

Universidad de San Carlos de Guatemala

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

REPUBLICA DE GUATEMALA. CENTRO AMERICA

CONSIDERACIONES SOBRE COLECISTITIS AGUDA Y SU TRATAMIENTO

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, por

Guillermo Rubén Arriola Batres

Ex interno por oposición de la Segunda Sala de Medicina de Hombres, Tercera Sala de Cirugía de Mujeres Sección "A", del Hospital General y del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt. Asistente de Residente por oposición del Servicio de Emergencia del Hospital General. Exprotesorero de la Juventud Médica. Exsecretario de la Asociación de Internos Hospitalarios. Expresidente de la Juventud Médica.

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO



Guatemala, Noviembre de 1958.

PLAN DE TESIS:

1. Anatomía y Fisiología
2. Etiología
3. Incidencia
4. Patogenia
5. Anatomía Patológica
6. Formas Clínicas
7. Cuadro Clínico
8. Diagnóstico
9. Diagnóstico Diferencial
10. Pronóstico
11. Evolución
12. Tratamiento
13. Presentación de Casos
14. Conclusiones
15. Bibliografía

ANATOMIA Y FISIOLOGIA

CONSIDERACIONES ANATOMICAS.

Para comprender el proceso de la inflamación aguda de la vesícula biliar debemos conocer a grandes rasgos ciertos aspectos importantes en la anatomía de este órgano. Es piriforme, su eje longitudinal mide de 8 a 10 cms. y su mayor diámetro transversal de 3 a 4 cms., con una capacidad media normal de 35 a 50 cc. Se reconocen cuatro porciones, que de la parte distal a la proximal son: el fondo, el cuerpo, el infundíbulo y el cuello. Mantiene relaciones estrechas con el duodeno y el colon transverso, de allí que los procesos inflamatorios severos vesiculares tienen frecuentemente repercusión sobre estas dos porciones del tracto gastrointestinal.

El conducto Cístico tiene una longitud media de 3 a 4 cms. y un diámetro de 2 a 4 mms., con dos porciones distintas, una proximal o valvular cuya mucosa toma la forma de una espiral dando lugar a las llamadas "válvulas de Heister" y una porción distal con la mucosa lisa y regular. El cístico se une con el conducto Hepático para formar el Colédico, constituyendo un espolón en el lugar donde se unen las paredes, en forma muy variable de un sujeto a otro.

En la estructura histológica hay también datos que deben conocerse por guardar estrecha relación con los procesos agudos. La mucosa de la vesícula está formada de finos pliegues sin una estructura glandular característica. Los Senos de Rokitansky-Aschoff, son digitaciones de la mucosa posiblemente originados por los aumentos de la presión intravesicular, ocasionalmente participan en los procesos inflamatorios.

La vesícula no posee submucosa y la fibromuscular está bien desarrollada, con fibras musculares lisas, longitudinales y circulares entrelazadas.

El Conducto Cístico tiene una histología similar a la de la vesícula, pero las fibras musculares se hacen escasas a nivel de la porción lisa. Parece que a nivel de la unión de la vesícula con el cístico existe un anillo muscular esfinteriano, "esfinter de Lutkens".

FISIOLOGIA.

La vesícula biliar tiene tres funciones esenciales: absorción, secreción y contracción. La absorción se ejerce sobre todo para el agua y los iones inorgánicos, siendo absorbidos en pequeñas cantidades las sales biliares, el colesterol y la bilirrubina; de esta manera la bilis de la vesícula es de 6 a 10 veces más concentrada que la que pasa por el Hepático. La vesícula segregá un líquido claro, viscoso con gran cantidad de mucus, aumentando sobre todo en los procesos inflamatorios de la pared vesicular.

Se ha comprobado, sin dejar lugar a dudas, que la vesícula posee un poder de contracción, con movimientos rítmicos y contracciones tónicas que expulsan la bilis hacia el duodeno.

A las válvulas de Heister del conducto Cístico no se le conocen con exactitud un papel determinado, para algunos autores evita el colapso del Cístico facilitando el paso de la bilis. Otros opinan que regulan la presión con que la bilis debe pasar al Colédoco contribuyendo el espolón en la orientación de la bilis en los conductos del árbol biliar.

ETIOLOGIA.

La Colecistitis Aguda tiene como causa más común la obstrucción por un cálculo enclavado en el cuello de la vesícula o bien en el conducto Cístico, habiéndose todo esto confirmado en hallazgos de operación y de autopsias. En muy raras ocasiones se encuentra Colecistitis Aguda no calculosa en el curso de enfermedades agudas infecciosas como septicemias, tifoidea, paratifoidea, neumonía y a veces en formas sumamente virulentas de influenza.

En todos estos casos la infección se efectúa por vía hematógena, linfática o bien por medio de la bilis. Se encuentran además, colecistitis agudas químicas, que son el resultado del reflujo del contenido duodenal al árbol biliar. En este último caso, los cultivos de bilis tomados por aspiración de la vesícula biliar en el momento de la operación fueron siempre negativos, a pesar de que la vesícula se encontraba aumentada de tamaño, de color rojo con las paredes intensamente edematizadas.

Lester en 1947 encontró cultivos positivos en el 28% de Colecistitis Agudas no gangrenosas y el 59% en Colecistitis agudas gangrenosas.

El mecanismo por el cual los microorganismos invaden los conductos biliares y la vesícula no es conocida. Se supone, en base en numerosas investigaciones, que los factores mecánicos y bioquímicos, ya aislados o bien en combinación, juegan el papel predominante en el desarrollo de la inflamación del tracto biliar y que posteriormente, pasado un tiempo variable, los gérmenes bacterianos se agregan al proceso inflamatorio inicial.

Meleney encontró que en el 58% de los cultivos positivos, de bilis provenientes de colecistitis aguda, la *Escherichia Coli* de estuvo presente en la mitad de los cultivos, siguiéndole en importancia y frecuencia el Estreptococo no hemolítico, bacilos gram negativos y el *Clostridium welchii*. Cerca del 60% de los casos tuvieron una flora pura y el resto fueron mixtos.

Anderson y Priestley en 100 casos de Colecistitis aguda y crónica efectuaron un estudio bacteriológico de la bilis del Colédoco tomada en el momento de la operación y encontraron que el germen más frecuente era la *Escherichia coli*.

En nueve casos del Servicio de Emergencia del Hospital General encontramos un caso positivo de *Proteus morgagni*, uno de *Proteus vulgaris*, uno de *Proteus mirabilis*, dos de *Escherichia coli*, uno de *Escherichia froudii*, uno de *Pseudomonas aeruginosa* y dos casos fueron negativos.

En nuestro pequeño número de casos, 45% del número total de casos, el germen más frecuentemente encontrado fué la *Escherichia coli*.

La causa más frecuente de Colecistitis aguda es la obstrucción de la vesícula por un cálculo, lo cual da origen a la retención de la bilis dentro de la vesícula, obstruyendo la circulación y como consecuencia lógica alteración de las paredes vesiculares.

En nuestros 21 casos, el 90.45% de las vesículas contenían cálculos y sólo en el 9.55% no se encontraron. De las vesículas calculosas algunas tenían solamente un cálculo grande que se enclavó profundamente en la pelvis de la vesícula obstruyendo completamente el cístico, las otras contenían varios cálculos pequeños, una contenía un cálculo asociado enclavado en el Coléodo y una tenía solamente concreciones negruzcas. La mayoría de los cálculos eran debilirrubinato de calcio, habiendo algunos de colesterol y mixtos.

En resumen puede decirse, que en la mayoría de los casos, la Colecistitis aguda tiene como principio un cálculo que obstruye la luz del Cístico. El cálculo por comprensión obstruye la luz de los vasos que irrigan la vesícula produciendo alteraciones circulatorias que posiblemente sean las causantes de la necrosis y gangrena, ya parciales o totales de las paredes de la vesícula.

Otro factor, aunque raro, sería que la vesícula aumentada de tamaño, por la retención de bilis, pesa más y al inclinarse hacia abajo tracciona el meso y ocluye los vasos.

Posteriormente se agrega el factor infeccioso. Los microorganismos llegan a la vesícula por vía ascendente, desde el tracto gastrointestinal, ya a través de los conductos biliares, ya a través de los conductos linfáticos o ya por vía hematógena. Todo ésto explicaría el hecho que los gérmenes más frecuentemente encontrados en la Colecistitis aguda son los mismos que habitan corrientemente en el intestino.

No debe olvidarse el factor quimiotóxico de la bilis que juega un papel importante en la sintomatología de las colecistitis agudas, ya que se reportan en la Literatura Médica casos de peritonitis biliar por filtración que dan un cuadro sumamen-

te agudo sin que se encuentren gérmenes que evidencien un proceso infeccioso.

Se han reportado también causas infecciosas puras, sobre todo las colecistitis agudas causadas por los bacilos tíficos, pero en la serie de casos presentados no pudimos evidenciarlo a pesar de que uno de ellos tenía a su ingreso al hospital una reacción de Widal positiva para los antígenos H y O al 1 por 640, pero en el cultivo de la bilis resultó *Proteus mirabilis*, a pesar de la positividad del Widal varios días después y de otros síntomas que inclinaron al diagnóstico de Fiebre tifoidea.

Pribram ha reportado algunos casos de Colecistitis aguda provocados por la obstrucción no litiasica del conducto cístico, en Colecistitis Fulminante ulcerativa tifoidica, en los cuales la obstrucción aguda del cístico se debió al edema y a la fibrina localizada en su luz, presentándose numerosas ulceraciones algunas de las cuales penetraban profundamente en la submucosa. Estas ulceraciones posiblemente estuvieron presentes sin provocar síntomas alarmantes, hasta que se bloqueó repentinamente el conducto por un tapón de fibrina, que fueron encontrados durante la operación.

En los procesos crónicos de la vesícula es frecuente que se instale bruscamente un proceso agudo, observándose en estos pacientes que después de varios cólicos de poca intensidad aparece uno violento que obliga a la persona a consultar con el médico y a internarse en un hospital para su tratamiento en forma.

INCIDENCIA.

La edad no influye en la aparición de Colecistitis aguda, así se han visto pacientes en la segunda década de la vida y pacientes hasta de 85 años, siendo con un poco de más frecuencia los que se encuentran entre los 40 y 50 años, entre nosotros la incidencia fué como sigue:

Edad	Sexo Femenino		Sexo Masculino		Total
	Nº casos	Porcent.	Nº casos	Porcent.	
De 10-20 años	1	7.14	—	—	4.76
De 20-30 años	3	21.42	—	—	14.28
De 30-40 años	5	35.71	1	14.28	28.56
De 40-50 años	3	21.42	4	67.14	33.33
De 50-60 años	—	—	1	14.28	4.76
De 60-70 años	2	14.28	1	14.28	14.28

Como se ve en el cuadro anterior la Colecistitis Aguda fué más frecuente en la mujer en una proporción de dos a uno, es decir en un porcentaje de:

Sexo Femenino 66.66%
Sexo Masculino 33.33%

Entre las mujeres la paridad también tiene importancia, pues es mayor el número en multiparas, sobre todo aquellas que han tenido más de tres hijos. La Literatura Médica establece que las mujeres son más propensas a las infecciones de la vesícula mientras más hijos han tenido y que es frecuente encontrar en la historia que refieran antecedentes de cólicos vesiculares. En la serie de casos que analizamos se encontró un porcentaje así:

Nulíparas 7.14%
Con uno o dos hijos 35.71%
Con tres o más hijos 57.14%

Todos los casos se presentaron en individuos de raza blanca, exceptuando tres casos que eran de raza indígena. La mayoría de las mujeres se dedicaban a oficios domésticos, con pocas excepciones, mientras que en el sexo masculino la ocupación fué muy variada.

