 | 16902.94 |
| IPC 1/5/96 | 18346.98 |
| 90% de IPC | 1.07688816265 |
| 100% de IPC | 1.08543129183 |

Atención de policlínica y consultorio (Punto 2 del Convenio)

| 1 Remuneración fija | \$ Valores al 1/3/95 100% del IPC | \$ Valores al 1/3/95 90% del IPC | \$ Valores al 1/9/95 100% del IPC | \$ Valores al 1/9/95 90% del IPC | \$ Valores al 1/1/96 100% del IPC | \$ Valores al 1/1/96 90% del IPC | \$ Valores al 1/5/96 100% del IPC | \$ Valores al 1/5/96 90% del IPC |
|---|---|--|---|--|---|--|---|--|
| Sueldo mínimo mensual nominal | 2.713,96 | 2.683,53 | 2.998,40 | 2.964,77 | 3.207,30 | 3.171,33 | 3.453,90 | 3.415,16 |
| 2. Remuneración variable | | | | | | | | |
| Por paciente asistido | | | | | | | | |
| Especialidades con 6 pacientes por hora | 12,89 | 12,75 | 14,24 | 14,08 | 15,24 | 15,07 | 16,41 | 16,22 |
| Especialidades con 4 pacientes por hora | 19,34 | 19,12 | 21,37 | 21,13 | 22,85 | 22,60 | 24,61 | 24,34 |
| Asistencia descentralizada | | | | | | | | |
| Orden consultorio | 17,40 | 17,20 | 19,22 | 19,00 | 20,56 | 20,33 | 22,14 | 21,89 |
| Orden ginecológica | 17,40 | 17,20 | 19,22 | 19,00 | 20,56 | 20,33 | 22,14 | 21,89 |
| Uso de consultorio | 2,41 | 2,38 | 2,68 | 2,63 | 2,84 | 2,81 | 3,08 | 3,03 |
| Material descartable | 8,34 | 8,24 | 9,21 | 9,11 | 9,85 | 9,74 | 10,61 | 10,49 |

En guardia interna (Punto 3 del Convenio)

| | | | | | | | | |
|--------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1. Remuneración fija | | | | | | | | |
| Valor hora | 59,14 | 58,47 | 65,33 | 64,60 | 69,89 | 69,10 | 75,26 | 74,41 |
| Retribución mensual (96 horas) | 5.675,08 | 5.611,40 | 6.269,81 | 6.199,49 | 6.706,63 | 6.631,41 | 7.222,29 | 7.141,29 |
| 2. Remuneración variable | | | | | | | | |
| Acto quirúrgico | | | | | | | | |
| Acto quirúrgico de Cirugía Alta | 2.062,88 | 2.039,74 | 2.279,07 | 2.253,51 | 2.437,85 | 2.410,51 | 2.625,29 | 2.595,85 |
| Acto quirúrgico de Cirugía Mayor | 1.128,14 | 1.115,48 | 1.248,37 | 1.232,39 | 1.333,20 | 1.318,25 | 1.435,71 | 1.419,60 |
| Acto quirúrgico de Cirugía Corriente | 446,96 | 441,94 | 493,80 | 488,26 | 528,20 | 522,28 | 568,81 | 562,43 |

Actualización de valores al 1/5/96

Convenio con el Plenario de Instituciones de Asistencia Médica y Círculo Católico

Atención en guardia de retén (Punto 4 del Convenio)

| 1. Remuneración fija | | | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Salario mínimo mensual nominal | 2.713,96 | 2.683,53 | 2.998,40 | 2.964,77 | 3.207,30 | 3.171,33 | 3.453,90 | 3.415,16 |
| Anestesiología | | | | | | | | |
| Remuneración mínima por hora | 36,53 | 36,12 | 40,38 | 39,91 | 43,17 | 42,69 | 48,49 | 45,97 |
| Por paciente atendido fuera de la institución | 214,38 | 212,47 | 237,40 | 234,74 | 253,94 | 251,09 | 273,47 | 270,40 |
| 2. Remuneración variable | | | | | | | | |
| Por llamado | 30,08 | 29,75 | 33,24 | 32,86 | 35,55 | 35,15 | 38,29 | 37,86 |
| Por llamado para las especialidades Neurocirugía, Cirugía de Tórax, Cirugía Vascular, Urología, Cirugía Pediátrica | 45,13 | 44,82 | 49,85 | 49,30 | 53,33 | 52,73 | 57,43 | 58,78 |
| Acto quirúrgico | | | | | | | | |
| —Acto quirúrgico de Cirugía Alta | 2.581,75 | 2.651,66 | 2.962,79 | 2.929,56 | 3.169,21 | 3.133,66 | 3.412,88 | 3.374,60 |
| —Acto quirúrgico de Cirugía Mayor | 1.465,51 | 1.446,06 | 1.619,09 | 1.600,93 | 1.731,89 | 1.712,47 | 1.865,05 | 1.844,13 |
| —Acto quirúrgico de Cirugía Corriente | 580,19 | 573,68 | 840,99 | 633,80 | 685,65 | 677,96 | 738,36 | 730,08 |
| —Acto quirúrgico de Neurocirugía | 2.681,75 | 2.651,66 | 2.962,79 | 2.929,56 | 3.169,21 | 3.133,66 | 3.412,88 | 3.374,60 |
| —Acto quirúrgico de Cirugía Menor | 290,09 | 286,64 | 320,49 | 318,90 | 342,82 | 338,98 | 369,18 | 365,04 |

