

Tratamiento Quirúrgico de la Colecistopatía Aguda

por

Dr. Mario Gamboa Vega
Dr. Manuel Zeledón Pérez

Dr. Rodrigo Araya Umaña
Dr. Edgar Cabezas Solera

DESARROLLO DEL TRABAJO.

- I.—Introducción.
 - II.—Variedades anatomopatológicas.
 - III.—Modalidades clínicas.
 - IV.—Selección del caso operatorio.
 - V.—Estudios pre-operatorios.
 - VI.—Preparación del enfermo.
 - VII.—Descripción de la operación.
 - VIII.—Experiencia personal.
 - IX.—Conclusiones.
 - X.—Resumen.
 - XI.—Bibliografía.
-

INTRODUCCION:

Para este trabajo, presentamos nuestra experiencia personal de 38 casos de Colecistopatía Agudas, tratadas quirúrgicamente en los Hospitales de San Juan de Dios y San Vicente de Paúl de Heredia.

De este grupo, 24 fueron intervenidos "en caliente", y, el resto, 14 casos, se intervinieron "en frío".

Nos permitimos hablar de Colecistopatía Aguda y no de Colecistitis Aguda, como así las denomina Pribram, teniendo en cuenta que dentro de la Patología aguda de la vesícula biliar se encuentran grandes modalidades clínicas y anatomopatológicas.

CUADRO N° 1**Varietades Anatomopatológicas Quirúrgicas**

- 1) — Colecistitis Aguda Gaseosa o Enfisematosa (llamada también Neumocolecistitis aguda).
- 2) — Colecistitis disecante y exfoliativa.
- 3) — Hidrocolecistitis aguda.
- 4) — Colecistitis filtrante.
- 5) — Empiema vesicular.
- 6) — Gangrena vesicular.
- 7) — Perforación del colecisto en peritoneo libre.
- 8) — Perforación del colecisto con abscesos localizados. (tabicados).

Si bien no podemos clínicamente precisar la forma anatomopatológica de vesícula que encontramos al operar, si podemos asegurar con facilidad y certeza, cuando hay una patología franca y bien aguda de la vesícula biliar.

Entre las variedades clínicas de colecistopatías agudas encontramos:

CUADRO N° 2.**Modalidades Clínicas**

- 1) — Simple cólico hepático.
 - 2) — Predominio del síntoma dolor.
 - 3) — Predominio del síntoma vómito.
 - 4) — Predominio de tumoración.
 - 5) — Predominio de signos peritoneales.
-

1)—El simple cólico hepático que se presenta con los caracteres típicos del dolor vesicular, con o sin vómitos y en la generalidad de los casos sin fiebre; modalidad clínica del exponente menos serio de colecistitis aguda, que se resuelve en unas cuantas horas con antiespasmódicos, analgésicos, sedantes y reposo.

2)—El cólico vesicular intenso que difícilmente cede a los antiespasmódicos que se calma transitoriamente para luego regresar y que dura pocas o muchas horas, acompañado generalmente de náuseas, vómitos, distensión abdominal, febrícula o fiebre, ocasionalmente sub-ictericia y con signo de Murphy positivo. Esta es una modalidad clínica de colecistitis aguda crítica que puede corresponder a varios tipos anatomopatológicos y en la que predominan el síntoma dolor.

3)—Predominio del síntoma vómito. Dolor vesicular acompañado de numerosos vómitos que llevan al enfermo a un estado de verdadero "shock"; puede haber sub-ictericia, fiebre y dolor a la presión en todo el cuadrante superior derecho. Esta modalidad clínica debe razonarse con mucho tino porque generalmente son colecistopatías con compromiso de otros órganos adyacentes: pancreatitis y colangio-hepatitis, y que con frecuencia conducen a errores diagnósticos.

4)—Clásico dolor vesicular con vómitos (no muy numerosos), con febrícula o verdadera fiebre, ligera defensa en el cuadrante superior derecho, tumoración palpable debajo del reborde costal (a veces de tamaños gigantes) sin gran repercusión general. Son colecistitis hidrópicas.