La obesidad también tiene importancia en las afecciones vesiculares, sobre todo en las litiasis, pero en nuestros casos no todos eran obesos, pues se encontraron seis casos en que por el contrario, eran personas delgadas.

PATOGENIA

La forma cómo se produce la Colecistitis aguda da lugar a la aparición de varias formas, que en orden de importancia y gravedad son:

1).—Oclusión aséptica del cístico con alteraciones en la composición de la bilis, con precipitación de colesterina y carbonato cálcico, dando así origen al edema de la pared vesicular. Se ha demostrado por muchos investigadores, que las sales biliares en concentraciones mayores de lo normal, en la vesícula biliar, originan un cuadro similar al de la colecistitis aguda, con edema de la pared, infiltración y microhemorragias. Generalmente estos cuadros curan sin necesidad de operación.

2).—La interrupción aguda de la circulación, tanto sanguínea como linfática, da lugar a la forma más frecuente, en la que aparece la supuración aguda con formación de empiema que no retrocede espontáneamente. En la forma flegmonosa hay alteración inflamatoria aguda difusa de todas las capas y se encuentra particularmente asociada a supuración y perforación.

3).—Cuando hay una obstrucción de la circulación venosa y la vesícula es invadida por gérmenes muy virulentos da lugar a la forma gangrenosa. El cálculo enclavado produce ulceración e inflamación local que se agrava con la presencia de gérmenes. La circulación venosa puede ser obstruida por la compresión del cálculo o lo que es más raro por la torsión del meso cuando es largo.

4).—Cuando hay erosión de los vasos de la submucosa ya sea por cálculo, papilomas o pequeños aneurismas arteriales se presenta la forma de Colecistitis aguda hemorrágica, en la cual se encuentra, al abrir la vesícula, hemorragia en su luz o hemocolecisto.

ANATOMIA PATHOLOGICA

Los cambios patológicos que se operan en la vesícula biliar y el conducto cístico van desde la simple reacción inflamatoria hasta la destrucción total de la pared, según la intensidad y gravedad del proceso. En los casos más sencillos, es decir, los menos severos se encuentra congestión y edema de las distintas capas de la pared, de manera que entonces la vesícula se halla agrandada, enrojecida, a veces con un tinte verdoso por la impregnación de la bilis y sumamente tensa. Puede estar hasta dos o tres veces su tamaño normal, diciéndose corrientemente que alcanza el tamaño de una pera o de un aguacate.

En otros casos se encuentran lesiones de la mucosa producida por los cálculos dando ulceraciones, que al ser invadidas por gérmenes supuran abundantemente.

Además por compresión y edema se produce la oclusión de los vasos lo que conduce a la gangrena y como consecuencia de la destrucción primero de la mucosa y luego las siguientes capas, sobreviene por último la perforación que puede ser en uno o varios puntos, vertiendo el contenido a la cavidad peritoneal con la consiguiente peritonitis biliar. La perforación puede hacerse libremente a la cavidad peritoneal o bien limitarse a las vecindades vesiculares, siendo esto último lo más frecuente.

Dentro de la vesícula biliar se puede encontrar un contenido biliar blanco, purulento o bien hemorrágico, según la clase que sea.

Microscópicamente se encuentran los signos de reacción inflamatoria aguda agregados a los inflamatorios crónicos ya que generalmente la colecistitis aguda se establece en órganos con alteraciones crónicas.

Establecer con exactitud el grado de invasión inflamatoria en los tejidos es difícil y arriesgado, pues mientras algunas porciones de la vesícula revelan cambios inflamatorios extensos, otras secciones muestran solamente un proceso infiltrativo en menor grado.

En un estudio de cortes histológicos hechos por Ross Boggs y Dunphy (25), tomando dos o más secciones de diferentes partes de la vesícula, encontraron que un 5.2% podía ser considera

do como Colecistitis aguda sin evidencia de un proceso crónico anterior, siendo los cambios más precoces edema concentrado en la subserosa y poco en la muscular, congestión de los vasos sanguíneos y diepedesis de glóbulos rojos al espacio intercelular y en algunos casos presencia de células inflamatorias. Hubo unos casos con áreas de gangrena que aparecieron antes del quinto día de iniciado el ataque agudo.

El 85.5% fué clasificado como Colecistitis aguda y Colecistitis crónica, encontrándose en ellos evidencia de inflamación aguda, además de fibrosis en los senos de Rokitansky-Aschoff, con formación de nuevos capilares y masas de células inflamatorias crónicas, lo que les sugirió que el ataque inicial de Colecistitis aguda aparece en una vesícula previamente enferma y que una vez iniciado el proceso inflamatorio, éste continúa indefinidamente.

El 9.2% apareció como Colecistitis crónica en vesículas clínicamente agudas que fueron extirpadas desde seis días después de iniciado el cuadro agudo hasta 150 días después.

La Literatura indica que la gangrena es rara en las primeras 48 horas, pero estos autores encontraron histológicamente algunos casos.

De acuerdo con los hallazgos anatomo-patológicos, las Colecistitis agudas se pueden considerar divididas en cuatro clases:

- 1).—Colecistitis edematosas.
- 2).—Colecistitis supuradas.
- 3).—Colecistitis gangrenosas.
- 4).—Colecistitis perforativas.

Cada una de ellas se define por sí sola, ya que el nombre indica perfectamente la clase de lesión que prevalece.

FORMAS.

Las Colecistitis agudas se pueden clasificar de distintas maneras, así se dice que hay formas agudas primitivas, aquellas que no tienen ningún antecedente de infección previa en el órgano; formas secundarias, las que tienen historia de ataques previos; formas litiasicas en las que se encuentran cálculos y por último formas alitiásicas, en las que no se logra poner en evidencia cálculo alguno.

Pero corrientemente la Literatura Médica (6) ha agrupado las Colecistitis agudas en seis categorías de acuerdo con su etiología, así:

- 1).—Colecistitis catarral aguda.
- 2).—Colecistitis por infecciones agudas hematógenas.
- 3).—Colecistitis Típicas y Paratípicas.
- 4).—Colecistitis en el curso de septicemias.
- 5).—Colecistitis puerperales.
- 6).—Colecistitis calculosas agudas.

COLECISTITIS CATARRAL AGUDA:

Presenta un cuadro clínico variable. En ausencia de cálculos la afección puede ser extremadamente ligera y pasar inadvertida. El comienzo es gradual, la temperatura normal o hay una ligera alza febril, náusea, escalofríos y anorexia. Dolor sordo, indefinido en el epigastrio y en el cuadrante superior derecho, continuo, que puede hacerse progresivo, pero raras veces alcanza la intensidad de un cólico biliar; puede irradiarse al dorso o al hombro derecho. En el examen físico puede encontrarse hepatomegalia discreta, dolor a la presión, a veces hiperestesia cutánea, contractura muscular y cuando la vesícula está muy distendida puede hacerse palpable. Corrientemente esta forma evoluciona espontáneamente a la resolución y curación.

COLECISTITIS POR INFECCIONES AGUDAS HEMATOGENAS:

Hay antecedentes de infección respiratoria aguda u otra enfermedad infecciosa, se presenta con dolor constante en el cu-

drante superior derecho, náusea y vómitos, a veces ictericia, lo cual no es raro. No hay antecedentes de Colecistitis anteriores. El dolor se irradia al hombro. El cuadro puede agravarse por una colangitis consecutiva supurada.

COLECISTITIS TIFICAS Y PARATIFICAS:

Es raro que pueda demostrarse clínicamente. Se presenta con reacción inflamatoria local intensa, con descamación de la mucosa y exudado. Puede aparecer en cualquier período de la tifoidea, siendo más frecuente entre el séptimo y trezavo día. En algunos casos precedió al aparecimiento de los síntomas de la enfermedad. La perforación en estos casos es muy frecuente.

COLECISTITIS EN EL CURSO DE SEPTICEMIAS:

Son raras y cuando se presentan son de tipo fulminante. Están asociadas a endocarditis, osteomielitis, etc. Encontrándose en la pared vesicular lesiones embólicas, parecidas al infarto, además de pericolecistitis y abscesos subfrénicos.

COLECISTITIS PUEPERALES:

Lo más corriente es que se trate de formas catarrales o supuradas, pero a veces llegan hasta la gangrena y perforación. Las formas de infecciones agudas primitivas son raras y en la mayoría de los casos se trata de formas calculosas pre-existentes. Se deben a la gran disfunción motora que existe en la vesícula durante el embarazo.

COLECISTITIS CALCULOSAS AGUDAS:

Son las más frecuentes, con síntomas intensos, que pueden aparecer bruscamente, pero por lo general hay trastornos digestivos anteriores e historia de cólicos desde algún tiempo atrás. El cuadro clínico de éstas es el que se ha tomado para describir el de las colecistitis agudas en general.

CUADRO CLINICO

Para el estudio clínico de la Colecistitis aguda tomaremos por separado los síntomas y los signos que se presentaron en los pacientes de nuestra serie de casos.

HISTORIA:

El paciente consulta siempre por el síntoma principal, el dolor, refiriéndose en casi la totalidad de los casos como de principio gradual y progresivo, que se inicia a veces en forma de pesantez en el epigastrio y en el hipocondrio derecho. Se exacerba poco a poco hasta hacerse intolerable, más aún que un simple cólico biliar. Puede estar localizado exclusivamente en el cuadrante superior derecho, sin irradiación alguna, pero lo más común es que se irradie al dorso derecho y hasta el ángulo inferior de la escápula del mismo lado o al hombro derecho, a veces lo refieren con irradiación al cuello, a la región precordial o simplemente a todo el abdomen. Los medicamentos que se aplican ellos mismos, sin indicación médica, no los alivia en lo más mínimo y cuando el dolor se hace insopportable acuden al médico, después de pasadas varias horas, siendo entonces importante una cuidadosa interrogación respecto a la hora en que se inició el ataque agudo y la forma cómo principió. Al mismo tiempo debe preguntarse si hubo alguna ingestión de alimentos en especial horas antes del dolor, para poder relacionarlo con alcohol o alimentos sobrecargados de grasa. Entre nosotros fué de principio brusco en el 14.28% y de aparición gradual y progresiva en el 85.72%.

En la historia del paciente se encuentra también si hubo cólicos previos, intolerancia por las grasas o si en uno de los ataques anteriores hubo ictericia que nos indique que ya padecía de litiasis y que uno de los cálculos pasó por el colédoco obstruyéndolo temporalmente. El 71.40% de los pacientes de nuestra serie presentó antecedentes de cólico y solamente el 9.52% refirió intolerancia por las grasas. Dos pacientes refirieron haber ingerido alcohol en poca cantidad antes del cólico y uno una comida copiosa con abundantes grasas.

Encontramos que en el 100% de los casos el dolor fué el síntoma dominante, dolor que fué constante en el hipocondrio derecho. Colcock y McManus (16) en una revisión de casos indican que en 132 pacientes, 122 tuvieron el dolor como síntoma dominante.

Más de la mitad de los casos tenían irradiación del dolor hacia la región dorsal, solamente dos sin irradiación alguna, localizado simplemente en el cuadrante superior derecho y varios casos con irradiación al epigastrio, a todo el abdomen y uno hacia el hipocondrio izquierdo. Pero en todos los casos el principio del dolor fué en el hipocondrio derecho.