Para las especialidades de Neurocirugía, Cirugía de Tórax, Cirugía Pediátrica, Oftalmología, Urología y Otorrinolaringología, los valores referidos serán ajustados por el factor 1.1538.

Actualización de valores al 1/5/96

Convenio con el Plenario de Instituciones de Asistencia Médica y Círculo Católico

4. Atención en Cirugía de Coordinación (Punto 5 del Convenio)

| Acto quirúrgico | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| | Valores al 1/3/95 100% del IPC | Valores al 1/3/95 90% del IPC | Valores al 1/9/95 100% del IPC | Valores al 1/9/95 90% del IPC | Valores al 1/1/96 100% del IPC | Valores al 1/1/96 90% del IPC | Valores al 1/5/96 100% del IPC | Valores al 1/5/96 90% del IPC |
| —Acto quirúrgico de Cirugía Alta | 2.062,88 | 2.039,74 | 2.279,07 | 2.253,50 | 2.437,85 | 2.410,50 | 2.625,29 | 2.595,84 |
| —Acto quirúrgico de Cirugía Mayor | 1.126,14 | 1.115,48 | 1.246,37 | 1.232,39 | 1.333,20 | 1.318,25 | 1.435,71 | 1.419,60 |
| —Acto quirúrgico de Cirugía Corriente | 446,96 | 441,94 | 463,80 | 488,26 | 528,20 | 522,28 | 588,81 | 562,43 |
| —Acto quirúrgico de Neurocirugía | 2.062,88 | 2.039,74 | 2.279,07 | 2.253,50 | 2.437,85 | 2.410,50 | 2.625,29 | 2.595,84 |
| —Acto quirúrgico de Cirugía Menor | 223,48 | 220,97 | 248,90 | 244,13 | 264,10 | 261,14 | 284,41 | 281,22 |

5. Remuneración de anestelistas (Punto 7 del Convenio)

| Acto anestésico | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|
| —Categoría A | 358,71 | 352,70 | 394,09 | 389,67 | 421,55 | 416,82 | 453,96 | 448,87 | |
| —Categoría B | 535,06 | 529,06 | 591,13 | 584,50 | 632,32 | 625,23 | 680,94 | 673,30 | |
| —Categoría C | 801,52 | 792,52 | 885,51 | 875,58 | 947,21 | 836,58 | 1.020,04 | 1008,60 | |
| —Categoría D | 982,02 | 971,00 | 1.084,93 | 1.072,78 | 1.160,52 | 1.147,50 | 1.249,75 | 1.235,73 | |
| Acto anestésico en guardia de retén | | | | | | | | | |
| —Categoría A | 463,72 | 458,52 | 512,32 | 506,57 | 548,01 | 541,86 | 590,14 | 583,52 | |
| —Categoría B | 695,58 | 687,77 | 768,47 | 759,85 | 822,01 | 812,79 | 885,22 | 875,29 | |
| —Categoría C | 1.041,97 | 1.030,28 | 1.151,17 | 1.138,25 | 1.231,37 | 1.217,56 | 1.326,05 | 1.311,17 | |
| —Categoría D | 1.276,62 | 1.262,30 | 1.410,41 | 1.394,59 | 1.508,67 | 1.491,75 | 1.624,67 | 1.606,45 | |

6. Visita sanatorial (Punto 13 del Convenio)

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--|
| Por paciente atendido | 89,18 | 88,18 | 98,52 | 97,42 | 105,39 | 104,20 | 113,49 | 112,22 | |
|-----------------------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--|

