

Nuestro Criterio Intervencionista en la Colecistitis Aguda¹

Manuel Zeledón Pérez*

Bernardo Carlin Montero**

Fernando Zamora Rojas***

Introducción:

Durante los últimos ocho años los cirujanos del Servicio Carlos Durán del Hospital San Juan de Dios, hemos venido prestando especial atención al tratamiento quirúrgico de la Colecistitis Aguda. En 1961 presentamos los primeros resultados al Congreso Médico Nacional de ese entonces. Hoy día, después de haber trabajado más de cerca sobre esta entidad nosológica, hacemos una revisión de los últimos cinco años.

Para el presente estudio se ha revisado 735 expedientes de colecistitis en todas sus formas. Se ha seleccionado 115 casos de colecistitis agudas operados en diversos Servicios de Cirugía del Hospital San Juan de Dios. De estos casos han sido intervenidos "en caliente": 67 y han sido operados después de un período de "enfriamiento": 48.

Dado que en nuestro medio hospitalario no existe un criterio definido sobre la conducta a seguir en las múltiples variedades clínicas de colecistitis aguda y a que se mal interprete nuestra actividad intervencionista en los casos ya seleccionados, exponemos nuestros resultados y estudios actuales.

Criterio Clínico:

Es nuestro criterio y el de muchos autores internacionales (2,4,5, 8,11) que la colecistitis aguda no siempre debe ser del dominio de la cirugía. Operamos las colecistitis con vesículas grandes y francamente palpables, los pacientes con signos peritoneales del Cuadrante Superior Derecho o los que presentan un plastrón definido. Pensamos que nuestra conducta quirúrgica no se debe decidir frente a una posible perforación o a una repercusión grave sobre el estado general, porque si este es el

1 Trabajo elaborado en el Servicio Carlos Durán del Hospital San Juan de Dios bajo la jefatura del Doctor Vesalio Guzmán Calleja.

* Asistente de Cirugía, Instructor de la Cátedra de Cirugía, Escuela de Medicina.

** Jefe de Clínica del Servicio "Carlos Durán", Hospital San Juan de Dios.

*** Residente de Cirugía.

caso, la cirugía se impone sin lugar a dudas (12). También es difícil comenzar a especular sobre la forma anatómo-patológica que presenta nuestro enfermo. Sabemos que existe más de una docena de variedades histopatológicas de colecistitis agudas y es por ello que Pribram (11) no las denomina como colecistitis agudas sino como la colecistopatía aguda, término que cubre las diversas entidades anatómicas y las diferentes fases de los procesos inflamatorios que se nos pueden presentar.

Lo que debe quedar bien claro es que no operamos cólicos hepáticos, sino que operamos una patología franca de la vesícula biliar sin esperar, en lo posible, a que esta entidad nosológica traiga una gravedad de nuestra paciente. (3)

Selección del Caso Quirúrgico: ...

Paciente en buenas condiciones generales, con patología franca de colecistitis aguda, sin patología agregada a otros órganos (3). Para llegar a esta decisión, practicamos una buena historia clínica, los exámenes pertinentes de laboratorio y gabinete. Aprovechamos estas horas o días de estudio para hidratar nuestro paciente y proporcionarle los electrolitos y requerimientos necesarios. Si el caso no reúne los requisitos deseados, pero su padecimiento vesicular compromete cada vez más su salud, siempre lo operamos, pero después de haberlo compensado de su patología agregada, como es el caso de los diabéticos, hipertensos, cardíopatas, etc. Desde luego, estos no son los casos que queremos destacar en nuestro trabajo, pero que sus condiciones patológicas vesiculares obligan a todo cirujano a decidir el caso en una forma quirúrgica, con los riesgos que implican la edad avanzada y la patología agregada (9, 14, 22).