5)—Dolor intenso en todo el cuadrante superior derecho, acompañado de fiebre alta, vómitos que pueden ser numerosos, y generalmente no hay ictericia, ni sus equivalentes, síntomas y signos de cuadro oclusivo; hay franca defensa muscular con todos los signos de irritación peritoneal, y que a veces permiten palpar un plastrón subcostal derecho sin permitir precisar los caracteres de la tumoración. Es el caso típico de empiema vesicular, con supuesta amenaza de perforación.

SELECCION DEL CASO OPERATORIO

A nuestro juicio, son candidatos a cirugía de urgencia los pacientes que llenen los siguientes requisitos:

- 1) — Cuadro clínico agudo de vesícula biliar.
- 2) — No repercusión grave sobre el estado general del enfermo.
- 3) — Na patología agregada a otro órgano.
- 4) — No duda clínica sobre el diagnóstico de padecimiento vesicular.

No basamos nuestra escogencia en que si se trata o no de una vesícula con amenaza de perforación. Cuando este es el caso, la intervención quirúrgica se hará sin lugar a dudas.

ESTUDIOS Y PREPARACION PRE-OPERATORIA

Con los enfermos que se sigue una conducta conservadora fácilmente abandonan nuestros hospitales y se exponen a los peligros de las complicaciones vesiculares. El paciente con crisis aguda, al que se le propone la intervención inmediata, fácilmente accede a que se intervenga.

Los cirujanos que desconocen las ventajas del tratamiento quirúrgico "en caliente", postergan la operación y cuando intervienen temerosos de una perforación hacen una COLECITOSTOMIA, pues ya las condiciones de los tejidos y del paciente son desfavorables para la colecistectomía.

Consideramos como suficientes los siguientes estudios.

CUADRO N° 3

ESTUDIOS PRE-OPERATORIOS

1) Anamnesis detallada. 2) Hemograma completo. 3) Grupo sanguíneo y R. H. 4) Amilasa sanguínea. 5) Radiografía simple del abdomen.

- 1) — Anamnesis detallada.
- 2) — Hemograma completo.
- 3) — Grupo sanguíneo y R. H.
- 4) — Amilasa sanguínea.
- 5) — Radiografía simple del abdomen.

CUADRO N° 4.

PREPARACION DEL ENFERMO

- 1) — Hidroelectrolitos por venolisis
 - 2) — Antibióticos.
-

- 3) — Antiespasmódicos y Analgésicos.
- 4) — Sangre o plasma si es necesario.
- 5) — Abstinencia digestiva.
- 6) — Reposo absoluto (sedantes).
- 7) — Aspiración gástrica.

Si el enfermo es valorado como candidato quirúrgico por sus buenas condiciones, se traslada de inmediato al quirófano.

DESCRIPCION DE LA OPERACION

La etiopatogenia del proceso agudo vesicular se debe en el 80 a 97% de los casos al enclavamiento de un cálculo en el cuello de la vesícula. Por tanto, casi siempre se encuentra con líquido a tensión; esto hace que adquiera diversos tamaños, comprendiendo desde el ligero aumento de volumen hasta alcanzar proporciones gigantescas.

La vesícula puede encontrarse libre en la cavidad abdominal o adherida a órganos vecinos tales como el epiplón gástrico, duodeno, colon transversal, etc. En los casos en que amerita, se punciona la vesícula para extraer el líquido o tensión y poderla manipular con mayor facilidad.

En estos momentos, una buena exposición del campo operatorio es esencial; la asepsia en manos cuidadosas y experimentadas es sumamente sencilla. Posterior a la ligadura y sección del conducto y arteria císticos, se procede al despegamiento de la vesícula de su lecho hepático, lo cual se realiza con suma facilidad por el edema existente. Cuando ha sido necesario explorar vías biliares, el proceso inflamatorio no es factor que impida llevarla a cabo en una forma correcta.

Salvo en casos especiales, en que las condiciones del paciente son muy críticas, nos hemos visto obligados a llevar a cabo una Colecistostomía (dos casos en nuestra serie).

EXPERIENCIA PERSONAL

Hemos intervenido 38 casos de colecistopatías; de los cuales 24 fueron operados en período agudo, los 14 restantes se intervinieron después de un tiempo prudencial de tratamiento médico adecuado. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

CUADRO N° 5
COLECISTITIS INTERVENIDAS "EN CALIENTE"

Incidencia por edad y sexo.