La Literatura Médica refiere que con gran frecuencia el dolor se acompaña de náusea y vómitos biliosos, a veces escasos y a veces en regular cantidad. Hemos encontrado el 95.24% de los pacientes con náusea y casi el mismo porcentaje con vómitos biliosos, los cuales se instalaron poco después de iniciado el dolor, al principio alimenticios y luego flemas amarillo-verdosas, de sabor amargo.

La historia de fiebre no fué constante. Cuando ésta fué relatada por el paciente no había sido controlada por termómetro. El 54.76% refirió fiebre, comprobándose durante el examen físico en el 47.50% con más de 38.0°C, y en algunos casos con ligera alza febril.

Escalofríos fueron referidos solamente en el 28.56%. El pulso suele guardar relación con la fiebre. La diarrea fué ocasional, lo mismo que la información sobre que ellos aprecian distensión del abdomen, con síntomas de opresión en la parte superior del abdomen e imposibilidad o dificultad para respirar.

Ocasionalmente algunos pacientes refieren Colecistogramas anteriores positivos de litiasis o patología vesicular.

EXAMEN FISICO:

El examen físico proporciona datos muy importantes para hacer el diagnóstico, sobre todo al palpar la región enferma. La inspección general del enfermo lo presenta con una facies dolorosa, medianamente obeso como lo más corriente, aunque a veces se presentan personas muy obesas y ocasionalmente delgadas. Las mucosas resecas en mayor o menor grado según el tiempo de evolución del proceso indicando así la deshidratación existente por la sudoración, los vómitos, la fiebre y escasa ingestión de líquidos. También la inspección puede poner en evidencia la ictericia, habiendo en esta serie solamente un caso. El abdomen puede presentarse distendido en mayor o

menor grado, siendo ésto muy variable y dependiendo de la duración del ileo paralítico asociado.

La fiebre puede estar presente en algunos casos, siendo ésta alrededor de 38 a 39°C. estando el pulso de acuerdo con ella, pero en muchos casos el paciente ingresa afrebril. Es de advertir que la fiebre no es índice de la gravedad del proceso, pues muchos enfermos que llegan sin fiebre presentan en el momento de la operación una vesícula con paredes gangrenosas y a veces hasta perforaciones.

Encontramos especialmente resistencia de los músculos rectos anteriores del hemiabdomen superior, habiendo estado presente en el 61.88%. En casi la totalidad de los casos encontramos hipersensibilidad cutánea en el hipocondrio derecho, la cual era especialmente marcada a nivel del área de la vesícula donde se palpaba la masa. A veces hay hepatomegalia cuya determinación es difícil.

La vesícula aumentada de tamaño, tensa y con reacción periversicular se evidencia por la palpación de una masa en el hipocondrio derecho, bajo el reborde costal, siendo corriente encontrarla en el 25%. En la serie de casos reportados se palpó en el 42.84% y en otros casos su presencia fué dudosa.

Como resultado de la difusión del proceso inflamatorio a las estructuras vecinas, colon y duodeno, es frecuente encontrar ileo paralítico, habiendo estado presente en casi el 50%. Es importante su determinación y tratamiento porque su presencia dificulta enormemente el acto operatorio.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

Rutinariamente se efectúan varias pruebas de laboratorio para establecer la existencia del proceso inflamatorio y para seguir la evolución de un caso determinado.

Al momento de su admisión el recuento de glóbulos blancos fué normal en dos casos y anormal en 19 casos, oscilando sus cifras entre 9.300 y 25.000, siendo lo más frecuente alrededor de 12.000. En la fórmula leucocitaria se encontró siempre una neutrofilia entre 80 y 90 por ciento. En todos los controles, verificados casi siempre a las 24 horas del primer examen, la leucocitosis subió a un promedio de 15,000 a 17,000 glóbulos blancos con una neutrofilia entre 85 y 90 por ciento.

La velocidad de eritrosedimentación fué muy irregular, posiblemente por la diferencia entre cada uno de los casos en lo que se refiere al momento de la toma de sangre para el estudio, con respecto al tiempo de evolución del proceso, pues

en las primeras 24 horas de iniciado el ataque agudo los resultados fueron en cifras de 2, 4 y 8 mms. en una hora, mientras que en los casos que habían pasado más de 48 horas, las cifras oscilaron entre 30, 40 y 50 mms., con dos casos de 99 y 102 mms. en una hora.

La dosificación de Amilasa sanguínea por el método de Somogyi fué estudiada en seis casos y las cifras oscilaron entre 25, 56, 59 y 68 Unidades Somogyi, siendo más frecuente la de 56 Unidades con tres casos.

Estudios de la química sanguínea y otros exámenes complementarios solamente fueron practicados en los casos que requirieron una evaluación más completa del paciente. Nunca fueron practicados rutinariamente.

ESTUDIO RADIOLOGICO.

La radiografía en vacío del abdomen es especialmente útil en los casos en los que el diagnóstico de Colecistitis aguda es muy difícil. Los hallazgos fueron completamente negativos en muchos casos, sin embargo, puede ayudarnos en el diagnóstico proporcionándonos cualquiera de los datos siguientes: Vesícula biliar distendida y su posición, presencia de hepatomegalia, presencia de ileo paralítico, presencia de líquido entre las asas intestinales o por el hallazgo de signos radiológicos de otros procesos agudos intraabdominales (úlcera perforada, obstrucción intestinal, pancreatitis aguda, nefrolitiásis, etc.).

La figura número dos muestra uno de los casos en que se practicó Colecistostomía y a los pocos días se hizo una Colangiografía inyectando el medio de contraste por el tubo de drenaje de la vesícula, visualizándose perfectamente gran cantidad de cálculos que no fueron evacuados en el momento de la operación.

También cabe indicar que se recomienda evitar los estudios radiológicos en el momento de la operación inyectando el medio de contraste a través del cístico seccionado, porque los gérmenes que existan en la vesícula pueden ser llevados a los conductos hepáticos y producir una Colangitis supurada.

DIAGNOSTICO

Una historia con antecedentes de cólicos hepáticos previos, intolerancia a las grasas, trastornos digestivos que sugieren enfermedad de las vías biliares, agregado todo ésto a los hallazgos del examen físico (signos abdominales previamente descritos) y exámenes de laboratorio sugieren en conjunto la existencia de una Colecistitis aguda.

Sin embargo, no siempre se tiene la suerte de encontrarse frente a un cuadro típico. Existen numerosas condiciones que tienden a obscurecer el diagnóstico haciéndolo difícil y obligando al examinador a usar toda su acuciosidad.

Por ejemplo, el reconocimiento de una Colecistitis aguda que aparece inmediatamente después de una operación abdominal puede ser difícil, pues entonces los síntomas de enfermedad vesicular son frecuentemente confundidos con secuelas postoperatorias corrientes y otras complicaciones. Parece que la ingestión de alimentos después de un periodo de abstinencia puede precipitar un ataque agudo de Colecistitis en el período postoperatorio. Los narcóticos usados para calmar el dolor operatorio producen sobre el árbol biliar estásis de la bilis y cuando después de un tiempo de ayuno se ingieren alimentos, éstos producen efectos quinéticos sobre las contracciones colecísticas que son los responsables del aparecimiento de la fase aguda. La bilis viscosa, concentrada, de la vesícula después del prolongado ayuno puede ocluir el cístico o bien lo hacen cálculos que se encontraban libres en la vesícula.

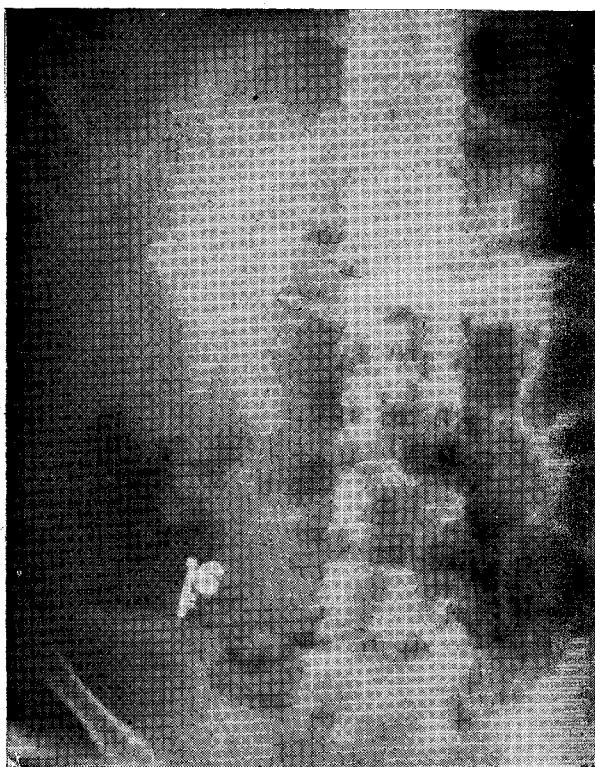


Figura No. 1.

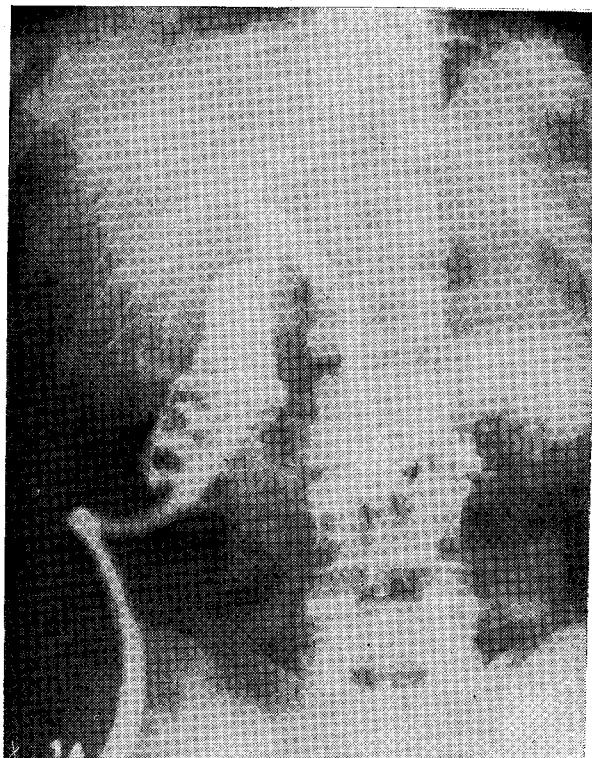


Figura No. 2.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Existe una serie de afecciones con las cuales la Colección aguda puede confundirse. Estas afecciones son las siguientes:

- 1).—Ulcera péptica perforada.
- 2).—Apendicitis aguda.
- 3).—Pancreatitis aguda.
- 4).—Trombosis de los vasos mesentéricos.
- 5).—Obstrucción intestinal aguda.
- 6).—Neumonía lobar derecha.
- 7).—Absceso Hepático.
- 8).—Hidronefrosis aguda y Nefrolitiasis.
- 9).—Infarto del Miocardio.

Por supuesto cada una de las entidades antes enumeradas tiene sus características que al investigarlas cuidadosamente por antecedentes, historia, examen físico o por exámenes laboratorio, establecen el diagnóstico diferencial. El problema radica, en un principio, en que la mayoría de los cuadros mencionados presentan un abdomen agudo o lo simulan. A simple manera de información se establecerán los caracteres que ayudan al diagnóstico.