Tiempo de Preparación:

El tratamiento quirúrgico debe ser pronto, pero no inmediato. (11) Se debe tomar el tiempo que sea necesario para llevar en condiciones óptimas el paciente a la sala de operaciones. Preferimos que esto suceda entre las 24 y 72 horas, pero si el caso requiere mayor preparación y estudio, ponemos como límite hasta el sexto día. Los tejidos de la vesícula biliar dentro de estos límites son de fácil manejo; después del sexto día la necrosis es más seria y la labor quirúrgica puede tener sus riesgos (12) Como es claro suponer, con frecuencia tenemos la oportunidad de abordar pacientes que entran a nuestro Hospital después del límite de 6 días y que a pesar de nuestro tratamiento médico empeoran su condición. El paciente anciano es más vulnerable (22); fácilmente hace formas de colecistitis gangrenosas con evolución hacia la perforación (12, 13); valorar su posibilidad quirúrgica en el tiempo más corto posible e intervenir si no hay mejoría con el tratamiento médico y si es posible dentro de las 24 y las 72 horas.

Ventajas de Operar las Colecistopatías en el Período Agudo:

- a) El paciente con su crisis aguda de dolor, accede fácilmente al tratamiento quirúrgico, fenómeno que no sucede cuando los síntomas dolorosos han desaparecido. Esta decisión transitoria en un grupo numeroso de pacientes es de grandes quilates. Tener en cuenta que el paciente portador de una patología vesicular tiene la espada de Damocles encima y eso no lo comprende fácilmente todo enfermo hasta que no se encuentra en un estado crítico de gran desesperación. (3, 5, 19).
- b) La operación de la colecistitis aguda cuando se sabe seleccionar el caso, es sumamente sencilla y en manos expertas, carente de peligros. (4).
- c) Existe casos complicados (6,11,14) de gran riesgo quirúrgico, que nos obligan a operar, a pesar de las condiciones precarias, pero esos no son los casos ideales, ya seleccionados, que son los que ocupan estas líneas.
- d) La recuperación post-operatoria de nuestro paciente es rápida y de una evolución excepcional (3).
- e) El paciente que se trata médicamente y sale del Hospital asintomático, tarde o temprano tiene recaídas o recidivas de su mal y es muy posible que estos nuevos episodios sean más serios o traigan complicaciones agregadas a la colecistitis inicial; por lo tanto, no hay que perder la oportunidad valiosa para dar fin a una patología de evolución progresiva y cada día más seria.
- f) Con los progresos de la cirugía (4) en cuanto a: anestesia, transfusión, antibióticos, el riesgo quirúrgico cada día es menor, si desde luego sabemos seleccionar el caso quirúrgico.
- g) El número de estancias así como la duración de las estancias hospitalarias se reducen al mínimo; los gastos de estudios sin fundamento y de medicamentos también son menores (3, 19). Hemos contado cinco y hasta seis estancias por colecistitis agudas que nunca se operan, ni se investigan más allá, pues el paciente apenas se recupera no se vuelve a presentar al Hospital.

Experiencia Personal:

Hacemos un estudio comparativo de 67 casos de colecistitis agudas operadas "en caliente" y de 48 colecistitis agudas operadas después de un período prolongado de "enfriamiento". El estudio comparativo comprende datos: clínicos, operatorios, post-operatorios, de mortalidad y estancias hospitalarias.

Datos Clínicos:

CUADRO 1

Edad en Caliente

1 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	61 a 70	71 a 80	81 a 90
6	21	18	8	9	2	2	1

Edad en Frío

1 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	61 a 70	71 a 80	81 a 90
2	17	15	3	6	4	1	0

La frecuencia de la colecistopatía aguda es similar en las dos series por edades. En caliente el mayor número estuvo dentro de las décadas 3ª y 4ª, 58% y en las frías también dominaron en frecuencia las edades entre 21 y 40 años, 66%.

CUADRO 2

Sexo

	Masculino	Femenino
En caliente	18	49
En Frío.	11	37

La proporción de la colecistopatía entre hombres y mujeres fue de 1:2,7 en la serie en caliente y de 1:3,3 en la serie enfriada. Datos similares reportan Glenn y Meeroff (4, 11).