Edad	0 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	Total:	%
Masculinos	0	0	1	1	2	2	0	6	25
Femeninos	1	6	4	4	1	1	1	18	75
Porcentajes	4,5%	25%	20,8%	20,8%	12,5%	12,5%	4,5%	100	—

El mayor porcentaje en ambos sexos se encuentra entre las décadas cuarta (4) y quinta (5) de la vida, o sea en cada una un porcentaje de 20,8%. Y como es lógico el mayor número de colestopatías corresponde al sexo femenino, o sea 75%.

Las edades avanzadas no presentaron obstáculo alguno en la conducta a seguir del proceso.

CUADRO N° 6

INTERVALO ENTRE LA INICIACION DEL CUADRO AGUDO Y
EL ACTO OPERATORIO

HORAS	0 - 24	24 - 48	42 - 72	144 ó más
N° DE CASOS:	4	12	3	5
PORCENTAJES	16.6	50	12.5	20.8

El mayor número de pacientes se intervino en un periodo comprendido entre las 24 y 48 horas (50%); no hubo tropiezo alguno para los que se intervinieron después del quinto día (5 casos — 20.8% se encontraban tejidos en buenas condiciones y la evolución del paciente muy satisfactoria.

CUADRO N° 7

HALLAZGOS OPERATORIOS

Hallazgo	N° de casos	porcentaje
Colecistitis edematosa	11	45,8%
Empiema vesicular	12	50 %
Ausencia de cálculos	2	8,2%
Presencia de cálculos	22	91,6%
Dilatación de vías biliares	3	12,5%
Perforación vesicular	1	4,5%

La mitad de los casos correspondió a Empiema vesicular (50%), luego marcado edema de la pared se encontró en el 45% de nuestra serie. La presencia de litiasis vesicular se encontró en 91.6% de los casos.

Se encontró dilatación de las vías biliares, en 3 casos, los cuales se exploraron sin dificultad alguna, dejando como es lógico una sonda en T. Perforación de la vesícula tabicada, 1 caso.

CUADRO N° 8

COMPLICACIONES

Bronconeumonía	1 caso
Hematoma infectado	1 caso
Ictericia post-operatorio	1 caso
Síndrome febril	1 caso
Absceso subfrénico	1 caso

Las complicaciones post-operatorias fueron las siguientes: un caso de bronconeumonía, que con facilidad cedió al tratamiento médico. Un hematoma infectado de la pared abdominal en el sitio de drenaje. Un caso de ictericia debido a sección accidental del conducto hepático derecho el cual desembocaba anómalamente en vesícula. Este caso que se intervino nuevamente para efectuar anastomosis de éste al colédoco; el conducto hepático izquierdo se encontró completamente atrófico.

El caso de síndrome febril, no fue posible determinar su etiología y cedió igual que el absceso subfrénico, a la administración de antibióticos. El porcentaje de complicaciones fue de 20,8% lo que consideramos que susceptible de presentarse en las intervenciones de vesículas preparadas de antemano.

CUADRO N° 9

PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS CASOS INTERVENIDOS EN "CALIENTE" Y DE LOS EN "FRÍO"

En la serie de los 24 casos intervenidos "en caliente" el promedio de estancia fue de 15 días.

En la serie de los casos intervenidos "en frío", el promedio de estancia fue de 29 días.

Es necesario hacer la aclaración de que la mayor parte de los intervenidos "en caliente", (19 — 83.3%) tuvieron una estancia total de 5 a 7 días; ya que sólo 5 casos complicados tuvieron una estancia mayor (17.7%).

La mortalidad en ambas series fue de 0%.

CONCLUSIONES

No somos partidarios de la intervención quirúrgica en los simples cólicos hepáticos, ni en la colecistitis agudas de diagnóstico dudoso; pero si opinamos que la colecistitis aguda con severa patología vesicular debe ser intervenida, cuando el diagnóstico es franco y las condiciones del estado general del paciente son satisfactorias. Esta medida es considerada como la más oportuna, la menos molesta para el paciente, la más económica para el enfermo o para el hospital, y la que mejor evoluciona en el post-operatorio. Es necesario agregar, que no somos de la opinión de intervenir pacientes en los que el cuadro repercute con gran severidad sobre el estado general, o cuando hay patología agregada en otros órganos. Este tipo de pacientes preferimos darles un plazo prudente de preparación aún cuando las condiciones de disección operatoria sean más difíciles después.