ULCERA PEPTICA PERFORADA:

El dolor es repentino, brusco, en puñalada, en la parte superior del abdomen, con o sin historia previa de disturbios gástricos, hay rigidez muscular y los rayos X son de gran valor diagnóstico cuando se puede demostrar la existencia de neumoperitoneo. A las 24 o 72 horas sobreviene el shock debido, en principio a peritonitis química y posteriormente a peritonitis fibrino-purulenta.

APENDICITIS AGUDA:

Una variedad en la localización normal del apéndice cecal puede algunas veces a síntomas atípicos, principalmente cuando el apéndice rebasa el borde de la pelvis y está demasiado

alto para ser alcanzado al tacto rectal. Especialmente es difícil diferenciar los casos de apendicitis gangrenosa de una colitis aguda.

PANCREATITIS AGUDA:

El dolor es severo en el abdomen superior y recuerda el de la úlcera perforada o el de la colecistitis aguda, pero la pancreatitis aguda es una afección donde las pruebas de laboratorio efectuadas cuidadosamente conducen al diagnóstico diferencial. La determinación de la Amilasa sanguínea, indica siempre una elevación considerable sobre los valores normales. El dolor es de aparición súbita, intensísimo, atroz, que puede llegar a veces a producir síncope, aparece generalmente después de una alimentación abundante, opípara; localizado en el epigastrio.

El enfermo se encuentra con facies angustiosa, inmóvil o cambia continuamente de posición, el dolor que es continuo, a veces con exacerbaciones, se irradia transversalmente hacia el hipocondrio y región lumbar izquierdas, raramente lo hace al hipocondrio derecho y más raramente aún al hombro derecho. Despues se generaliza a todo el abdomen.

Al principio aparece contractura muscular, vientre en tabla. Al poco tiempo aparece distensión abdominal y resistencia. Los vómitos nunca faltan, primero son alimenticios y luego biliosos, nunca fecaloideos y son muy abundantes. La instauración del shock es grave y puede indicar el comienzo de una posible necrosis fulminante.

Radiológicamente se puede en algunos casos visualizar calcificaciones, que comúnmente son el resultado de ataques repetidos de pancreatitis. Cuando la pancreatitis aguda se asocia a la Colecistitis aguda, lo cual no es excepcional, la sintomatología de cada una se hace más indefinida.

TROMBOSIS DE LOS VASOS MESENTERICOS:

Puede haber antecedentes de traumatismo abdominal, fibrilación auricular, arteriosclerosis, etc., que nos orientan en el diagnóstico de una trombosis mesentérica, cuyo diagnóstico es difícil. Lo característico de la enfermedad es el aparecimiento brusco de dolor abdominal, vómitos, diarrea. Las heces y los vómitos pueden contener sangre. El shock puede estar presente, para luego sobrevenir una distensión progresiva del abdomen, pero no extrema. El paciente se encuentra muy pâ-

lido, con tendencia a lipotimias, hipotérmico. El dolor se compara al de la pancreatitis aguda, es continuo, con exacerbaciones brutales, casi siempre es generalizado.

En ocasiones el dolor es localizado siendo entonces periumbilical, en la fosa iliaca derecha o lumbar. Los vómitos al principio son alimenticios, luego mucosos y tardíamente fecaloideos, no son constantes y excepcionalmente puede presentarse hematemesis. La diarrea es líquida, profusa y raramente sanguinolenta. El abdomen se encuentra medianamente distendido y sigue los movimientos respiratorios.

OBSTRUCCION INTESTINAL AGUDA:

Cuando bruscamente se instala una obstrucción intestinal por una causa no aparente puede confundirse con una Colecistitis aguda, la cual presenta también distensión con paro de materias fecales. En la obstrucción el dolor raramente se presenta súbitamente, y no es continuo sino intermitente, paroxístico, generalizado a todo el abdomen, teniendo mucho valor el lugar donde se inicia. Además del dolor hay vómitos que es un síntoma precoz y pueden llegar hasta fecaloideos. Puede haber paro del paso de las heces y distensión abdominal. La radiología ayuda enormemente a establecer el diagnóstico.

NEUMONIA LOBAR DERECHA:

Cuando no se piensa en esta afección en presencia de un dolor agudo en el hipocondrio derecho, puede pasar desapercibida y pensarse simplemente en Colecistitis aguda. Pero un detenido examen físico completo clarifica el diagnóstico al encontrar los signos físicos pulmonares característicos de la enfermedad confirmándose con el estudio radiológico.

ABSCESO HEPATICO:

Este cuadro puede muchas veces hacer pensar en Colecistitis, sobre todo cuando no se tienen antecedentes de amebiasis, pudiendo en algunos casos intervenirse bajo el diagnóstico de Colecistitis y encontrarse ante abscesos hepáticos. Se presenta con fiebre alta, mal estado general, dolor agudo en el hipocondrio derecho, palpándose el hígado grande y a veces dando la impresión de una masa palpable en el cuadrante superior derecho. Una buena historia y un detallado examen físico conducen a un mejor diagnóstico.

HIDRONEFROSIS AGUDA:

Se determina por crisis dolorosas, siendo el dolor sordo, constante, a veces con exacerbaciones irradiadas al epigastrio, región periumbilical, flanco, etc. Se observa a veces en el curso del embarazo. Se confunden con la Colecistitis, porque con más frecuencia son alteraciones del lado derecho.

INFARTO DEL MIOCARDIO:

Es importante tener presente que el infarto del miocardio puede en algunas ocasiones tener una sintomatología abdominal con dolor en el epigastrio, contractura, hiperestesia cutánea, náusea, vómitos y hasta diarrea y en algunas ocasiones sub ictericia. Puede presentarse una ligera leucocitosis y eritrosedimentación elevada.

En resumen para evitar errores de diagnóstico, debe tenerse siempre presente cada una de las afecciones antes mencionadas y descartarlas mediante una historia detallada, un examen físico completo y exámenes complementarios, electrocardiograma, estudio radiológico, etc., pues a simple vista el cuadro general de abdomen agudo, que tiene muy variadas causas puede precipitar a intervenciones quirúrgicas innecesarias.

PRONOSTICO

El pronóstico de este proceso inflamatorio depende de varios factores que son:

1).—La edad del paciente: factor de suma importancia porque de él depende en gran parte el pronóstico, ya que mientras más viejo es el paciente mayor es el riesgo quirúrgico. La mortalidad y morbilidad son mayores en las personas de edad avanzada. En una persona joven, las complicaciones postoperatorias y la mortalidad son mínimas. La perforación y peritonitis son rarísimas. En las personas ligeramente menores de 50 años, por ejemplo en mujeres nulíparas y en hombres la Colecistitis aguda parece ser más severa. Las complicaciones con el tratamiento no quirúrgico son más frecuentes. Pero en general estos pacientes toleran bien la operación, a menos que exista una enfermedad sistemática, cardiovascular, renal o diabetes, que obscurezca el cuadro. Los pacientes mayores de 50 años que comúnmente tienen una vieja historia biliar son los de pronóstico más sombrío, ya que en ellos es más difícil el diagnóstico y la fase evolutiva del proceso. Las complicaciones postoperatorias son frecuentes, lo que contribuye a elevar el porcentaje de mortalidad, a lo que se agrega que es más frecuente en los viejos la presencia de Coledocolitiásis. Además en los ancianos son frecuentes las insuficiencias de órganos como el corazón, pulmones y riñón como consecuencia de los cambios sufridos durante la vejez.

En un estudio de Frank Glenn (17) sobre 697 pacientes con Colecistitis aguda tratados quirúrgicamente, encontró que un porcentaje de mortalidad de 1.4% en los menores de 50 años y casi tres veces mayor en los pacientes de más de 50 años en cifras de 4.9%, a pesar de que el grupo de los jóvenes era casi el doble de los ancianos.

En una estadística presentada por E. Lee Strohl, en su trabajo sobre Cirugía del tracto biliar en ancianos (23) tiene el 9.3% de mortalidad, teniendo como causa principal de muerte complicaciones cardiovasculares, por lo que recomienda hacer una estimación clínica de la reserva cardiaca, evaluación del sistema respiratorio y de la función renal.

En la serie del presente trabajo, el paciente de mayor edad fué de 63 años, siendo la mayoría menores de 50 años y el

porcentaje de mortalidad fué de 4.76%, con una defunción en 21 casos, habiendo sido la causa de la muerte para cardíaco cuando se finalizaba la intervención de Colecistectomía.

2).—Algunos autores citan como factor pronóstico el sexo, diciendo que la mortalidad operatoria es más elevada en los hombres, en realidad en este sentido no se pudo establecer la relación por ser poco el material de estudio y haber tenido una muerte de sexo masculino.

3).—Cuando se presenta ictericia la mortalidad operatoria es ligeramente mayor.

4).—Perforación: Cuando hay perforación vesicular el porcentaje de muerte es muy alto, estando en relación directa con el número de perforaciones libres a la cavidad peritoneal, habiéndose reportado en 1943 por Cowley y Harkins el 24% de mortalidad en Colecistitis perforada. En una recolección de casos, escogidos entre colecistitis aguda, varios autores indican una incidencia de 11.9% de perforaciones de Colecistitis aguda por término medio, variando entre 2.5% y 25% con un porcentaje de mortalidad de 17.7%.

Entre nosotros se reportó operatoriamente un caso y al examen anatomo-patológico fué reportado otro caso en el que había necrosis total de la pared vesicular y una perforación la cual no se encontró durante la operación, siendo posible en este caso haberla producido con las maniobras de colecistectomía.

5).—El tiempo transcurrido desde el inicio del ataque agudo tiene también importancia para el pronóstico, pues mientras más tiempo ha pasado, la mortalidad y las complicaciones son más frecuentes, siendo por consiguiente el pronóstico más sombrío.

Puede decirse en general, que en la actualidad, el porcentaje de mortalidad de los pacientes operados con colecistitis aguda es relativamente bajo, llegando en promedio a un 5%, el cual se reduce cuando las intervenciones se efectúan en pacientes jóvenes y aumenta cuando lo es en ancianos, sobre todo mayores de 60 o 70 años.

EVOLUCION.

El curso que sigue una vesícula con reacción inflamatoria aguda, depende de la forma clínica de que se trate. La forma más benigna es la colecistitis aguda catarral, que puede ceder completamente al tratamiento médico conservador, quedando después la vesícula con un funcionamiento normal, pues una vez reducido el edema que obstruía la luz del cístico, la función se restablece, además en estos casos las adherencias son pocas.

Cuando se trata de colecistitis aguda calculosa en las cuales se compromete la irrigación de las paredes por obstrucción de los vasos, se originan cambios patológicos en las células conduciendo irremediablemente a la necrosis, la gangrena y aún a la perforación de la pared. Estos cambios ya son difíciles de regresar y en caso de no progresar dejan como secuelas fibrosis, adherencias y deformación de la vesícula que impide el buen funcionamiento del órgano y si a esto se agrega la presencia de cálculos que estarán continuamente ocluyendo el cístico, entonces se tiene una vesícula que periódicamente estará produciendo ataques agudos hasta culminar con perforación que será más grave, cuando más ancianos sean los pacientes.

Además la bilis, que es un buen medio de cultivo, estará siempre infectada y puede propagar la infección por vecindad a los conductos hepáticos dando lugar a Colangitis supuradas.

TRATAMIENTO.

Una vez establecido el diagnóstico del proceso y comprobado por el estudio radiológico y del laboratorio, el paso de mayor importancia es la conducta terapéutica a seguir. Poco a poco se ha ido aceptando como el tratamiento de elección el quirúrgico, sin embargo, es aún hoy día motivo de gran controversia.