CUADRO 3

Otros Datos Clínicos	Variedad	No	Si	No Consignada
1.—Antecedentes de Cólicos Vesiculares	En Caliente En Frío	15 9	52 38	0 1
2.—Cólico Actual	En Caliente En Frío	0 2	67 46	0 0
3.—Fiebre	En Caliente En Frío	9 12	56 35	2 1
4.—Vómitos	En Caliente En Frío	14 13	47 32	6 3
5.—Antecedentes de Ictericia	En Caliente En Frío	62 40	4 6	1 2
6.—Ictericia Actual	En Caliente En Frío	64 41	1 4	2 3
7.—Deshidratación Desbalance Electrolítico	En Caliente En Frío	50 33	10 7	7 8
8.—Vesícula Palpable	En Caliente En Frío	17 26	45 20	5 2
9.—Plastrón de C.S.D.	En Caliente En Frío	61 33	5 10	0 3
10.—Signos Peritoneales de C.S.D.	En Caliente En Frío	46 21	21 19	0 8
11.—Gran Repercusión sobre el Estado Ge- neral	En Caliente En Frío	49 33	11 8	7 7
12.—Patología Agregada	En Caliente En Frío	56 33	11 15	0 0
13.—Hubo Duda en el Diagnóstico	En Caliente En Frío	63 36	4 12	0 0
14.—Error de Diagnós- tico	En Caliente En Frío	65 47	2 1	0 0

Comentario del Cuadro 3.

1.—Es importante hacer notar que muchas de nuestras colecistitis agudas operadas en caliente no habían tenido crisis dolorosas anteriores, 77,6%. El 22,3% sí habían tenido cólicos anteriores. En nuestra serie de operadas en frío también el número de colecistitis sin crisis anteriores fue alto, 80,8% y el 19,7% sí habían tenido crisis anteriores.

2.—La crisis dolorosa aguda estuvo presente en el 100% de los casos operados en caliente. Estuvo ausente en el 4,1% de los casos operados en frío. En estos últimos pacientes predominaron los vómitos y los signos y síntomas sub-oclusivos.

3.—El síndrome febril estuvo presente en el 83% de nuestros casos operados en proceso agudo y en el 74% de los casos intervenidos en el período mediato.

4.—Los vómitos fueron objeto de 77% de los casos en caliente y el 73% de los casos enfriados.

5-6.—Cuatro de nuestros casos operados en caliente tenían antecedentes de ictericia, sin embargo sólo dos casos tenían colecistitis aguda con coledocolitiasis y sólo uno de éstos tenía ictericia en el momento de su crisis actual. De los operados en frío 6 casos tenían antecedentes ictericos y 5 tenían ictericia actual. Los casos con ictericia deben ser muy bien valorados pero en algunos pacientes se impone la operación en caliente. (11).

7.—La deshidratación con desbalance electrolítico perteneció a 10 de nuestros casos en caliente, 16,6% y a 7 de los casos enfriados 17,5%. Este problema generalmente es causado por los pacientes que vomitan profusamente. En el lapso de 24 a 48 horas se pueden compensar y operarse en buenas condiciones.

8-9-10.—La vesícula fue palpable en 72% de los casos de los operados en caliente, en 7,4% se palpó un plastrón y en 31,3% hubo signos peritoneales. De los operados en frío en el 45% la vesícula fue palpable, en 24% se palpó plastrón y en 47,5% hubo signos peritoneales. Es importante hacer notar que la vesícula palpable, el plastrón o los signos peritoneales en cuadrante superior derecho son signos de enorme utilidad para el diagnóstico de la colecistopatía aguda. (23)

11.—La repercusión sobre el estado general estuvo de acuerdo con la deshidratación, desbalance electrolítico o la sepsis general. La hubo en 18,3% de nuestros casos en caliente y en el 19,5% de los casos enfriados.