Convenio con UMU Niveles de retribución

| | \$ A partir del 1/11/94 | \$ A partir del 1/3/95 100% del IPC | \$ A partir del 1/3/95 90% del IPC | \$ A partir del 1/9/95 100% del IPC | \$ A partir del 1/9/95 90% del IPC | \$ A partir del 1/1/96 100% del IPC | \$ A partir del 1/1/96 90% del IPC | \$ A partir del 1/5/96 100% del IPC | \$ A partir del 1/5/96 90% del IPC |
|-------------------------------------|-------------------------------|---|--|---|--|---|--|---|--|
| Indice de ajuste general | 190,77 | 214,87 | 212,48 | 237,39 | 234,73 | 253,93 | 251,08 | 273,45 | |
| Indice de ajuste en el cuatrimestre | 1,1388 | 1,1263 | 1,1137 | 1,1048 | 1,1048 | 1,0697 | 1,0697 | 1,0769 | 1,0769 |

1. Labor en políclínica/consultorio

| | | | | | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Por atención en consulta a cada paciente (6 pacientes por hora) | 11,45 | 12,89 | 12,75 | 14,24 | 14,08 | 15,24 | 15,07 | 16,41 | 16,22 |
| Por atención en consulta a cada paciente (4 pacientes por hora) | 17,22 | 19,40 | 19,18 | 21,43 | 21,19 | 22,92 | 22,67 | 24,69 | 24,41 |

2. Atención en guardia interna

| Remuneración Fija | | | | | | | | | |
|----------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| —Valor hora | 52,50 | 59,13 | 58,47 | 65,33 | 64,80 | 69,88 | 69,10 | 75,25 | 74,41 |
| —Por cargo de 96 horas mensuales | 5.039,99 | 5.676,89 | 5.613,02 | 6.271,65 | 6.201,30 | 6.708,60 | 6.633,34 | 7.224,41 | 7.143,37 |
| Remuneración Variable | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| —Acto quirúrgico de cirugía alta | 1.831,39 | 2.062,75 | 2.039,62 | 2.278,94 | 2.253,37 | 2.437,72 | 2.410,36 | 2.625,15 | 2.595,69 |
| —Acto quirúrgico de cirugía mayor | 1.001,54 | 1.128,07 | 1.115,42 | 1.246,30 | 1.232,31 | 1.333,13 | 1.318,18 | 1.435,63 | 1.419,52 |
| —Acto quirúrgico de cirugía corriente | 396,80 | 446,93 | 441,92 | 493,77 | 488,23 | 528,17 | 522,24 | 568,78 | 562,40 |

3. Atención en guardia de retén

| | | | | | | | | | |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Remuneración Fija | | | | | | | | | |
| Índice de ajuste general | 190,77 | 214,87 | 212,48 | 237,39 | 234,73 | 253,93 | 251,08 | 273,45 | 270,39 |
| Índice para determinadas especialidades (1) | 275,91 | 310,78 | 307,28 | 343,33 | 339,48 | 367,25 | 363,13 | 395,49 | 391,05 |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Remuneración Variable | | | | | | | | | |
| —Acto quirúrgico de cirugía alta | 2.459,75 | 2.770,52 | 2.739,45 | 3.060,77 | 3.026,54 | 3.274,12 | 3.237,40 | 3.525,86 | 3.486,32 |
| —Acto quirúrgico de cirugía mayor | 1.301,05 | 1.465,42 | 1.448,96 | 1.619,00 | 1.600,84 | 1.731,80 | 1.712,37 | 1.864,95 | 1.844,03 |
| —Acto quirúrgico de cirugía corriente | 515,07 | 580,15 | 573,64 | 640,95 | 633,76 | 685,61 | 677,91 | 738,32 | 730,04 |
| —Acto quirúrgico de neurocirugía | 2.308,81 | 2.651,52 | 2.651,52 | 2.962,84 | 2.929,40 | 3.189,05 | 3.133,49 | 3.412,71 | 3.374,42 |
| —Acto quirúrgico de cirugía menor | 257,54 | 290,07 | 286,82 | 320,47 | 316,88 | 342,80 | 338,96 | 369,15 | 365,02 |