A propósito de esta controversia, muchos autores se inclinan rigurosamente por el tratamiento médico conservador, indicando que una vez cedido el ataque agudo el proceso inflamatorio desaparece gradualmente, no siendo entonces necesaria la intervención quirúrgica. Por otro lado los autores que consideran la Colecistitis aguda como una fase de una afección de las vías biliares, manifestada por síntomas y signos de una vesícula obstruida e inflamada agudamente, no siempre asociada a litiasis, se inclinan por el tratamiento quirúrgico, ya precoz o tardío según la escuela que sigan y de acuerdo con el estado general del paciente para obtener así las mayores garantías de un éxito completo y el menor riesgo posible.

En principio todo paciente que sufre o se sospeche padezca de Colecistitis aguda debe ser hospitalizado inmediatamente. Una vez bajo la vigilancia hospitalaria deben instituirse las medidas generales del tratamiento de la colecistitis aguda, exámenes repetidos y periódicos de abdomen y controles de pulso, temperatura y exámenes de laboratorio necesarios.

CONDUCTA GENERAL EN EL TRATAMIENTO:

La conducta rutinaria que seguimos en el grupo de pacientes estudiados, en el momento de su ingreso al hospital, fué la siguiente:

- 1).—Nada por vía oral.
- 2).—Reposo absoluto en cama.
- 3).—Succión naso-gástrica continua para prevenir o tratar el ileo paralítico asociado.
- 4).—Soluciones dextrosadas en agua al 5% con vitaminas (Complejo B. 1 cc. Vitamina C. 500 mgrs. Vitamina K 20 mgrs.).

- 5).—Soluciones dextrosadas y salinas si ha habido vómitos.
- 6).—Antibióticos Penicilina 400.000 U. y Estreptomicina 0.5 grs. intramuscular cada 12 horas, pero la dosis o el antibiótico administrado puede variar según la naturaleza y gravedad del caso. Se han usado antibióticos de amplio espectro como Terramicina y Tetraciclinas.
- 7).—Antiespasmódicos: Papaverina 0.04 grs. o Atropina 0.25 mgrs. intramuscular o ambos cada 4 horas. Por esta serie ambos medicamentos fueron usados en todos los casos.
- 8).—Exámenes complementarios. De rutina fueron ordenados: Hemoglobina, recuento globular y fórmula leucocitaria, velocidad de eritrosedimentación, dosificación de la amilasa sanguínea y radiografía en vacío de abdomen. Otros exámenes complementarios (química sanguínea, radiografía de tórax, etc.), solamente se efectúan cuando una evaluación más completa los hacen necesarios, como en pacientes de edad avanzada o en todo paciente con mal riesgo quirúrgico.
- 9).—Agrupación y Compatibilidad sanguínea. En todos los casos como medida previa se hizo este examen para tener lista sangre en suficiente cantidad para las transfusiones necesarias.

La mayoría de autores están de acuerdo en que todo paciente con Colecistitis aguda debe ser tratado quirúrgicamente. La discusión surge cuando se determina en qué fase del proceso debe efectuarse la operación.

Colcock y Mc.Manus de la Clínica Lahey (16), recomiendan que el paciente debe ser operado tan pronto como su estado general lo permita. Es decir, que el paciente nunca deberá ser intervenido como una emergencia quirúrgica, pero la operación debe ser efectuada lo más precozmente posible, tan pronto como el paciente constituya un buen riesgo quirúrgico.

Las medidas generales del tratamiento de Colecistitis aguda, previamente descritas, ayudan a convertir a un paciente con mal estado general, deshidratado, con distensión abdominal, etc., en un paciente más apto para la operación.

La intervención quirúrgica de elección es la Colecistectomía, pues suprime el órgano causa de todo el proceso. Naturalmente que en los casos en que coexiste una coledocolitiasis, deberá efectuarse Colecistectomía y Coledocostomía.

La Colecistostomía es reservada únicamente para los casos sumamente graves, con pacientes en muy mal estado general o

de mal riesgo operatorio, que presentan empeoramiento progresivo del proceso a pesar del tratamiento médico enérgico instituido.

En los raros casos en que la Colecistostomía se efectúe ha sido recomendado efectuarla bajo anestesia local. Constituye así esta operación una medida quirúrgica salvadora, mientras se efectúa en una época ulterior un tratamiento quirúrgico definitivo.

Además al efectuar la Colecistostomía no debe efectuarse ninguna exploración o manipulación de las estructuras vecinas, adherencias, etc., ya que su objeto es sólo de comprimir una vesícula obstruida. Esto se logra extrayendo los cálculos e insertando un catéter para efectuar el drenaje vesicular.

Para muchos cirujanos, la mayoría de los pacientes deben sujetarse a una operación inmediata o precoz que a una intervención tardía. Indican que la operación puede llevarse a cabo con el menor riesgo posible después de breve tratamiento preoperatorio, especialmente en los casos que se observan dentro de las primeras 48 horas del inicio del ataque agudo. Indican también que solamente se requiere de pocas horas para volver a estos pacientes aptos para la operación, siendo en algunos casos necesario esperar hasta dos días. Con este tratamiento preoperatorio los síntomas se alivian, pero tan pronto como el paciente esté preparado, el siguiente paso es la intervención quirúrgica para su cura definitiva.

Lo primero que se hace con el paciente a su ingreso es aliviarlo del dolor, para lo cual se le administra Papaverina intramuscular a dosis de 0.03 a 0.04 grs. con Atropina de 0.25 a 0.50 mgrs. intramuscular y se repite cada cuatro horas si es necesario. Nunca administramos opiáceos en los casos que requerían un estudio evolutivo del proceso porque los signos locales desaparecen al hacerlo el dolor.

Es indispensable un restablecimiento adecuado del equilibrio hidroelectrolítico por medio de la administración de soluciones salinas, glucosadas, suero Hartman, etc. En seguida se coloca una sonda naso-gástrica y se conecta a un aparato de succión continua, con lo cual se vacía completamente el estómago extrayéndose todo el contenido y al disminuir el ileo paralítico el dolor disminuye casi completamente. Además en esta forma se evita la distensión de las asas intestinales que son obstáculo a las maniobras del cirujano durante la operación.

Rutinariamente deben administrarse antibióticos, habiéndolo hecho nosotros con Penicilina 400,000 unidades y Estreptomicina 0.5 grs. intramuscular cada 12 horas y solamente cuando

el caso era muy grave se agregaban antibióticos de amplio espectro como Terramicina y Tetraciclinas. Según un reporte de E. J. Pulaski (18), la gran mayoría de los micro-organismos encontrados en cultivos de la vesícula en Colecistitis agudas, eran susceptibles in vitro a la Estreptomicina, Polimixina, Neomicina y Tetraciclina, observando en estudios hechos en la bilis vesicular después de la inyección intravenosa de los antibióticos que el que tenía las más altas concentraciones era la Tetraciclina, siendo los niveles aún que en las otras dos, Polimixina y Neomicina. En el preoperatorio inyectaba endovenosamente la tetraciclina por 24 o 48 horas y en el momento de la operación se encontraron niveles terapéuticos del antibiótico en la bilis. Siempre encontraron el conducto cístico obstruido por un cálculo enclavado en el cuello, sugiriendo estos hallazgos que la concentración de Tetraciclina en la vesícula ocluida se hace posiblemente a través del mecanismo de intercambio de fluidos extracelulares, lo cual puede explicar por qué los antibióticos proporcionados a los pacientes con Colecistitis Aguda causan la disminución de sus síntomas.

Basados en estos estudios la Tetraciclina parece ser la droga empírica de elección para la infección del sistema biliar antes y después de la intervención quirúrgica y por supuesto para aquellos casos en que se sigue una conducta totalmente conservadora. Parecen ser suficientes dosis repetidas de 100 y 250 miligramos intramuscular o endovenosa; en el período postoperatorio debe usarse el antibiótico de acuerdo con los resultados de sensibilidad en el cultivo de la bilis extraída durante la operación.

En aquellos con enfermedad asociada, aproximadamente el 5% de las Colecistitis agudas, en las cuales no hubo cálculo que obstruyera el cístico, la administración de antibióticos produjeron la disminución y luego la desaparición completa de los síntomas, siendo más tarde no evidenciable cálculo alguno por medio de Colecistogramas, pero sin poder establecer definitivamente que fueron los antibióticos el medicamento que curó el proceso inflamatorio. De todas maneras estos casos muestran una respuesta pronta, favorable a los antibióticos con remisión completa de los síntomas y luego cura definitiva del paciente.

Una vez aplicada la terapéutica inicial se sigue una observación cuidadosa de la evolución del paciente durante las horas siguientes, anotándose si hay cambios en la reacción local en el hipocondrio derecho, aumento de la sensibilidad local, aumento del dolor o sostenimiento del mismo a pesar del tratamiento, aparición o aumento de la defensa muscular, aumento del tamaño empírica de elección para la infección del sistema biliar antes

ño de la masa abdominal, generalización de los signos de irritación peritoneal a todo el abdomen, aumento de la distensión abdominal a pesar de la succión naso-gástrica, aparición de fiebre y agravación del estado general y aparición o aumento de la leucocitosis.

Glenn (17) se ha inclinado repetidamente por el tratamiento precoz, cuando el paciente está preparado adecuadamente, a menos que exista una condición que no sea reparable inmediatamente y que contraindique la intervención. Sus reportes indican una incidencia baja en complicaciones postoperatorias, así como un porcentaje bajo de mortalidad, demostrando que la operación puede llevarse a cabo con un riesgo mínimo para el paciente. De la mayor importancia es el hecho que la Colecistectomía interrumpe el progreso de la enfermedad biliar. Por ejemplo, este autor no ha tenido ninguna muerte en pacientes menores de 40 años en un período de 17 años, salvo un niño con Colecistitis aguda típica. Las dos terceras partes de sus casos los ha tenido en pacientes menores de 40 años, mientras que en el grupo de ancianos la mortalidad es más elevada. Piensa que el porcentaje de mortalidad puede reducirse interviniendo a todos los pacientes jóvenes que presentan un proceso vesicular, pues por lo general los mayores de 50 años tienen en su historia antecedentes de ataques varios de Colecistitis aguda o de cólicos biliares en épocas menores de los 50 años.

Otras razones que exponen los cirujanos para justificar la necesidad de hacer la intervención quirúrgica lo antes posible, es que en las primeras horas o días del ataque agudo, las adherencias que se forman alrededor de la vesícula con los órganos vecinos son de fibrina, los cuales son fácilmente separables, mientras que si se deja pasar el tiempo, esas adherencias se hacen fibrosas, además de establecerse vasos neoformados entre ellas, lo que a la hora de la operación ocasiona más dificultades.

Hace 30 años era costumbre dejar que la vesícula inflamada aguda se enfriara y se esperara unos días en que la temperatura del paciente fuera normal antes de proceder a la operación, pero en muchos casos el proceso avanzó a la perforación en lugar de ceder. Esta conducta se debía especialmente a que entonces no se contaba con una anestesia adecuada. Pero en los últimos tiempos la anestesia ha proporcionado al cirujano un amplio margen de seguridad. Agrégase a esto, que en la fase precoz o temprana la operación es técnicamente más fácil que 10 días más tarde.

Además, cuando se deja enfriar y se opera un proceso frío, crónico, el riesgo operatorio y el porcentaje de mortalidad son aún inferiores al de los operados en agudo.