12.—Se encontró patología agregada a nuestra serie intervenida en caliente en 11 casos (16%). Un caso de colecistitis aguda y apendicitis aguda. Un caso de pancreatitis aguda y colecistitis aguda, el cual se compensó antes de la operación y tuvo un feliz post-operatorio. Un caso de epilepsia. Un caso con Ca de recto. Un caso con cirrosis hepática (hallazgo operatorio) y un caso de shock séptico, operado con anestesia local por piocolecisto. Murió de shock séptico no obstante que se le hizo solamente colecistostomía.

13.—El diagnóstico fue fácil como se comprobó que en el 94% de nuestros casos en caliente que no hubo duda de la patología existente y sólo en el 6% se hizo necesario un mayor estudio y observación para su decisión intervencionista. En los casos enfriados hubo duda en el diagnóstico en el 27%, lo que tal vez motivó la conducta de intervención a posteriori.

14.—De las operadas en caliente hubo un factor de error diagnóstico de 2.9% (2 casos). Un caso operado por apendicitis aguda, resultó ser una colecistitis aguda, que más bien fue un error de apendicitis aguda, y otro caso en que se hizo diagnóstico de colecistitis aguda, resultó ser un absceso hepático. De las operadas enfriadas hubo un factor de error de 2% (1 caso). Un caso operado por colecistopatía también tenía absceso hepático.

CUADRO 4
Tiempo de Preparación Pre-Operatoria
(en caliente)

0 a 24 hs.	25 a 48 hs.	49 a 72 hs.	3 a 4 días	4 a 5 días	5 a 6 días
48	8	3	3	2	3

(en frío)

7 a 8	8 a 9	9 a 10	10 a 11	11 a 12	13 a 14	14 a 15	15 a 16
3	4	8	0	3	0	6	0

16 a 17	17 a 18	18 a 19	20 o más días
2	3	7	12

Con la aplicación de los antibióticos hemos considerado que el tiempo útil para operar y no encontrar condiciones adversas de tipo técnico operatorio ni de tipo compromiso al estado general, puede ampliarse hasta 6 días del inicio del cuadro clínico. 56 (83%) de nuestros pacientes se operaron antes de las 72 horas, pero 11 (16%) fueron operados entre este lapso y el sexto día sin problema alguno. De las colecistitis agudas enfriadas, 36 casos (75%) se operaron entre el séptimo y el veintavo días. Es importante hacer énfasis que no obstante de los numerosos días de enfriamiento, un gran número de casos tenían vesículas con abundante pus dentro de su lumen y la fibrosis de los tejidos que dificultó la técnica operatoria.

CUADRO 5

Datos de Laboratorio y Gabinete	Variedad	No	Si	No consignadas
1) Leucocitosis	En caliente	8	57	2
	En frío	14	27	7
2) Amilasas Altas	En caliente	34	8	25
	En frío	19	4	25
3) Litiasis en Placa simple	En caliente	67	0	0
	En frío	48	0	0

1.—El 87% de nuestros casos operados en caliente presentó leucocitosis moderadas, pocos casos con leucocitosis elevadas. Un 13% no tenía leucocitosis y sin embargo tenían un cuadro francamente agudo. Si comparamos los pacientes que tuvieron leucocitosis con los que tuvieron síndrome febril, nos encontramos que el porcentaje es muy aproximado. 83% tuvieron fiebre que generalmente también fue moderada. De los operados en frío, el 65% presentó leucocitosis también moderadas que en igual forma se relacionaron con el cuadro febril.

2.—Ocho pacientes de nuestra serie en caliente tuvo amilasas por encima de lo normal (19%). Sin embargo sólo en un paciente se comprobó que existiera pancreatitis aguda. Este caso hubo necesidad de operarlo, pues tenía un piocolecisto importante que no cedió al tratamiento médico por varios días y la pancreatitis cada día empeoraba a pesar del tratamiento específico. En la intervención quirúrgica se extrajeron varios cálculos del colódoco. Tuvo magnífica evolución post-operatoria. En los casos enfriados hubo cuatro casos (11%) con amilasas altas, en ninguno de ellos hubo verdadera pancreatitis aguda.