4. Cirugía de coordinación

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| —Acto quirúrgico de cirugía alta | 1.831,38 | 2.062,76 | 2.039,62 | 2.278,94 | 2.253,37 | 2.437,71 | 2.410,38 | 2.625,14 | 2.595,89 |
| —Acto quirúrgico de cirugía mayor | 1.001,54 | 1.128,07 | 1.115,42 | 1.248,29 | 1.232,31 | 1.333,12 | 1.318,18 | 1.435,62 | 1.419,52 |
| —Acto quirúrgico de cirugía corriente | 396,80 | 448,93 | 441,92 | 493,77 | 488,23 | 528,17 | 522,24 | 566,78 | 562,40 |
| —Acto quirúrgico de neurocirugía | 1.831,38 | 2.062,76 | 2.039,50 | 2.278,94 | 2.253,37 | 2.437,71 | 2.410,38 | 2.625,14 | 2.595,89 |
| —Acto quirúrgico de cirugía menor | 196,40 | 223,47 | 220,96 | 246,89 | 244,12 | 264,09 | 261,13 | 284,40 | 281,20 |

5. Remuneración de los anestesiastas

| | | | | | | | | | |
|--------------|--------|--------|--------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| —Categoría A | 316,67 | 358,68 | 352,68 | 394,06 | 389,64 | 421,52 | 416,79 | 453,93 | 448,83 |
| —Categoría B | 475,02 | 535,03 | 529,03 | 591,10 | 584,47 | 632,28 | 625,19 | 680,90 | 673,26 |
| —Categoría C | 711,57 | 801,47 | 792,48 | 885,47 | 875,54 | 947,16 | 936,54 | 1.019,96 | 1.008,55 |
| —Categoría D | 871,82 | 961,96 | 970,95 | 1.084,87 | 1.072,70 | 1.160,45 | 1.147,43 | 1.249,68 | 1.235,86 |

(1) Corresponde a Neurocirugía, Cirugía de Tórax, Urología, Cirugía Pediátrica, Cirugía Vasculard, Oftalmología y Otorrinolaringología, cuyo porcentaje de incremento del 21% se complementa hasta alcanzar el 75% a partir de mayo de 1993
(175) 1.4483 x 112,94 = 163,35
(121) 1.4483 x 130,49 = 169,38

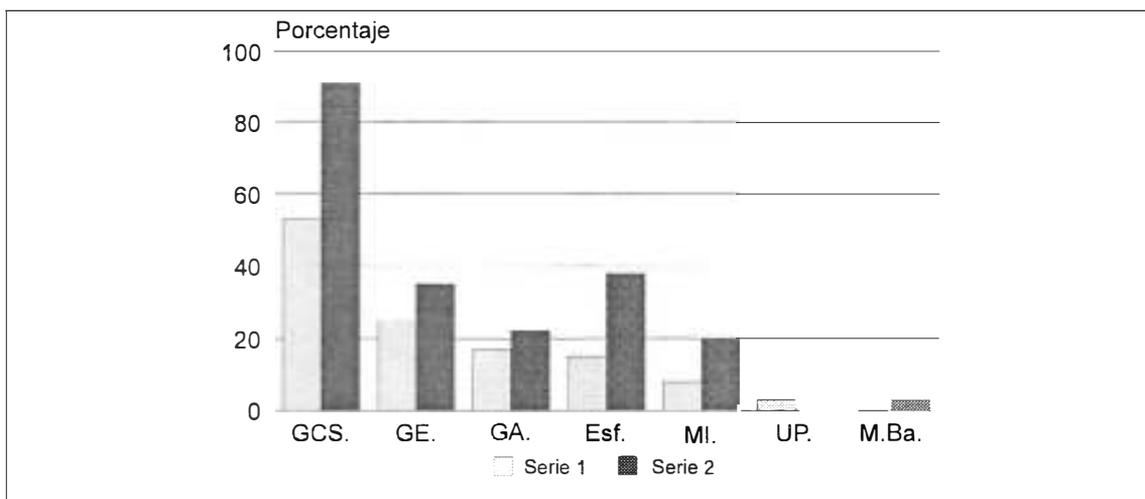


Figura 4. Anatomía patológica pre y posoperatoria en 40 pacientes. GCS: gastritis crónica superficial; GE: gastritis erosiva; GA: gastritis atrófica; Esf: esofagitis erosiva; MI: metaplasia intestinal; UP: ulcus gástrico;