Resumiendo las razones por las cuales se indica la operación precoz, son:

1).—Es difícil y amenudo imposible determinar si la Colecistitis aguda cederá o agravará con el tratamiento médico expectante, pues la verdadera extensión del proceso inflamatorio sólo se puede determinar exactamente cuando el abdomen ha sido abierto, ya que no existe, en muchos casos, relación directa entre la gravedad del proceso inflamatorio y la magnitud de los síntomas y signos locales.

En un viejo, una conducta expectante puede ser muy peligrosa si la condición se agrava. Estos casos a menudo obligan al cirujano a medidas quirúrgicas extremas, la mayoría de las veces mortales.

2).—Son pocos los casos tratados con medidas conservadoras que se resuelven de manera satisfactoria, existiendo siempre en ellos el riesgo de la gangrena, perforación y peritonitis, siendo la operación precoz el medio de prevenir estas complicaciones.

3).—La operación precoz es técnicamente más fácil que la retardada, porque las adherencias fibrinosas son más fáciles de resolver que las fibrosas.

4).—Los porcentajes de mortalidad y morbilidad son más bajos en la Colecistectomía precoz.

5).—El tiempo de hospitalización de estos pacientes es corto si se compara con los pacientes operados tardíamente, en los cuales, el proceso se deja enfriar primero, necesitando gran cantidad de medicamentos, tiempo de hospitalización, cuidados de enfermería, etc., luego se le envía a su casa bajo un tratamiento dietético y más tarde regresa para la operación necesitando de unos días de pre-operatorio y después el período postoperatorio correspondiente. En nuestra serie el promedio de tiempo de hospitalización en los casos operados fué de 10 días. Una razón más, la situación económica del paciente privado y en nuestro caso particular del presupuesto hospitalario.

En cambio se aconseja el tratamiento conservador y expectante en:

1).—Pacientes muy obesos que tienen evidencia de congestión hipostática de la base de los pulmones y fallas cardíacas.

2).—Pacientes que sufren de afecciones asociadas, como marcada hipertensión, miocarditis, diabetes severa, nefritis crónica, etc.

3).—Cuando el ataque parece que cede, disminuyendo progresivamente como lo han hecho ataques anteriores en la misma persona.

4).—Cuando la Colecistitis aguda está asociada con pancreatitis aguda necrótica.

La operación se hace imperativa, lo más pronto que sea posible, cuando se presentan los siguientes casos:

1).—Que los signos locales se agraven.

2).—Que el dolor no se alivie o aumente a pesar del tratamiento médico adecuado.

3).—Que la fiebre aumente o se mantenga constante después de 24 horas de tratamiento intensivo.

Una vez que se ha decidido la intervención quirúrgica se pasa al problema de qué clase de operación se va a efectuar: si Colecistectomía o Colecistostomía.

La conducta a seguir en una vesícula aguda varía también en las diferentes instituciones y entre los diferentes cirujanos, pero la gran mayoría se inclina porque la Colecistectomía es el procedimiento de elección, sobre todo en casos de gangrena y empiema. Sin embargo, varias condiciones, como enfermedades cardíacas o respiratorias o una marcada reacción inflamatoria alrededor de la vesícula, especialmente en la región del pedículo hepático, hacen que la Colecistostomía sea el procedimiento más seguro en esos momentos, pero por lo general debe hacerse después una Colecistectomía. Cuando además de la Colecistectomía se encuentran las indicaciones de Colecistostomía ésta debe efectuarse.

Debe recordarse también que los casos de agravación rápida del proceso se encuentran más en el grupo de los ancianos, así como es aconsejable en ciertos casos de apendicitis con absceso, establecer un drenaje solamente y dejar la extirpación para una fecha futura, así lo es en ciertos casos de Colecistitis fulminante, en que limita la cirugía a una ciudadosa Colecistostomía, observándose que gran cantidad de estos pacientes permanecen indefinidamente bien después de este procedimiento. La Colecistectomía se efectúa en una época posterior.

En casos en que se vaya a efectuar la Colecistectomía se inspecciona la abertura del ángulo xifo-costal, pues cuando éste es abierto, la incisión de elección es la transversal, que da un amplio campo operatorio que facilita enormemente la labor del cirujano. En los casos que hemos enumerado para este trabajo, en 13 casos, el ángulo era marcadamente abierto y la in-

cisión que se hizo fué la transversal que siempre proporcionó un buen campo. Se recomienda también en el momento de hacer la Colecistectomía puncionar la vesícula antes de principiar su disección, primero para obtener bilis para el cultivo que debe hacerse de rutina, para poder maniobrar mejor la vesícula y facilitar su disección y además para evitar la ruptura accidental de ella durante el manipuleo operatorio que diseminaría el proceso infeccioso.

La disección de la vesícula es mejor principiarla de fondo a cístico, para poder identificar bien los conductos y no cometer errores. La anestesia debe hacerse siempre con éter y debe proporcionarla un anestesista capaz, pues con ello el cirujano tiene una garantía y mayor seguridad.

Es raro encontrar en el postoperatorio complicaciones, pero a veces ocurren fistulas biliares que cierran espontáneamente o formación de plastrones en el hipocondrio derecho, que posteriormente pueden traer como consecuencia estrechez en el colédoco y hacer necesaria la re-intervención.

Cuando se efectúa la Colecistostomía, esta puede hacerse bajo anestesia local, con una herida transversal o subcostal pequeña de unos 8 cms. de largo.

Las indicaciones para el post-operatorio son las corrientes, retirándose la sonda naso-gástrica más o menos al tercer día, cuando la peristalsis intestinal se ha re-establecido y la distensión abdominal ha desaparecido. Los antibióticos se suspenden según la evolución de cada caso.

Es necesario advertir que el tratamiento quirúrgico es el más adecuado de la Colecistitis Aguda, pero tiene sus limitaciones. El tratamiento quirúrgico debe ser efectuado solamente por un cirujano experimentado en cirugía de vías biliares que a su vez disponga de un anestesista eficaz, de adecuado instrumental quirúrgico y de ayudantes y enfermeras competentes.

Como estas cualidades son muy difíciles de encontrar en los hospitales departamentales creemos, que en estos casos, el tratamiento conservador es el tratamiento de excelencia. Advirtiendo que si el enfermo puede ser trasladado, en cuanto mejoren sus condiciones, sea remitido a un centro hospitalario que disponga de un equipo quirúrgico adecuado.

CONDICIONES DEL PACIENTE A SU INGRESO											
Número Caso	Sexo	Edad Años	Número de meses	Anteced. de cáncer	Anteced. de tuberculosis	Anteced. de lepra	Principales manifestaciones	Número de cáncer	Anteced. de tuberculosis	Diferencia entre el cáncer y tuberculosis	Diferencia entre el cáncer y lepra
1	F	42	3	Of. dom.	No	No	Ligera	No	No	Si	No
2	F	33	5	Of. dom.	Si	No	G y P	No	15 dñs.	Si	No
3	M	43	2	Agricultor	Si	No	G y P	No	9 dñs.	Si	No
4	F	32	3	Of. dom.	Si	No	G y P	No	14 dñs.	Si	No
5	M	49	1	Sastre	Si	No	G y P	No	14 dñs.	Si	No
6	F	26	4	Confitera	Si	No	G y P	No	10 dñs.	Si	No
7	F	41	11	Of. dom.	Si	No	G y P	1	No	No	Si
8	F	17	0	Of. dom.	Si	No	G y P	1	No	No	No
9	M	49	2	chaperón	No	No	Padre leproso	No	30 dñs.	Si	No
10	F	60	8	Of. dom.	Si	Si	G y P	Varios	No	Si	Si
11	F	22	2	Of. dom.	Si	No	G y P	Varios	No	Si	No
12	F	33	1	Of. dom.	Si	No	G y P	Varios	No	Si	No
13	F	23	2	Of. dom.	Si	No	G y P	Varios	No	Si	No
14	M	56	—	Tobacero	No	Si	G y P	Dolor	4 dñs.	Si	No
15	M	48	—	Agricultor	No	No	G y P	No	4 dñs.	Si	No
16	F	40	5	Of. dom.	Si	No	G y P	Dolor	72 dñs.	Si	No
17	M	49	3	Lavadora	No	Si	G y P	No	5 dñs.	Si	No
18	F	36	1	Of. dom.	Si	No	G y P	No	4 dñs.	Si	No
19	F	30	4	Of. dom.	Si	No	G y P	Dolor	20 dñs.	Si	No
20	F	44	9	Of. dom.	Si	No	G y P	Varios	53 dñs.	Si	No
21	M	38	—	Confitera	No	Si?	G y P	No	9 dñs.	Si	No

Número Caso	Origen	Destino	Desviación	Principales manifestaciones	Número de meses	Diferencia entre el cáncer y tuberculosis	Diferencia entre el cáncer y lepra	Motivo de paciencia	Principales manifestaciones	Número de meses	Hematograma Hematuria
1	Medina	Si	Si	Ligera	No	No	Si	No	No	No	No
2	Medina	Si	Si	No	10	Si	Si	No	No	No	No
3	Medina	No	Si	Si	2	Si	Si	No	No	No	No
4	No	No	Si	Si	39 dñs.	No	Si	Si	Dolor	No	No
5	Si	Si	Si	Si	36 dñs.	No	Si	Si	No	No	No
6	Medina	Si	Si	Si	37 dñs.	No	Si	Si	No	No	No
7	Medina	Si	Si	Si	36 dñs.	No	Si	Si	No	No	No
8	No	Si	Si	Si	38 dñs.	No	Si	Si	No	No	No
9	Medina	No	Si	Si	37 dñs.	No	Si	Si	No	No	No
10	Si	Si	Si	Si	36 dñs.	No	Si	Si	No	No	No
11	Medina	No	Si	Si	37 dñs.	No	Si	Si	No	No	No
12	Si	Si	Si	Si	37 dñs.	No	Si	Si	No	No	No
13	Si	Si	Si	Si	37 dñs.	No	Si	Si	No	No	No
14	No	Si	Si	Si	37 dñs.	No	Si	Si	No	No	No
15	No	Si	Si	Si	37 dñs.	No	Si	Si	Dolor	No	No
16	No	Si	Si	Si	37 dñs.	No	Si	Si	Dolor	No	No
17	Medina	Si	Si	Si	37 dñs.	No	Si	Si	Dolor	No	No
18	Medina	No	Si	Si	37 dñs.	No	Si	Si	Dolor	No	No
19	Medina	Si	Si	Si	37 dñs.	No	Si	Si	Dolor	No	No
20	Si	Si	Si	Si	38 dñs.	No	Si	Si	Dolor	No	No
21	Si	Si	Si	Si	39 dñs.	No	Si	Si	Dolor	No	No

PRESENTACION DE CASOS

EVOLUCION Y TRATAMIENTO DE CADA CASO

Caso No. 1: A las 24 horas de su ingreso a Emergencia, 48 horas después del inicio del ataque agudo se practicó Colecistostomía con anestesia local e incisión subcostal, drenándose bilis clara con grumos de pus, dejándose sonda de Foley. Antibiótico: Terramicina. Evolución afebril. Al sexto día alta. Al 14 día se retira el tubo de drenaje.

A los 45 días se hizo Colecistectomía de elección encontrándose pocas adherencias fibrosas a la vesícula. Un cálculo único grande. Antibióticos: Penicilina y Estreptomicina. A los 8 días de postoperatorio alta en magníficas condiciones.

Caso No. 2: A las 48 horas de su ingreso debido a que la tumefacción del hipocondrio derecho aumentaba y que el estado general era malo se hizo Colecistostomía con anestesia local e incisión subcostal. Bilis: con secreción mucosa amarillenta pálida. Antibióticos: Panmycin. Penicilina y Estreptomicina. Al 9º. día alta en buenas condiciones. A los 14 días se retiró la sonda de Petzer dejada como drenaje vesicular. No regresó a Colecistectomía.