3.—La placa simple de abdomen se practicó de rutina en todos los casos de colecistitis aguda, no obstante de ello, creemos que es un examen de gabinete que no nos ayuda mucho en el diagnóstico, pues en ningún caso de litiasis vesicular o coledociana apareció imagen de cálculos radiológicamente visibles.

CUADRO 6

Otros Datos importantes	Variedad	No	Si	No consignadas
1.—Se aplicó sangre	En caliente	67	0	0
	En frío	45	3	0
2.—Se aplicó Antibióticos	En caliente	19	45	3
	En frío	5	40	3
3.—Accidente Trans-operatorio	En caliente	67	0	0
	En frío	48	0	0
4.—Punción de Vesícula y Vaciamiento	En caliente	4	40	23
	En frío	40	8	0
5.—Vesícula con cálculos	En caliente	8	56	1
	En frío	3	41	4
6.—Colecistitis Aguda y Pancreatitis Aguda.	En caliente	66	1	0
	En frío	46	2	0
7.—Colecistitis Aguda y Coledocolitiasis	En caliente	57	2	8
	En frío	39	6	3
8.—Colecistectomía.	En caliente	2	65	0
	En frío	1	46	1
9.—Colecistostomía	En caliente	65	2	0
	En frío	47	1	0
10.—Drenaje de Cavidad Abdominal.	En caliente	23	32	12
	En frío	10	27	11
11.—Complicaciones post operatorias	En caliente	61	6	0
	En frío	39	9	0
12.—Mortalidad	En caliente	66	1	0
	En frío	48	0	0

Comentario del Cuadro 6.

1.—Si el paciente no es anémico, la sangre no es necesaria para la intervención quirúrgica. El sangramiento quirúrgico es mínimo. En nuestra serie en caliente ninguno de los casos necesitó transfusión sanguínea. En la serie enfriada solamente 3 casos se transfundieron.

2.—Es importante la administración de antibióticos de amplio espectro, mientras no se haya hecho un cultivo del contenido de la vesícula. Usar estos medicamentos en el pre-operatorio y post-operatorio, principalmente en los casos que tienen más de 72 horas de evolución. Consideramos que el uso de estas drogas nos ha permitido un mejor pronóstico para todos los casos y sobre todo nos ha permitido intervenir con el mínimo riesgo de complicaciones a los casos que han pasado el término de 48 a 72 horas. También hemos tenido magníficas evoluciones sin antibióticos en los casos de hidrocolecisto intervenidos con prontitud y en los que consideramos que su contenido no está infectado. En los 45 casos (70%) de nuestros casos en caliente, se aplicaron antibióticos en el pre y post-operatorio. En el 30% no se administraron. En los casos enfriados se aplicó al 88.8%.

3.—Accidentes transoperatorios no hubo ninguno, ni en la serie en caliente ni tampoco en la serie enfriada.

4.—Es conveniente puncionar la vesícula y sacarle su contenido líquido para facilidad de la técnica quirúrgica. El 61.1% de nuestra serie en caliente fue puncionada, un 4.4% no se puncionaron y 34.3% no se consignó. De las vesículas enfriadas solamente 8% fueron objeto de vaciamiento.

5.—El 86.5% de las vesículas operadas en caliente contenían cálculos. Hubo un 11.9% de vesículas realmente agudas y sin concreciones calculosas. El porcentaje de las calculosas en las operadas en frío fue de 85.4% y el de las no calculosas de 6.2%.

6.—A pesar de que a veces hay cifras de amilasas altas en las colecistitis (1.1%), la colecistitis aguda acompañada de pancreatitis aguda se encontró presente en 1.4% o sea un sólo caso en 67. (Serie en caliente). Dos casos de las operadas en frío o sea 4.3% de pancreatitis aguda concomitante.

