

Colecistitis necrotizante postoperatoria por gastrectomía oncológica

Dres. Gustavo Ribero¹, Washington de Mello¹, José M. Cartazzo¹

Resumen

Los autores presentan tres casos de necrosis isquémica de vesícula biliar, dos como complicación por gastrectomía y uno como cuadro agudo de abdomen en un paciente con patología vascular de fondo evolucionada.

Los pacientes gastrectomizados tenían como factor común haber sido sometidos a procedimientos sobre los vasos del pedículo hepático: vaciamiento ganglionar en un caso y ligadura incidental de la gastroduodenal en el otro.

Estos casos pueden considerarse como colecistitis alitiásicas necrotizantes.

El diagnóstico de cuadro agudo abdominal postoperatorio es siempre dificultoso lo que lleva una apreciable morbimortalidad, como sucedió en estos casos.

La infrecuencia de este cuadro clinicopatológico, los resultados obtenidos y la morbimortalidad justifican la comunicación de estos casos.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 4 de junio de 1997

¹ Cirujanos del Hospital de Rivera.

Correspondencia: Cebollati 1576 apto 405, P 4to.

e-mail: gribero@ne gate.com.uy

Ministerio de Salud Pública, Facultad de Medicina
Hospital Departamental de Rivera Servicio de Cirugía
Rivera, Uruguay 1997

Palabras clave: Colecistitis
Gastrectomía

Abstract

The authors present three cases of ischemic necrosis of gall bladder as a complication following gastrectomy and as an acute abdominal condition in a patient whose pathology, though basically vascular, had evolved.

The common factor among these gastrectomized patients was that they had been subject to procedures on the arteries of the hepatic pedicle: dissection of lymph nodes in one case and incidental ligature of the gastroduodenal in the other.

These cases may be considered as non lithiasic cholecystitis.

It is always difficult to diagnose an acute abdominal postoperative condition and this generally

results in significant morbimortality, such as was the case with these patients.

The rare occurrence of this clinico-pathologic condition, the results obtained and their morbimortality fully justify the publication of these cases.

Casos clínicos

Caso 1: JDL 56 años Reg.: 1.987.001

Intervenido en MSP Hospital Maciel el día 23. 3. 96 por adenocarcinoma bien diferenciado de antro localmente avanzado. Se realizó gastrectomía subtotal distal con vaciamiento ganglionar del pedículo hepático. Buena evolución otorgandose alta al 8º día con control en Policlínica del Hospital de Rivera. A los 6 días del alta comienza con dolor abdominal sin relación con excitobiliares, intenso gravativo en hipocondrio derecho, vómitos y distensión abdominal progresiva. Al ingreso, lúcido, polipneico con intenso dolor en hipocondrio derecho, taquicárdico, sudoroso, con defensa en HD y signo de Murphy positivo. Ecografía abdominal: vesícula distendida, paredes engrosadas, líquido libre en peritoneo. RX simple de abdomen: no hay neumoperitoneo, ni niveles en HD. Leucocitosis: 13.000 RX TX s/p.

Se interviene con planteo de falla de sutura de muñón duodenal o de gastroyeyunostomía sobre pequeña curva.

Reapertura de mediana supraumbilical: no hay bilis en la herida, abierto peritoneo se encuentra exudado bilioso libre en peritoneo que se aspira, suturas en buen estado, duodeno s/p. vesícula distendida, cubierta de gruesa membrana fibrinosa de color bilioso debajo de la cual se aprecia la pared vesicular de aspecto necrótico. Colectectomía de fondo a cuello, no se hace colangiografía.

Drenaje subhepático, por flanco, lavado peritoneal. Buena evolución postoperatoria. Anatomía Patológica: necrosis isquémica de pared vesicular, colecistopatía necrotizante alitiásica.

Caso 2: E.F. 52 años Reg.: 1.003.291 Hospital Rivera

Fumador, bronquitis crónica, hipertensión arterial, herniorrafia inguinal derecha. Operado el 12. 10.96 por adenocarcinoma de células en anillo de sello. Abordaje por mediana supraumbilical; exploración tumor de antro exteriorizado adherido a la cabeza del páncreas y pedículo hepático. Gastrectomía paliativa 4/5 con reconstrucción tipo Billroth II con asa no desfuncionalizada. Se destaca que la liberación del tumor del páncreas fue a expensas de una resección con enfermedad residual y que la liberación del pedículo hepático requirió la ligadura de la arteria gastroduodenal en su origen. El cierre del muñón duodenal se hizo a la Nissen.