Caso No. 3: Paciente que se encontraba hospitalizado por un tumor del ojo. Después de 5 días del ataque agudo bajo anestesia general se practicó con incisión transversa Colecistectomía y Coledocostomía por haber pus y cálculo aplanado en el colédoco, tubo de Kehr. Antibióticos: Penicilina y Estreptomicina. A los 11 días regresó a su servicio anterior.

Caso No. 4: Al tercer día del proceso agudo bajo anestesia general y con incisión oblicua subcostal se hizo Colecistectomía. Vesícula con adherencias fibrosas, empiema vesicular y gran cantidad de cálculos poliédricos que obstruían el cístico, zonas de necrosis en la pared vesicular. Shock postoperatorio. Antibióticos: Penicilina cristalina, Penicilina Procaina y Estreptomicina. Alta al 11 día en buenas condiciones.

Caso No. 5: A las 48 horas de iniciado el proceso agudo bajo anestesia general e incisión paramediana se hizo Colecistectomía. Vesícula gruesa edematosa con contenido purulento, no se encuentran cálculos, cístico obstruido por edema. Anti-

bióticos: Panmycin, Penicilina y Estreptomicina. Fistula de la pared abdominal que curó en 15 días. A los 24 días alta.

Caso No. 6: A las 24 horas de iniciado el ataque agudo bajo anestesia general e incisión paramediana derecha se hizo Colecistectomía. Disección de la vesícula de cístico a fondo. Cálculo único. Bilis purulenta. Antibióticos: Penicilina y Estreptomicina. A los 8 días alta.

Caso No. 7: A las 33 horas de iniciado el ataque agudo bajo anestesia general por ángulo xifo-costal abierto se practicó incisión transversa y Colecistectomía. Vesícula tensa. Cístico obstruido por un cálculo único. Bilis de coloración verde-negruzca. Al segundo día post-operatorio se retiró sonda naso-gástrica. Antibióticos: Penicilina y Estreptomicina. A los 8 días alta.

Caso No. 8: A las 72 horas, bajo anestesia general con incisión paramediana derecha transrectal se hizo Colecistectomía de cístico a fondo, se encontró 6 cálculos, uno en el bacinete. Al 20.º día postoperatorio se retiró sonda naso-gástrica. Antibióticos: Penicilina y Estreptomicina. A los 8 días alta.

Caso No. 9: A las 12 horas, bajo anestesia general con incisión transversa se hace Colecistectomía de cístico a fondo. Vesícula del tamaño de un aguacate, con áreas de color negruzco, en la pelvis un cálculo enclavado. Se retiró sonda naso-gástrica al tercer día. Antibióticos: Penicilina y Estreptomicina. A los 8 días alta.

Caso No. 10: Más o menos a las 72 horas bajo anestesia general por ángulo xifo-costal abierto se hizo incisión transversa y Colecistectomía. Adherencias firmes, cálculo grande en el bacinete. Disección de cístico a fondo. Bilis purulenta de mal olor. A los 6 días se retiró la sonda naso-gástrica. A los 12 días plastrón a nivel del epigastrio e hipocondrio derecho. Antibióticos: Penicilina, Estreptomicina y Terramicina. A los 38 días alta en buenas condiciones.

Caso No. 11: Paciente que ingresó a una sala de Cirugía con el diagnóstico de Colecistitis crónica. A los 15 días desarrolló una Colecistitis aguda que obligó a hacer Colecistostomía por mal estado general, bajo anestesia local. A los 10 días se retiró sonda de drenaje. A los 15 días alta. No regresó a Colecistectomía.

Caso No. 12: Paciente con ataque de Colecistitis aguda hacía 18 días, tratado en el intervalo médica mente. Se efectuó Colecistectomía bajo anestesia general e incisión paramediana derecha. Vesícula adherida al colon, duodeno y estómago, varios cálculos de colesterol. Antibióticos: Penicilina y Estreptomicina. A los 8 días alta.

Caso No. 13: Paciente hospitalizada dos días antes para efectuarle Colecistectomía de elección. 15 días antes había tenido un cuadro abdominal agudo diagnosticado como apendicitis aguda. Un día antes de efectuar la Colecistectomía de elección desarrolló cuadro abdominal agudo difuso con intensa reacción peritoneal y shock. Se efectuó tratamiento médico del shock y salido de éste se efectuó Colecistectomía y Coledocostomía. Vesícula aumentada de tamaño, paredes de aspecto necrótico con numerosos cálculos de colesterol pequeños. Existía una perforación de la vesícula a nivel de su fondo. Colecistectomía de fondo a cístico. Derrame de líquido de aspecto bilioso y cálculos en el interior de la cavidad abdominal. A los 14 días se retiró tubo de Kehr y alta.

Caso No. 14: A las 72 horas bajo anestesia general con incisión transversa por ángulo xifo-costal abierto se hizo Colecistectomía de cístico a fondo. Vesícula 3 veces su tamaño normal, congestionada y friable. Se aspiró con trócar. Cálculo enclavado en la pelvis. Antibióticos: Penicilina y Estreptomicina. A los 10 días alta.

Caso No. 15: Paciente ingresado en una sala de Medicina con el diagnóstico de Gastritis Medicamentosa y Paludismo. A los días desarrolló un cuadro de Colecistitis aguda, por lo que fue intervenido ese mismo día. Bajo anestesia e intubación endotraqueal se hizo incisión transversa por ángulo xifo-costal abierto y se encontró una vesícula 3 veces su tamaño normal y adherencias al colon y duodeno. Había 4 cálculos de bilirrubinato de calcio, uno obstruía el cístico. Colecistectomía de cístico a fondo. Cuando se efectuaba el cierre de la pared abdominal paro cardíaco y a pesar de todas las maniobras y medidas el paciente murió siete horas después.

Caso No. 16: A las 96 horas, bajo anestesia general y por ángulo xifo-costal abierto se hizo incisión transversa y Colecistectomía de fondo a cístico. Vesícula del tamaño de un aguacate, gruesa, adematizada. No se encuentran cálculos. A los 3 días se retiró sonda nasogástrica. Antibióticos: Penicilina y Estreptomicina. A los 9 días alta.

Caso No. 17: A las 48 horas, bajo anestesia general y por ángulo xifo-costal abierto se hizo incisión transversa y Colecistectomía de fondo a cístico previa punción de la vesícula. Placa de necrosis vecina al hígado que sangró en capa por lo que se colocó gelfoam. A los 2 días se retiró sonda naso-gástrica. Antibióticos: Penicilina y Estreptomicina. A los 8 días alta.

Caso No. 18: A las 72 horas, bajo anestesia general y por ángulo xifo-costal abierto se hizo incisión transversa y Colecistectomía de fondo a cístico.

cistectomía de fondo a cístico. 10 cálculos de colesterol y numerosos cálculos pequeños en el cístico, coléodo de paredes gruesas que obliga a Coledocostomía. A los 2 días se retiró sonda naso-gástrica. Antibióticos: Penicilina y Estreptomicina. A los 10 días alta en buenas condiciones. A los 20 días se retiró tubo de Kehr.

Caso No. 19: A las 48 horas de iniciado el cuadro, bajo anestesia general por ángulo xifo-costal abierto se hizo incisión transversa y Colecistectomía de fondo a cístico. Adherencias laxas del epiplón a la vesícula. Líquido peritoneal 25 cc. Cálculo encallado en la pelvis y además 13 cálculos de un cm. cada uno. No hubo necesidad de puncionar previamente la vesícula. Al 1 día se retiró succión naso-gástrica. Antibióticos: Penicilina y Estreptomicina. A los 8 días alta.

Caso No. 20: A los 4 días de iniciado el cuadro bajo anestesia general por ángulo xifo-costal abierto se hizo incisión transversa y Colecistectomía de fondo a cístico. Pocas adherencias laxas del epiplón a la vesícula. No se puncionó la vesícula antes de disecarla, estaba enrojecida y tensa. Un cálculo grande único. Sonda naso-gástrica por un día. Antibióticos: Penicilina y Estreptomicina. A los 7 días alta.

Caso No. 21: A los 5 días de iniciado el cuadro bajo anestesia general, por ángulo xifo-costal abierto se hizo incisión transversa y Colecistectomía. Dissección de la vesícula primero de cístico a fondo y luego al contrario, que estaba grande y enrojecida, no se puncionó antes de extirparla. No se encontraron cálculos. Efectuada la ligadura de la arteria cística y practicada la Colecistectomía apareció hemorragia en capa abundante del hilio hepático y hubo necesidad de colocar un empaque a lo Mickulikz, efectuándose esto con cuadrados y compresas, el cual fué retirado progresivamente al cuarto día. Antibióticos: Cloromicetina, Penicilina y Estreptomicina. Cierre de la pared con acero inoxidable. Complicaciones: Fístula postoperatoria. Alta los 19 días en buenas condiciones.

RESULTADOS DE ANATOMIA PATOLOGICA Y CULTIVOS:

Caso No. 1: Vesícula biliar: de 7 x 2 cms. irregular, adherencias a la serosa. Diagnóstico: Colecistitis Crónica con brote agudo y necrosis purulenta.

Cultivo de Bilis: Escherichia Freundii, sensible a la Cloromicetina.

Caso No. 2: Solamente se efectuó Colecistostomía y no se envió cultivo alguno.

Caso No. 3: Vesícula biliar de 12 x 4 cms. paredes edematisadas, serosa equimótica, mucosa con exudado purulento hemorrágico. Diagnóstico: Colecistitis aguda con necrosis de la mucosa. Cultivo de bilis: Proteus Vulgaris.

Caso No. 4: Vesícula biliar de 9 x 4 cms. Adherencias fibrosas de la serosa y exudado fibrinoso, paredes muy engrosadas de 2 cms. Mucosa con exudado hemorrágico y purulento. Diagnóstico: Colecistitis crónica y aguda purulenta con empieza. No se hizo cultivo de bilis.

Caso No. 5: Vesícula biliar de 9 x 4 cms. Reducida a una bolsa de paredes gangrenosas, mucosa con abundante cantidad de pus y sangre. Diagnóstico: Colecistitis aguda purulenta gangrenosa. No se hizo cultivo de bilis.

Caso No. 6: Vesícula biliar de 8 x 3 cms. serosa equimótica, paredes edematisadas y mucosa con exudado hemorrágico fibrinoso. Diagnóstico: Colecistitis Crónica con brote agudo purulento y necrosis de la mucosa. No se hizo cultivo de bilis.

Caso No. 7: Vesícula biliar de 7 x 3 cms. con la serosa equimótica, paredes hemorrágicas y necrosadas, mucosa necrosada contenido un cálculo amarillo-verdoso. Diagnóstico: Colecistitis crónica calculosa con brote agudo y necrosis hemorrágica de la vesícula. No se hizo cultivo de bilis.

Caso No. 8: Vesícula biliar de 9 por 4 cms. serosa con hemorragia y exudado fibrinoso purulento, capas muy engrosadas, mucosa atrófica recubierta de exudado hemorrágico purulento y presencia de un solo cálculo redondo. Diagnóstico: Colecistitis crónica claculosa con brote agudo y necrosis purulenta de la mucosa. No se hizo cultivo de bilis.

Caso No. 9: Vesícula biliar de 10 x 4 cms. muy aumentada de volumen con la serosa con exudado hemorrágico fibrinoso, paredes engrosadas de aspecto necrótico y mucosa recubierta de exudado hemorrágico. Diagnóstico: Colecistitis Crónica con brote agudo hemorrágico purulento. No se hizo cultivo de bilis.