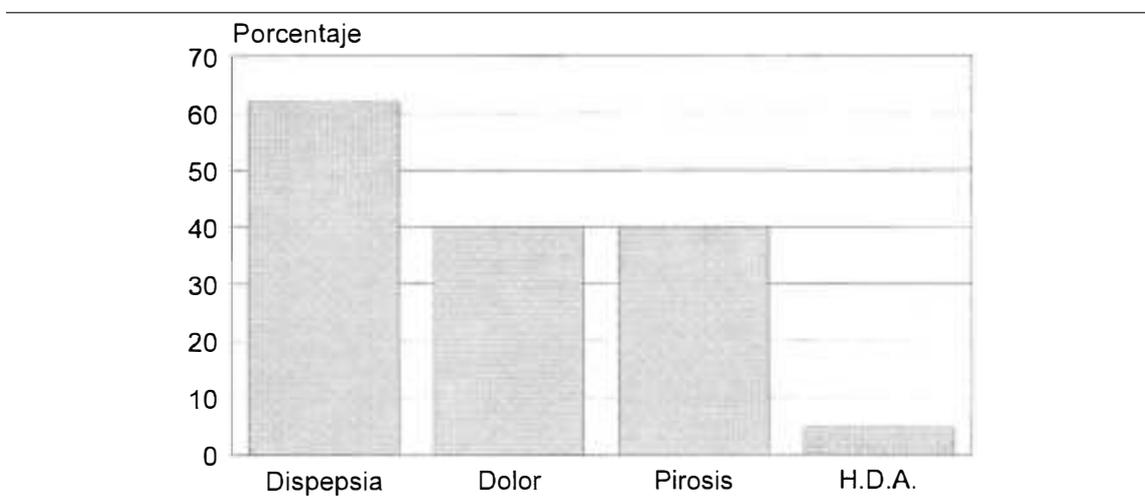


Figura 5. Control clínico en 40 pacientes (posoperatorio: 6 meses)

múltiple en 58% de los casos y litiasis única en 42%. Las paredes se presentaron normales en 75% y engrosadas en 25% de los casos. Se observó dilatación de la V.B.P. en 10% de los pacientes. En 45% se realizó colangio intraoperatoria no encontrándose cálculos en ninguno de los casos. Se realizó exploración abdominal y diafragmática observándose dos hernias hiatales.

Valoración clínica posoperatoria

A los 6 meses de la colecistectomía 62,5% de los

pacientes presentaban dispepsia; 40% dolor o ardor en epigastrio; 40% regurgitaciones o pirois; 5% hemorragia digestiva alta (figura 5).

82,5% de los pacientes seguía una dieta libre en el preoperatorio permaneciendo con ella en el posoperatorio 45%.

La ingesta de A.I.N.E. disminuyó de 27,5% de los casos en el preoperatorio a 15% en el posoperatorio.

En cuanto al tratamiento médico sólo 2,5% de los pacientes recibía medicación con antiácidos y bloqueadores H2 en el preoperatorio. En el posoperatorio 17,5% de los pacientes recibía bloqueadores H2 y proquinéticos.

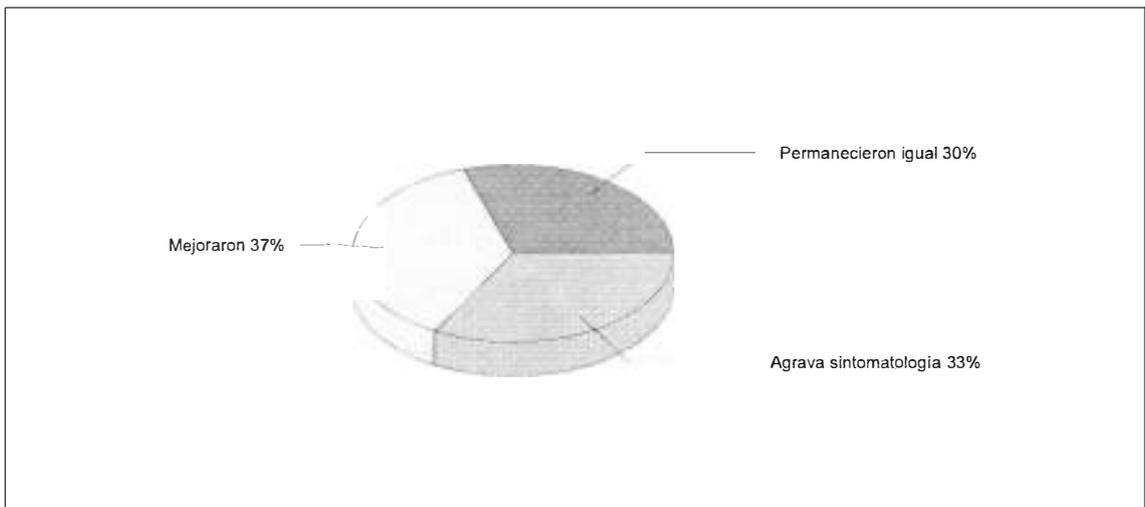


Figura 6. Evolución clínica posoperatoria en 40 pacientes (en porcentaje)

Valoración paraclínica posoperatoria

A los 6 meses de la cirugía los pacientes fueron controlados mediante fibroesofagogastroduodenoscopia y estudio histológico de biopsias esofágica y gástrica antral.