Al 10º día postoperatorio distensión abdominal signos de irritación peritoneal con retención por SNG y silencio abdominal. Se reinterviene con diagnóstico de peritonitis postoperatoria. Reapertura de mediana, exploración líquido bilioso libre en peritoneo, suturas en buen estado, no hay bilirragia. Vesícula de aspecto necrótico cubierta por gruesa membrana fibrinosa de color bilioso. No se reconoce litiasis vesicular. Colectectomía de fondo a cuello. No se hace colangiografía intraoperatoria. Evolución postoperatoria: peritonitis terciaria, entra en plan de relaparotomía programada a 48 horas con plancha de poliuretano. Fallece luego del 5to procedimiento por sepsis peritoneal, pulmón húmedo a insuficiencia renal aguda. Anatomía Patológica: colecistopatía alitiásica aguda con focos de necrosis isquémica de la mucosa vesicular y fenómenos degenerativos.

Caso 3: J.O.P 76 años Reg.: 200.998 Hospital de Clínicas

Diabético, by pass coronario, amputación digital de pie derecho, amputación supracondílea izquierda por isquemia posrevascularización de arteriopatía obstructiva, AIT 6 meses antes del

ingreso, que ingresó por cuadro agudo abdominal dado por dolor de HD de 12 horas, sin relación con las ingestas, gravativo acompañado de náuseas, sudoración y escalofríos. Al examen hidratado, dolor y defensa en HD con signo de Murphy presente. Polipneico y taquicárdico.

Ecografía: vesícula distendida, de paredes normales, sin litiasis líquido en el espacio subhepático. Leucocitosis: 14500. Glicemia: 3.20 cetonemia una cruz. Dada la persistencia del dolor se interviene con diagnóstico de colecistitis aguda. Abordaje transversa de HD. Exploración: líquido citrino en espacio subhepático y bolsa de Morrison, vesícula edematosa, con necrosis en su fondo, no se palpan cálculos obstructores. Colecistectomía de cuello a fondo. Colangiografía s/p. El cabo distal de sección de la arteria cística mostró una gruesa placa de ateroma que se desprendió fácilmente al movilizarla como una verdadera endarterectomía. Buena evolución postoperatoria sin descompensaciones metabólicas. Anatomía Patológica: colecistopatía alitiásica aguda, de origen isquémico con áreas de colesterosis y metaplasia intestinal.

Comentario

Dado que integran el grupo de colecistitis aguda alitiásicas, representan en este grupo el 2 al 5% de las colecistitis agudas. Se hallan relacionadas a cirugía (colecistitis postoperatorias) politraumatizados graves, sepsis, hiperalimentación, quemados pancreatitis aguda grave. La real incidencia de la colecistitis isquémica no está aclarada por la multiplicidad de factores coadyuvantes. En nuestro medio Larghero⁽¹⁾ describió lesiones isquémicas de la vesícula biliar que denominó como colecistitis exfoliatriz. Describe la disección de la mucosa vesicular respecto de la seromuscular que tendrían aascularización de diferente origen. ^(2,3) P a eri ⁽⁴⁾ inyectando mercurio en la arteria

cística del perro obtuvo necrosis de todas las capas internas.

La colecistitis alitiásica postoperatoria o isquémica puede ser debida a una combinación de estasis, aumento de la viscosidad de la bilis, irritación química debido a bilis hiperconcentrada, infección bacteriana e isquemia ⁽⁷⁾. Resultado de estos fenómenos sería el edema obstructivo no litiásico del conducto cístico. Otras causas favorecedoras son la ventilación mecánica, ayuno prolongado, trauma, gran quemado, período postparto, y SIDA.^(3,5,6)

Los tres pacientes presentaron cuadro agudo abdominal con toque peritoneal, lo que fue decisivo para tomar una conducta quirúrgica. La baja frecuencia de esta entidad alejó el planteo diagnóstico preoperatorio. Los pacientes gastrectomizados fueron reoperados con el diagnóstico de falla de sutura habida cuenta del período postoperatorio que cursaban. En el paciente panvascular (caso 3), la severidad de su ateromatosis favorecida y acelerada por su diabetes hizo participar al árbol vascular esplácnico hasta las etapas clínicas. Llama la atención no haber presentado historia dolorosa compatible con en planteo de ateromatosis mesentérica hecho más frecuente.

Los exámenes preoperatorios no aportaron elementos de valor diagnóstico. Algunos autores señalan al colecentellograma como el examen de mayor sensibilidad (62-90%). Otros autores señalan el valor de la colecistografía y la TAC contrastada.^(7,9,12 14)

Como diagnóstico diferencial de colecistopatía alitiásica surgen la colecistitis filtrante, colecistitis por reflujo pancreático, parasitarias, vólvulo vesicular, hematocelecto primitivo o secundario a trauma, neoplasma biliar, aneurisma del árbol vascular hepático, ectopía gástrica o pancreática, estado de hipocoagulación, etc.