RESUMEN

Hemos intervenido 38 casos de colecistopatías: 24 "en caliente" y 14 "en frío". Del estudio de las intervenciones en "caliente", resultó que el 41.6% correspondió a edades que oscilan entre 30 y 49 años. La edad avanzada no fue factor de obstáculo. El sexo más frecuente fue el femenino, (75%) y la mortalidad fue de 0.

La mayor parte de los casos se intervino entre las 24 y 48 horas (50%) y no se presentaron condiciones adversas cuando se intervino después del sexto día. Los hallazgos operatorios fueron: Colecistitis edematosa: 45.8%; Empiema vesicular 50%; No se encontraron cálculos en el 8.2%. Se encontraron cálculos en el 91.8%. Dilatación de las vías biliares 12.5%. Perforación de la vesícula en el 4.5%. No hubo dificultad para la explotación de vías biliares.

Cinco casos fueron las complicaciones, que aumentaron el promedio de estancia hospitalaria a 15 días, y que no obstante de ello, contrasta enormemente con el promedio de la intervenida "en frío", que ascendió a 29 días.

BIBLIOGRAFIA

1. ACKERMEN L. W. "Acute Cholecystitis Surgical Path". Pág. 469.
 2. BAKER J. W. and LAWURENCE G. H. "Preoperative and Operative Decision in Gallblader and Bile Ducts Surgery." Surg. Clin. N° Amer. 38.
 3. BOYD. "The Gallblader". Surg. Path. 315-324.
 4. BRAITSEV K. "The treatment of acute cholecystitis, Vestnik Khier 4:50. 1955.
 5. BRIGGS J. D., BEAL P. G. and STEVENS G. A. "Acute Cholecystitis Am Surgeon. 25:891. 1959.
 6. BYRNE J. J. "Acute Cholecystitis Ann of Surgery" 97:156, Feb. 1959.
 7. CHODOFF R. J. "Surgical Manangement of Acute Cholecystitis The American Journal of Gastroenterology", Oc. 1961. Pág. 160-163.
 8. EDLUND Y. A. and OLSSON O. J. "Acute Cholecystitis Timing Cholecystectomy". Acta Chir. Scandinav.
 9. HOERR, S. O. "Managment of Acute Cholecystitis Cholecystectomy or Cholecystostomy". West. Virginia Med. J. 56-87. March 1960.
 10. McCUBBREY D. "In Defense of the Conservative Treatment with Ova-tuation of the Risk Surgery", January-June 1955. Pág. 936.
 11. McTACHERA C. G. and SULLIVAN R. E. "Acute Cholecystitis" A.M.A. Arch. 78:300. Feb. 1959.
 12. MEEROFF M. y FERREIRA I. A. "Tratamiento de la Colecistitis Aguda". 139:149. Enero-marzo, 1961.
 13. MOORE. "Cholecystitis". Pathology. 787.
 14. OSSIPOV B. K. Moscow U.S.S.R. "The Surgeon's Tactic in the Treat, of Acute Cholecystitis". A. Monthly Journal Devoid to Art and Science or Surgery. July-December 1959. Pág. 507-512.
 15. PEORCE ALEX. "Acute Cholecystitis: Planned Cholecystectomy at any time during the course of the disease." Int. Col. Sur. Vol. 33. Jan. 1960.
 16. PETROV B. A. "The Problem of acute Cholecystitis". Kirurgiga. 11:3. 1956.
 17. ROBBINS. Cholecystitis. Texbook of Pathology. Pág. 856.
 18. SPARKMAN R. "Planned Cholecystitis, Annals of Surgery". January-June, 1959. Pág. 761. 746.
 19. WALL, C. A. and WEIS R. M. "Early operation for acute Cholecystitis". A.M.A. Arch. Surg. 77:433. Set. 1956.
-