Fibroscopía posoperatoria

47,5% de los pacientes presentó hernia hiatal; 47,5% gastritis crónica; 32,5% gastritis erosiva; 7,5% esofagitis; 7,5% duodenitis y 5% metaplasia intestinal; 2,5% mucosa de Barrett y 2,5% bulbo cicatricial (figura 3).

Estudio histológico de la biopsia endoscópica esofágica y antral

La gastritis crónica superficial fue vista en 90% de los pacientes: 35,5% presentó esofagitis; 35% gastritis erosiva; 22,5% gastritis atrófica; 20% metaplasia intestinal y 2,5% mucosa de Barrett (figura 4).

Discusión

Se analizan a continuación los resultados de la casuística.

Clínica

La colecistopatía litiasica en nuestra casuística tuvo un neto predominio en el sexo femenino y la

edad promedio fue de 51 años, lo que coincide con otras series ⁽¹⁻³⁾.

Los síntomas que motivaron la consulta en forma más frecuente fueron distensión abdominal, cólico hepático, flatulencias y vómitos.

En los antecedentes personales, los síntomas que predominaron fueron la dispepsia, el dolor o ardor en epigastrio, cólicos hepáticos, regurgitaciones, pirosis o ambos. Se destaca la alta frecuencia de asociación de síntomas entre la esfera biliar y esofagogastroduodenal. A los 6 meses de la cirugía la dispepsia pasó de 80% a 62,5% de los casos, el dolor o ardor en epigastrio de 70% a 40%.

Analizando los pacientes en forma individual y teniendo en cuenta la ausencia de cólicos hepáticos luego de la cirugía, manifestaron sentirse igual 30%, peor 33% y mejor 37% de los casos (figura 6)⁽⁴⁾.

Del análisis clínico surge que en los dos primeros grupos hubo un cambio o agravamiento de la sintomatología, mientras que en el tercer grupo disminuyó o desapareció la misma. Porcentualmente fue mayor el número de pacientes que siguieron una dieta regulada, 17,5% en el preoperatorio y 55% en el posoperatorio, así como el número de pacientes con tratamiento médico por su sintomatología digestiva, 2,5% en el preoperatorio y 17,5% en el posoperatorio.

La ingesta de antiinflamatorios no esteroideos se vio disminuida pasando de 27,5% a 15% en el posoperatorio.

Estos tres elementos han influido en los resultados clínicos, ya que hemos comprobado que los pacientes tratados se encuentran incluidos en

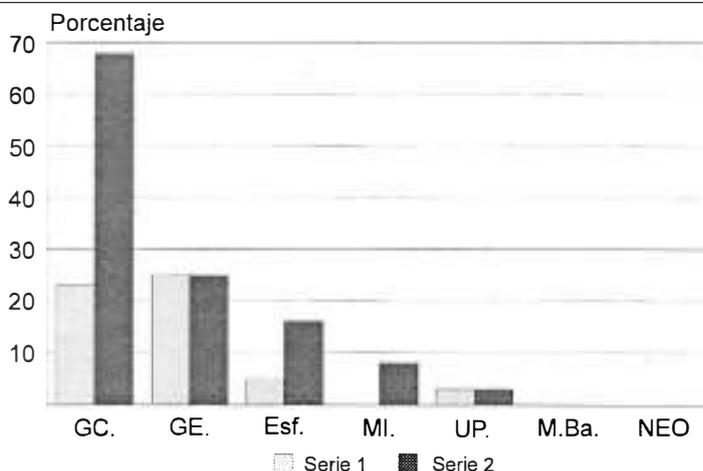


Figura 7. Correlación fibrogastroscopía y anatomía patológica preoperatoria en 40 pacientes