7.—De las 59 vesículas encontradas con cálculos y con procesos agudos, dos (3.3%) tenían cálculos en colédoco. No hubo dificultad para trabajar en vías biliares y resolver el problema existente. De las 45 vesículas operadas en frío, 6 (13.5%) tenían cálculos en colédoco y los problemas de fibrosis de los tejidos hicieron más difícil la técnica operatoria.

8.9.—65 colecistitis agudas fueron colecistectomizadas, sólo en dos (2.9%) casos se prefirió hacer colecistostomía. Esto prueba que una mayoría de casos pueden ser colecistectomizados sin problema alguno y con facilidad de técnica operatoria. Consideramos que en muy raras ocasiones hay que practicar colecistostomía. Casos en muy malas condiciones y que no son los realmente destacados en nuestro grupo. De los enfriados un caso fue de colecistostomía (2%) los restantes fueron colecistectomizados.

10.—El drenaje de la cavidad abdominal lo usamos cuando consideramos que hay exudados abundantes, por mucho edema y gran mortificación de tejidos; pero si este no es el caso, preferimos no drenar y la evolución pos-operatoria es aún mejor, 23- (41.8%) pacientes no fueron drenados; a 32 (58.1%) se les puso drenaje de Penrose y en 12 casos no se consignó tal dato.

De los operados en frío 21 (27%) no se drenó y el 72% si fue drenado.

11.—Las complicaciones post-operatorias en nuestra serie en caliente fueron de 6 casos (8.9%) y se detallan las siguientes:

- a) Shock Séptico: 1 caso, murió.
- b) Fístula Biliar: 1 caso, 4 meses de estancia.
- c) Absceso subfrénico: 1 caso, reintervención, 41 días de estancia.
- d) Atelectasia pulmonar: 1 caso.
- e) Absceso de pared abdominal: 2 casos.

Las complicaciones post-operatorias de la serie en frío fueron 9 casos (18.7%) y se detallan así:

- a) Bronconeumonía: 1 caso.
- b) Litiasis residual: 2 casos.
- c) Dehiscencia del colédoco: 1 caso.
- d) Absceso del lecho hepático: 1 caso.
- e) Absceso de pared abdominal: 2 casos.

12.—En nuestra serie en caliente, la mortalidad fue de un caso (1.4%). Esta paciente se encontraba en muy malas condiciones, con shock séptico por tres días. Por opinión unánime de varios cirujanos se decidió quitarle el foco séptico con una colecistostomía con anestesia local. La paciente no salió del shock séptico y murió pocas horas después. En la serie enfriada la mortalidad fue de 0%.

CUADRO 7

Reportes de Patología (Vesículas)
(en caliente)

Colecistitis Aguda	43
Colecistitis Aguda y Crónica	17
Colecistitis Crónicas	6
No Reportadas	1
Vesícula sin lesiones	0

Reportes de Patología (Vesículas)
(en frío)

Colecistitis Agudas	11	después de más de 14 días de enfriamiento.
Colecistitis Aguda y Crónica	8	
Colecistitis Crónica	25	
No reportadas	4	

Llama la atención que en la serie de vesículas enfriadas y después de más de 14 días de tratamiento, el reporte haya salido como colecistitis aguda en 19 casos (43%).

CUADRO 8

Técnica empleada

Variedad	Combinada	Anterógrada	Retrógrada
En caliente	19	42	6
En frío	28	12	8

La técnica de elección para la colecistectomía en caliente es la anterógrada 62%. La técnica combinada también es muy útil 28% de nuestros casos. En las vesículas enfriadas el mayor número fue de la técnica combinada 58% de los casos.

CUADRO 9
Estancia Hospitalaria
(en caliente)

Días	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	19	20	41
	1	1	17	7	11	6	5	6	2	4	1	1	1	0	0	1	2	1

Estancia Hospitalaria
(En frío)

Días	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	24	25	26	29	30	31	37	38	40	46	62	86
	4	2	2	0	0	1	3	0	4	2	2	1	1	4	1	0	1	2	1	2	2	3	3	1	2	2	1	1

El promedio de estancia de las vesículas en caliente fue de 7.35 días. El promedio de las vesículas enfriadas fue de 24.06 días. Como podemos ver contrasta enormemente. Significando esto un consumo muy grande de dinero para la Institución Hospitalaria o para el paciente privado, y largos días de sufrimiento por su patología. Tener en cuenta que tres de nuestros pacientes complicados y operados en caliente fueron los que nos subieron la estancia, los 64 pacientes restantes tuvieron una estancia promedio de 6.42 días.