Discusión

Los casos presentados tienen en común la isquemia de la pared vesicular desarrollada en dos casos probablemente por factores vasculares primarios y el caso restante por ateromatosis visceral.

La isquemia vesicular postoperatoria planteada se basa en los hallazgos operatorios, y la microscopía, sumados a procedimientos quirúrgicos que involucraron a estructuras vasculares del pedículo hepático (vaciamiento ganglionar y ligadura del origen de la gastroduodenal). Para algunos autores la irrigación de la vesícula biliar es de tipo terminal y en algunos casos la arteria cística se presenta doble siendo la cística inferior rama de la hepática propia y puede originar pequeñas ramas para los ganglios del pedículo hepático. Más raramente podría nacer de la gastroduodenal. En ocasiones la hepática derecha da origen a la arteria cística (¹⁹).

Con estas bases anatómicas, cabe plantear en forma retrospectiva, alguno de los mecanismos patogénicos. El vaciamiento del pedículo implica ligaduras vasculares de los principales ganglios integrantes del grupo por lo cual la ligadura inadvertida de la arteria cística o de sus ramas pudo desarrollar o colaborar con la isquemia vesicular. En el otro caso la ligadura alta de la gastroduodenal, eventualmente asociada a un origen anómalo de la cística o cística inferior (cuando es doble) pudo haber tenido similar resultado.

Otros mecanismos diferenciales o asociados pueden ser el ayuno prolongado en el caso de los pacientes gastrectomizados, reflujo pancreático, oscilaciones tensionales en la circulación esplácnica en uno de los pacientes, y la sepsis en el caso 2.

El mecanismo claramente es planteable en el paciente panvascular (caso 3) por los ha-

llazgos intraoperatorios (placa de ateroma). Se destaca que el diagnóstico fue intraoperatorio. La ecografía solo aportó la ausencia de litiasis vesicular confirmada por la exploración y anatomía patológica.

Los dos casos de colecistitis isquémica postoperatoria fueron reintervenidos en el postoperatorio alejado. Esto llama la atención tratándose de fenómenos diagnosticados como isquémicos, esto podría explicarse por agotamiento de la circulación colateral de la pared vesicular favorecida por una distensión parietal de ayuno, hipoxemia crónica en el caso del EPOC, o bajo gasto esplácnico postoperatorio, ARM y/o sepsis (caso2).

Las colecistitis alitiásicas postoperatorias son entidades realmente raras, a cuyo diagnóstico se llega por laparotomía exploradora. La baja frecuencia de esta entidad hace que no sean totalmente conocidos los detalles etiopatogénicos y no pueden extraerse conclusiones tácticas en relación a la conducta a tomar con la vía biliar accesoria en caso de vaciamiento ganglionar del pedículo hepático o cuando se manipulan sus estructuras vasculares.

Puede parecer un exceso asociar una colecistectomía profiláctica a una gastrectomía si el procedimiento involucra los vasos del pedículo hepático o cuando se realiza un vaciamiento ganglionar hepático.

No hay datos acerca de la incidencia de isquemia vesicular post gastrectomía oncológica, y no se procede a la colecistectomía profiláctica a menos que presente litiasis, lo que aún es discutible. No se puede obtener resultados ni conclusiones acerca de la real morbimortalidad derivada de esta patología. En nuestros casos dos de los tres pacientes evolucionaron favorablemente sin complicaciones postoperatorias médicas ni quirúrgicas.