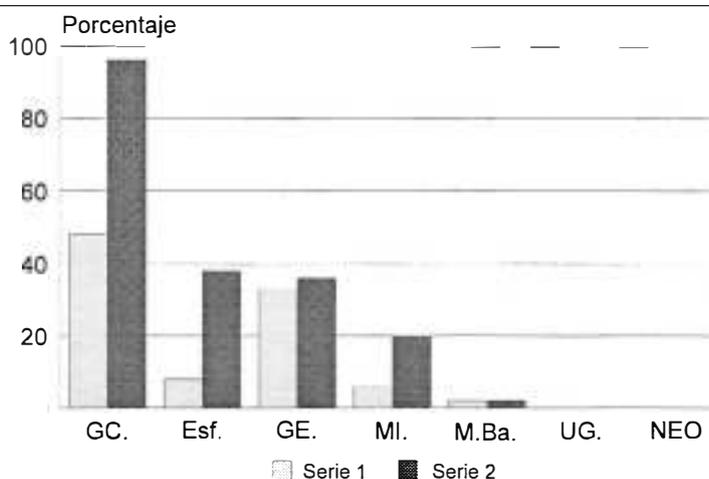


Figura 8. Correlación fibrogastroscopía y anatomía patológica posoperatoria en 40 pacientes

los grupos en los que la sintomatología había permanecido igual o mejorado.

Paraclínica

Ecografía y colecistograma

En 100% de los pacientes, se llegó al diagnóstico de colecistopatía litiásica por ecografía, siendo corroborado por el colecistograma en 45% de los casos.

La discriminación del número y tamaño de los

cálculos pudo ser observada con mayor precisión por la ecografía.

En cuanto a la pared, la ecografía mostró un mayor número de paredes vesiculares engrosadas que el número real.

Fibroscopía y estudio histológico de la biopsia esofágica y antral

Haciendo una correlación entre el pre y el posoperatorio, vemos un aumento global de todas las patologías⁽⁵⁾. La esofagitis fue diagnosticada por endoscopia en 5% de los casos y por histología en 15% de los casos, antes de la cirugía.

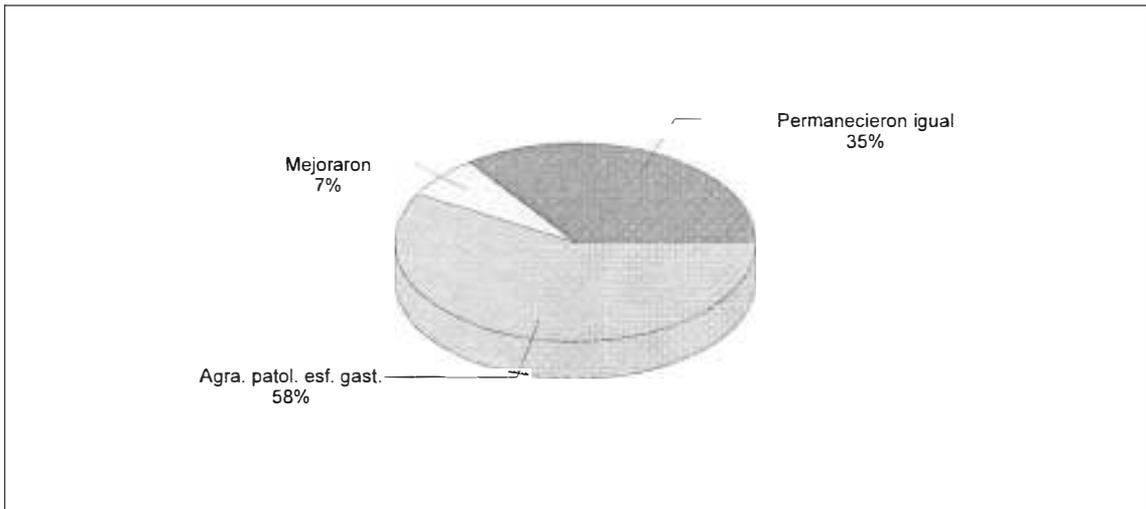


Figura 9. Evolución paraclínica fibrogastroscopía y anatomía patológica posoperatoria en 40 pacientes

En el posoperatorio aumentó, siendo diagnosticada en 67,5% de los casos por endoscopia y en 37,5% por histología. En un paciente apareció en el posoperatorio mucosa de Barrett, que fue confirmada por histología.

La hernia hiatal permaneció sin cambios.

Fue notorio el mayor porcentaje de Gastritis crónica diagnosticada histológicamente en relación a la gastritis crónica diagnosticada por endoscopia (67,5% y 22,5% respectivamente).

En el control posoperatorio, se observó un franco aumento de esta patología presentándose histológicamente en 90% de los casos y endoscópicamente en 47,5%.

La gastritis erosiva en el preoperatorio fue diagnosticada por endoscopia en 25% de los casos y por histología también en 25%.