COMENTARIO FINAL

Entre los datos sobresalientes de nuestro estudio comparativo de colecistitis agudas operadas en caliente, se encuentran los siguientes:

- a) El 77.6% nunca habían tenido crisis dolorosas anteriores.
- b) La crisis dolorosa aguda se presentó en el 100% de los casos operados en caliente.
- c) La deshidratación con desbalance electrolítico se presentó en un 16.6% de los casos.
- d) La vesícula fue palpable en el 72%, además en 7.4% se palpó plastrón y en el 31.3% hubo signos peritoneales.
- e) El diagnóstico fue sencillo, como lo comprueba que el 94% fue diagnosticado sin problema de duda.
- f) Somos partidarios de operar las colecistitis agudas hasta el sexto día, pues la experiencia nos ha enseñado que no hay problemas de técnica quirúrgica ni de compromiso para la salud del paciente.
- g) La aplicación de antibióticos ha hecho que el tiempo clásico de intervención en caliente de 24 a 72 horas se amplía hasta el sexto día sin problema alguno.
- h) Las leucocitosis son moderadas y están en relación con el síntoma fiebre que también es moderada.
- i) Las pancreatitis agudas en relación con la colecistitis agudas son escasas 1.1%, pero cuando no ceden al tratamiento médico hay que operar, sobre todo cuando hay compromiso de colédoco distal con conducto Wirsung.
- j) Accidentes trans-operatorios no han habido en nuestra serie pero podrían presentarse como en cualquier colecistectomía preparada.
- k) El vaciamiento de la vesícula es conveniente para la facilidad de la técnica operatoria.
- l) El 86% de las vesículas contenían cálculos pero hubo un 11.9% de colecistitis francamente agudas sin cálculos aparentes.
- ll) La coledocolitiasis concomitante se encontró en 3.3%. No hubo problema para la exploración de las vías biliares y su respectiva solución.
- m) Colecistectomía se pudo practicar en el 82% de los casos. Los casos de colecistostomía son poco frecuentes, pues esta técnica la utilizamos para pacientes en muy malas condiciones generales y

no son seleccionados para nuestro trabajo. Se incluyó uno de ellos que fue el que nos trajo la mortalidad de 1.4%.

- n) Las complicaciones post-operatorias fueron de 8.9% menos altas que en la serie enfriada que fueron de 18.7%.
- o) En los reportes de patología es digno de tomarse en cuenta que el 43% de las vesículas enfriadas fueron reportadas como colecistitis agudas.
- p) La técnica de elección nuestra es la anterógrada (62%).
- q) Lo más sobresaliente de este comentario es la estancia hospitalaria que fue en nuestra serie en caliente de 7.35 días y que contrasta enormemente con la serie enfriada que fue de 24.06%.

RESUMEN

Se hace un estudio comparativo de 67 casos operados en caliente y 48 casos operados después de un período de enfriamiento. Se estudiaron sus características clínicas, de laboratorio, de pre-operatorio, trans-operatorio y post-operatorio. Se concluye que la operación en caliente tiene enormes ventajas sobre la conducta conservadora y en los casos seleccionados. El dato más sobresaliente es la estancia hospitalaria, que en las vesículas en caliente fue de 7.35 días y en las enfriadas fue de 24.06 días.