Bibliografía

- Larghero P.- Colecistitis disecantes y exfoliativas. Tesis, Montevideo: Artística, 1935
- 2 Kane GA, Gill GD.- Colecistitis alitiásicas. In: Maingot Operaciones Abdominales. Buenos Aires: Panamericana 1986. Cap. 75, p.1776.
- 3 Glenn F., Becker Cg.- Acute acalculous cholecystitis. An increasing entity. Ann. Surg. 1982, 195:131.
- 4 Praderi R.- Etiopatogenia de la colecistopatía obstructiva. Tesis, Montevideo: Fac. Med. Montevideo, 1959
- 5 Petersen SR., Sheldon GF.- Acute acalculous cholecystitis. A complication of hyperalimentation. Am.J.Surg. 1979, 138:814.
- 6 Laing FC., Federle MP., Jeffrey ES., Brown TW.- Ultrasonic evaluation of patient with acute right upper quadrant pain. Radiology. 1981, 140: 449.
- 7 Escelman DJ., Duva-Frissora AD., Martin LC., et al. Abdominal case of the day. Am.J. Radiol. 1991, 156:1304-5
- 8 Laing FC., George Wu.- Acute acalculous cholecystitis. Radiology. 1982, 140: 460
- 9 Babb RR. Acalculous cholecystitis: a review. J.Clin. Gastroenterology. 1992, 15:238-41
- 10 Cornwell EE.III Rodriguez A, Mirvis SE. "Acute acalculous cholecystitis in ciically injured patients. Ann Surg. 1989, 210:52-55.
- 11 Mitvis SE., Vainright JR., Nelson AW. "The diagnosis of acute acalculous cholecystitis: a comparison of sonography, scintigraphy and CT. Ann.J.Radiol. 1986, 147: 1171-75
- 12 John FC., Neil GA.- "Drainage of the gallbladder in patients with acute acalculous cholecystitis by transpapillary endoscopic cholecystostomy. Gastrointestinal Endoscopy. Radiol. 1993, 37(5): 645-51
- 13 Weissman HS, Berkowitz D. et al." The role of Tc99m-IDA cholescintigraphy in acute acalculous cholecystitis". Radiology 1983, 146: 177
- 14 del Campo, JC, Delgado, F. Colecistitis aguda. In: Larre Borges, U, Cazabán, L. del Campo, J.C. Abdomen agudo. Montevideo: Librería Médica, 1980. v.1, cap. 2. p.19
- 15 Fox M., Wilk PJ., Weissman HS., Freeman LM. "Acute acalculous cholecystitis" Surg.Gynecol.Obstet. 1984, 159:13-6.
- 16 Long TN., Heimbach DM., Carrico CJ. "Acalculous cholecystitis in critically ill patients". Am J.Surg. 1978, 136:30-6
- 17 Roslyn JJ., Pitt HA., Mann L., Fonkalsrud EW.- "Parenteral nutrition in induced gallbladder disease: a reason for early cholecystectomy". Am.J.Surg. 1984, 148:58-63.
- 18 Schwartz Y.- "Anatomía de las vías biliares extrahepáticas" In:Maingot "Operaciones Abdominales". 8ª ed. Buenos Aires:Panamericana. 1986. cap. 12. p.1704.
- 19 Alvarez H., Larghero, P.- Colecistitis disecante exfoliativa. Bol.Soc.Cir.Uruguay. 1937, 8: 387
- 20 Camatto M., Silva C.- Colecistitis aguda enfisematosa. Día Méd. Urug. 1968, 34: 317
- 21 Colp R, Gerber JE., Doubillet H.- "Acute cholecystitis associated with pancreatic Reflux". Ann.Surg. 1936, 103: 67
- 22 Donovan RE.-"Colecistitis litiásicas y alitiásicas. Elección del tratamiento" Congreso Argentino de Cirugia, 12º Bs. As. 1940.
- 23 Dussant A.- "Colecistitis filtrante" Día Méd. Argent. 1949, (1289):211.
- 24 Marin AC.- "Colecistitis aguda" Rev. Argent.Cir. 1963, 6: 217
- 25 Priario JC., Pumarez E. "Colecistitis gangrenosa" Bol.Soc.Cir.Uruguay. 1952, 23:172-8.
- 26 Rodriguez Ruiz Conde F.-"Colecistitis aguda" Rev.Argent.Cir. 6; 1963.-
- 27 Suiffet W. Musso R.-"Resultados del tratamiento de las colecistitis agudas". Arch Urug. Med., Cir Especial 1945, 26: 579

**INVITADOS EXTRANJEROS AL
52º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGÍA
XXVIII JORNADAS DE CIRUGÍA DE TÓRAX
XXVIII JORNADAS NACIONALES DE CIRUGÍA PLÁSTICA
XII JORNADAS DE RESIDENTES QUIRÚRGICOS
XI JORNADAS INTEGRADAS DE ENFERMERÍA
X JORNADAS INTEGRADAS DE INSTRUMENTADORES QUIRÚRGICOS**

**A realizarse del 28 de noviembre al 1º de diciembre de 2001, en el Hotel Conrad
Resort & Casino de Punta del Este.**

**DR. HANS BEGER (Alemania)
DR. ENRIQUE BEVERAGGI (Argentina)
DR. ANTONIO CAMPOS (Brasil)
DR. DAVID DENT (Sudáfrica)
DR. JAIME ESCALLON (Colombia)
DR. VICENTE FORTE (Brasil)
DR. CARLOS M. FRANCOS VON HUNEFELD (España)
DR. LUIS GRAMÁTICA (Argentina)
DR. JORGE GUIANTES DEL BARCO (España)
DR. ENRIC LAPORTE (España)
DR. ANTONIO MEFEZ DA SILVA (Portugal)
DR. EMILIO NAVARINI (Argentina)
DR. RICARDO PETINARI (Argentina)
DR. MICHAEL SARR (Estados Unidos)**