En el posoperatorio aumentó a 32,5% en la endoscopia y a 35% en la histología.

La metaplasia intestinal en el preoperatorio sólo fue diagnosticada por histología en 7,5%. En el posoperatorio fue vista en 5% de los casos por endoscopia y en 20% en la histología.

La gastritis atrófica también tuvo un aumento, de 17,5% a 22,5%, habiendo sido diagnosticada sólo por histología.

No hubo cambio en las duodenitis, permaneciendo en 7,5% de los pacientes en este caso el diagnóstico fue sólo endoscópico (figuras 7 y 8).

Del análisis individual y comparativo entre el diagnóstico endoscópico e histológico del pre y del posoperatorio, surge que 58% agravó su patología, 35% permaneció igual y sólo 7% obtuvo mejoría (figura 9).

No pudiéndose atribuir a la dieta y a la medica-

ción estos resultados tan significativos, valdría la pena en el futuro investigar qué papel está jugando el reflujo enterogástrico en estas modificaciones (2,6,7).

Si bien es sabido que la fibroscopia no es el método más adecuado para valorar el reflujo, observamos la presencia de bilis en estómago en 30% de los pacientes antes de la colecistectomía, ascendiendo este porcentaje a 80% en el control endoscópico posoperatorio (2).

Conclusiones

- 1) Existe concomitancia de patología esofago-gastroduodenal asociada a patología biliar, en un alto porcentaje de pacientes, por lo que pensamos que se deberían agotar los recursos clínicos y paraclínicos para ponerlas de manifiesto en el preoperatorio, aun en ausencia de sintomatología florida.
- 2) Hay un gran porcentaje de cambios histológicos, especialmente gastritis crónica superficial y esofagitis poscolecistectomía no evidenciados macroscópicamente, por lo que su diagnóstico debería incluir biopsia esofágica y antral.
- 3) Planteamos que la pérdida del reservorio de bilis, en los pacientes colecistectomizados, favorece el reflujo enterogástrico, siendo ésta, causa importante del aumento de la patología gástrica.
- 4) La necesidad de seguimiento con control clínico y endoscópico de los pacientes colecistectomizados, surge de los resultados de nuestra

investigación que pone en evidencia un aumento notorio de la patología esofagogastroduodenal en estos pacientes.

- 5) Los criterios de indicación de colecistectomía en nuestro medio a todos los pacientes portadores de litiasis vesicular, deberían ser revisados, dada la alta incidencia de patología esofagagástrica instalada o agravada en el posoperatorio. De lo antedicho surge la necesidad de intervenir quirúrgicamente sólo a aquellos pacientes con sintomatología comprobada referida a su vía biliar^(3,8-10).

Bibliografía

1. Diehl A. Epidemiology and Natural History of Gallstone Disease. *Gastroenterol Clin North Am* 1991; 20: 1
2. Peeters TL, Vantrappen G, Janssens J. Bile Acid Output and the Intradigestive Migrating Motor Complex in Normals and in Cholecystectomized Patients. *Gastroenterology* 1980; 79: 678-80.
3. Wetter LA, Way Lawrence W. Surgical Therapy for Gallstone Disease. *Gastroenterol Clin North Am* 1991; 20(1): 157.
4. Waisman HJ, Katz J. Ocasiona nuevos síntomas la extirpación de la vesícula biliar. *Acta Gastroenterol Lat Am* 1982; 12(3): 293-4.
5. Muñoz Monteavaro C. Estudio endoscópico de la mucosa gástrica en las colecisto-colangiopatías orgánicas (63 casos) Frecuencia e importancia de las gastritis asociadas. *Día Med Uruguayo*, 1950; 18(207): 105-15.
6. Heerden Van IA. Postoperative reflux gastritis. *Am J Surg*, 1975; 1:82.
7. Patiño F, Ponce R, Lora J, Aguilar C, Ríos J. Alteraciones digestivas en colecistectomizados. *Acta Gastroenterol Lat Am* 1982; 12(4): 389-93.
8. Gracie WA, Ransohoff DF. The natural history of silent gallstone. The innocent gallstone is not a myth. *N Engl J Med* 1982; 307:798.
9. Mc Sherry CK, Ferstenberg H, Calhoun WF. The natural history of diagnosed gallstone disease in symptomatic and asymptomatic patients. *Ann Surg*, 1985; 202:59.
10. Thistle JL, Cleary PA, Lachin JM. The natural history of cholelithiasis. The natural cooperative gallstone study. *Ann Intern Med* 1984; 101:171.