SUMMARY

We made a comparative study of 67 cases operated upon the acute stage and 48 cases operated upon after having been cooled off sufficiently. We studied their clinical characteristics, as far as laboratory, pre-operative, trans-operative and post-operative data or informations are concerned. We concluded that "early operation" of cases in the acute stage brings about several advantages as compared to cases cooled off for several weeks previous to operation; provided cases have been carefully chosen for such "early operation". The important thing is the fact that by this early method of operation the patient remained hospitalized 7.35 days as compared to those operated upon a much later date which turned to be 24.06 days.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—DOWGIRD A., et Al., Pol Przegl Chir. Early Results of the Operative Treatment of the Acute Cholecystitis, 39:895-901, Set. 67.
 - 2.—ESSENHIGH O.M., Management of Acute Cholecystitis. Brit. J. Surg. 53:1032-8, Dec. 66
 - 3.—GAMBOA M., ZELEDON M., ARAYA R., CABEZAS E., Tratamiento Quirúrgico de la Colecistopatía Aguda, Revista Médica de Costa Rica, 327-328:329-337, Agost-Set., 61.
 - 4.—GLENN F., Cholecystectomy, Surg. Clin. N. Amer. 46:1129-42, Oct. 66.
 - 5.—JASIENSKI S., Emergency, Early or Delay Intervention in the Surgical Management of Acute Cholecystitis, Pol. Przegl Chir. 39:478-85, May. 67.
-

- 6.—KOJECKY Z., On the Problems of Acute Cholecystitis, *Deutsch Z. Verdau Steffwechselkr* 25:148-50, Oct. 67.
 - 7.—KRYNICKI M., Non Calculous Gangrenous Cholecystitis, *Wiad Lek* 20: 1373-4, Jul. 67.
 - 8.—LEPUKOLM A.F., et Al. Our Experiences with the Treatment of Acute Cholecystitis in Cholecystopancreatitis, *Khirurgia Moskva*, 42:123-7, Jun. 66.
 - 9.—LIEDBERG N., Panorama of Surgical Disease of Gallbladder en the Aged, *Act Chir. Scand. Suppl.* 357:43-9, 66.
 - 10.—LISIENKO V. M. On Surgical Treatment of Acute Acalculous Cholecystitis *Khirurgia Moskva*, 42:33-8, My. 66.
 - 11.—MEEROFF M. PERREIRA J., Tratamiento de la Colecistitis Aguda, *G.E.N.*, 15:139-49. Argentina, 61
 - 12.—Mc. DONALD. Perforation of the Gallbladder Associated with Acute Cholecystitis (8 years of review of 20 cases). *J. A. Ann Surg.* 164:849-52, Nov. 66.
 - 13.—MORFIN E., et Al. Grangrenous Cholecystitis, *Arch. Surg.* 96:567-73, Apr. 68.
 - 14.—ORV HETIL, Acute Cholecystitis in Patients over Sixty, *Csengody J. et Al*, 108:1493-5, Agust. 67.
 - 15.—PAVROSKY J. et Al., Indication for Surgery in Cholelithiasis and Cholecystitis, *Rozhl Chir.* 45:80-1, Febr. 66.
 - 16.—PETER A., ALLEN, I., *Surg. Clin. of N. A.* Acute Cholecystitis, 147: 156-47, Febr 67.
 - 17.—RAGULIN V.G., On the Treatment of Acute Cholecystitis in the District Hospital *Sovet Med*, 29:77-9, Ser. 66.
 - 18.—REAVES L.E., Acute Emphysematous Cholecystitis, *Milit. Med.*, 131: 1437-8, Nov. 66.
 - 19.—STERN W., Cholecystectomy in Acute Cholecystitis, *Med. J.*, 2:258-60, Agust. 67.
 - 20.—STRODE., Acute Cholecystitis a Complication Folwing Surgery Unrelated to the Biliary Tract, *J. E. Surgery* 59:195-8, Febr. 66.
 - 21.—THAING S., Acute Cholecystitis in Childhood, *Ugeskr Laeg*, 128: 933-4, August. 66.
 - 22.—THURZO R., Biliary Surgery ind Old Age, *Ovr Hetil*, 107:208-5, Oct. 66.
-