Caso No. 10: Vesícula biliar de 9 x 3 cms. adherencias fibrosas y nódulos en la serosa irregular. Áreas de tipo necrótico. Diagnóstico: Colecistitis Crónica y aguda con extensas áreas de necrosis. No se hizo cultivo.

Caso No. 11: Solamente se hizo Colecistostomía y no se envió bilis para su cultivo.

Caso No. 12: Vesícula biliar de 6 x 3 cms. serosa irregular con fuertes adherencias fibrosas, paredes engrosadas con cálculos amarillo-claros, mucosa atrófica. Diagnóstico: Colecistitis Crónica Calculosa. No se hizo cultivo de bilis.

Caso No. 13: Vesícula biliar de 10 x 3 cms. reducida a una masa irregular necrótica, paredes fibrinosas, edematizadas. Mucosa tarófica con cálculos amarillentos pequeños. Diagnóstico: Colecistitis Crónica Cálculos a con brote agudo purulento y necrosis de las paredes. No se hizo cultivo de bilis.

Caso No. 14: Vesícula biliar de 10 x 4 cms. serosa con exudado fibrinoso, las capas completamente necrosadas y la mucosa lisa con exudado hemorrágico purulento. Diagnóstico: Colecistitis aguda purulenta con necrosis de las paredes y mucosa. Cultivo de Bilis: Pseudomonas Aeruginosa, resistente a todos los antibióticos.

Caso No. 15: Vesícula Biliar Colecistitis Aguda con necrosis de la mucosa. Cultivo de la bilis: Escherichia Coli, sensible a la Terramicina y Dihidroestreptomicina.

Caso No. 16: Vesícula biliar de 10 x 12 cms. irregular, paredes engrosadas de aspecto necrótico, mucosa necrosada con cálculos. Diagnóstico: Colecistitis Crónica calculosa con brote agudo y necrosis de la mucosa.

Caso No. 17: Vesícula biliar de 10 x 4 cms. serosa equimótica con exudado fibrinoso, paredes necrosadas, mucosa con exudado hemorrágico purulento. Diagnóstico: Colecistitis crónica con brote agudo purulento hemorrágico con necrosis de las paredes. Cultivo de bilis: Escherichia Coli. Sensible a la Terramicina y Cloromicetina.

Caso No. 18: Vesícula biliar de 10 x 4 cms. con la serosa hemorrágica, paredes necrosadas, mucosa necrosada con pus verdoso, pequeños cálculos amarillentos. Diagnóstico: Colecistitis Crónica calculosa con brote agudo y necrosis de sus paredes. Cultivo de bilis y exudado peritoneal: Negativo.

Caso No. 19: Vesícula biliar de 12 x 4 cms. serosa congestionada, áreas de aspecto necrótico, mucosa con exudado gangrenoso y áreas de pequeñas hemorragias. Diagnóstico: Colecistitis aguda gangrenosa. Cultivo de Bilis y Exudado Peritoneal Negativos.

Caso No. 20: Vesícula biliar de 11 x 4 x 4 cms. mucosa de coloración blanquecina-grisácea, con líquido amarillento-verduzco. Diagnóstico: Colecistitis Crónica y aguda calculosa. Cultivo de Bilis: Proteus Morganii sensible a la Dihidroestreptomicina.

Caso No. 21: Vesícula biliar de 12 x 5 cms. con serosa con exudado fibrinoso, paredes necrosadas hemorrágicas y mucosa también necrosada, recubierta de pus. Diagnóstico: Colecistitis aguda purulenta con necrosis total y perforación. Cultivo de bilis: Proteus Mirabilis, sensible a la Terramicina.

CONCLUSIONES:

- 1.—La Colecistitis Aguda es una afección de relativa frecuencia en nuestro medio, presentándose sobre todo en personas que tienen antecedentes de cólicos biliares.
- 2.—La etiología del proceso inflamatorio es casi siempre, en el 95% de los casos debido a la obstrucción del conducto cístico por un cálculo, el cual puede ser único o múltiple, con o sin sintomatología previa. En nuestro medio fué el 90.45% por cálculos y 9.55% sin evidencia de litiasis.
- 3.—El proceso es primero inflamatorio simple y luego se sobreagrega el factor infeccioso que agrava el cuadro.
- 4.—Se presentó en general, con una ligera mayor incidencia en personas entre 40 y 50 años, en el 33.33%, siguiéndole en frecuencia los comprendidos de 30 a 40 años, en el 28.56%. Siendo dos veces más frecuente en el sexo femenino que en el masculino.
- 5.—El cuadro clínico fué casi siempre el típico, ingresando por dolor en el hipocondrio derecho con irradiación al dorso, fiebre y los hallazgos físicos abdominales positivos, en muy raras ocasiones se presentó ictericia.
- 6.—El estudio radiológico mostró en muchos casos ileo paralítico y una sombra sospechosa de vesícula. Se limitó ese estudio a una radiografía en vacío de abdomen.
- 7.—El diagnóstico positivo se hizo fácilmente en todos los casos, siendo los resultados anatómico-patológicos todos positivos de Colecistitis Aguda. En un solo caso, operado varios días después del ataque agudo, el diagnóstico final fué de Colecistitis Crónica Calculosa.
- 8.—La intervención quirúrgica precoz es la conducta de elección, pues al suspender la vía vesicular, el procesocede prontamente desapareciendo por completo los síntomas y dejando curado al enfermo.

- 9.—En todos los casos presentados se hizo tratamiento quirúrgico, en 18 casos Colecistectomía, en 2 casos Colecistectomía y Coledocostomía, en 3 casos Colecistostomía y en 2 casos tratamiento médico conservador y tardíamente Colecistectomía.
- 10.—El procedimiento quirúrgico de elección es la Colecistectomía, la cual debe efectuarse, previa evacuación del contenido mediante una punción y la disección orientarse de fondo a cístico, para evitar heridas en los conductos que sólo acareen complicaciones posteriores por fistulas biliares o estrechez de los mismos.
- 11.—Nunca debe efectuarse una Colecistectomía sin tener preparado convenientemente al paciente, re-estableciendo antes el equilibrio hidroelectrolítico y de haber hecho una evaluación cuidadosa de los sistemas cardiovascular, pulmonar y renal, sobre todo, cuando se trata de pacientes mayores de 50 años.
- 12.—La práctica de la Colecistectomía requiere un cirujano con experiencia en vías biliares, un buen anestesista, instrumental quirúrgico y asistentes y enfermeras competentes.
- 13.—En casos sumamente graves, con malas condiciones generales o ante la imposibilidad de identificar el pedículo biliar satisfactoriamente, el procedimiento adecuado, es la simple Colecistostomía, que entonces se transformará en la vía salvadora. En el primero de los casos la intervención debe hacerse bajo anestesia local.
- 14.—Entre nosotros, los antibióticos usados, Penicilina y Estreptomicina, fueron suficientes en la mayoría de los casos, habiéndose administrado otros de amplio espectro cuando las condiciones eran graves.
- 15.—El promedio de tiempo de hospitalización en los casos operados fué corto, haciendo un promedio de 10 días y la mortalidad fué baja, con sólo una defunción en 21 casos, debida a un paro cardíaco.
- 16.—En los hospitales que no posean un equipo quirúrgico adecuado, lo cual incluye, cirujano con experiencia, anestesista, asistentes, enfermeras, instrumental quirúrgico y banco

de sangre, el tratamiento de excelencia lo constituye el tratamiento conservador, diferiendo el tratamiento quirúrgico para el futuro.

- 17.—Deben unificarse criterios a fin de que en el futuro próximo se cuente con un amplio material de estudio, que conduzca a conclusiones más precisas.

Vo. Bo.

Dr. Rodolfo Pinzón.

Imprimase:

Dr. Ernesto Alarcón B.
Decano.

BIBLIOGRAFIA:

- Maingot, Rodney. The Management of Abdominal Operations. 1957. Segunda Edición.
- Pons, A. Pedro. Patología y Clínica Médicas. Tomo I. 1956. Segunda Edición.
- Christopher, Frederick. A Textbook of Surgery. 1954. Quin-ta Edición.
- Cecil, Russell L. y Loeb, Robert F. A Textbook of Medicine 1953. Octava Edición.
- Igarzábal, José E. Tratado de Patología Quirúrgica. Tomo IV. 1952. Tercera Edición.
- Bissi. Patología Médica. Tomo II. 1950. Tercera Edición.
- Thorek, Max. Técnica Quirúrgica Moderna. Tomo III. 1953. Segunda Edición.
- Mason, Robert L. y Zintel, Harold A. Preoperative and Post-operative treatmen. 1947. Segunda Edición.
- Pribram, B. O. C. Surgical indications in "Silent" and Fulminant Cholecystolithiasis. The Journal of the A. M. A. 245-250. Vol. 149. No. 3. Mayo 1952.
- Cole, Warren H. Recent trend in Gallblader Surgery. 631-637. Vol. 150. No. 7. Octubre 1952. The Journal of the A.M.A.
- Zaslow, Jerry. Antibiotics in Disease of the Biliary tract. The Journal of the A.M.A. 1683-1686. Vol. 152. No. 18. Ago-sto 1953.
- Horwits, Alec. Gallbladder disease in the aged. 1119-1123. The Journal of the A.M.A. Vol. 161. No. 12. Julio 1956.

- 14.—Twiss, J. Russell. Management of Gallbladder disorders. The Medical Clinics of N. A. 47:5484, Marzo 1956.
- 15.—Perry Jenkins Hildger. Diagnoses of the Acute Surgical abdomen. The Surgical Clinics of N. A. 101-117, Febrero 1956.
- 16.—Cocook, Bentley P. y McManus, James E. Cholezystectomy for Cholelithiasis. The Surgical Clinics of N. A. 76:5-77, Junio 1955.
- 17.—Gleim, Frank. The Surgical treatment of Acute Cholelithiasis. S. G. Vol. 90, Junio, 1950.
- 18.—Pulaski, Edward J. y Matthea H. Fusillo. Gallbladder bile concretions of the major antibioticoses following intra-venous admissions. Vol. 100, Mayo 1955, No. 5, 571-574.
- 19.—Mustard, Russell L. y Custer, Harry R. The Management of Acute Cholelithiasis. Vol. 95, Julio 1952, No. 1, 59-62, S.G.O.
- 20.—Branch, Charles D. The "Silent" Gallstone. Vol. 97, Agosto 1953, No. 2, 246-247, S. G. O.
- 21.—Schwengman, Cleatus W. y Muith Jr. William D. Acute Cholelithiasis. S. G. Vol. 85, Diciembre 1947, No. 6, 776-784.
- 22.—Adams, Ralph, Stranahan Allen. Cholecytosis and Cholelithiasis. S. G. Vol. 85, Diciembre 1947, No. 6, 776-784.
- 23.—Strohl, E. Lee. Differenbaugh, Willis G. Billary tract Surgery in the aged. S. G. Vol. 97, Octubre 1953, No. 4, 467-470.
- 24.—Patterson, Howard. Acute Fulminating Cholecytosis. S. G. Vol. 89, Septiembre 1949, No. 3, 364-365.
- 25.—Ross, Frederick F., Boggs, Joseph DD. y Dunphy, J. En glebert. Estudios en Cholecistitis Aguda. El proceso patológico en relación al manejo clínico de la enfermedad. S. G. Vol. 91, Septiembre 1950, No. 3.